



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 12 décembre 2024 à Poitiers
par **Madame Estelle Hautcoeur**

Impact du stage en Médecine Générale sur la Représentation
Sociale de cette spécialité chez les étudiants en deuxième cycle
de la Faculté de Médecine de Poitiers

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre-Jean Saulnier, Professeur des Universités

Membres : Monsieur le Docteur Clément Porcher, Chef de clinique

Monsieur le Docteur Rémy Belkebir, Praticien agréé-Maître de stage des Universités

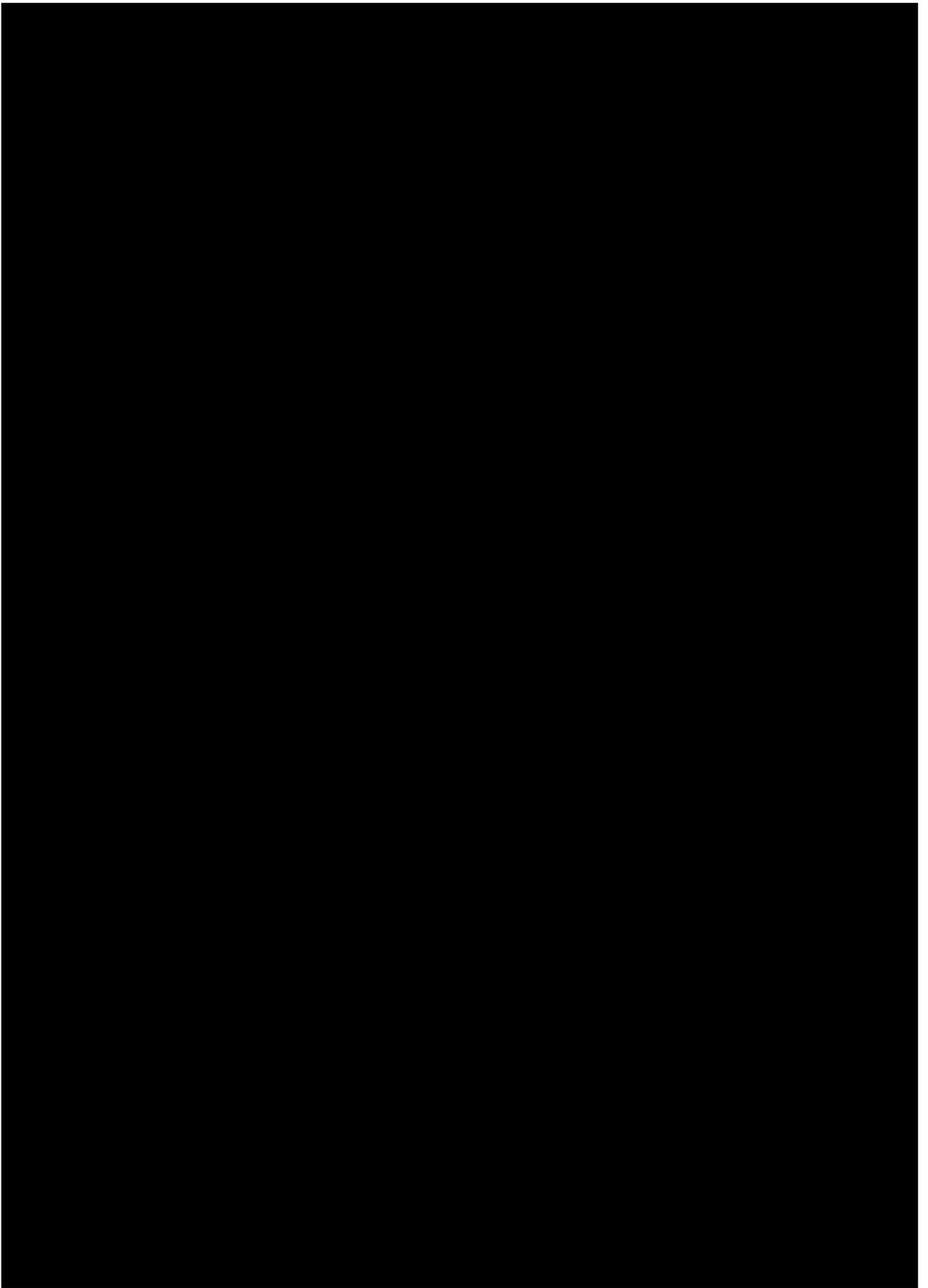
Membre invitée : Madame Stéphanie Netto, Enseignant-Chercheur (MCF)

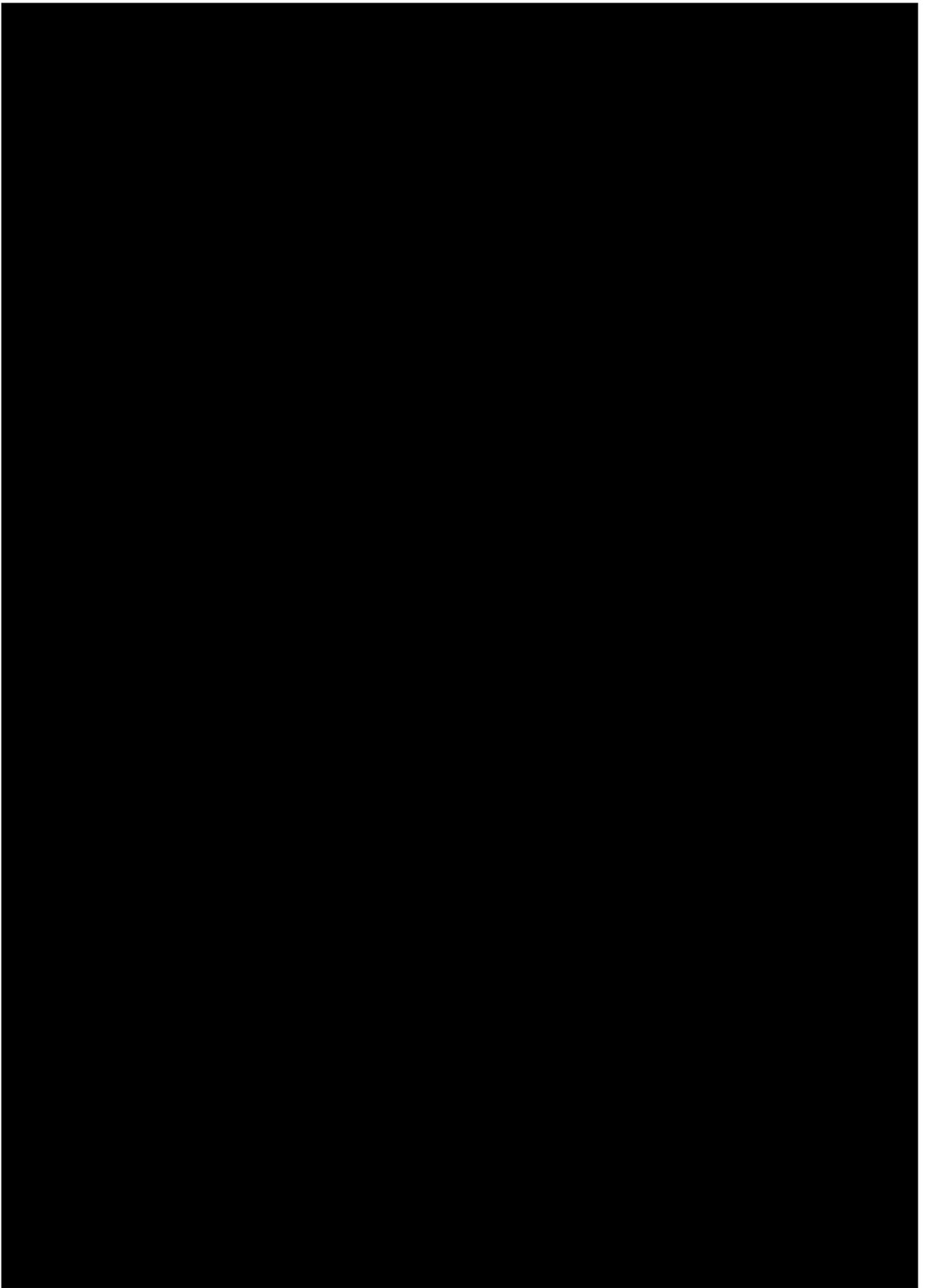
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean Du Breuillac, Maître de Conférence Associé



UNIVERSITÉ DE POITIERS







REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre-Jean Saulnier, Président du jury

Vous me faites l'honneur de présider le jury de soutenance de cette thèse, veuillez recevoir ici mes plus vifs remerciements et l'assurance de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Clément Porcher, membre du jury

Vous avez accepté au pied levé ma demande de participer à mon jury en votre qualité de jeune chef de clinique, je vous remercie de l'intérêt témoigné envers mon travail.

A Monsieur le Docteur Rémy Belkebir, membre du jury

Je vous remercie une nouvelle fois d'avoir répondu présent tout au long de mon parcours universitaire, d'abord en tant que tuteur puis en finalité en tant que membre du jury de ma soutenance de thèse : je vous dois beaucoup.

A Madame Stéphanie Netto, membre du jury

Vous m'avez été d'une aide précieuse pleine de bienveillance en m'apportant votre expertise sur le sujet des représentations sociales, je ne saurais comment vous remercier pour votre disponibilité : veuillez recevoir ici toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean Du Breuillac, directeur de thèse

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, en me guidant tout le long de ce long parcours avec tant de pédagogie. Votre rigueur, votre patience et vos connaissances pointues du sujet m'ont été précieux. Je vous exprime mes plus sincères remerciements.

A mes parents, qui ont tant contribué à la réussite de leurs filles, qu'on ne peut toutes deux que remercier pour nous avoir accompagnées jusqu'à nos soutenances de thèse respectives. Mes années d'études auront été longues et souvent fastidieuses, mais même à distance votre soutien m'aura porté jusqu'au bout. Merci Maman d'avoir pris le temps de corriger et de m'apporter tes conseils pour l'écriture de cette thèse.

A ma sœur, et consœur ! Je continue et continuerai je l'espère toujours de marcher dans tes pas, même si mon parcours a un peu dérivé du tien : je te regarde toujours avec les yeux de la petite sœur admirative et fière de la grande. Merci pour ton soutien, tu auras toujours le mien.

A Maxence, merci d'être là, pour moi, pour la famille, pour la détente et les moments plus difficiles, et pour le prêt du matériel informatique nécessaire à ma thèse ! Je remercie Émeline de t'avoir apporté sur notre route il y a si longtemps.

A Augustin et Hortense, que je regarde grandir avec tant de fierté et d'amour, d'un œil parfois trop lointain. Tata va désormais pouvoir prendre tout son temps avec vous, l'esprit léger/libéré/soulagé, que j'ai hâte.

A la famille, si nombreuse, éparpillée partout en France et jusque Nouméa. A ceux qui veillent sur nous de là-haut. C'est avec un immense soulagement que je pourrai désormais vous dire que je suis diplômée ! On se retrouve trop peu souvent, mais je sais tout le soutien que vous m'apportez. Merci.

A Gwenn et Rémy, vous retrouver lors de nos cousinades me rappelle toujours de doux souvenirs d'enfance ; grandir avec vous a été un vrai bonheur, je vous souhaite à tous les trois le meilleur.

A Mathilde, lien logique entre la famille et les amis. 28 ans que tu me soutiens, me supportes, me rassures, m'accompagnes dans mes lubies ! Tu as toujours été là pour moi, et me l'as encore prouvé par ta relecture au pied levé. Pour ta bienveillance et ta patience, merci. Je suis immensément fière de la personne que tu es devenue, tu seras toujours en exemple pour moi.

A Louise et Pierre, les vieux amis toujours au poste d'avant-médecine. Continuons de nous donner des nouvelles sur notre radio rémo-bariso-rennaise. Notre amitié a été nourrie par tant d'évènements ancrés en ma mémoire, pourvu que ça dure !

Aux copains de la fac : Thildou Thaisso Popo Suzy Clairou Skafou Fouch Lylou, Yassou Pierrot Loulou Djoubi Jojo Totophe Alex Malik CMK Nico. A notre soutien sans faille les uns pour les autres, à nos années de rigolades. Tant de soirées CAP-HDP-Curt'n, de pauses-coinches à la fac, de vacances tous ensemble, de week-ends entre filles et j'en passe ont forgé des liens profonds entre nous. J'y ajoute les revenants (big up Gonzo !), les nouveaux arrivants (coucou Alexandra !), les +1 en or de chacun, et les petits marmots qui s'additionnent au fil du temps. Je vous fais confiance pour faire perdurer ces liens encore longtemps.

A Suzanne : un paragraphe spécial, car c'est certainement grâce à toi que je soutiens aujourd'hui ma thèse à Poitiers plutôt qu'à Reims ! Je n'aurais sûrement pas franchi le pas de quitter la région sans toi, passant à côté de rencontres formidables et d'une expérience tellement riche. Merci d'avoir été là à une étape cruciale des études. Je ne me fais aucun souci pour toi pour l'avenir, mais serai toujours là si tu en as besoin.

A Blandine et Mathilde, mes toutes premières colocs d'Angoulême. On a beau s'être éparpillées depuis, n'espérez pas vous débarrasser de moi si vite que ça ! Blandine, tu as le don de me faire croire que tout est possible et d'apaiser mes doutes : notre amitié m'est essentielle. Merci d'avoir pris le temps de relire ma thèse et pour tes conseils, merci à Mathieu et toi pour l'accueil répété à Tours ! Mathilde, tu es un vrai soleil, garde ton sourire et ton optimisme à toute épreuve. Merci de me faire découvrir ton sud-ouest, merci à Max et toi de m'avoir hébergée autant de fois cette année pour le bien de ma thèse.

Aux amis du Clos : Blandine, Virginie, Inès, Claire, Aline et Guillaume. A notre semestre très spécial confinés tous ensemble dans notre coloc niortaise : on ne remerciera jamais assez le Covid de nous avoir autant rapprochés. Vous êtes ma famille de l'ouest, que j'ai hâte de retrouver ci-tôt que je la quitte ! Votre soutien m'est précieux, merci de m'avoir accompagnée jusqu'à la thèse. Virginie, nous avons fait nos premiers pas à Poitiers ensemble il y a 6 ans déjà, je suis heureuse et fière de boucler la boucle au même endroit le même jour que toi !

A Anne-Laure et Adèle, les colocs de Rochefort. Encore un semestre que je n'oublierai jamais grâce à votre compagnie ! C'était un immense plaisir de partager votre début d'internat dans notre cocon du 17. Je suis fière de vos parcours, à mon tour de terminer le mien ! Je souhaite qu'on renouvelle nos retrouvailles encore longtemps.

Aux co-externes rémois, puis co-internes et colocs picto-charentais : merci pour la camaraderie et le soutien qu'on a pu s'apporter. Mention spéciale pour Fanny, de la team des urgences et du bâtiment social : on a partagé ensemble un tout premier semestre d'internat riche en émotions, c'est à chaque fois une immense joie de te retrouver à Niort ou ailleurs.

Aux maîtres de stage niveau 1 et SASPAS, auprès de qui j'ai tant appris. Aux différents médecins et paramédicaux bienveillants que j'ai côtoyés à l'hôpital, particulièrement au pôle gériatrique de Rochefort. Aux médecins remplacés chez qui je débute mon métier et qui ont su m'accorder et me renouveler leur confiance.

A Tataï, Canaillou, et Lala. A Uilly.

A moi : on y est arrivé.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
INTRODUCTION	12
1. Préambule	12
2. Le deuxième cycle des études médicales : l'externat	13
2.1. La formation médicale en France	13
2.2. Zoom sur le deuxième cycle	14
2.3. Stage de deuxième cycle en médecine générale (SDCM).....	14
2.4. Situation de la formation à la faculté de médecine de Poitiers.....	15
3. Importance du SDCM sur le choix professionnel	15
4. Impact du SDCM sur la représentation de la médecine générale	16
5. Outil original d'évaluation du stage : TRS et association verbale	17
5.1. Théorie des représentations sociales : définition	17
5.2. Orientations de la théorie des représentations sociales.....	18
5.2.1. Modèle sociogénétique : S. Moscovici (1961).....	18
5.2.2. Modèle structural : J-C. Abric (1993).....	18
5.2.3. Modèle sociodynamique : W. Doise (1986, 1990).....	19
5.3. Méthode d'étude des représentations sociales : l'association verbale.....	19
5.4. Application de la TRS au SDCM	20
6. Objectifs de l'étude	20
6.1. Objectif principal	20
6.2. Objectifs secondaires.....	21
MATÉRIEL ET MÉTHODE	22
1. Type d'étude	22
2. Population d'étude	22
3. Recueil des données	22
3.1. Type de recueil	22
3.2. Mode de recueil	23
4. Analyse des données	24
4.1. Analyse de l'échantillon	24
4.2. Catégorisation des données	24
4.3. Loi binomiale.....	25
4.4. Analyse prototypique	25
4.5. Comparaison fréquence, rang d'importance, connotation et définition	26
4.6. Étude de l'entropie.....	26
4.7. Analyse de similitude	26
4.8. Analyse en composantes principales.....	26

5. Aspects éthiques et réglementaires	27
6. Personnes ressources	28
RÉSULTATS	29
1. Échantillon	29
1.1. Caractéristiques de l'échantillon	29
1.2. Représentativité de l'échantillon	31
2. Catégorisation des données	31
3. Loi binomiale	32
4. Objectif principal : comparaison RSMG selon SDCM	32
4.1. Analyse prototypique	32
4.2. Comparaison fréquence, rang d'importance, connotation et définition	34
4.3. Calcul de l'entropie	37
4.4. Analyse de similitude	38
4.5. Analyse en composantes principales.....	39
5. Objectifs secondaires : comparaison RSMG selon variables interférentes	41
5.1. Intégration des variables interférentes dans l'ACP	41
5.2. Zoom sur le délai depuis la réalisation du stage	43
DISCUSSION	45
1. Objectif principal	45
2. Objectifs secondaires	48
3. Forces et faiblesses	49
3.1. TRS et méthode d'association verbale	49
3.2. Recueil des données et échantillonnage	50
3.3. Catégorisation des données	51
3.4. Analyse	52
4. Comparaison aux données antérieures et apports	52
5. Perspectives	54
CONCLUSION	56
ANNEXES	57
Annexe 1 : Questionnaire	57
Annexe 2 : Formulaire d'information à destination des participants à l'étude	60
Annexe 3 : Certificat d'enregistrement auprès du DPO de l'Université de Poitiers...	61
Annexe 4 : Liste des catégories retenues après catégorisation sous contrainte	62
Annexe 5 : Tableau des coordonnées selon CP1 et CP2 des catégories (ACP).....	64
Annexe 6 : La « marguerite des compétences » du médecin généraliste	65
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS.....	70

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACP : Analyse en Composantes Principales

ADL : Analyse Discriminante Linéaire

CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CP : Composante Principale

CREM : Comité Régional des Étudiants en Médecine

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DMG : Département de Médecine Générale

DPO : Délégué à la Protection des Données (**Data Protection Officer**)

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EDN : Épreuves Dématérialisées Nationales

L.AS : Licence « Accès Santé »

Loi HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

MCA : Maître de Conférence Associé

MG : Médecine Générale / Médecin Généraliste

PAMSU : Praticien Agréé-Maître de Stage des Universités

PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé

R1C, R2C, R3C : Réforme du Premier, Deuxième, Troisième Cycle

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RS : Représentation Sociale

RSMG : Représentation Sociale de la Médecine Générale

SDCM : Stage de Deuxième Cycle en Médecine générale

TRS : Théorie des Représentations Sociales

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (**World Organization of Family Doctors**)

INTRODUCTION

1. Préambule

En 2024, la question de l'attractivité de la spécialité Médecine Générale en France est depuis plusieurs années au cœur des débats. Dans un contexte de diminution globale de la densité de médecins généralistes depuis 2010 (1), associée à une hausse plus accrue des besoins de soins de la population que de la démographie médicale, sont nées les problématiques d'accès au soin.

La loi HPST de 2009 (2) régit les principes d'accès aux soins de premier recours : assurer au patient les missions de prévention, dépistage, diagnostic, traitement, orientation, suivi et éducation pour la santé. Ces missions de premier recours sont dévolues au médecin généraliste, acteur de première ligne, porte principale d'entrée dans le système de soins, garant d'une coordination optimale des soins apportés à ses patients.

Cette loi vient appuyer l'importance du médecin généraliste de premier recours dans le rôle de Médecin Traitant, terme introduit par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie (3) ; chaque assuré doit pouvoir désigner et accéder à un médecin traitant dont les missions sont celles du médecin généraliste.

Or, la diminution de la densité de médecins généralistes vient entacher cette accessibilité à tous, avec des inégalités territoriales inter et intra-départementales (4), d'où découle le terme de désert médical : en 2022, 46,8% des communes françaises sont situées sous le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant chez un médecin généraliste, définissant le statut de désert médical selon la DREES.

Cette constatation chiffrée concernant les médecins généralistes est à comparer aux médecins spécialistes : de 2012 à 2021, quand le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6%, le nombre de médecins d'autres spécialités a augmenté de 6,4% (1), avec une densité en augmentation de médecins spécialistes et une diminution des inégalités territoriales. A noter toutefois des disparités entre les spécialités.

De plus, si la densité de médecins généralistes diminue, le mode d'exercice des médecins spécialistes en médecine générale évolue également : l'exercice libéral exclusif a tendance à reculer, au profit de salariats ou d'exercices mixtes (1) (**figure 1**). Cela participe à une « fuite » des effectifs de médecins généralistes vers des postes de soins dits de second recours.

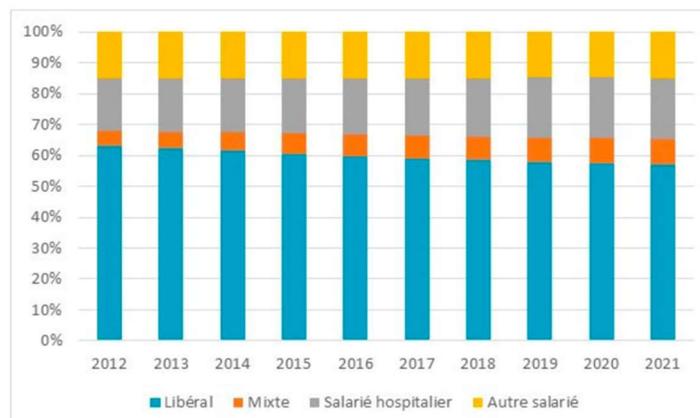


Figure 1 : Répartition des médecins généralistes par mode d'exercice (2012-2021)

Pour pallier la diminution de la densité de médecins généralistes en France, plusieurs solutions sont proposées, parmi lesquelles la suppression du *numerus clausus* effective depuis la rentrée universitaire de 2020, qui fixait annuellement depuis 1972 par décret ministériel le nombre d'étudiants admis à entrer en formation : il est remplacé par le *numerus apertus*, ayant pour ambition de proposer des flux d'entrée de façon plus flexible dans l'objectif de répondre aux besoins de santé des territoires, en adéquation avec les capacités d'accueil des facultés (1).

De plus, pour favoriser l'installation en libéral des médecins généralistes de premier recours en zones sous-dotées, des aides financières diverses ont été créées, telle la CAIM mise en place par la convention médicale 2016 (5).

A l'entre-deux, les étudiants en médecine de sixième année, à l'issue de leur premier et deuxième cycle de formation, doivent choisir leur spécialité pour le troisième cycle : comment inciter ces étudiants à choisir la spécialité médecine générale ?

2. Le deuxième cycle des études médicales : l'externat

2.1. La formation médicale en France

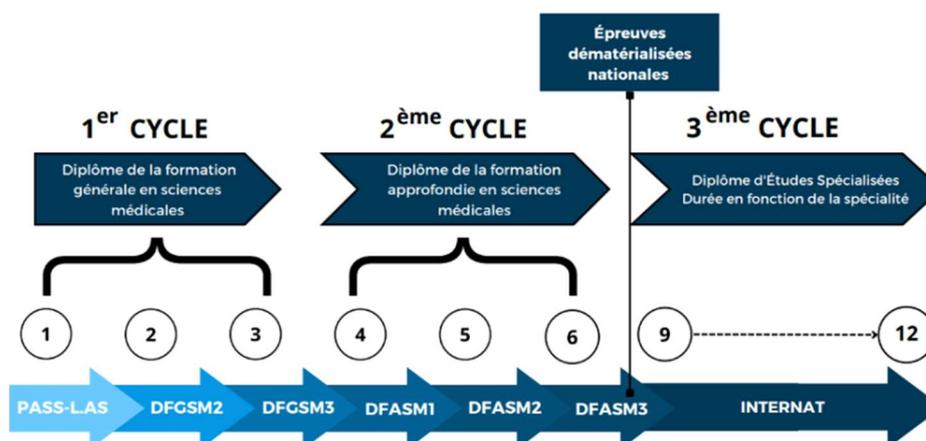


Figure 2 : Illustration graphique des études médicales en France (6)

La **figure 2** résume le parcours universitaire actuellement en place pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine, chirurgie ou biologie, selon les réformes R1C, R2C et R3C respectueusement parues en 2019 (7), 2021 (8) et 2017 (9). Le cursus universitaire comprend :

- Le Premier cycle :
 - Année 1 : PASS ou L.AS, préparation du concours d'entrée
 - Année 2 : DFGSM2
 - Année 3 : DFGSM3
- Le Deuxième cycle : Externat
 - Année 4 : DFASM1
 - Année 5 : DFASM2
 - Année 6 : DFASM3, préparation de l'EDN
- Le Troisième cycle : Internat
 - Phase socle
 - Phase d'approfondissement
 - Phase de consolidation

Après une formation commune de six ans, le choix de spécialité intervient à la fin du deuxième cycle, à l'issue des EDN. Les étudiants choisissent alors selon leurs vœux et leur classement national parmi les disciplines médicales, chirurgicales ou biologique leur spécialité d'internat, pour leur troisième cycle, dont la durée dépend de la spécialité choisie.

2.2. Zoom sur le deuxième cycle

Si le premier cycle est principalement consacré à une formation magistrale universitaire, le deuxième cycle est marqué par une alternance de périodes d'enseignements facultaires et de stages (10). Il a pour objectif l'acquisition des compétences permettant aux étudiants d'exercer par la suite en milieu hospitalier ou ambulatoire, les fonctions du troisième cycle.

Les étudiants accomplissent :

- Des stages en unités de soins dans les services d'un CHU ;
- Des stages hospitaliers dans des établissements de santé hors CHU ;
- Un stage en médecine générale ambulatoire auprès de médecins généralistes formés : praticiens agrées-maîtres de stage des université (PAMSU).

2.3. Stage de deuxième cycle en médecine générale (SDCM)

Le stage accompli auprès de PAMSU au cours du deuxième cycle des études de médecine, qu'on appellera stage de deuxième cycle en médecine générale (SDCM), a été rendu obligatoire par l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (11) : 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 PAMSU ».

Le caractère obligatoire de ce stage et ses modalités pratiques sont rappelés par différents arrêtés en 2006 (12), 2009 (13), 2013 (10), et 2015 (14). On retient que le SDCM a pour objectif de permettre à l'étudiant (10) :

- D'appréhender la relation médecin-patient en médecine générale et la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;
- De se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale, la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en ambulatoire ;
- De se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ;
- D'appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale ;
- D'appréhender les conditions d'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire ;
- D'appréhender la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours ;
- De comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire.

Les contours actuels de réalisation du stage (14) sont les suivants : réalisation pour chaque étudiant d'un stage (a minima), auprès d'un à trois PAMSU, répartis sur deux lieux de stage au minimum. Les PAMSU doivent exercer leur activité professionnelle en tant que médecin installé depuis au moins un an pour obtenir l'agrément, pour une durée de cinq ans renouvelables.

Malgré ces dispositions, le CNGE informe, en 2024, que si l'ensemble des facultés française propose ce stage, il n'est pas encore possible de permettre à tous les étudiants de le réaliser au cours de leur cursus (15), à cause du manque d'effectif des PAMSU.

Dans le cadre de la R2C de 2021 (8), en sus du SDCM, un stage « pré-professionnalisant » en médecine générale est censé être proposé aux étudiants en DFASM3 dont le projet professionnel est de choisir le DES de médecine générale ; là encore, son application dans les facultés dépend du nombre de PAMSU disponibles.

2.4. Situation de la formation à la faculté de médecine de Poitiers

À la faculté de médecine de Poitiers, le SDCM, tel que prévu au niveau national, est créé à la rentrée universitaire 2010, avec une capacité d'accueil croissante grâce à une hausse progressive du nombre de PAMSU.

Lors de l'année universitaire 2023-2024, ce sont 50 binômes de PAMSU qui accueillent les étudiants sur l'ensemble du territoire picto-charentais. Le SDCM est réalisé uniquement en DFASM2, lors de trois à quatre sessions de trois mois durant lesquels l'étudiant est présent deux jours par semaine en stage : soit 24 jours de stage. On estime donc la capacité d'accueil en SDCM à 150-200 étudiants en DFASM2 par an, pour un nombre moyen d'étudiants de 243 par promotion en DFASM en 2023-2024 : une certaine proportion d'externes ne peut pas accéder au SDCM, malgré son caractère théorique obligatoire.

De plus, le mode actuel de choix des stages permet aux étudiants qui le souhaitent de réaliser plusieurs stages en médecine générale. A contrario, certains binômes de PAMSU jugés trop éloignés de la faculté ne sont parfois pas choisis, avec en conséquence des terrains de stage restant vacants. Il est donc difficile de connaître la proportion exacte d'étudiants ayant réalisé au moins un SDCM.

L'état actuel des effectifs de PAMSU ne permet pas pour le moment de mettre en place le stage pré-professionnalisant voulu en DFASM3 pour les étudiants s'orientant vers la médecine générale.

Enfin, notons qu'il n'existe plus à l'heure actuelle de séminaire (obligatoire ou facultatif) concernant la médecine générale au cours du deuxième cycle ; quelques items du programme de la R2C (16) relevant du champ de la médecine générale sont présentés en cours magistraux par les intervenants du DMG, tels l'item 1 « La relation médecin-malade (...) » ou l'item 324 « Éducation thérapeutique du patient et automédication ».

3. Importance du SDCM sur le choix professionnel

Lors du choix de spécialité à l'issue de la sixième année, en 2024, ce sont 3221 places qui ont été proposées en médecine générale, pour 7974 places au total (17), soit 40% de l'effectif.

En 2024 toujours, 41,3% des médecins en activité régulière (tous exercices confondus) sont généralistes (4).

Toutes spécialités confondues, le mode d'exercice libéral exclusif représente 41% des médecins en activité régulière, 56% chez les généralistes.

Près d'un étudiant sur deux aura donc une formation en médecine générale, et près d'un sur deux aura statistiquement une activité libérale. Or, la formation en stage du deuxième cycle étant principalement hospitalo-centrée (seul un stage est à réaliser en

médecine générale ambulatoire, auquel certains étudiants n'ont pas accès faute de places), la découverte de l'exercice de la médecine générale et plus largement de l'exercice libéral qui seront le mode d'exercice d'une grande partie des étudiants, ne tient que dans la réalisation du SDCM.

L'importance d'un tel stage est donc capitale, comme le rappelle l'instruction du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale (18) : ce stage doit permettre « aux étudiants de découvrir la médecine générale et donc de réaliser un choix éclairé de cette spécialité à l'issue des ECN. Ils offrent en outre l'opportunité de se former aux spécificités de l'exercice de la médecine de proximité, afin de compléter utilement la formation hospitalière et dissiper la crainte de s'installer en dehors d'un cadre salarié ».

Plusieurs études mettent en avant l'importance pour les externes d'un tel stage : C. Braun Neves relève que 85% des étudiants de son étude y sont favorables, quel que soit leur projet professionnel (thèse d'exercice, 19) ; B. Boutillier retrouve également une forte demande de la part des étudiants d'avoir un stage en médecine générale avant l'entrée en troisième cycle, 83% d'entre eux pensant que la sensibilisation à la médecine générale est insuffisante (20). Plus récemment, l'étude d'A. Aubrion a montré que le fait d'avoir effectué un stage en médecine générale est associé au choix ultérieur de cette spécialité (21) ; il fait l'hypothèse que renforcer les expériences en médecine ambulatoire tout au long du cursus favoriserait l'attrait des étudiants vers la médecine générale, ce d'autant plus que selon une étude britannique longitudinale (22), l'effet du stage sur le souhait de faire médecine générale ne dure pas dans le temps.

4. Impact du SDCM sur la représentation de la médecine générale

Si l'importance du SDCM n'est plus à démontrer pour favoriser le choix de la médecine générale, nous tentons d'en comprendre les raisons : comment la réalisation du SDCM parvient à changer le point de vue sur la spécialité ? Quels sont les points centraux à l'origine de ce changement ? Permet-il une meilleure appréhension du métier de médecin généraliste ? En somme, change-t-il la représentation de la médecine générale chez les étudiants ?

Plusieurs travaux se sont intéressés à cette question, via des sondages d'opinion (analyses qualitatives) apportant des résultats intéressants. Citons la thèse de V. Levraut (23), dans laquelle les participants de DFASM3 interrogés par entretiens semi-dirigés révèlent une représentation assez complète du métier de médecin généraliste, aussi bien dans ses éléments attractifs que négatifs, et chez qui le SDCM semble avoir été le tournant d'une meilleure représentation de la médecine générale.

Le travail de C. Pigache (24) montre un « ré-enchantement » des étudiants à l'égard de la médecine générale suite au stage, celui-ci permettant de découvrir un monde inconnu très différent des stages hospitaliers, en mettant en avant les aspects positifs du stage (mise en pratique des connaissances, relation médecin-malade, suivi) et les inquiétudes qu'il suscite (variété des situations, responsabilité). Il cite les difficultés à réaliser un stage de qualité : l'éloignement, les frais, la fatigue.

C. Renoux (25) met en évidence lors de focus-groups auprès d'étudiants ayant réalisé le SDCM que ceux-ci appréhendent mieux les spécificités de la médecine générale : diversité, pratique spécifique, exercice ambulatoire, globalité de la prise en charge, relation médecin-patient, démarche diagnostique, visites à domicile.

À Poitiers, les travaux de thèse conjoints de G. Derrien (26) et M. Boinot (27) se sont attachés au sein de focus-groups d'externes ayant ou n'ayant pas réalisé le stage à comparer leurs points de vue sur la médecine générale selon une nouvelle approche : celle de la **théorie des représentations sociales** (TRS, voir plus bas). Les résultats suggèrent une connaissance parcellaire de la médecine générale avant la réalisation du SDCM, avec l'expression d'inquiétudes quant à l'exercice de la spécialité, inquiétudes peu exprimées lorsque le stage a été fait. Les étudiants semblent plus à l'aise pour définir la médecine générale une fois le stage effectué.

Ces différents travaux, réalisés en entretiens semi-dirigés individuels ou focus-groups collectifs, ont permis d'obtenir des résultats en étude qualitative intéressants, mais qui manquent de reproductibilité et sont surtout chronophages à obtenir. Comment parvenir à des résultats plus objectifs, chiffrés, à grande échelle sans la contrainte du recueil qualitatif classique ?

5. Outil original d'évaluation du stage : TRS et association verbale

Une piste intéressante d'évaluation du SDCM est d'utiliser la théorie des représentations sociales, originaire du domaine des sciences sociales, étudiée au moyen d'une méthode standardisée d'association verbale que nous présentons ici.

5.1. Théorie des représentations sociales : définition

S. Moscovici définit en 1961 le champ de recherche sur la pensée collective par le concept de **représentation sociale** (RS), qui regroupe les notions de croyance, mentalité, mémoire collective, imaginaire social (28).

Une RS apparaît sous la forme de **contenus**, relatifs à un objet donné de l'environnement social des individus, exprimant les significations que ces individus assignent à l'objet en question. Toute étude de représentation consiste à recueillir ces contenus, les analyser, et les comprendre afin de saisir le **sens** que cet objet a pour les individus.

Ces contenus ont deux origines : certains sont le fruit de la **cognition sociale** (processus cognitifs mis en œuvre pour interpréter et comprendre un objet), d'autres d'une **communication collective** (médiatisation de l'information, communications culturelles, échanges interindividuels, débat public). L'action permanente de ces deux processus, au sein d'une même population, a pour effet de générer des **consensus** à propos de certains des contenus d'une représentation, ou à l'inverse des dissensions.

Les RS recouvrent trois fonctions (28) :

- Fonction **signifiante** : donner du sens aux objets d'un environnement social, en permettant de les décrire (nommer, catégoriser les composantes d'un environnement social) et de les expliquer (comprendre les liens, les recouvrements ou les oppositions) ;
- Fonction **identitaire** : spécifiques aux groupes qui les ont élaborées, les RS permettent une différenciation intergroupe et l'assimilation intragroupe ;
- Fonction **évaluative** : les RS fournissent aux membres d'un groupe des critères communs qui leur permettent de porter des jugements sur leur environnement social, de justifier des comportements ou des prises de position.

Selon S. Moscovici (28), les contenus d'une RS sont organisés en trois dimensions :

- Notion d'**information** : une RS est composée d'un nombre plus ou moins important de contenus, déterminant sa richesse ou sa pauvreté ;

- Notion de **champ** : les contenus d'une RS s'organisent en thématiques hiérarchisées selon l'importance que leur accordent les membres d'un groupe ;
- Notion d'**attitude** : représentation positive ou négative de l'objet.

5.2. Orientations de la théorie des représentations sociales

Trois principales orientations de la TRS ont été développées dans de vastes champs de recherches, comportant des objectifs propres et faisant usage de méthodes d'étude différentes : le modèle **sociogénétique**, le modèle **structural**, le modèle **sociodynamique** (29).

5.2.1. Modèle sociogénétique : S. Moscovici (1961)

S. Moscovici explique l'apparition d'une RS au sein d'un groupe selon deux processus : l'objectivation et l'ancrage (29).

L'**objectivation** consiste à une chosification, concrétisation de l'objet nouveau : formation d'un noyau figuratif, c'est à dire un ensemble imagé et cohérent qui reproduit l'objet de façon concrète et sélective.

L'**ancrage** correspond à une familiarisation, assimilation de l'objet nouveau au sein du système de pensée du groupe : l'objet est assimilé à des formes déjà connues, des catégories familières, s'inscrit dans un réseau de significations.

Ce courant voit naître des études observationnelles descriptives des RS, qui expriment le rapport que les individus et les groupes entretiennent avec leur environnement, au moyen d'entretiens individuels ou groupés : c'est l'exemple des thèses de G. Derrien et M. Boinot sus-citées (26, 27).

5.2.2. Modèle structural : J-C. Abric (1993)

J-C. Abric décrit un modèle structural des RS, basé autour de la **théorie du noyau central** : selon lui, toute RS est constituée d'éléments « **périphériques** » organisés autour d'un petit nombre d'éléments « **centraux** » formant le noyau.

Le noyau (système central) est caractérisé par deux propriétés fondamentales (29) :

- **Stabilité** : résistance au changement, permanence et pérennité des contenus, indépendamment du contexte ;
- **Consensus** : contenus consensuels, collectivement partagés, définissant l'homogénéité du groupe par rapport à un objet donné, constituant l'identité sociale du groupe et jouant un rôle dans la différenciation avec les autres.

A l'inverse, le système périphérique s'adapte aux contextes sociaux, médiatiques, politiques (instabilité), et peut contenir des éléments non consensuels. Il a trois fonctions essentielles (29) :

- Guider les comportements et prises de position à adopter dans une situation donnée ;
- Permettre une personnalisation interindividuelle de la RS, prises de position restant compatibles au système central mais reflétant une variabilité à l'intérieur du système périphérique ;
- Protéger le noyau, la transformation d'une RS s'opérant par modification préalable de ses éléments périphériques.

Selon cette conception, l'étude des RS va consister à **identifier**, dans l'ensemble des contenus relatifs à l'objet, **les éléments appartenant au noyau**, afin de comprendre les significations que le groupe attribue à l'objet de la représentation (28). L'approche structurale va permettre la **formulation d'hypothèses** concernant l'adaptation socio-cognitive des individus face aux évolutions de leur environnement, à l'origine de l'utilisation de la **méthode expérimentale**.

5.2.3. Modèle sociodynamique : W. Doise (1986, 1990)

W. Doise construit le modèle sociodynamique autour de la **théorie des principes organisateurs** (29) : partant du principe que les positions exprimées à propos d'une question donnée dépendent des appartenances sociales de chacun, on verra apparaître entre deux groupes sociaux distincts une certaine divergence dans leurs points de vue. Ici, la question n'est pas d'observer le contenu ou la structure d'une RS, mais d'identifier les questions, les thèmes, autour desquels divergent deux groupes, qui marquent les « principes organisateurs » selon lesquels une RS se définit.

Selon cette théorie, on suppose que l'importance accordée aux différents principes organisateurs d'une représentation peut varier selon les appartenances sociales des individus, permettant d'établir des correspondances entre groupe social et hiérarchisation des principes organisateurs (28).

Ce modèle permet de recourir à des **analyses multivariées**.

5.3. Méthode d'étude des représentations sociales : l'association verbale

Le recueil d'une RS peut revêtir plusieurs formes. Citons d'abord les méthodes d'**entretiens**, qui consistent en des sondages d'opinion lors d'entretiens non-directifs, semi-dirigés ou focalisés (28), cherchant à recueillir auprès du répondant les contenus de sa RS d'un objet. Ils ont l'avantage de fournir des matériaux riches et abondants, mais présentent beaucoup d'inconvénients : logistique (temps consacré aux entretiens et à la retranscription), capacité à mener à bien l'entretien (inexpérience du chercheur, neutralité, savoir relancer), exploitation des matériaux recueillis (tri des données, subjectivité du chercheur).

Existent aussi en pratique courante les **questionnaires** (28). Ils ont l'avantage de standardiser le recueil des données, permettant des comparaisons valides entre deux groupes ou deux périodes distinctes sur un même groupe. Mais, pour être efficace en matière de RS, le questionnaire doit s'appuyer sur des données issues d'une phase de recherche qualitative (entretiens) permettant d'identifier les items pertinents sur lesquels les individus sont interrogés : inconvénient logistique (temps consacré au travail qualitatif en amont pour identifier les items, élaboration du questionnaire). Aussi peut-on dire que le questionnaire permet plus de mesurer l'adhésion à un item imposé par l'interprétation du chercheur lors de la phase qualitative, plutôt que de rechercher les contenus produits par l'activité cognitive de l'individu interrogé.

Quelle alternative ? La théorie du noyau central a donné naissance à plusieurs méthodes de collecte de données, spécifiquement élaborées pour étudier le contenu, l'organisation, et l'orientation des RS (30), parmi lesquelles figurent les **méthodes associatives** : la principale d'entre elles qui nous intéresse ici étant la technique d'**association verbale**.

La méthode d'association verbale va consister, à partir d'un **inducteur**, à recueillir les **induits** qui arrivent spontanément à l'esprit à propos dudit inducteur. Cette méthode se rapporte à l'existence de liens (lexicaux, synonymiques, analogiques, référentiels) entre l'inducteur et sa représentation pour un individu : élaboration d'un réseau sémantique composé d'items directement produits par les répondants, présents dans leur univers cognitif (28).

Cela présente l'avantage conséquent d'économiser le travail d'entretien et d'analyse de productions discursives, en accédant directement aux items d'intérêt composant une RS, sans tri subjectif imposé par le chercheur.

Une fois le contenu de la RS recueilli, il convient d'identifier sa structure (noyau central, périphérie), retrouver les liens entre les différents éléments, chercher autour de quels thèmes divergents les RS se construisent (principes organisateurs).

5.4. Application de la TRS au SDCM

La question initiale étant de comprendre comment la réalisation du SDCM améliore la vision de la médecine générale voire favorise son choix comme spécialité d'internat, l'utilisation de la TRS et de sa méthode d'association verbale trouve ici tout son intérêt : y a-t-il une évolution de la représentation sociale de la médecine générale (RSMG) chez les étudiants après le stage ? Comment évolue-t-elle ?

S. Darty, en 2014, a déjà réalisé un travail de thèse à ce sujet (31), apportant des éléments de réponse intéressants : si le noyau central de la RSMG reste inchangé entre avant et après le stage, la périphérie se modifie, certains éléments se renforçant, sans pour autant voir apparaître de nouveaux éléments. Les éléments qui composent la RS sont jugés plus descriptifs, mais la connotation de la représentation (négative/positive) reste similaire.

Ce travail posait le problème d'une puissance insuffisante, avec un taux de réponse de la population d'étude de 14,8%.

Nous avons donc souhaité, dix ans après la première étude, réitérer ce travail de recherche, en visant un meilleur taux de réponse et en réalisant de nouvelles analyses complémentaires.

6. Objectifs de l'étude

6.1. Objectif principal

Avec notre recueil et notre analyse de données, nous avons cherché à évaluer l'impact du SDCM sur la RSMG chez les étudiants en deuxième cycle de la faculté de médecine de Poitiers. Pour cela, nous avons comparé la RSMG des étudiants ayant fait leur stage et celle des étudiants ne l'ayant pas fait.

Au vu de la littérature et de la théorie exposée précédemment, les hypothèses suivantes sont émises :

- **H1** : les éléments centraux de la RSMG restent stables après le SDCM
- **H2** : les éléments périphériques de la RSMG sont modifiés après le SDCM
- **H3** : la RSMG comporte plus d'éléments descriptifs après le SDCM

- **H4** : la connotation de la RSMG est plus positive après le SDCM
- **H5** : la structure de la RSMG est mieux organisée après le SDCM
- **H6** : les liens entre les éléments de la RSMG se modifient après le SDCM
- **H7** : des thèmes divergents apparaissent entre avant et après le SDCM

6.2. Objectifs secondaires

Dans un second temps, nous avons cherché à mesurer l'impact de variables interférentes pouvant moduler l'effet du SDCM sur la RSMG. Pour cela, nous avons testé un certain nombre de facteurs :

- **H8** : le rapport à la spécialité « médecine générale » (souhait de choisir cette spécialité pour l'internat ou non) interfère avec la RSMG
- **H9** : le temps de trajet nécessaire pour se rendre en stage interfère avec la RSMG
- **H10** : la zone de réalisation du stage (urbaine, semi-rurale, rurale) interfère avec la RSMG
- **H11** : la réalisation ou non de visites à domicile avec son PAMSU interfère avec la RSMG
- **H12** : le temps écoulé depuis la réalisation du SDCM interfère avec la RSMG

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Pour répondre à notre objectif principal, comparer la RSMG chez les étudiants ayant fait ou non leur SDCM afin d'en évaluer l'impact, nous avons réalisé une étude semi-quantitative transversale en utilisant la méthode d'association verbale.

2. Population d'étude

La population d'étude était constituée de l'ensemble des étudiants en deuxième cycle de la faculté de médecine de Poitiers lors de l'année universitaire 2023-2024, correspondant aux promotions DFASM1, DFASM2 et DFASM3. Après interrogation du service scolarité de la faculté, cela correspondait à une population de 730 étudiants.

3. Recueil des données

3.1. Type de recueil

Nous avons utilisé le format d'un **questionnaire** pour l'obtention de nos données, construit en quatre parties (modèle disponible en **Annexe 1**) :

1- Informations de base :

- Questions signalétiques (sexe, âge, promotion)
- Appétence pour la spécialité médecine générale selon une échelle de Likert (« Je suis sûr de vouloir faire médecine générale » à « Je suis sûr de ne pas vouloir faire médecine générale »)
- SDCM réalisé, en cours ou non réalisé

2- Informations concernant le SDCM :

- Attentes concernant ce stage : aucune, réalisé par obligation, stage réputé « tranquille », découverte de la médecine générale, confirmer ou infirmer le choix de la médecine générale pour l'internat, autre
- Nombre de stages réalisés
- Délai depuis la réalisation du (dernier) stage : < 6, 6-12, > 12 mois
- Temps de trajet pour se rendre en stage : < 30, 30-60, > 30 minutes
- Zone géographique du stage : zone urbaine, semi-rurale, rurale (semi-rurale étant définie par les alentours directs d'une ville dotée d'un hôpital)
- Réalisation ou non de visites à domicile

3- Test d'association verbale :

- Inducteur : « Médecine générale »
- Association libre continuée de 5 induits

La méthode d'association verbale, comme expliquée plus haut, consiste à partir d'un inducteur (ici « Médecine générale ») à rechercher les induits qui viennent spontanément à l'esprit du répondant. Nous avons demandé aux répondants de produire cinq réponses (association continuée), sans contrainte grammaticale ou sémantique (association libre) (28).

La question était ainsi posée : « Citez 5 idées qui vous viennent spontanément à l'esprit à propos de la médecine générale ».

4- Hiérarchisation et caractérisation des induits :

- Hiérarchisation : préciser parmi les induits cités lesquels sont les premier et deuxième plus importants selon l'étudiant
- Score de connotation : échelle de Likert de -2 à +2 sur l'aspect négatif ou positif de chaque induit cité
- Score de définition : échelle de 1 à 10 sur la capacité de chaque induit cité à définir la médecine générale

Dans l'étude structurale des RS (théorie du noyau central), il est nécessaire d'obtenir à la fois la fréquence de chaque induit, mais aussi son rang (28) : il peut s'agir du rang d'apparition (ordre dans lequel il apparaît : position 1-2-3-4-5) ou bien du rang d'importance (quels induits semblent être du plus au moins importants pour le répondant, étape de **hiérarchisation** à réaliser une fois les induits cités).

Différentes études ayant montré que les idées importantes n'étaient pas forcément citées en premier (32), il nous a paru utile d'utiliser un rang d'importance personnalisé : on a demandé à l'étudiant de désigner les premier et deuxième induits qui lui semblaient les plus importants, en prenant ensuite l'ordre d'apparition pour les troisième, quatrième et cinquième position, afin de ne pas surcharger le questionnaire.

Pour compléter l'étude structurale, selon le **modèle bidimensionnel de Moliner** (33), il était demandé à l'étudiant de noter les induits cités selon une **échelle évaluative** (connotation positive ou négative de chaque induit), et une **échelle de caractérisation** (capacité de chaque induit à définir l'inducteur).

3.2. Mode de recueil

Nous avons choisi l'outil internet LimeSurvey pour l'élaboration et la diffusion du questionnaire : outil proposé par l'Université de Poitiers conforme au règlement général sur la protection des données (RGPD), assurant la protection des données à caractère personnel des étudiants (34).

Le recueil était anonyme. Le consentement des étudiants à l'utilisation des données était vérifié en leur faisant attester la bonne lecture d'un formulaire d'information fourni par le DPO de l'Université de Poitiers, présenté en **Annexe 2**.

Le recueil des données s'est étalé sur une période de huit semaines entre mai et juillet 2024, via la diffusion du questionnaire selon plusieurs canaux :

- Utilisation des réseaux sociaux : publication du lien du questionnaire sur Facebook via le groupe des étudiants en médecine de Poitiers et celui des internes de Poitiers (afin que ceux-ci le proposent à leurs externes en stage) ; publication du lien du questionnaire sur Instagram via la corporation des étudiants en médecine de Poitiers (CREM) ; rythme de diffusion : un rappel était réalisé toutes les unes à deux semaines, soit cinq rappels au total ;
- Diffusion du questionnaire au sein du CHU de Poitiers : déplacement du chercheur dans chaque service accessible du CHU afin d'y rencontrer les externes présents en stage et les sensibiliser à notre travail de recherche, en leur laissant à disposition dans leurs bureaux une affiche résumant notre étude avec un QR code permettant d'accéder directement au questionnaire ;

La non-opposition des chefs de service a été demandée par mail en amont du déplacement dans les services. Le déplacement a été réalisé quelques jours avant le

changement de promotion des externes en stage (promotions DFASM2-DFASM3 lors du déplacement, juste avant l'arrivée des promotions DFASM1-DFASM3) : l'affiche laissée en évidence sur place avait pour but que l'information soit transmise aux étudiants suivants, afin de toucher toutes les promotions.

- Diffusion du questionnaire au sein des locaux de la faculté de médecine : plusieurs affiches résumant notre étude et comprenant le QR code d'accès au questionnaire ont été disposées sur les panneaux de communication de la faculté, au self des étudiants, et dans les locaux de la CREM ;
- Diffusion du questionnaire via des connaissances personnelles du chercheur en contact avec des étudiants de deuxième cycle.

L'arrêt du recueil a été décidé devant un épuisement du taux de réponse, après l'obtention de 162 réponses complètes, correspondant à 22,2% de répondants parmi la population d'étude.

4. Analyse des données

Une fois le recueil réalisé, nous avons importé les données brutes issues de LimeSurvey sur un tableur Excel. Nous avons conservé uniquement les réponses complètes. Les analyses effectuées sont décrites ci-après étapes par étapes ; elles ont été réalisées à l'aide du logiciel libre Tanagra (version 1.4.50) (35).

4.1. Analyse de l'échantillon

Présentation des caractéristiques de l'échantillon : caractéristiques générales (sexe, âge, promotion) puis caractéristiques liées au mode de recueil, au rapport à la médecine générale, à la réalisation ou non du SDCM, et aux modalités du SDCM réalisé. Ensuite, étude de représentativité de l'échantillon par rapport à la population d'externes, en utilisant un test de khi-deux.

4.2. Catégorisation des données

La tâche d'association verbale libre permet l'obtention d'un corpus d'induits très riche, avec un risque d'éparpillement des données. Afin de rendre possible les analyses, la première étape consiste à regrouper au sein d'un même terme les induits similaires, via un **tri lexical** en trois points : correction des fautes d'orthographe, lemmatisation, puis racinisation. La lemmatisation consiste à ramener les éléments d'un corpus lexical à leur forme canonique (tous les verbes sont mis à l'infinitif, tous les mots sont placés au singulier masculin), la racinisation à leur racine lexicale (exemple : « travailleur », « travail », « travailler » deviennent « travail ») (28).

Les induits standardisés obtenus peuvent parfois recouvrir des sens similaires, refléter la même idée (exemple : « divertir » et « amuser ») : une deuxième étape peut consister à regrouper ces induits synonymes au sein d'une même catégorie, afin de les analyser ensemble (28). C'est la **catégorisation sous contrainte**, définie par P. Vergès : chaque induit du plus au moins fréquent est positionné dans une catégorie en fonction de son sens, la catégorie ainsi créée prend le nom de l'induit le plus cité en son sein. Cette étape apparaît indispensable dans de larges corpus afin d'éviter de privilégier à tort une idée représentée par un ou deux termes, et en oublier une autre qui serait composée d'une myriade de synonymes (36).

La catégorisation sous contrainte a été obtenue par **triangulation des données** entre le chercheur, le directeur de thèse et un enseignant-chercheur expert du sujet des RS.

4.3. Loi binomiale

Un premier test statistique consistait à vérifier que la présence de certaines petites catégories (nombre d'occurrences faible) ne soit pas liée au hasard : afin de déterminer le seuil du nombre d'occurrences au-delà duquel il est estimé que les induits sont significativement cités par les répondants, nous avons appliqué le test binomial. Il s'agit d'un calcul de probabilité qui repose sur la loi binomiale, prenant en compte le nombre d'induits total et le nombre de catégories différentes (37).

Un test exact de Fisher a été ensuite réalisé pour vérifier que le nombre d'induits éliminés était similaire entre le groupe SDCM non fait et le groupe SDCM fait.

4.4. Analyse prototypique

Dans le cadre du modèle structural des RS (théorie du noyau central), P. Vergès développe l'analyse prototypique à partir des tâches d'association libre, qui permet de mettre en évidence la saillance de certains éléments de la représentation en croisant deux critères indépendants : la fréquence de citation (critère quantitatif) et le rang d'apparition ou d'importance (critère qualitatif) (28).

En croisant ces 2 critères, on obtient le tableau à double entrée suivant (**tableau 1**), où chaque case possède sa signification propre, développées par P. Vergès et J-C. Abric (38).

		Rang moyen (apparition OU importance)	
		<i>Élevé</i>	<i>Faible</i>
Fréquence moyenne	<i>Haute</i>	Zone de centralité <i>Case 1</i>	1 ^e périphérie <i>Case 2</i>
	<i>Basse</i>	Éléments contrastés <i>Case 3</i>	2 ^e périphérie <i>Case 4</i>

Tableau 1 : Tableau à double entrée résultant de l'analyse prototypique

Case 1 : Zone de centralité ; éléments les plus saillants dont on peut faire l'hypothèse qu'ils correspondent au noyau de la représentation.

Case 4 : Seconde périphérie ; éléments jugés anecdotiques, associés à la zone de périphérie « extrême », contenant de manière très peu probable d'éléments du noyau.

Les cases 2 et 3 correspondent à des zones potentielles de changement : leur interprétation est plus ambiguë, les éléments qui y sont contenus sont plus à même de se déplacer d'une case à l'autre.

Case 2 : Première périphérie ; éléments fréquents mais jugés peu importants, probablement les plus saillants du système périphérique.

Case 3 : Zone des éléments contrastés ; éléments non consensuels mais jugés importants, pouvant traduire au sein de la population interrogée la présence d'un sous-groupe minoritaire porteur d'une représentation différente de la majorité.

En utilisant le rang d'importance, un tableau a ainsi été constitué pour chaque groupe d'étudiants (SDCM non fait et SDCM fait).

4.5. Comparaison fréquence, rang d'importance, connotation et définition

Comparaison statistique entre les deux groupes (SDCM non fait, SDCM fait) de la fréquence de chaque catégorie par le test exact de Fisher, ainsi que des rangs moyens et des scores de connotation et définition par un test U de Mann-Whitney.

Comparaison par test U de Mann-Whitney des scores de connotation et définition généraux, toutes catégories confondues, entre avant et après le SDCM, puis selon les trois sous-groupes « délai depuis la réalisation du stage » (par un test ANOVA non-paramétrique : test de Kruskal-Wallis).

Représentation graphique pour chaque catégorie, selon le modèle bidimensionnel de Moliner, du delta des scores de connotation et définition entre avant et après le SDCM.

4.6. Étude de l'entropie

Dans l'étude structurale d'une RS, il est intéressant de calculer l'entropie, indicateur du niveau d'organisation d'une RS (28) : on représente graphiquement la distribution des catégories selon leur ordre de fréquence et on trace une courbe de la catégorie la plus représentée vers la moins représentée. L'entropie de distribution est imagée par la pente de la courbe : plus la pente est forte, plus l'entropie diminue, plus la RS est structurée (organisée) autour d'éléments saillants ; plus la pente est faible, plus l'entropie augmente, plus la RS est désorganisée (les éléments ont tous une importance similaire).

On calcule l'entropie pour les groupes SDCM non fait et fait, ainsi que pour les trois sous-groupes « délai depuis la réalisation du stage ».

4.7. Analyse de similitude

Une analyse complémentaire permise par l'association verbale est l'analyse de similitude. Elle permet d'étudier le nombre de co-occurrences de deux catégories, c'est-à-dire le nombre de fois où deux catégories ont été citées ensemble. Cela met en évidence les associations prioritaires, la force de relation entre deux idées : données implicites reflétant la pensée des étudiants (28).

On calcule pour chaque duo de catégories, dans les groupes SDCM non fait et fait, un **indice de co-occurrence** (nombre de co-occurrences divisé par le nombre d'individus du groupe). On représente graphiquement les catégories reliées entre elles par leur indice de co-occurrence le plus élevé : obtention pour chaque groupe d'un **graphe de similitude** appelé **arbre maximal recouvrant**, permettant une analyse visuelle structurale de la RS.

4.8. Analyse en composantes principales

Afin d'examiner les liens entre les associations verbales produites et les caractéristiques des personnes interrogées (SDCM fait ou non, modalités du stage, etc.), on a recours à une méthode d'**analyse factorielle** appelée analyse en composantes principales (ACP).

L'ACP étudie la façon dont les éléments d'une RS covarient, s'opposent ou sont indépendants entre eux (39) : si plusieurs éléments varient dans le même sens, ils constituent une même idée, ce qui permet d'extraire une **dimension**.

En croisant dans une matrice en ligne les étudiants et en colonne les catégories, l'ACP réalise un calcul de **corrélation** à partir de chaque catégorie, aboutissant à la production d'autant de dimensions que de catégories. Ces dimensions sont appelées **composantes principales** (CP). Les CP ainsi obtenues sont classées selon leur valeur (*eigen value*), c'est-à-dire leur proportion à représenter la corrélation des données.

Chaque CP peut être considérée comme un axe sur lequel viennent se placer les catégories et les sujets, en fonction de leur proximité à la dimension extraite. En prenant les deux CP les plus significatives, on réalise un graphique représentant l'**espace représentationnel** de la RS : on place les catégories et les sujets selon leurs coordonnées sur les axes x et y des deux premières CP.

L'ACP permet ainsi de **condenser l'information** contenue à l'intérieur d'un grand nombre de variables en un ensemble restreint de nouvelles dimensions, permettant d'identifier les **principes organisateurs** d'une RS, développés dans l'introduction (modèle sociodynamique de W. Doise).

L'interprétation des dimensions est réalisée au moyen des catégories placées dans l'espace représentationnel : plus une catégorie a une corrélation maximale (proche de 1), plus elle a de poids pour l'interprétation d'un axe.

Le placement des sujets selon leurs coordonnées dans l'espace représentationnel permet deux analyses, en vue de l'objectif principal :

1- Déplacement des sujets dans l'espace représentationnel :

Chaque groupe de sujets (SDCM non fait ou fait) est représenté par son **centroïde** (point central de la position du groupe dans l'espace, dont les coordonnées sont issues de la moyenne des coordonnées de tous les sujets du groupe). On compare la position des centroïdes groupe par groupe par une analyse discriminante linéaire (ADL) permettant de connaître la significativité statistique du déplacement dans l'espace des deux groupes entre avant et après le stage. Un test post-hoc permet d'identifier selon quel axe le déplacement est significatif.

2- Étalement des sujets dans l'espace représentationnel :

L'étalement correspond à la moyenne des distances de chaque sujet au centroïde. Il reflète l'espacement des sujets dans l'espace représentationnel. On compare l'étalement entre les groupes SDCM non fait et fait avec un test T de Student.

Pour l'objectif secondaire, on réalise une ADL avec les différentes variables à l'étude, ainsi qu'une comparaison de l'étalement selon la variable « délai depuis la réalisation du stage » à l'aide d'un test ANOVA non-paramétrique.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Notre étude portant sur une expérimentation en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé, elle ne relève pas, selon le Code de la Santé Publique, des

recherches impliquant la personne humaine et se situe donc hors Loi Jardé, ne nécessitant pas l'avis d'un comité d'éthique (40).

En amont du recueil des données, le DPO de l'Université de Poitiers a validé la conformité au RGPD de cette étude et l'a déclarée et inscrite au registre interne de l'Université, tel que l'atteste le certificat disponible en **Annexe 3**.

Il n'y a pas de conflit d'intérêt lié à la réalisation de cette étude.

6. Personnes ressources

Réalisateurs de l'étude :

- Thésard : E. Hautcoeur ;
- Directeur de thèse : J. Du Breuillac, MCA au DMG de l'Université de Poitiers, expérimenté dans le domaine des RS.

Expert consulté : S. Netto, Docteur en Sciences de l'Éducation, enseignant-chercheur (MCF) à l'Université de Poitiers (INSPE), experte dans le domaine des RS.

Intervenants sollicités :

- P. Martin, DPO de l'Université de Poitiers ;
- V. Jedat, MCA au DMG de l'Université de Poitiers, référent du deuxième cycle : apport d'informations concernant l'organisation du deuxième cycle à Poitiers ;
- Scolarité du deuxième cycle de la faculté de médecine de Poitiers : obtention de la composition chiffrée des promotions DFASM1 à DFASM3 pour l'année universitaire 2023-2024.

RÉSULTATS

1. Échantillon

Sur la période de recueil, 261 réponses au questionnaire ont été obtenues, dont 162 réponses complètes et 99 incomplètes, non prises en compte pour l'analyse.

La population d'étude comportant 730 étudiants, le taux de réponse complète était donc de 22,2%, soit un peu plus d'un cinquième de la population étudiée.

1.1. Caractéristiques de l'échantillon

Les informations signalétiques de l'échantillon sont représentées dans le **tableau 2** :

Genre	Homme	26	16,0%
	Femme	113	69,8%
	Non renseigné	23	14,2%
Promotion	DFASM1	56	34,6%
	DFASM2	64	39,5%
	DFASM3	42	25,9%
Âge moyen		23,3 ans	18-36 ans

Tableau 2 : informations signalétiques de l'échantillon

Le mode d'accès au questionnaire est représenté sur le **tableau 3** :

Facebook	103	63,6%
Instagram	32	19,8%
Autre	27	16,7%

Tableau 3 : mode d'accès au questionnaire

La catégorie « autre » comprenant l'accès via un QR code ou un lien reçu autrement que par les réseaux sociaux.

Le rapport à la volonté de choisir ou non la médecine générale comme spécialité pour l'internat est détaillé en **figure 3** :

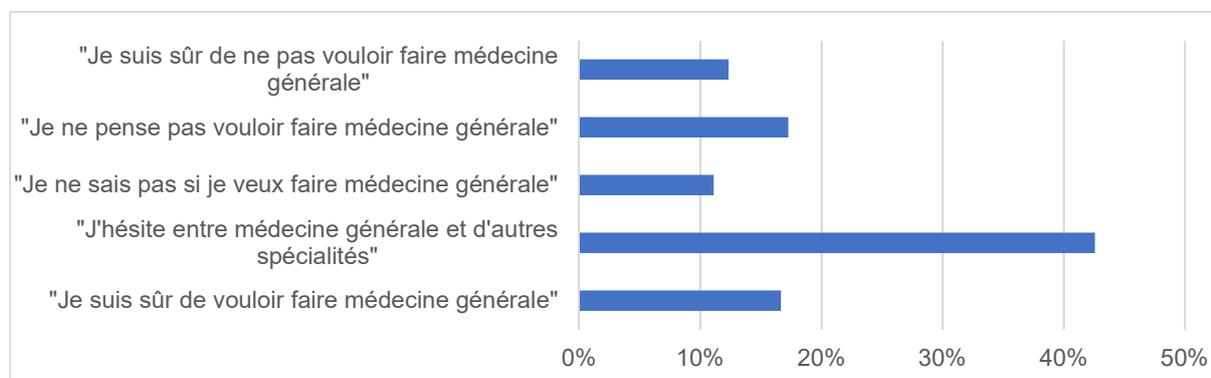


Figure 3 : rapport à la spécialité Médecine Générale

Les attentes des étudiants liées au SDCM (question à choix multiple) sont représentées en **figure 4** :

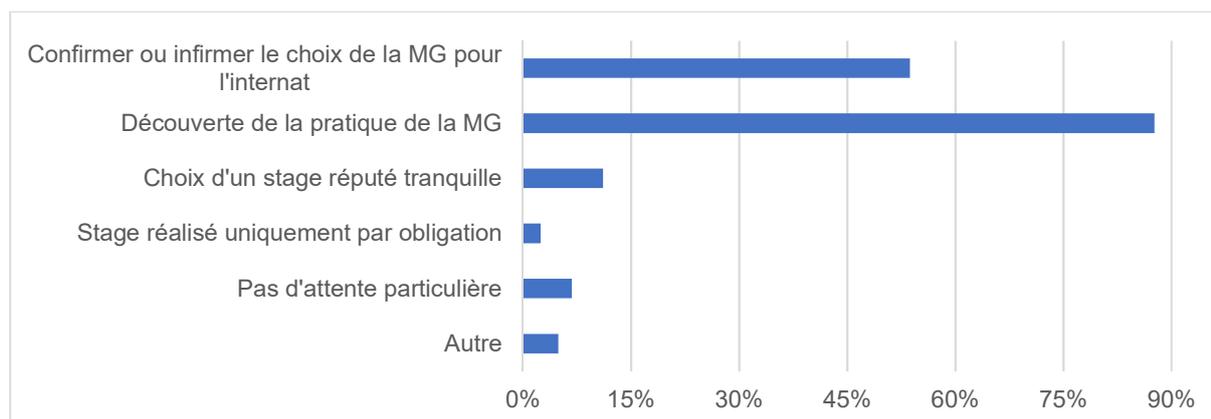


Figure 4 : attentes des étudiants concernant le SDCM

Le choix « Autre » était un espace de rédaction libre facultatif, obtention de huit réponses ainsi citées :

- « Découvrir l'exercice libéral » ;
- « Découvrir cette spé » ;
- « Découvrir la pratique de la médecine en dehors d'un CHU (où tous les examens sont accessibles, parfois dans l'excès) » ;
- « Découverte de pratiques de « spé » (pédiatrie, gynéco) sur un mode libéral » ;
- « Mettre en pratique certaines connaissances non mises en application lors de stages dans d'autres services » ;
- « Autonomie pour faire des consultations » ;
- « Tranquille dans le sens seulement deux jours par semaine, mais journées à gros horaires » ;
- « Je ne veux pas faire de stage en médecine générale ».

La proportion d'étudiant ayant ou n'ayant pas réalisé le SDCM est détaillée sur le **tableau 4**. Sur la totalité de l'échantillon, 80 étudiants n'avaient pas réalisé le SDCM (49,4%), contre 82 étudiants qui l'avaient réalisé (50,6%) : proportion similaire entre les deux groupes.

SDCM non fait		80	49,4%
<i>Souhait d'en faire un</i>	<i>Oui</i>	67	83,8%
	<i>Non</i>	13	16,3%
SDCM fait		82	50,6%
<i>Nombre</i>	1	75	91,5%
	2	6	7,3%
	≥ 3	1	1,2%

Tableau 4 : caractéristiques liées à la réalisation du stage

Enfin, les modalités du (ou des) stage(s) réalisé(s) par les 82 étudiants du groupe SDCM fait sont répertoriées dans le **tableau 5**. A noter que les choix de réponse étaient multiples pour les trois premières lignes du tableau, le SDCM étant réalisé chez un binôme de PAMSU n'exerçant pas au même endroit.

Délai entre réalisation du stage et réponse au questionnaire	< 6 mois	34	41,5%
	6-12 mois	18	22,0%
	> 12 mois	30	36,6%
Temps de trajet entre lieu de stage et domicile	< 30 minutes	36	43,9%
	30-60 minutes	43	52,4%
	> 60 minutes	13	15,9%
Zone géographique du stage	Zone urbaine	18	22,0%
	Zone semi-rurale	43	52,4%
	Zone rurale	42	51,2%
Accompagnement du PAMSU en visite à domicile	Oui	78	95,1%
	Non	4	4,9%

Tableau 5 : caractéristiques liées aux modalités du SDCM (groupe SDCM fait)

1.2. Représentativité de l'échantillon

Le genre et la promotion des étudiants de l'échantillon ont été comparés à ceux de la population d'étude, tels que représentés dans la **figure 5** ci-dessous :

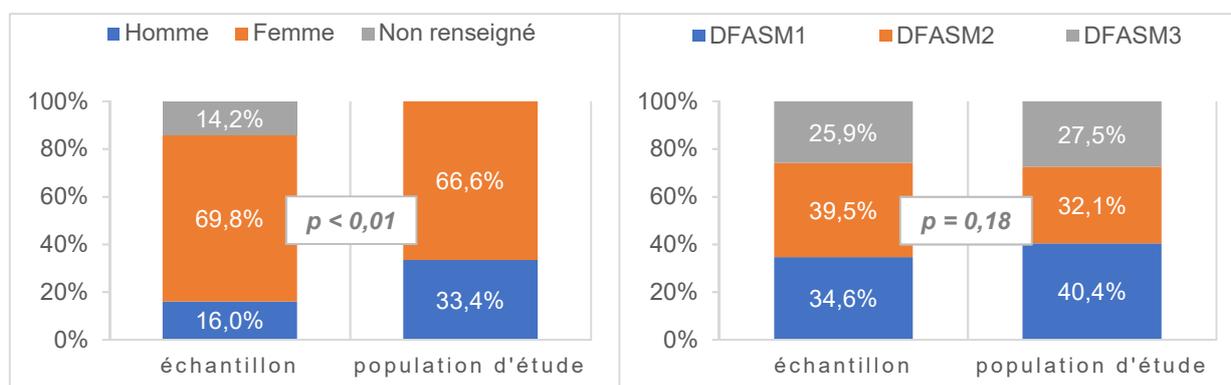


Figure 5 : comparaison de l'échantillon et de la population d'étude selon le genre (à gauche) et la promotion (à droite) des étudiants

On observe une différence significative ($p < 0,01$) concernant le genre entre l'échantillon et la population d'étude (faible taux de réponses masculines dans l'échantillon).

Concernant la promotion, on n'observe pas de différence significative entre l'échantillon et la population d'étude ($p = 0,18$).

2. Catégorisation des données

Les 162 réponses ont permis d'obtenir un **corpus de 804 induits** (six étudiants n'ayant réussi à associer que quatre induits au lieu des cinq demandés).

Après tri lexical puis catégorisation sous-contrainte, le corpus est réduit à **42 catégories** (dont la catégorie des « Non classés » regroupant les termes cités seuls et n'ayant pas réussi à être inclus dans une autre catégorie), dont la liste est disponible en **Annexe 4** ; les induits contenus dans chaque catégorie y sont précisés.

3. Loi binomiale

La loi binomiale a permis de calculer que le nombre minimal de citation d'une catégorie était de cinq pour considérer que sa présence dans le corpus ne soit pas liée au hasard ($p < 0,05$). Ont donc été éliminées pour l'analyse les catégories inférieures ou égales à quatre occurrences, soit l'élimination de sept catégories dont la présence n'était pas significative, représentant 3,36% du corpus (27 induits). Les **35 catégories** retenues sont présentées plus bas.

La répartition du nombre d'induits dans les groupes SDCM non fait et fait avant et après l'application de la loi binomiale est détaillée ci-dessous (**tableau 6**). Le test exact de Fisher a permis de vérifier qu'il n'y avait pas de différence significative dans la répartition des induits éliminés entre les deux groupes ($p = 0,7$).

	Nombre d'induits total	Nombre d'induits éliminés par loi binomiale	Nombre d'induits conservés
SDCM non fait	396	12	384
SDCM fait	408	15	393
TOTAL	804	27	777

Tableau 6 : répartition des induits éliminés ou conservés par la loi binomiale en fonction du groupe SDCM non fait ou fait

4. Objectif principal : comparaison RSMG selon SDCM

4.1. Analyse prototypique

Dans chacun des groupes SDCM non fait et fait, les 35 catégories retenues par la loi binomiale sont classées par ordre de fréquence (nombre d'occurrences) et par rang moyen d'importance. Les seuils retenus pour l'élaboration des tableaux d'analyse prototypique correspondent au nombre d'occurrences moyen et au rang moyen de toutes les catégories.

Les tableaux d'analyse prototypique ainsi obtenus, contenant les 35 catégories, sont présentés ci-après (**tableaux 7 et 8**).

Les catégories contenues dans chaque case du tableau SDCM non fait sont marquées d'un code couleur :

- Case 1 : rouge ;
- Case 2 : vert ;
- Case 3 : bleu ;
- Case 4 : orange.

Elles gardent le même code couleur dans le tableau SDCM fait afin de visualiser leur persistance ou leur migration dans d'autres cases du tableau.

Dans chaque case, les catégories sont classées selon leur fréquence (catégories les plus fréquentes en premier).

SDCM non fait		Rang moyen	
		< 3,06	≥ 3,06
Nombre d'occurrences	≥ 11	Suivi Transversal Liberté Confiance Polyvalence Relationnel 1	2 Diversité (patients, maladies) Libéral Famille Administratif Cabinet Répétitif Dévalorisé Limitations
	< 11	Charge de travail Empathie Qualité de vie Essentiel Proximité Adaptabilité Différentes modalités d'exercice Écoute Disponibilité Prévention Prise en charge globale Spécialité difficile 3	4 Coordination Formation continue / Évolution de pratique Bobologie Intéressant Premier recours Accompagnement Campagne Isolement Spécialité facilement accessible

Tableau 7 : analyse prototypique SDCM non fait

SDCM fait		Rang moyen	
		< 3,16	≥ 3,16
Nombre d'occurrences	≥ 12	Suivi Diversité (patients, maladies) Libéral Transversal Relationnel Proximité Liberté Empathie Accompagnement Charge de travail Confiance Famille 1	2 Répétitif Différentes modalités d'exercice
	< 12	Polyvalence Administratif Adaptabilité Bobologie Prise en charge globale Limitations Qualité de vie Spécialité difficile Campagne 3	4 Coordination Dévalorisé Prévention Écoute Formation continue / Évolution de pratique Essentiel Isolement Disponibilité Cabinet Premier recours Intéressant Spécialité facilement accessible

Tableau 8 : analyse prototypique SDCM fait

Sur le plan structurel, une fois le stage fait, les cases 2 et 3 (zones périphériques potentielles de changement) s'appauvrissent nettement, au profit des zones de centralité (case 1) et d'extrême périphérie (case 4) : les éléments consensuels

(fréquence haute) sont jugés les plus importants, tandis que les éléments plus anecdotiques (fréquence basse) sont jugés moins importants.

Sur le contenu, la zone de centralité (case 1) présente une base commune assez solide entre avant et après le stage entre les éléments *Suivi*, *Transversalité*, *Liberté*, *Confiance* et *Relationnel* ; après le stage viennent s'ajouter sept éléments qui viennent principalement des cases 2 et 3 : recentralisation de ces éléments périphériques qui après le stage sont jugés d'importance et apparaissent consensuels. Les éléments centraux s'enrichissent, autour de trois idées principales :

- **La relation particulière qu'entretient le médecin généraliste avec ses patients** (*Suivi*, *Confiance*, *Relationnel* avant le stage ; *Suivi*, *Relationnel*, *Proximité*, *Empathie*, *Accompagnement*, *Confiance*, *Famille* après le stage) ;
- **Les multiples champs d'application de la médecine générale** (*Transversal*, *Polyvalence* avant le stage ; *Diversité*, *Transversal* après le stage) ;
- **L'exercice libre de la médecine générale** (*Liberté* avant le stage ; *Libéral*, *Liberté*, *Charge de travail* (ce qu'implique l'exercice libéral) après le stage).

4.2. Comparaison fréquence, rang d'importance, connotation et définition

Le **tableau 9** présente les comparaisons statistiques des fréquences, rangs d'importance, score de connotation et score de définition pour chaque catégorie entre deux les groupes.

Les différences statistiquement significatives ($p < 0,05$) sont indiquées en rouge. Les différences à tendance significative (p entre 0,05 et 0,1) sont indiquées en orange.

Concernant la fréquence d'évocation, elle augmente significativement après le SDCM pour la catégorie *Proximité*, et à moindre mesure pour *Accompagnement*. Elle diminue significativement pour la catégorie *Cabinet*.

Concernant le rang d'importance, il augmente (considéré moins important) de manière significative pour *Essentiel*, à moindre mesure pour *Liberté*. Il diminue (considéré plus important) pour *Polyvalence*.

Concernant la connotation, la catégorie *Répétitif* a tendance à mieux être appréciée.

Concernant le score de définition, *Répétitif* semble définir de façon plus significative la spécialité après le SDCM, à moindre mesure pour *Prise en charge globale* et *Empathie*. A l'inverse, *Libéral* semble moins bien définir la spécialité.

	Fréquence			Rang moyen			Connotation moyenne			Définition moyenne		
	SDCM non f	SDCM fait	p	SDCM non f	SDCM fait	p	SDCM non f	SDCM fait	p	SDCM non f	SDCM fait	p
Accompagnement	1,30%	3,56%	0,06	3,40	3,14	0,67	0,60	1,14	0,11	8,20	7,36	0,52
Adaptabilité	1,56%	2,04%	0,79	2,83	2,88	1,00	1,00	1,50	0,32	6,83	7,50	0,74
Administratif	3,65%	2,29%	0,30	3,29	3,00	0,55	-1,29	-1,22	0,83	6,93	6,56	0,87
Bobologie	2,08%	2,04%	1,00	3,50	3,00	0,59	-0,75	-1,25	0,15	6,88	7,63	0,49
Cabinet	3,65%	1,27%	0,04	3,43	3,60	0,85	0,79	1,40	0,28	7,14	7,40	0,77
Campagne	1,30%	0,51%	0,28	4,00	2,50	0,23	0,60	1,50	0,31	5,00	7,50	0,31
Charge de travail	2,60%	3,56%	0,54	3,00	3,14	0,86	-0,90	-1,29	0,49	6,80	6,93	0,42
Confiance	3,13%	3,05%	1,00	2,67	2,08	0,29	1,83	1,67	0,57	7,83	8,67	0,34
Coordination	2,34%	2,54%	1,00	3,89	3,70	0,61	0,78	1,20	0,22	7,33	8,00	0,19
Dévalorisé	3,13%	2,54%	0,67	3,58	3,80	0,68	-1,08	-1,50	0,14	7,17	6,60	0,66
Différentes modalités d'exercice	1,30%	3,05%	0,14	2,40	3,42	0,30	2,00	1,67	0,35	6,20	7,08	0,41
Disponibilité	1,04%	1,53%	0,75	2,75	3,50	0,31	1,50	1,00	0,22	7,50	8,50	0,21
Diversité (patients, maladies)	7,81%	5,85%	0,32	3,07	2,74	0,41	1,53	1,43	0,85	8,20	8,30	0,20
Écoute	1,30%	2,29%	0,42	2,80	3,44	0,45	2,00	1,56	0,16	8,60	8,89	0,88
Empathie	2,34%	4,07%	0,22	2,78	2,56	0,68	1,78	1,75	0,90	7,78	9,31	0,06
Essentiel	1,82%	2,04%	1,00	2,29	4,00	0,04	1,00	1,63	0,21	8,86	9,00	0,62
Famille	4,17%	3,05%	0,45	3,44	2,92	0,33	1,63	1,83	0,36	7,88	7,92	0,85
Formation continue Év. de pratique	2,34%	2,29%	1,00	3,44	3,78	0,54	2,00	1,78	0,14	7,67	6,56	0,15
Intéressant	1,56%	0,76%	0,34	4,33	4,67	0,76	1,50	2,00	0,29	8,00	8,00	1,00
Isolement	1,04%	1,78%	0,55	4,00	4,29	0,76	-0,75	-0,86	0,81	7,50	6,29	0,10
Libéral	7,55%	5,60%	0,31	3,21	3,14	0,89	1,31	1,14	0,44	8,28	7,50	0,07
Liberté	5,21%	4,58%	0,74	2,00	2,33	0,09	1,80	1,89	0,69	7,65	7,72	0,95
Limitations	2,86%	1,53%	0,23	3,09	2,83	0,84	-1,36	-1,17	0,41	6,27	6,50	0,96
Polyvalence	2,86%	2,54%	0,83	2,73	1,80	0,07	1,55	1,70	0,67	7,45	8,20	0,36
Premier recours	1,56%	1,27%	0,77	3,67	3,40	0,78	1,00	1,00	1,00	8,67	8,60	0,70
Prévention	1,04%	2,54%	0,18	2,25	3,20	0,20	1,50	1,70	0,37	7,75	8,50	0,72
Prise en charge globale	1,04%	2,04%	0,38	2,75	2,88	0,93	1,50	1,75	0,41	6,50	8,88	0,06
Proximité	1,82%	4,83%	0,03	2,71	2,68	0,95	1,86	1,74	0,53	9,14	8,47	0,18
Qualité de vie	2,34%	1,53%	0,45	2,56	3,00	0,54	1,33	1,50	1,00	6,89	6,33	0,77
Relationnel	2,86%	5,09%	0,14	1,82	2,35	0,23	1,82	1,70	0,86	9,00	8,25	0,54
Répétitif	3,65%	4,07%	0,85	3,36	3,50	0,85	-1,21	-0,81	0,09	5,64	7,38	0,0007
Spécialité difficile	1,04%	1,53%	0,75	2,00	3,00	0,27	-0,25	0,00	0,49	6,75	5,67	0,75
Spé. facilement accessible	1,04%	0,25%	0,21	5,00	5,00	1,00	1,25	2,00	0,43	8,00	6,00	0,48
Suivi	9,38%	7,12%	0,30	2,72	2,61	0,64	1,28	1,46	0,54	8,58	8,96	0,14
Transversal	6,25%	5,34%	0,65	2,33	2,71	0,28	1,50	1,43	0,77	8,92	8,52	0,32

Tableau 9 : comparaison fréquence, rang, scores de connotation et de définition de chaque catégorie

La **figure 6** représente graphiquement la variation des scores de définition (en abscisse) et connotation (en ordonnée) entre avant et après le SDCM. Plus la position d'une catégorie sur un axe est négative, plus son score a augmenté après le SDCM ; plus sa position est positive, plus son score a diminué.

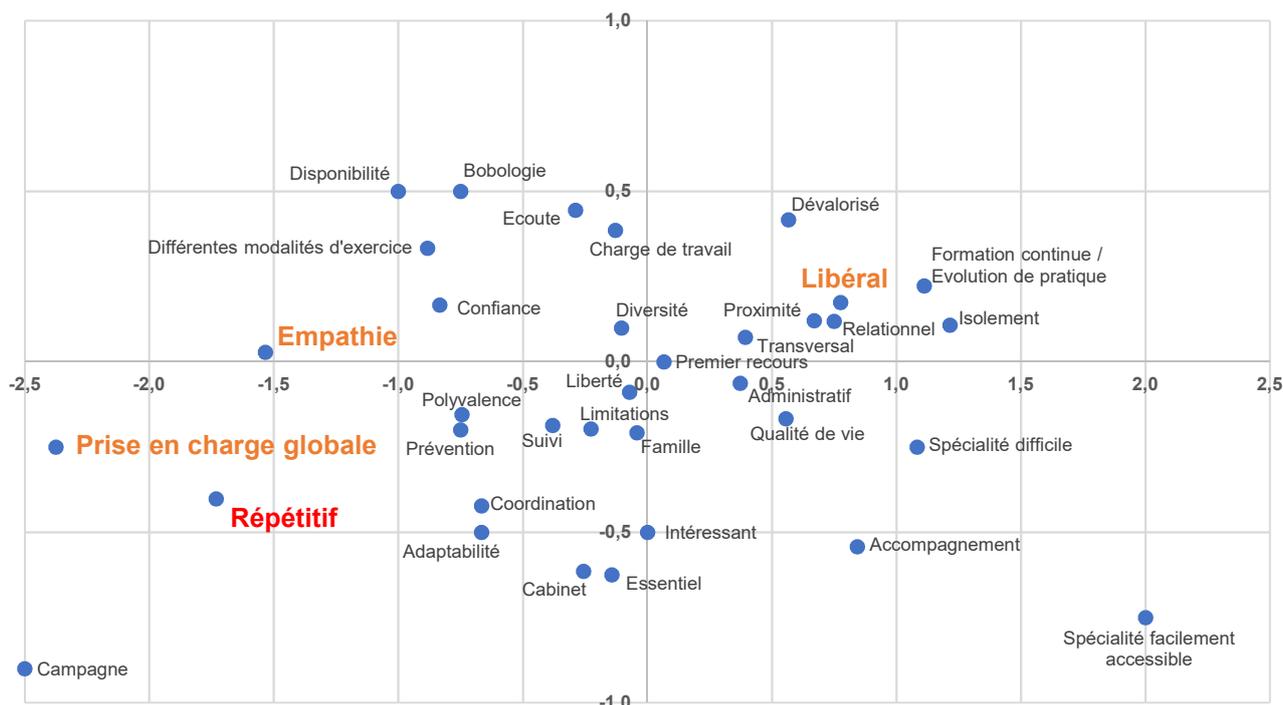


Figure 6 : représentation graphique des Δ connotation et définition entre avant et après le stage (x : Δ définition ; y : Δ connotation)

En rouge la catégorie *Répétitif*, définissant statistiquement mieux la spécialité après le SDCM. En orange les catégories *Prise en charge globale*, *Empathie* et *Libéral*, dont la variation de score de définition tend à être significative.

Enfin, les scores de connotation et définition moyens, toutes catégories confondues, calculés entre avant et après le SDCM sont indiqués dans le **tableau 10**.

	SDCM non fait	SDCM fait	p
Score de connotation général	0,88	0,97	0,54
Score de définition général	7,54	7,70	0,51

Tableau 10 : scores généraux de connotation et définition

Les deux scores tendent à augmenter après le stage (meilleure capacité à définir la médecine générale et connotation plus positive de la spécialité), mais de manière non significative.

4.3. Calcul de l'entropie

Les figures 7 et 8 représentent graphiquement l'entropie de la RSMG entre avant et après le SDCM.

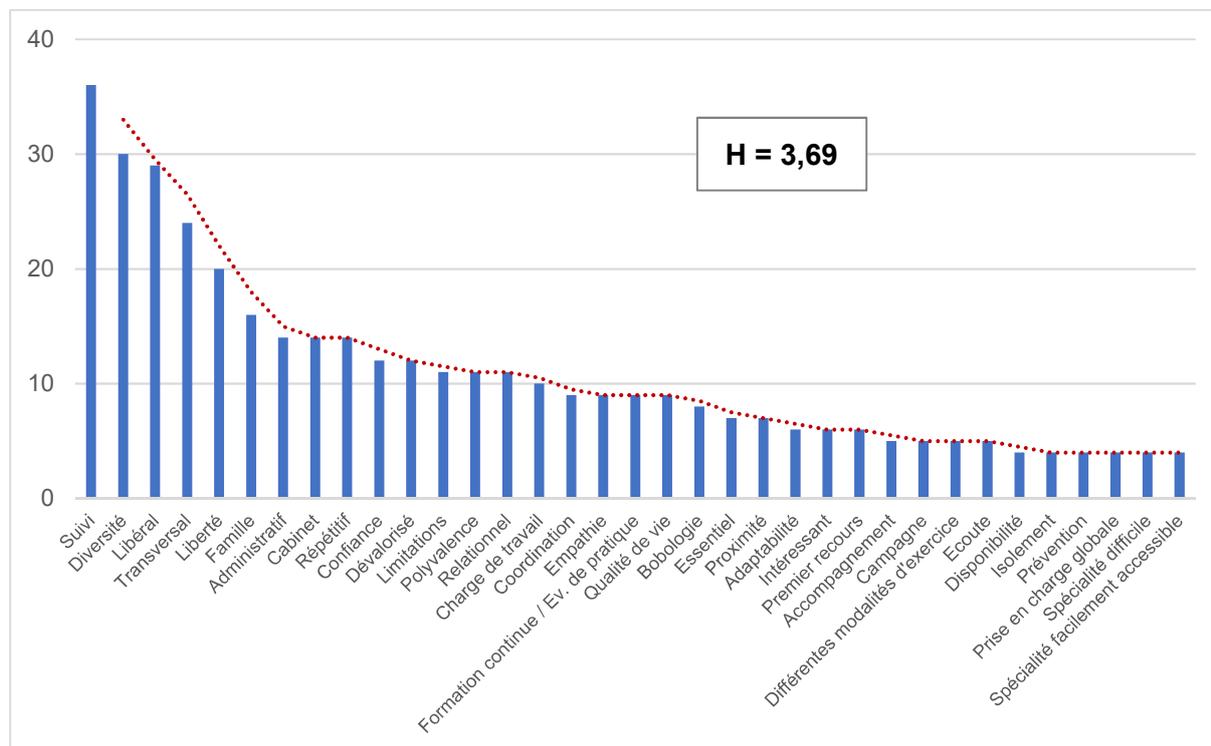


Figure 7 : illustration graphique de l'entropie (H) du groupe SDCM non fait

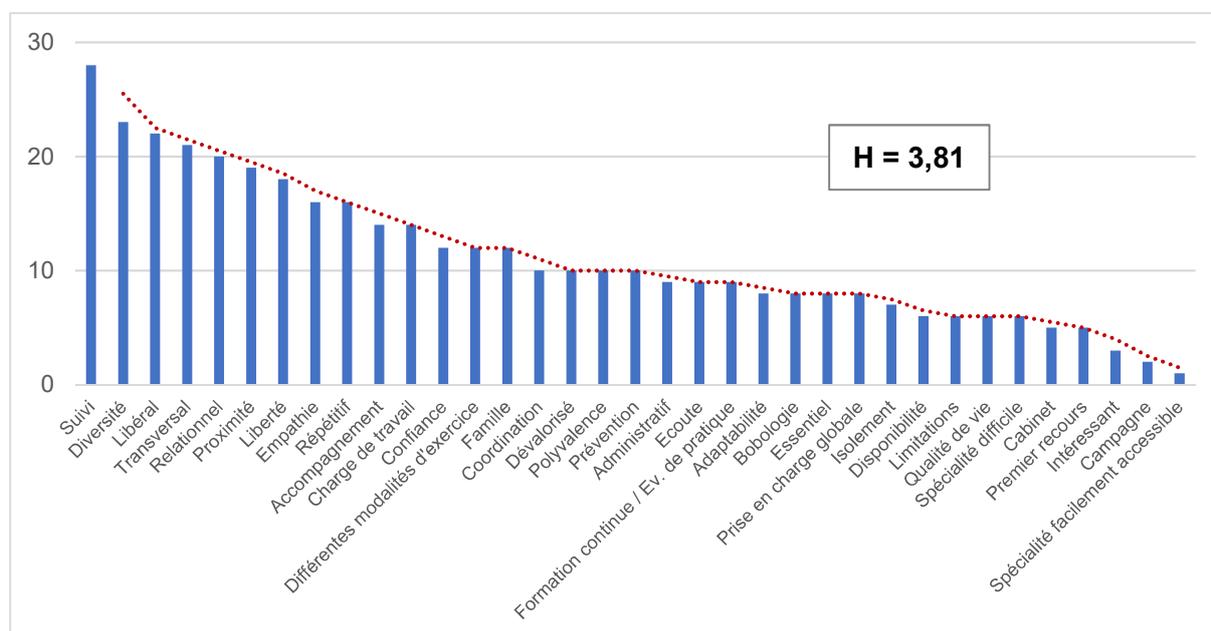


Figure 8 : illustration graphique de l'entropie (H) du groupe SDCM fait

La pente de distribution des catégories (selon leur nombre d'occurrences) est moins forte après le SDCM, représentant une hausse de l'entropie, confirmée par son calcul : la RSMG est moins organisée autour d'éléments saillants après le SDCM.

4.4. Analyse de similitude

L'analyse de similitude en utilisant l'indice de co-occurrences permet d'obtenir les graphes de similitudes présentés en **figures 9 et 10**. Un seuil minimal de 0,05 était retenu pour l'indice de co-occurrences, correspondant dans les deux groupes SDCM non fait et fait à un nombre minimum de co-occurrences de 4 entre deux catégories. Pour une meilleure lecture, l'indice de co-occurrences est multiplié par 100 sur les deux graphes.

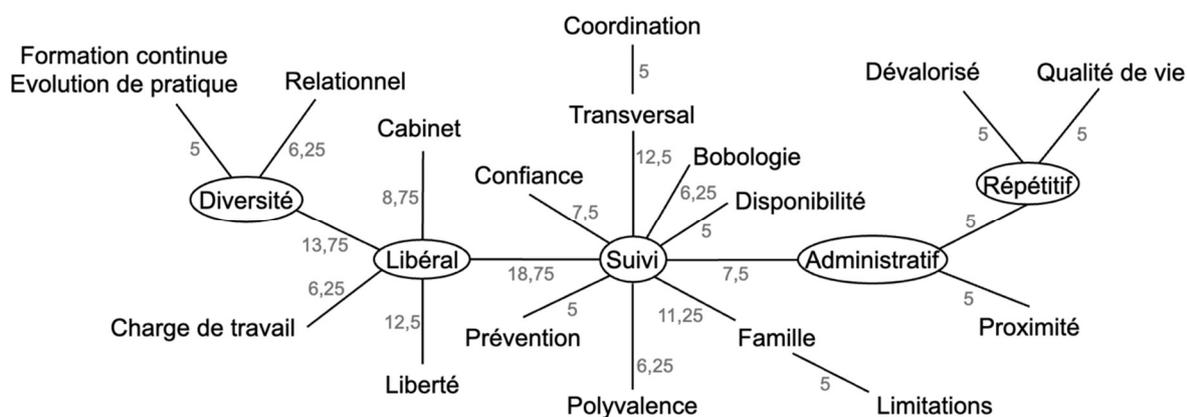


Figure 9 : arbre maximal recouvrant de l'analyse de similitude – **SDCM non fait**

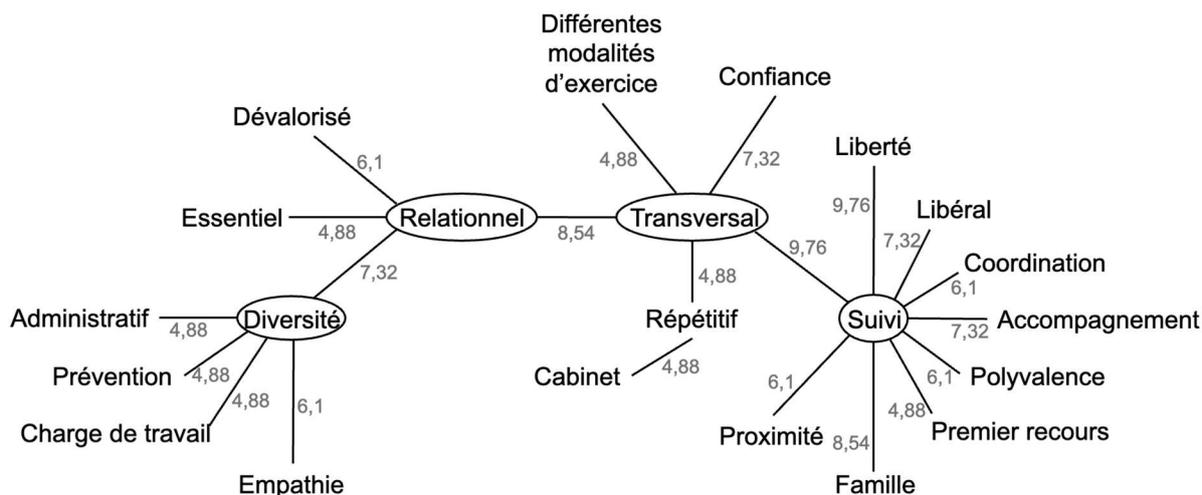


Figure 10 : arbre maximal recouvrant de l'analyse de similitude – **SDCM fait**

Chaque catégorie placée est appelée sommet ; chaque trait reliant deux catégories est appelé arête. Les catégories reliées à au moins trois autres catégories sont appelées des pôles, elles ont été entourées.

On remarque que les deux arbres ont la caractéristique de former une chaîne, qui voit se succéder les pôles *Diversité*, *Libéral*, *Suivi*, *Administratif* et *Répétitif* pour le groupe SDCM non fait, et les pôles *Diversité*, *Relationnel*, *Transversal* et *Suivi* pour le groupe SDCM fait.

Avec le seuil retenu de 0,05, ce sont 22 catégories qui sont représentées dans chacun des deux arbres, dont 5 diffèrent entre avant et après le SDCM :

- SDCM non fait : présence des catégories *Formation continue / Évolution de pratique*, *Bobologie*, *Disponibilité*, *Limitations*, *Qualité de vie* ;

- SDCM fait : apparition des catégories *Empathie*, *Essentiel*, *Différentes modalités d'exercice*, *Accompagnement*, *Premier recours*.

4.5. Analyse en composantes principales

L'ACP réalisée sur les catégories retenues par la loi binomiale permet d'obtenir autant de CP que de catégories, soit 35 CP. Elles sont classées selon leur valeur (*eigen value*). Elles sont représentées sur la **figure 11** ci-dessous :

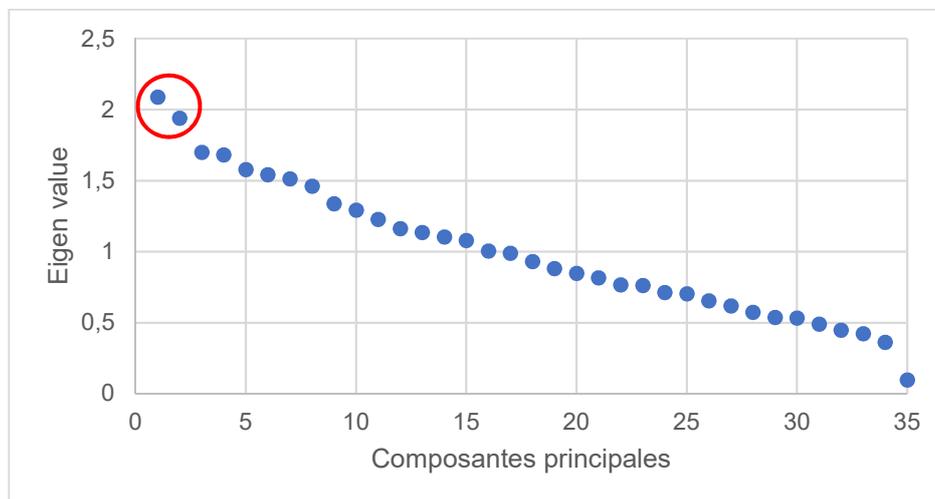


Figure 11 : graphique d'accumulation de variance (*scree plot*)

Les deux CP représentant les corrélations de données les plus importantes sont entourées en rouge : elles sont nommées CP1 et CP2. Ensemble, elles forment le premier plan factoriel, dont la variance (capacité cumulative à corrélérer l'ensemble des données) est de 12%.

On construit le graphique en **figure 12** avec CP1 en abscisse et CP2 en ordonnée. Chaque catégorie vient se placer sur les deux axes selon un score allant de -1 à +1 : plus le score est proche des extrêmes, plus la catégorie est significative pour l'axe. Le tableau des coordonnées des 35 catégories selon CP1 et CP2 est disponible en **Annexe 5**. On retient sur le graphique les catégories avec les scores positifs ou négatifs les plus importants : ici, on note les catégories avec des scores inférieurs à -0,35 ou supérieurs à +0,35.

Les points bleus représentent les 35 catégories. Sont légendées uniquement les plus significatives : les catégories les plus significatives pour CP1 sont encadrées en rouge, pour CP2 en vert. Le cercle en pointillé de rayon 1 représente le cercle de corrélation, sur lesquelles viendraient se placer les catégories avec un score de corrélation parfait (-1 ou +1).

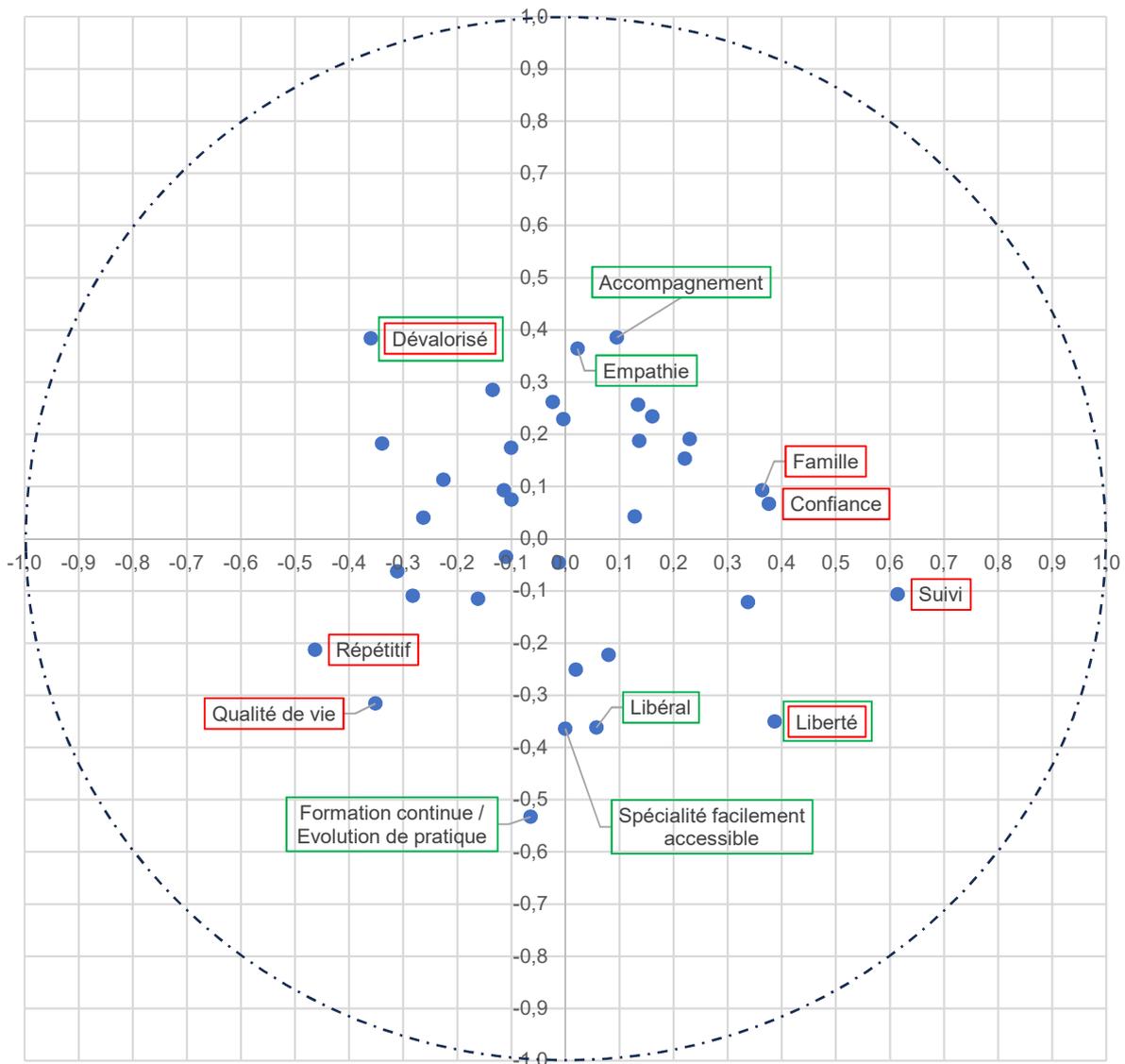


Figure 12 : placement des catégories selon leur score de corrélation sur CP1 (x ; encadrés rouge) et CP2 (y ; encadrés vert)

La lecture des catégories placées de manière les plus extrêmes sur les deux axes permet une interprétation de la dimension : sens à donner à la CP.

Ainsi, **CP1** pourrait représenter l'**axe de l'implication** du médecin généraliste : notions de *Suivi*, *Confiance*, *Famille* d'une part, qui sous-entendent un médecin impliqué auprès de ses patients, à l'opposé des notions de *Répétitif*, *Qualité de vie*, *Dévalorisé* qui pourraient représenter des tâches ingrates, un travail à la chaîne, avec une charge mentale peu importante une fois rentré chez soi.

CP2 pourrait représenter l'**axe de l'humanisation** de la spécialité médecine générale : on a d'abord les notions de *Libéral*, *Liberté*, *Formation continue / Évolution de pratique*, *Spécialité facilement accessible* qui sont des caractéristiques techniques, froides du métier de médecin généraliste, éloignées de l'humain ; à l'opposé, les notions d'*Accompagnement* et *Empathie*, caractéristiques humaines, chaleureuses du métier de généraliste.

Se dessine de cette façon l'espace représentationnel de la RSMG selon deux principes organisateurs : **Implication +/-** (en abscisse) et **Humanisation +/-** (en ordonnée). On vient y placer les sujets de chaque groupe (SDCM non fait ou fait) en **figure 13** :

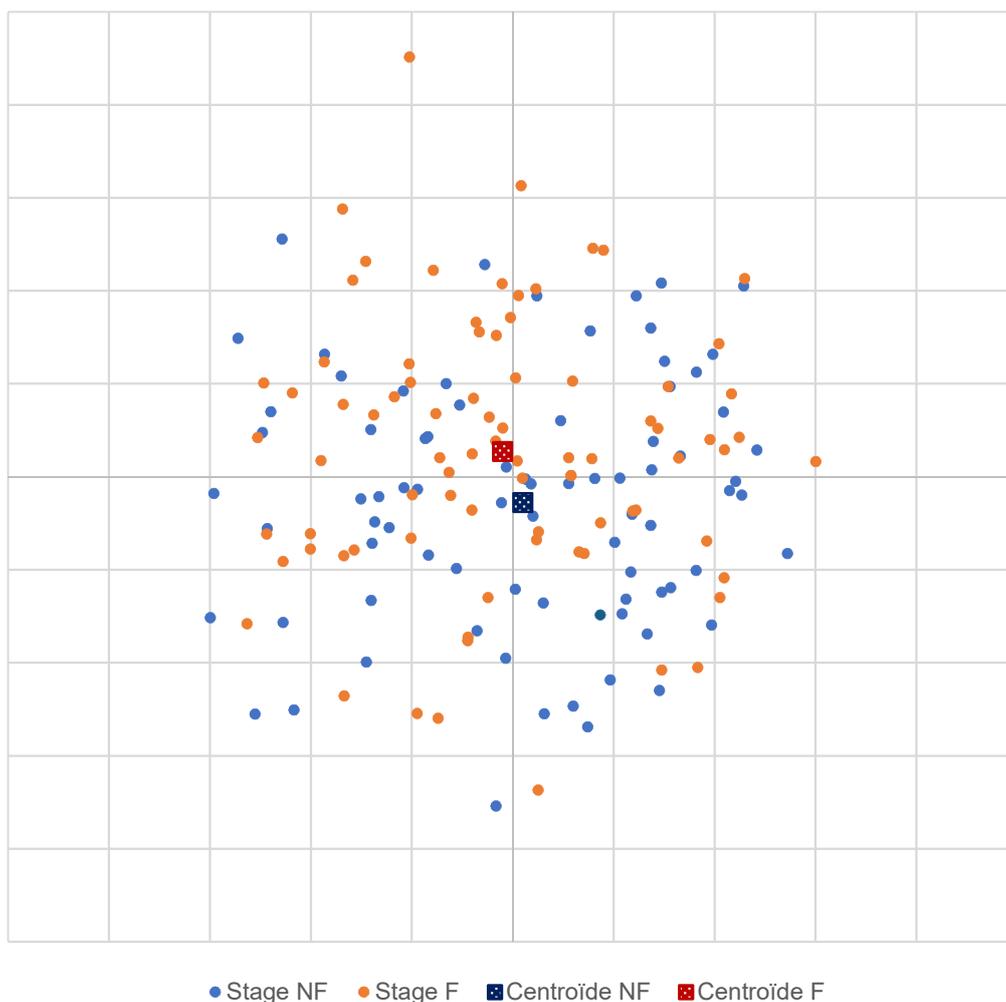


Figure 13 : placement des sujets dans l'espace représentationnel des groupes SDCM non fait (bleu) ou fait (orange) selon CP1 (x) et CP2 (y)

Le centroïde du groupe SDCM non fait est représenté par le carré bleu foncé, celui du groupe SDCM fait par le carré rouge.

On calcule par ADL que le déplacement du centroïde entre avant et après le stage est significatif ($p = 0,03$) selon l'axe CP2 ($p = 0,01$) : après le SDCM, il semble y avoir une vision plus humanisée de la médecine générale.

L'étalement des sujets par rapport au centroïde est légèrement moindre dans le groupe SDCM fait (SDCM non fait : 1,84 ; SDCM fait : 1,75), mais cette différence n'est pas significative ($p = 0,51$).

5. Objectifs secondaires : comparaison RSMG selon variables interférentes

5.1. Intégration des variables interférentes dans l'ACP

On intègre dans l'espace représentationnel les centroïdes des variables à l'étude, en sus de la variable SDCM, à savoir le rapport à la spécialité médecine générale (tous les étudiants) et les caractéristiques liées à la réalisation du stage (groupe SDCM fait uniquement) : délai depuis la réalisation du stage, temps de trajet pour se rendre en

stage, zone géographique du stage, accompagnement ou non du PAMSU en visite à domicile.

Concernant le temps de trajet, si l'étudiant en avait coché plusieurs, on retenait le temps le plus long, en faisant l'hypothèse qu'un temps de trajet rallongée pouvait impacter négativement le stage (24).

Concernant la zone géographique, si l'étudiant avait coché « Zone semi-rurale » avec « Zone rurale » ou avec « Zone urbaine », on l'incluait dans le groupe rural ou urbain ; s'il avait coché « Zone rurale » avec « Zone urbaine », on l'incluait dans un groupe mixte.

On représente graphiquement en **figure 14** les centroïdes de chaque variable dans l'espace représentationnel, en précisant sur le **tableau 11** les tests statistiques étudiant les déplacements des centroïdes.

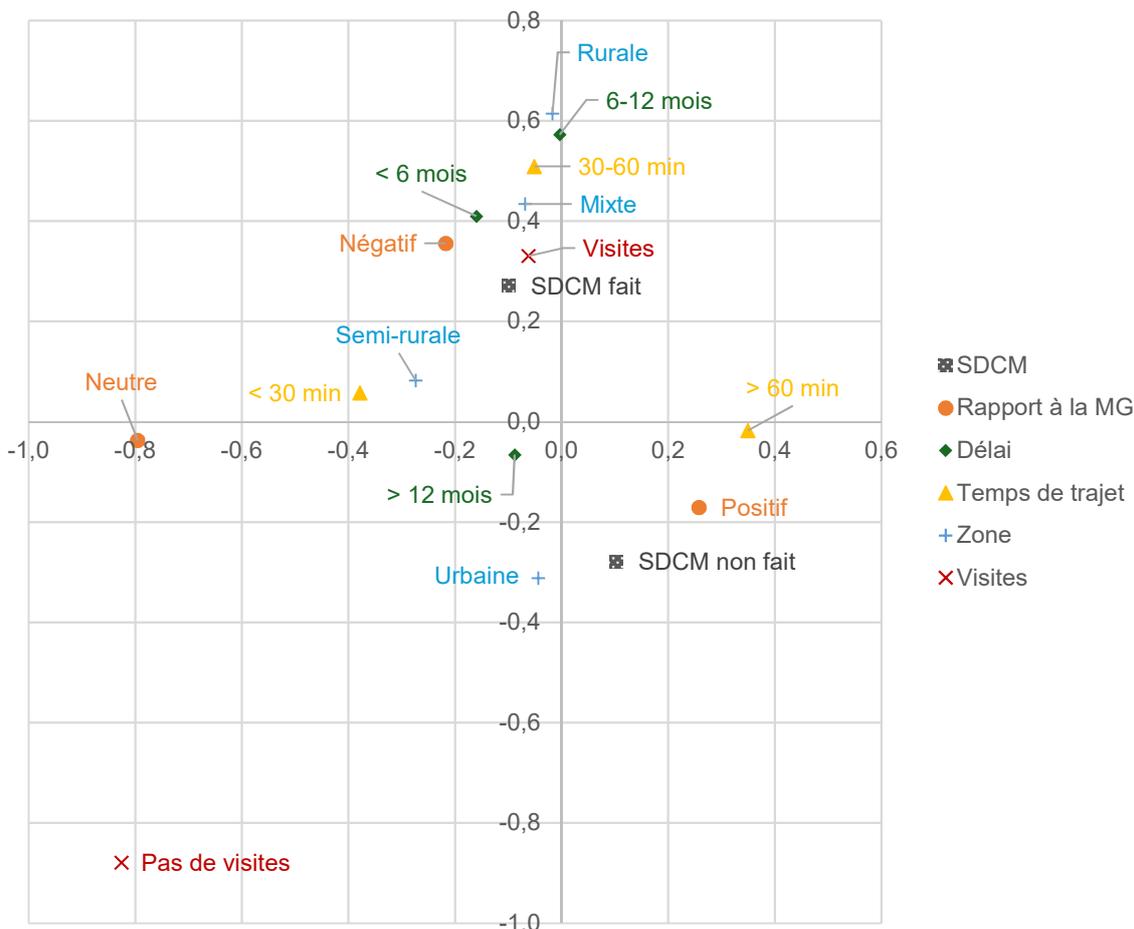


Figure 14 : placement des centroïdes des variables interférentes dans l'espace représentationnel selon CP1 (x) et CP2 (y)

Le fait d'envisager la spécialité médecine générale à l'internat est lié à une vision plus impliquée du médecin généraliste : déplacement du centroïde « Positif » de façon significative ($p = 0,006$) sur l'axe CP1 ($p = 0,008$).

Il n'y a pas de différence significative dans le déplacement des centroïdes selon le délai depuis la réalisation du stage, de même pour le temps de trajet et la zone géographique.

La réalisation de visites à domicile contribue significativement à une vision plus humanisée de la médecine générale ($p = 0,03$) selon l'axe CP2 (0,01).

Variables indépendantes	Modalités	CP1	CP2	ADL	Test post-hoc	
					CP1	CP2
Stage	SDCM non fait	0,10	-0,28	$\lambda = 0,96 ; p = 0,03$	$p = 0,37$	$p = 0,01$
	SDCM fait	-0,10	0,27			
Rapport à la MG	Positif	0,26	-0,17	$\lambda = 0,91 ; p = 0,006$	$p = 0,008$	$p = 0,10$
	Neutre	-0,80	-0,04			
	Négatif	-0,22	0,36			
Délai depuis le stage	< 6 mois	-0,16	0,41	$\lambda = 0,94 ; p = 0,12$	$p = 0,82$	$p = 0,03$
	6-12 mois	0,00	0,57			
	> 12 mois	-0,09	-0,07			
Temps de trajet	< 30 min	-0,38	0,06	$\lambda = 0,93 ; p = 0,07$	$p = 0,38$	$p = 0,03$
	30-60 min	-0,05	0,51			
	> 60 min	0,35	-0,02			
Zone du stage	Urbaine	-0,04	-0,31	$\lambda = 0,92 ; p = 0,1$	$p = 0,87$	$p = 0,02$
	Semi-rurale	-0,27	0,08			
	Rurale	-0,02	0,61			
	Mixte	-0,07	0,43			
Visites à domicile	Visites	-0,06	0,33	$\lambda = 0,93 ; p = 0,03$	$p = 0,40$	$p = 0,01$
	Pas de visites	-0,83	-0,88			

Tableau 11 : calcul des ADL selon les variables à l'étude

Les variables identifiées comme potentiellement interférentes dans l'interprétation de la RSMG selon le modèle des principes organisateurs sont donc le souhait de faire ou non de la médecine générale sa spécialité d'exercice, et le fait d'avoir réalisé ou non des visites lors de son SDCM.

5.2. Zoom sur le délai depuis la réalisation du stage

L'étude britannique de J-M. Morrison (22) ayant montré que l'effet positif du SDCM sur le souhait de choisir la spécialité médecine générale n'était pas durable dans le temps, nous nous sommes intéressés plus en profondeur sur le lien entre la RSMG et la variable « Délai depuis la réalisation du stage ».

Nous avons étudié dans le groupe SDCM fait les données complémentaires suivantes : comparaison des scores de connotation et définition généraux, mesure de l'entropie et mesure de l'étalement après ACP, en fonction du délai depuis la réalisation du SDCM. Les résultats sont présentés dans le **tableau 12** ; les données du groupe SDCM non fait sont rappelées à titre comparatif.

	SDCM non fait	< 6 mois	6-12 mois	> 12 mois	p	Test utilisé
Connotation totale	0,88	1,02	0,87	0,81	0,65	Kruskal-Wallis
Définition totale	7,54	7,42	7,15	8,23	0,02	Kruskal-Wallis
Entropie	3,69	3,67	3,40	3,54	-	-
Centroïde (ACP)	CP1	0,10	-0,16	0,00	0,12	ADL
	CP2	-0,28	0,41	0,57		
Étalement (ACP)	1,84	1,91	1,68	1,60	0,23	Kruskal-Wallis

Tableau 12 : comparaison des résultats selon le délai depuis la réalisation du SDCM

La mesure du déplacement du centroïde, déjà présentée en tableau 11, est reprécisée ici : le déplacement n'est pas significatif, tout comme l'étalement bien qu'il semble plus important à moins de six mois. De même, on remarque que l'entropie diminue d'abord après le stage fait avant de ré-augmenter légèrement.

Le score de connotation global ne présente pas de différence significative entre les trois groupes, tandis que le score de définition global augmente de manière significative à mesure qu'on s'éloigne du stage.

DISCUSSION

1. Objectif principal

- **H1** : les éléments centraux de la RSMG restent stables après le SDCM

L'analyse prototypique montre que les éléments centraux du groupe SDCM non fait persistent dans le groupe SDCM fait, à l'exception de *Polyvalence* qui passe en case 3 par un effet seuil (10 occurrences pour un seuil de 12 pour être en case 1, élément malgré tout le plus fréquent de la case 3). Stage fait, les éléments centraux s'enrichissent de nouveaux éléments qui viennent de la périphérie (cases 2 et 3) : on passe de 6 à 12 éléments en case 1 SDCM fait. Ces nouveaux éléments viennent confirmer les trois thèmes principaux qui forment le noyau central : relation particulière entre le médecin généraliste et ses patients, multiples champs d'application de la médecine générale, exercice libre en libéral (en opposition à l'exercice hospitalier auquel les étudiants sont habitués). Si la composition du noyau est modifiée, cela représente plutôt un enrichissement autour de ces trois thèmes qui eux semblent bel et bien stables et consensuels.

En terme statistique, notons que cet enrichissement des éléments centraux est d'autant plus marqué que les catégories *Accompagnement* et *Proximité* font leur apparition dans le noyau en étant statistiquement plus fréquemment citées une fois le stage fait, et la catégorie *Libéral* passe de la case 2 à la case 1 en étant jugée statistiquement plus importante.

Si on se réfère à la définition européenne de la médecine générale admise par la WONCA-Europe en 2002 (41), l'analyse prototypique montre que le noyau contient principalement des éléments liés aux deux compétences fondamentales « gestion de soins de santé primaire » et « soins centrés sur la personne », et au champ d'activité « gestion du cabinet médical » ; le SDCM vient donc renforcer ces trois idées, qui représentent des domaines nouveaux pour l'étudiant, qui diffèrent de la pratique hospitalière, propres à la médecine générale. On a donc une professionnalisation de la RSMG grâce au SDCM.

- **H2** : les éléments périphériques de la RSMG sont modifiés après le SDCM

En analyse prototypique, la périphérie de la RSMG observe bel et bien une mutation de son contenu, vérifiant H2. On note d'abord une clarification du statut des catégories de la case 2, c'est à dire que les éléments consensuels jugés peu importants SDCM non fait sont, une fois le stage fait, soit admis d'importance soit deviennent des éléments singuliers : SDCM fait, ce qui est consensuel est important. La case 3 (éléments singuliers jugés importants) s'amincit à moindre mesure, au profit des cases 1 et 4. On observe donc que le SDCM permet de trancher plus aisément entre les éléments importants qui deviennent consensuels (noyau) et les éléments peu importants qui deviennent plus anecdotiques (extrême périphérie) : la RSMG devient plus concrète, mieux délimitée.

Il est intéressant de noter que les catégories relevant d'un jugement de la spécialité plus que d'une caractéristique (*Spécialité difficile*, *Spécialité facilement accessible*, *Dévalorisé*, *Intéressant*, *Isolement*) restent, SDCM fait ou non, des éléments anecdotiques, ne faisant aucunement parti du noyau.

- **H3** : la RSMG comporte plus d'éléments descriptifs après le SDCM

Les scores de définition pour chaque catégorie sont compris entre 5 et 9,14 (moyenne 7,54) avant le stage, et entre 5 et 9,31 (moyenne 7,70) après le stage. De façon générale, le score de définition des catégories augmente, mais de manière non significative. Dans le détail, ce sont 19 catégories sur 35 qui voient leur score augmenter. A noter tout de même que les deltas sont assez faibles et rarement significatifs, à l'exception de *Répétitif* et à moindre mesure de *Prise en charge globale* et *Empathie* dont les scores augmentent, et *Libéral* dont le score diminue. Il est donc difficile de conclure que le SDCM participe à une meilleure définition de la médecine générale, selon ce critère.

En regardant les catégories avec les scores de définition les plus importants, il est intéressant de noter qu'avant le stage sont présentes des catégories en lien avec des aspects pratiques de la spécialité (*Formation continue / Évolution de pratique, Libéral, Spécialité facilement accessible*), qui deviennent nettement moins bien notées après le stage. Une fois le stage fait, les catégories qui définissent le mieux la médecine générale relèvent des compétences spécifiques au médecin généraliste (*Proximité, Prise en charge globale, Suivi, Premier recours, Empathie, Diversité, Prévention, etc.*).

En cela, on peut dire que le SDCM permet à l'étudiant de se rapprocher de la définition européenne de la médecine générale évoquée ci-dessus (WONCA, 41), basée sur les six compétences fondamentales du médecin généraliste ainsi citées :

- La gestion des soins de santé primaire ;
- Les soins centrés sur la personne ;
- L'aptitude spécifique à la résolution de problème ;
- L'approche globale ;
- L'orientation communautaire ;
- L'adoption d'un modèle holistique.

- **H4** : la connotation de la RSMG est plus positive après le SDCM

Le score de connotation moyen augmente légèrement après le stage, là encore de manière non significative : on passe d'un score moyen de 0,88 à 0,97 (sur une échelle de -2 à +2). On note tout de même que la connotation globale de la spécialité, avant ou après le stage, est plutôt positive.

Dans le détail, 19 catégories sur 35 voient leur score s'améliorer après le SDCM. En prenant les catégories les mieux notées (score supérieur à 1,00), on remarque que quatre catégories passent d'un score moyen à un score très positif après le stage : *Accompagnement, Cabinet, Campagne, Coordination*. Le SDCM permet donc d'avoir une meilleure opinion sur ces quatre spécificités de la médecine générale, qui ont le point commun d'être toutes opposées au milieu hospitalier habituel des étudiants.

- **H5** : la structure de la RSMG est mieux organisée après le SDCM

Le calcul de l'entropie de la RSMG avant et après le stage infirme H5 : après le SDCM, il existe finalement une désorganisation de la RSMG, représentée par une légère hausse de l'entropie. Avant le stage en effet, la courbe de fréquence des catégories fait la part belle aux termes *Suivi, Diversité, Libéral, Transversal* et *Liberté*, la pente de la courbe s'amenuisant par la suite entre les autres catégories. Après le stage, à l'exception de *Suivi* qui reste seul tout en haut de la courbe, la pente de décroissance est ensuite tout à fait régulière, n'isolant pas d'autres termes qui structurent la RS.

Le SDCM, plutôt que de restructurer la RSMG autour d'éléments saillants, fait apparaître une multitude de termes semblant tous aussi prévalents les uns que les autres : il bouscule la représentation « naïve » des étudiants et fait apparaître de nouveaux éléments dans leur image de la médecine générale. Cela corrobore l'idée d'enrichissement du noyau montrée par l'analyse prototypique.

- **H6** : les liens entre les éléments de la RSMG se modifient après le SDCM

L'analyse de similitude montre que les associations prioritaires sont bel et bien modifiées après le stage. Avant le stage, l'arbre met en évidence une chaîne de cinq pôles : au milieu le pôle majeur *Suivi*, autour duquel viennent s'articuler d'un côté *Administratif et Répétitif*, et de l'autre *Libéral et Diversité*. Le terme *Suivi* semble faire le lien entre l'aspect rébarbatif de la médecine générale, bien ancré avant le stage, et l'activité de consultations diverses et variées spécifiques de la spécialité. Après le stage, une chaîne de quatre pôles voit s'articuler *Suivi* (toujours pôle majeur qui possède le plus de lien), *Transversal, Relationnel* et *Diversité* : l'aspect rébarbatif de la spécialité ne domine plus, le terme *Libéral* non plus, pour se recentrer sur la relation médecin-patient et la transversalité.

Si on s'intéresse aux cinq catégories qui diffèrent entre les deux arbres, sont présentes SDCM non fait des catégories d'ordre pratique, froides, sur la spécialité : *Formation continue / Évolution de pratique, Limitations, Qualité de vie, Bobologie*. Une fois le stage fait apparaissent des catégories orientées vers le patient : *Accompagnement, Empathie, Premier recours, Essentiel*.

Ainsi, la pensée des étudiants reflétée par l'analyse de similitude laisse à croire qu'avant le stage, la médecine générale est perçue comme une « activité de service », elle met en avant les tâches péjoratives associées à la spécialité. Après le stage, l'analyse donne l'impression d'un travail plus humanisé, plus centré autour du patient, plus polyvalent.

- **H7** : des thèmes divergents apparaissent entre avant et après le SDCM

Selon la théorie des principes organisateurs, l'ACP met en lumière deux axes sur lesquels la RSMG évolue après le stage : l'axe de l'humanisation (significatif), et à moindre mesure l'axe de l'implication (non significatif). Les étudiants ayant réalisé le SDCM auraient ainsi une vision plus humanisée du métier de médecin généraliste (caractéristiques humaines, chaleureuses, à l'opposé de caractéristiques techniques, froides), corroborant les résultats précédents.

A noter que l'étalement des sujets autour du centroïde diminue de manière non significative après le stage, ne permettant pas de conclure à une meilleure convergence des idées entre les sujets d'un même groupe une fois le stage réalisé : cela semble corroborer le calcul de l'entropie qui ne montre pas une meilleure organisation de la RSMG autour d'éléments saillants après le stage.

Pour conclure sur l'objectif principal, on constate que le SDCM impacte la RSMG des étudiants, passant d'une construction naïve à une professionnalisation de la représentation : les éléments centraux de la représentation se rapprochent de la définition de la médecine générale, ils intègrent mieux les spécificités de la spécialité, ils mettent en exergue les différences d'exercice entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire.

2. Objectifs secondaires

- **H8** : le rapport à la spécialité « médecine générale » (souhait de choisir cette spécialité pour l'internat ou non) interfère avec la RSMG

L'ACP valide H8 : on constate un déplacement significatif sur l'espace représentationnel du centroïde des étudiants selon leur rapport à la médecine générale, indifféremment de la réalisation du stage, selon l'axe de l'implication. Un étudiant qui s'oriente vers la spécialité médecine générale a de base une RSMG orientée vers le médecin de famille, qui organise le suivi, auprès de qui les patients accordent leur confiance. A l'inverse, un rapport neutre ou négatif à la médecine générale va plutôt être associé à une dévalorisation de la spécialité, son côté répétitif, mettre en avant la qualité de vie imaginée du médecin généraliste.

- **H9** : le temps de trajet nécessaire pour se rendre en stage interfère avec la RSMG

Le déplacement du centroïde selon le temps de trajet tend à être significatif selon l'axe de l'humanisation : un temps de trajet très long (> 60 minutes) serait associé à une vision moins humanisée de la spécialité, plus proche de ses caractéristiques techniques, froides, éloignées de l'humain.

- **H10** : la zone de réalisation du stage (urbaine, semi-rurale, rurale) interfère avec la RSMG

Il n'y a pas de différence significative de déplacement du centroïde selon la zone du stage, même si visuellement on note que la zone urbaine se place négativement sur l'axe de l'implication, la zone rurale positivement, et la zone semi-rurale à l'entre deux.

- **H11** : la réalisation ou non de visites à domicile avec son PAMSU interfère avec la RSMG

La réalisation de visites à domicile lors du stage entraîne un déplacement significatif sur l'espace représentationnel selon l'axe de l'humanisation : faire des visites rendrait compte du côté un peu plus humain de la spécialité.

- **H12** : le temps écoulé depuis la réalisation du SDCM interfère avec la RSMG

Le score global de connotation, s'il s'améliore nettement juste après le stage, diminue à mesure qu'on s'en éloigne ; cette différence n'est cependant pas significative.

Le score de définition lui s'améliore de manière significative. Les étudiants ayant fait leur stage depuis plus de 12 mois étant plutôt en fin de cursus, ils ont peut-être plus d'expérience pour mesurer ce qui définit la médecine générale en opposition à la pratique hospitalière.

L'entropie est plus basse à distance du stage : on peut imaginer que la réalisation du SDCM bouscule et désorganise la RSMG, puis le temps écoulé la réorganise autour d'éléments saillants.

L'étalement des sujets autour des centroïdes en ACP diminue (de manière non significative) à mesure qu'on s'éloigne du stage : cela tend à rejoindre la diminution de l'entropie, convergence plus importante des idées à distance du stage. Le déplacement des centroïdes n'est pas significatif, on remarque tout de même une opposition selon l'axe de l'humanisation entre stage récent (vision plus humanisée) et stage éloigné (vision plus technique).

Pour conclure sur les objectifs secondaires, les variables « Rapport à la médecine générale » et « Réalisation de visites à domicile » sont corrélées avec un déplacement significatif sur l'espace représentationnel, les rendant importantes à préciser en matière d'étude d'impact du SDCM. La variable « Délai depuis le stage » est associée à une meilleure définition et une meilleure organisation de la RSMG.

3. Forces et faiblesses

3.1. TRS et méthode d'association verbale

Depuis sa formulation initiale par S. Moscovici en 1961, la TRS a connu un essor considérable au niveau international, et constitue une théorie majeure et incontournable en sciences sociales (29). Avec les différentes orientations développées au sein de cette théorie, sa diffusion et son succès ont dépassé les frontières de cette discipline. Saisir une représentation sociale, c'est saisir le sens d'un objet pour un groupe d'individus, observer son évolution à travers le temps, étudier les phénomènes à l'origine de son changement : le domaine de la pédagogie médicale dont relève ce travail de thèse y trouve tout son intérêt.

Le modèle structural défini par J-C. Abric (théorie du noyau central) offre un cadre d'analyse qui, via des concepts formalisés, permet la formulation d'hypothèses à l'origine de l'utilisation de la méthode expérimentale dans l'étude des RS.

La TRS permet donc une analyse qualitative reposant sur des principes théorisés facilitant l'élaboration d'une question de recherche.

La méthodologie retenue pour l'étude de la RSMG est le test d'association verbale libre continuée hiérarchisée. Nous avons déjà présenté en introduction ses avantages par rapport aux recueils par entretien ou questionnaire : simplicité de mise en œuvre, simple à appréhender pour les répondants, utilisable pour tout niveau d'éducation et toute tranche d'âge, économie de temps et de moyen tout en accédant à un recueil d'information riche, accès direct à l'univers cognitif des répondants sans risque d'orientation de la part de l'interrogateur, reproductibilité. Tout cela fait de la méthode d'association verbale une méthode originale avec de véritables atouts par rapport aux sondages d'opinion, facilitant le travail de comparaison entre deux groupes.

Une limite qu'on pourrait opposer à cette méthode est la réduction du volume de production (verbatim) comparativement à un travail d'entretien classique : ce point est contrebalancé par l'accès à un nombre plus important de répondants via l'association verbale.

Nous avons choisi de demander aux répondants cinq induits : ce choix repose sur un équilibre entre les habitudes méthodologiques (dans le cadre des études portant sur les RS, on demande le plus souvent trois à cinq réponses (28)), la volonté d'un recueil suffisamment riche, et l'acceptabilité du questionnaire (éviter un questionnaire trop lourd qui pourrait effrayer les répondants, l'obtention d'un nombre important de réponses ayant été une des pierres angulaires de ce travail).

Le travail précédent de S. Darty (31) en demandait huit : si cela a permis l'obtention d'un riche corpus, il admet en discussion qu'une tâche trop fastidieuse a pu être un frein pour atteindre un meilleur taux de participation.

Afin de ne pas limiter un étudiant qui aurait souhaité en citer d'avantage, la possibilité de fournir des induits supplémentaires facultatifs a été envisagée, mais cela aurait

complexifié la tâche de hiérarchisation en empêchant la standardisation du score d'importance entre 1 et 5.

Il n'était pas imposé de type d'induits (grammatical, sémantique, ...), au contraire était demandé de citer les induits tels qu'ils venaient à l'esprit (mot, groupe de mots, expression, sentiment, etc.), sans limite d'écriture, de façon à laisser au répondant le soin d'explicitier sa réponse s'il le souhaitait.

Enfin, l'association de critères qualitatif (rang d'importance) et quantitatif (fréquence de citation), le recours à des comparaisons statistiques de fréquences et de moyennes, l'analyse factorielle permise par l'association verbale font de ce travail une étude semi-quantitative : à partir d'un recueil qualitatif, obtention de données chiffrées reproductibles permettant une analyse quantitative statistique.

3.2. Recueil des données et échantillonnage

Concernant le type de recueil : il s'agissait d'une étude transversale, comparant la RSMG d'étudiants ayant fait ou n'ayant pas fait le stage à un instant T. On ne peut donc pas considérer notre enquête comme une étude avant/après : il faut garder à l'esprit que les conclusions tirées de cette étude sont valables pour l'échantillon étudié, aussi s'expose-t-on à un biais de sélection.

Concernant la modalité de recueil : le recueil anonyme permet une expression plus importante d'aspects socialement indésirables de la RSMG que pourrait avoir l'étudiant interrogé, qu'il ne formulerait probablement pas sur un recueil nominatif (phénomène de désirabilité sociale, 42). Cela permet de limiter les « non-dits » d'une représentation, en modérant le risque d'auto-censure du répondant. Cependant, il était précisé en avant-propos du questionnaire que l'étude était réalisée par une interne en médecine générale, ce qui a tout de même pu être un frein à la libre expression des répondants.

Concernant l'échantillonnage : l'objectif était de dépasser le taux de participation de la première étude qui était de 14,8% (31) ; nous avons obtenu deux fois plus de réponses que l'étude précédente, avec un taux de 22,2% (les effectifs des promotions ayant augmenté entre temps), soit un cinquième des externes de la faculté de Poitiers. En comprenant les réponses incomplètes, le taux monte à 35,8% des étudiants, soit un tiers des externes parvenus jusqu'au questionnaire : il est dommage d'avoir 99 « perdus de vue » qui ne l'ont pas terminé.

Il faut cependant garder à l'esprit qu'obtenir 162 réponses aurait été difficilement envisageable avec un recueil d'entretien plus classique. De plus, la méthodologie utilisée ne demande pas de nombre de sujet minimal, permettant tout de même d'émettre des conclusions sur l'échantillon étudié. Enfin, rappelons qu'un corpus de 804 induits a été obtenu, construisant une base de travail riche.

83,4% des répondants avait eu accès au questionnaire par les réseaux sociaux, le groupe Facebook des étudiants et la page Instagram du CREM étant des moyens d'information et de communication très populaires pour les promotions, qui ne sauraient être ignorés pour des études futures.

D'autres pistes avaient été envisagées pour améliorer le taux de participation :

- Diffusion du questionnaire sur la boîte mail universitaire des étudiants (tous les étudiants en disposant d'une) : cela nécessitait l'autorisation du Doyen de faculté de médecine, qui n'a pas répondu à nos sollicitations ;
- Diffusion du questionnaire aux PAMSU afin qu'ils le diffusent à leurs étudiants en stage : la période de recueil s'est déroulée après le dernier stage en médecine générale de l'année universitaire, ne permettant pas ce mode de diffusion ;
- Diffusion du questionnaire en présentiel à l'occasion d'un cours magistral : il n'existait en fin d'année pas de cours à présence obligatoire réunissant l'intégralité des étudiants promotion par promotion.

Concernant la représentativité de l'échantillon : s'il existait une différence significative de genre entre l'échantillon et la population d'étude, c'était probablement dû au fait que le recueil autorisait de ne pas préciser son genre. Une proportion non négligeable d'étudiants de l'échantillon a choisi de ne pas le renseigner (14,2%), ce qui a faussé la recherche de représentativité avec la population d'étude, une telle distinction de genre féminin, masculin ou non indiqué n'existant pas dans les données renseignées par la faculté.

3.3. Catégorisation des données

Afin de réaliser nos analyses en tenant compte du plus grand nombre d'induits possible, une étape de catégorisation était primordiale : passer d'induits bruts, singuliers, ininterprétables isolément, à des catégories d'induits de sens commun analysables ensemble.

Les 804 induits obtenus correspondaient à une production vaste composée de mots (noms ou adjectifs au singulier ou au pluriel, verbes conjugués ou à l'infinitif, ...), d'expressions, voire de phrases : corpus difficilement interprétable en l'état pour les différentes étapes de l'analyse, nécessitant un regroupement au sein de catégories via les opérations de lemmatisation, racinisation, réunification en mots-clés (« coordination », « coordinateur », « centre de la coordination médicale » deviennent « coordination ») et réunification en sens commun (« diversité », « divers », « varié », « voir de tout » deviennent « diversité »).

La catégorisation réalisée soumise à la loi binomiale a permis de prendre en compte la quasi-totalité du corpus (96,7 % : 777 induits), contre 47% (328 induits) dans l'étude antérieure où la loi binomiale avait porté pour l'analyse prototypique sur les induits bruts (31) : amélioration de la puissance d'analyse.

Certaines catégorisations étaient néanmoins sujettes à interprétation de la part du chercheur. C'est par exemple le cas pour « attente » cité une seule fois : l'étudiant entendait-il par là le délai d'attente des examens complémentaires, les attentes du patient envers le médecin généraliste, l'attente en salle d'attente ? Pour nous aider dans la catégorisation, le score de connotation associé à l'induit ou encore les induits co-cités par le même étudiant pouvaient orienter sur le sens à donner : dans notre exemple, « attente » était coté -1 et co-cité avec « frustration », ce qui nous a orienté vers les délais d'attente et donc la catégorie *Limitations* du métier de généraliste.

Certains induits cités une à deux fois seulement, dont le sens n'était approchable à aucun autre, sont restés isolés ; c'est par exemple le cas de « culpabilité ». Ces induits

ont formé la catégorie des *Non classés*, éliminée par la loi binomiale donc non interprétée.

A noter que ces induits problématiques, sujets à interprétation, étaient largement minoritaires au sein du corpus, et n'ont donc vraisemblablement pas pu remettre en cause la catégorisation.

De plus, le biais de catégorisation a été limité par le recours à la triangulation des données entre le chercheur, le directeur de thèse et un expert de la TRS, où un point d'honneur a été porté à maintenir dans la mesure du possible le sens des induits tels qu'ils avaient été cités, quitte à garder des catégories avec un faible taux d'occurrences.

Précisons qu'une tâche supplémentaire sur le questionnaire aurait permis de limiter encore le biais d'interprétation : certains auteurs proposent de faire formuler aux répondants une phrase pour chaque production afin de préciser le lien entre l'induit et l'inducteur (contextualisation sémantique, 43), dans le but de limiter l'attribution subjective d'un sens aux induits. Si cette technique est intéressante, elle aurait demandé plus de temps aux répondants : dans une volonté de simplifier le plus possible le recueil, nous ne l'avons pas retenue.

Les répondants étant néanmoins libres d'écrire ce qu'ils souhaitaient lors de la production des cinq induits, beaucoup ont eux-mêmes précisé le sens de leur pensée. Par exemple, un étudiant a cité « large patientèle de la petite enfance à la gériatrie » ; s'il avait cité « large patientèle » sans la suite, la question se serait posée de catégoriser l'induit avec *Charge de travail*, la précision l'a plutôt rapproché de *Diversité*.

3.4. Analyse

Concernant l'analyse de similitude : il existe une sur-représentation logique dans les graphes de similitude des catégories les plus citées. Dans les deux graphes stage fait et non fait, *Suivi* est un pôle majeur autour duquel gravite un nombre important d'autres catégories. C'est à moindre mesure également le cas pour *Diversité*. Ces deux catégories étant les plus citées dans les deux groupes, il est normal de les retrouver de façon plus ou moins centrale en analyse de similitude.

Concernant l'analyse en composantes principales : la variance (capacité cumulative à corrélérer l'ensemble des données) des deux premières CP retenues était de 12%. Le score maximal de corrélation des catégories placées sur les axes était de 0,61, la méthodologie considérant qu'un score est correct à partir de 0,7.

Cette variance et ces scores assez faibles s'expliquent par une analyse faite sur des catégories parfois très peu importantes (de 64 occurrences pour la macro-catégorie *Suivi*, à 5 seulement pour la micro-catégorie *Spécialité facilement accessible*). Or, il est suggéré en ACP d'avoir un ratio de 5 à 10 sujets par variable (44) : avec 35 catégories retenues, il aurait fallu 175 à 350 sujets (ici : 162 sujets). Nos coefficients d'ACP sont donc sous évalués car nous avons fait le choix de garder la totalité de nos catégories afin de ne pas trahir les nuances du corpus, au prix d'une dégradation des indicateurs statistiques.

4. Comparaison aux données antérieures et apports

La version précédente de ce travail (thèse d'exercice de S. Darty en 2014 (31)) avait montré que le noyau central de la RSMG restait constant après le SDCM, autour des éléments *Médecin de famille*, *Proximité* et *Suivi*. On y notait également une

amélioration significative du rang d'évocation des éléments *Disponibilité, Libéral et Liberté*, qui caractérisent la médecine générale ambulatoire, sans qu'ils fassent partie du noyau.

Notre analyse prototypique, réalisée avec une puissance supérieure, a permis de dégager un noyau plus complet composé des trois thèmes relation particulière qu'entretient le médecin généraliste avec ses patients, multiples champs d'application de la médecine générale et exercice libre de la médecine générale, qui s'enrichissent une fois le stage fait.

Dans son travail, S. Darty avait montré que la valence descriptive de la RSMG se renforçait après le stage ; la connotation elle restait inchangée.

Ici, les scores globaux de définition et connotation s'améliorent de façon non significative, mais dans le détail on comprend que les catégories avec les scores de définition les plus hauts se rapprochent une fois le stage fait de la définition de la médecine générale telle qu'admise par la WONCA (41), et les catégories jugées les plus positives appartiennent à des domaines spécifiques de la spécialité, à l'opposé du milieu hospitalier.

Nos résultats semblent corroborer les études qualitatives précédentes citées en introduction (V. Levraut (23), C. Pigache (24), C. Renoux (25), G. Derrien et M. Boinot (26, 27)) : le SDCM permet d'acquérir une représentation de la médecine générale plus proche de la réalité du terrain, on note une meilleure appréhension des spécificités de la spécialité, les aspects positifs nouveaux de la spécialité sont relevés, les étudiants semblent plus à l'aise pour définir la médecine générale.

L'attente principale à 88% des étudiants envers le SDCM étant la découverte de la médecine générale (figure 4), on peut dire que le stage atteint son objectif.

D'autre part, il est intéressant de remarquer que l'ensemble des éléments cités dans le corpus (indépendamment d'une appartenance au noyau ou à la périphérie et de la réalisation ou non du stage) reprennent les sept objectifs officiels du SDCM cités en introduction (10), avec une prévalence renforcée après le stage pour les éléments suivants :

- Appréhender la relation médecin-patient en médecine générale et la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;
- Appréhender les conditions d'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire ;
- Appréhender la prise en charge globale du patient dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours.

Un rapprochement peut être fait à la « marguerite des compétences » proposée par le CNGE en 2013 (45), présentée en **Annexe 6** : le travail conjoint de plusieurs DMG de France avait alors listé les six compétences transversales fondamentales du médecin généraliste, recouvrant l'ensemble des tâches et fonctions attendues de lui pour répondre aux missions de santé qui lui sont dévolues. L'évaluation de l'acquisition de ces compétences est à la base de la validation du DES de médecine générale (troisième cycle). Aussi, la RSMG après la réalisation du SDCM montre que l'étudiant est capable de citer tout ou partie des compétences attendues du médecin généraliste : professionnalisation de la RSMG.

On peut donc dire que le SDCM, via son impact sur la RSMG, semble entraîner un changement d'attitude professionnelle par rapport à la médecine générale. Couplé aux résultats d'A. Aubrion qui montre que le choix de cette spécialité pour l'internat serait

favorisé par la réalisation du SDCM (21), on peut arguer que c'est la professionnalisation de la médecine générale via le SDCM qui favorise son choix.

Cet effet n'étant pas durable dans le temps, il apparaît souhaitable qu'un tel stage puisse être réitéré pendant le deuxième cycle : c'est le projet du stage pré-professionnalisant évoqué en introduction, qui devrait désormais être proposé à tout étudiant en DFASM3 qui s'orienterait vers la médecine générale, mais le nombre de PAMSU est actuellement insuffisant pour pouvoir le proposer à Poitiers.

Ce stage serait cependant destiné aux étudiants ayant déjà choisi la spécialité médecine générale. Une autre piste pourrait être de développer un stage « découverte » en médecine générale lors du premier cycle, comme proposé par la faculté de médecine de la Réunion en 2013 où un stage de cinq demi-journées avait été rendu obligatoire en DFASM3 (troisième année) : la thèse de C. Héraud en 2015 (46) portait sur l'impact de ce stage sur les étudiants, montrant une évolution positive de la vision de la médecine générale tant sur la découverte de la spécialité que sur le métier de médecin généraliste. En combinant ce stage découverte et le SDCM, permettrait-on, en cumulant les expériences en médecine générale ambulatoire, de favoriser le choix de cette spécialité ?

Enfin, certains facteurs semblent avoir un impact sur la RSMG, notamment la réalisation de visites à domicile lors du SDCM (corroborant les résultats de C. Renoux (25)), mais également le rapport de base à la médecine générale. Le temps de trajet, identifié par C. Pigache comme un contrepoint de satisfaction du stage (24), ne semble pas avoir d'impact significativement négatif sur la RSMG.

5. Perspectives

Notre recherche a donc permis de mesurer l'impact du SDCM sur la RSMG des étudiants en deuxième cycle, en montrant une professionnalisation de la spécialité. En cela, la TRS et la méthode d'association verbale peuvent concourir à créer un outil pratique et original d'évaluation du SDCM auprès des étudiants, pouvant être élargi à d'autres stages dans d'autres spécialités, et applicable auprès d'étudiants de tout niveau : outil original d'évaluation d'un outil pédagogique.

Une étude longitudinale pourrait être réalisée afin de montrer si les résultats sont similaires dans une même population d'étude, en avant/après.

Un élargissement de l'étude de la RSMG aux étudiants de premier et troisième cycles, docteurs juniors, et médecins séniors a été réalisé par L-N Truong pour sa thèse d'exercice en 2021 (47) : on y trouvait des résultats similaires aux nôtres au niveau de la composition du noyau central (Médecin de famille, Touche à tout, Qualités humaines, Exercice en cabinet libéral).

Il serait néanmoins intéressant d'étudier séparément la RSMG des étudiants de première année, n'ayant encore aucune expérience en stage et des connaissances médicales très abstraites ; des étudiants de deuxième et troisième année, qui débutent leur cheminement dans les études médicales ; des étudiants de troisième cycle (internes), avant/après leurs différents stages en médecine générale ; des médecins généralistes eux-mêmes.

Une étude « cas/témoin » pourrait être envisagée en interrogeant des étudiants d'autres disciplines (hors études médicales) afin de comparer la RSMG du monde médical avec le monde « profane ».

Enfin, il pourrait être intéressant de comparer la RSMG des étudiants entre différentes facultés, voire différents pays ; les stages faits en médecine générale en France sont-ils plus ou moins impactant que ceux réalisés par exemple en Belgique ?

Au-delà de la pédagogie médicale, l'utilisation de la TRS et de l'association verbale peut être élargie à de multiples champs d'application dans le domaine médical, proposés ci-après.

En addictologie par exemple, connaître la RS d'une substance addictive de patients dépendants pourrait aider à mieux comprendre la relation du consommateur au produit, aider à la mise en place de pistes de travail en matière de sevrage, reconnaître les populations plus à risque de mésusage.

En éducation thérapeutique, rechercher la RS du diabète chez un patient nouvellement diagnostiqué aiderait à cerner la construction de sa pensée autour de la maladie, travailler sur ses craintes et ses attentes, afin d'améliorer la prise en charge personnalisée du patient. Plus collectivement, on pourrait demander à des patients diabétiques de citer les mots qui leur viennent à l'esprit à propos du diabète, afin d'établir et comparer la RS du diabète chez les nouveaux *versus* anciens diabétiques, en examinant comment l'expérience de la maladie change la représentation de celle-ci.

En matière d'enseignement médical, interroger la RS d'une maladie donnée auprès d'une population de soignants permettrait de repérer d'éventuels stéréotypes, d'exprimer des lacunes, et ainsi améliorer la formation initiale.

La TRS pourrait donc trouver son application comme outil de pratique clinique ou d'enseignement, bien au-delà de son développement initial pour le domaine de la psychologie sociale, pouvant être à l'origine de publications inédites et originales dans le futur.

CONCLUSION

Le SDCM impacte la RSMG des étudiants via une professionnalisation de leur représentation. Le noyau de la RS se renforce autour de trois thèmes qui ont pour point commun de marquer une opposition au monde hospitalier habituel des étudiants : relation particulière entre le médecin généraliste et ses patients, multiples champs d'application de la médecine générale, exercice libre en libéral. La périphérie de la RS est mieux délimitée, clarifiant le statut consensuel des éléments importants, ou anecdotique des éléments peu importants. La spécialité médecine générale semble être mieux définie suivant les compétences spécifiques du médecin généraliste. L'analyse de similitude reflète avant le stage une spécialité perçue comme une activité de service, elle devient après le stage plus humanisée, centrée autour du patient, polyvalente. Cette humanisation est retrouvée en analyse factorielle, bien que celle-ci manque de puissance.

Le fait de se tourner vers la médecine générale comme choix de spécialité est associé à une vision plus impliquée du médecin généraliste, la réalisation de visites à domicile lors du SDCM à une vision plus humanisée. Plus le délai depuis le stage augmente, meilleures sont la capacité à définir la spécialité et l'organisation de la RSMG autour d'éléments saillants.

Le SDCM semble donc être un outil pédagogique primordial dans la formation médicale des étudiants de deuxième cycle pour leur faire découvrir les spécificités de la médecine générale. Un tel outil, plébiscité des étudiants, devrait être encore mieux valorisé et rendu accessible à tous, voire répété dans le cursus afin de favoriser un choix éclairé de la médecine générale comme spécialité d'internat : il en va d'un enjeu de santé publique de promouvoir la médecine générale auprès des jeunes générations d'étudiants à l'heure des problématiques d'accès aux soins actuelles.

Nos résultats viennent préciser ceux d'un travail antérieur avec une puissance statistique plus importante, et corroborent les résultats d'analyses qualitatives similaires menées depuis l'existence du SDCM en apportant un cadre théorique précis (la théorie des représentations sociales), une méthodologie pratique et originale (le test d'association verbale), ainsi que la possibilité d'analyses quantitatives à partir d'un recueil qualitatif. De multiples domaines d'applications sont envisageables, de la pédagogie médicale à la prévention en passant par outil de pratique clinique, ouvrant le champ des possibles à des travaux futurs sur la base de la TRS.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Partie A:	
A1. Sexe	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
A2. Âge	<input type="text"/>
A3. Promotion	DFASM1 <input type="checkbox"/> DFASM2 <input type="checkbox"/> DFASM3 <input type="checkbox"/>
A4. Concernant votre choix de spécialité pour l'internat, vous diriez...	Je suis sûr de vouloir faire médecine générale <input type="checkbox"/> J'hésite entre médecine générale et d'autres spécialités <input type="checkbox"/> Je ne sais pas si je veux faire médecine générale <input type="checkbox"/> Je ne pense pas vouloir faire médecine générale <input type="checkbox"/> Je suis sûr de ne pas vouloir faire médecine générale <input type="checkbox"/>
A5. Avez-vous déjà réalisé un stage en Médecine Générale pendant votre 2e cycle des études médicales (externat) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je suis actuellement en stage de médecine générale <input type="checkbox"/>
Partie B: Vous avez déjà fait ou êtes en train de faire un stage en Médecine Générale	
B1. Combien de stage(s) en Médecine Générale avez-vous fait jusque-là pendant votre externat ?	
<i>(en comptant le stage actuel si vous en réalisez un en ce moment)</i>	<input type="text"/>
B2. Aviez-vous des attentes particulières en choisissant de réaliser un stage en Médecine Générale ?	Aucune attente particulière <input type="checkbox"/> Stage réalisé uniquement par obligation <input type="checkbox"/> Choix d'un stage réputé "tranquille" <input type="checkbox"/> Découverte de la pratique de la médecine générale <input type="checkbox"/> Confirmer ou infirmer le choix de cette spécialité pour le 3e cycle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Autre	<input type="text"/>

B3. Quand avez-vous réalisé votre dernier stage en Médecine Générale ?

< 6 mois / Je suis actuellement en stage

6-12 mois

> 12 mois

B4. Quels étaient les temps de trajet moyens entre votre logement et vos terrains de stage ?

< 30 minutes

30-60 minutes

> 60 minutes

B5. S'agissait-il de stages en zone :

Urbaine ?

Semi-rurale (alentours directs d'une ville dotée d'un hôpital) ?

Rurale ?

B6. S'ils en faisaient, accompagniez-vous vos maitres de stage en visite à domicile ?

Oui

Non

Partie C: Vous n'avez pas (encore) fait de stage en Médecine Générale

C1. Souhaitez-vous faire un stage en Médecine Générale ?

Oui

Non

C2. Quelle(s) serai(en)t vos attentes lors de la réalisation de ce stage ?

Aucune attente particulière

Stage à réaliser par obligation

Choix d'un stage réputé "tranquille"

Découverte de la pratique de la médecine générale

Confirmer ou infirmer le choix de cette spécialité pour le 3e cycle

Autre

Autre

Partie D:

Citez 5 idées qui vous viennent spontanément à l'esprit à propos de "la médecine générale"

(mot, groupe de mots, sentiment, expression, ...)

D1.

D2.

D3.

D4.

D5.

Partie E: Vous y êtes presque !

Voici les 3 dernières questions.

E1. Parmi les réponses que vous avez proposées, quelles sont celles auxquelles vous accordez le plus d'importance ?

	{mot1}	{mot2}	{mot3}	{mot4}	{mot5}
La plus importante :	<input type="checkbox"/>				
La 2e plus importante :	<input type="checkbox"/>				

E2. À quel point chacun des mots cités reflète-t-il à vos yeux positivement ("c'est une bonne chose") ou négativement ("c'est une mauvaise chose") la médecine générale ?

	Très posit ivement	Plutôt pos itivement	Neutre	Plutôt nég ativement	Très négat ivement
{mot1}	<input type="checkbox"/>				
{mot2}	<input type="checkbox"/>				
{mot3}	<input type="checkbox"/>				
{mot4}	<input type="checkbox"/>				
{mot5}	<input type="checkbox"/>				

E3. Sur une échelle de 1 à 10, notez à quel point chaque réponse citée définit à votre sens plus ou moins bien la médecine générale

(1 : décrit un aspect de la médecine générale sans la définir ; 10 : définit parfaitement la médecine générale)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
{mot1}	<input type="checkbox"/>									
{mot2}	<input type="checkbox"/>									
{mot3}	<input type="checkbox"/>									
{mot4}	<input type="checkbox"/>									
{mot5}	<input type="checkbox"/>									

Annexe 2 : Formulaire d'information à destination des participants à l'étude



[Responsable de traitement](#)

[Bases juridiques du traitement](#)

[Finalités du traitement](#)

[Destinataires des données](#)

[Transfert de données](#)

[Durée de conservation](#)

[Exercice de vos droits](#)

dpo@univ-poitiers.fr

Annexe 3 : Certificat d'enregistrement auprès du DPO de l'Université de Poitiers



<https://rgpd.appli.univ-poitiers.fr/plugins/formcreator/front/formdisplay.php?id=1>

Référence du traitement
Date d'enregistrement
Responsable de traitement
Référent opérationnel
Nom du traitement

Annexe 4 : Liste des catégories retenues après catégorisation sous contrainte

Nom de la catégorie	Induits contenus dans la catégorie	Nombre occurrences (%)
Accompagnement	Accompagnement, (Prise en charge) Social(e), Psychologie, Accompagnement/Soutien/Suivi psychologique, Accompagner le patient dans son parcours de soin, Personnes isolées	19 (2,4%)
Adaptabilité	Adaptabilité, Adaptation, Flexibilité, Débrouillardise, (Horaires) Flexible(s), (Profession) Modulable, Organisation, Personnalisable, Pragmatisme	14 (1,7%)
Administratif	(Beaucoup d') Administratif, Arrêt de travail, Charge/Difficulté administrative, Paperasse, Certificat médical, Comptabilité, Travail de bureau	23 (2,9%)
Bobologie	Bobologie, Maladies simples/fréquentes et peu graves, Paracétamol, (Traitement de) Pathologies bénignes, Petites urgences, Rhume	16 (2%)
Cabinet	(En) Cabinet, Maison de santé, Consultation(s)	19 (2,4%)
Campagne	Campagne, Médecin de campagne, Rural	7 (0,9%)
Charge de travail	Stress, (Avoir de) Gros horaires, Beaucoup de consultations/patients/travail, Charge de travail, Chronophage, Enchaînement de RDV, Fatigant, Fatigue, Horaires importants/très larges, Intensité des journées, Prenant, Rush, Rythme soutenu, Sacrifice, Surchargé, Travail intense	24 (3%)
Confiance	Confiance, Relation de confiance, Fidélité	24 (3%)
Coordination	Orientation, Coordinateur (des soins/des médecins spécialistes), Coordination, Chef d'orchestre de la prise en charge, Coopération, Engrenage principal du système de soin, Fait le lien entre les professionnels de santé, Intermédiaire, Redirection des patients, Renvoi aux spécialistes	19 (2,4%)
Dévalorisé	Sous-estimé, Dévalorisé, Lapins, Mal rémunéré, Manque de considération, Mauvaise réputation, Peu/Moins de reconnaissance, Moins payés, Pas assez valorisé, Peu représenté, Sous-spécialité, Mal classés au concours, etc.	22 (2,7%)
Différentes modalités d'exercice	Cabinet ou hôpital, Variété des modes d'exercice, Mixité d'exercice, Multiplicité de lieux/moyens d'exercice, etc.	17 (2,1%)
Disponibilité	Disponibilité, Accessibilité, Dévoué, Disponible, Don de soi, (Facilement/Plus) Accessible, Prise en charge rapide, Temps avec le patient, Présent au quotidien	10 (1,2%)
Diversité (patients, maladies)	Diversité (des soins, de l'activité, médicale), (Population/Patientèle) Diversifié(e), Divers, Médecine très variée, Variété, Variabilité, Voir de tout, etc.	53 (6,6%)
Écoute	Écoute, Communication, Conseils, Vulgarisation, Information-Explication-Réassurance	14 (1,7%)
Empathie	Empathie, (Contact/Plus) Humain, Humanité, Bienveillance, Altruisme, Altruiste, Empathique, Médecine/Relation/Spécialité humaine	25 (3,1%)
Essentiel	Essentiel, Besoin, Indispensable, Acteur majeur de la santé, Important, La base de tout, Nécessaire, Nécessité, Pilier de la médecine, Pivot de santé, Place centrale dans la vie du patient	15 (1,9%)
Famille	Famille(s), Médecin de famille, Familial	28 (3,5%)
Formation continue / Évolution de pratique	DU, Évolutivité, Formation continue, FST, Ouverture d'opportunités, Ouvre des portes sur d'autres domaines, (Sur-)Spécialisation possible, Ne pas se fermer de porte, etc.	18 (2,2%)
Gagner de l'argent	Argent, Faire de l'argent	3 (0,4%)
Intéressant	Intéressant, Beauté du métier, Enrichissant, Gratifiant, Intellectuel, Investissement, Passionnant, Réflexion	9 (1,1%)
Isolement	Isolement, Isolé, Désert(s) médical(ux), Manque de collégialité, Seul, Solitude en cabinet, Travail plutôt solitaire	11 (1,4%)
Libéral	(Activité/Exercice/Médecine) Libéral(e), Autonomie, Indépendance, Pas de hiérarchie inutile	51 (6,3%)
Liberté	Liberté (d'exercice/de pratique/de planning/etc.), Choix de sa pratique/des horaires, Libre, Maître de ses consultations et de son temps	38 (4,7%)
Limitations	Peu de moyens, Attente, Frustration, Limitations, Manque d'optimisation, Mauvaises conditions de travail, Pas de diagnostic poussé, Pas/Peu de gestes, Prise en charge partielle, Simplicité	17 (2,1%)

Patients âgés	Patientèle/Personne/Population âgée, Patients vieillissants	4 (0,5%)
Pédiatrie	Pédiatrie, Pédiat, Suivi pédiatrique	3 (0,4%)
Polyvalence	Polyvalence, Polyvalent, Touche à tout, Actes en tout genre, Aigu comme chronique, Corps de la médecine le plus polyvalent, Multitude de motifs de consultation, Un peu de tout, etc.	21 (2,6%)
Précarité	Misère, Précarité	2 (0,2%)
Premier recours	Premier recours, Premier contact médical/avec la médecine, Premier maillon de la chaîne de soin, Premier rempart, Première ligne	11 (1,4%)
Prévention	Prévention, Dépistage, Détection, Éducation thérapeutique, Vaccination	14 (1,7%)
Prise en charge globale	Prise en charge globale/complète/multifactorielle, (Modèle) Bio-psycho-social, Globalité, Partie psychologique à prendre en compte	12 (1,5%)
Proximité	(Médecine de) Proximité, Proche des gens/patients, Chaleureux, Connaître sa patientèle, Convivial, Domicile, Familiarité, Patients connus	26 (3,2%)
Psychiatrie	Psy, Psychiatrie, Somatique	3 (0,4%)
Qualité de vie	Tranquillité, Cadre de vie souple/tranquille, Calme, Avoir du temps pour sa vie perso, Équilibre profession et vie, Moins stressant, Qualité de vie, Rythme de vie, Vie de famille possible, etc.	15 (1,9%)
Relationnel	Relationnel, (Au) Contact, Relation médecin-patient, Lien (médecin-malade), Correspondant/ Relation privilégié(e), Mettre la relation thérapeutique au centre, Patient	31 (3,9%)
Répétitif	Renouvellement d'ordonnance, Chronique, Répétitif, Redondant, Ennui, Ennuyant, (Exercice) Routinier, Peur de faire toujours la même chose, Beaucoup d'auscultation	30 (3,7%)
Soins	Diagnostic, Guérison, Prescription, Soins	4 (0,5%)
Spécialité difficile	Difficile, Complexe, Dense, Gestion difficile, La plus difficile des spécialités, Impression que c'est plus facile d'être spécialiste, etc.	10 (1,2%)
Spécialité facilement accessible	Accessibilité au libéral simple et rapide, Internat plus tranquille que les spécialités, Tranquille pour les EDN, Facilement/Plus accessible	5 (0,6%)
Suivi	Suivi (des patients, au long cours, sur le long terme, etc.)	64 (8%)
Transversal	Transversal, Multi/Pluridisciplinaire, (Connaissances) Vaste(s), Polypathologie, Polyspécialité, Savoir, Spécialité large, Vue d'ensemble sur toutes les spé, Pratique générale, etc.	45 (5,6%)
Non classés	<i>Culpabilité, Médecine humanitaire, Pas d'implication, Quotidien (2), Rapidité, Responsabilité (2)</i>	8 (1%)

Annexe 5 : Tableau des coordonnées selon CP1 et CP2 des catégories (ACP)

Catégories	CP1	CP2
Répétitif	-0,463	-0,213
Dévalorisé	-0,360	0,384
Qualité de vie	-0,351	-0,316
Charge de travail	-0,339	0,182
Diversité (patients, maladies)	-0,311	-0,063
Administratif	-0,283	-0,110
Spécialité difficile	-0,262	0,040
Limitations	-0,225	0,113
Isolement	-0,161	-0,115
Prise en charge globale	-0,134	0,285
Bobologie	-0,114	0,092
Adaptabilité	-0,110	-0,035
Proximité	-0,100	0,174
Relationnel	-0,100	0,075
Formation continue / Évolution de pratique	-0,065	-0,533
Essentiel	-0,024	0,262
Différentes modalités d'exercice	-0,012	-0,046
Écoute	-0,004	0,229
Spécialité facilement accessible	0,000	-0,364
Cabinet	0,019	-0,251
Empathie	0,022	0,364
Libéral	0,057	-0,362
Polyvalence	0,080	-0,222
Accompagnement	0,095	0,386
Intéressant	0,128	0,042
Prévention	0,134	0,257
Premier recours	0,137	0,188
Disponibilité	0,161	0,234
Campagne	0,221	0,153
Coordination	0,229	0,191
Transversal	0,337	-0,122
Famille	0,364	0,092
Confiance	0,376	0,066
Liberté	0,387	-0,350
Suivi	0,614	-0,107

Annexe 6 : La « marguerite des compétences » du médecin généraliste

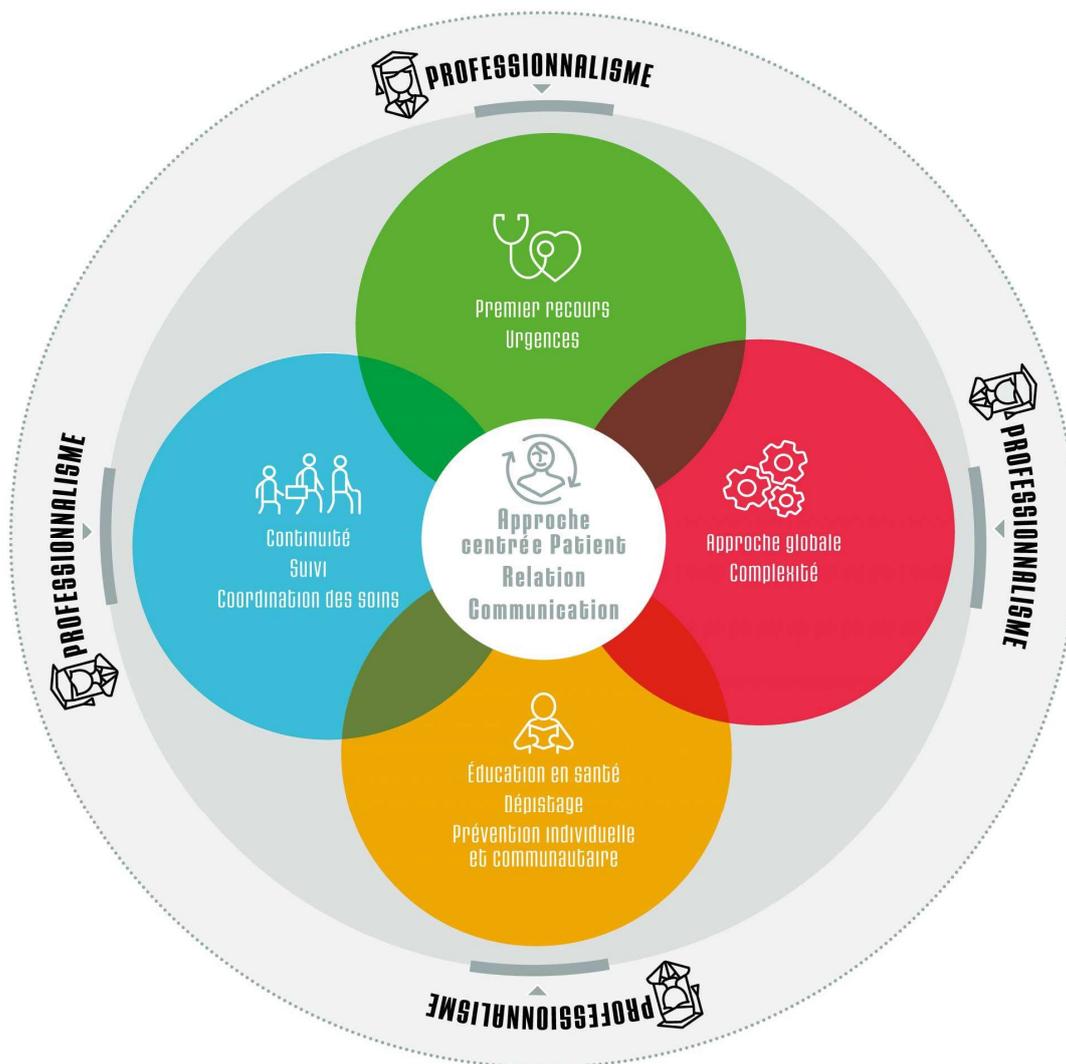


Illustration issue du site internet du CNGE (48)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? [En ligne]. Les dossiers de la DREES ; 2021. 74 p. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>

(2) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36

(3) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1) - Article 7

(4) Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France [En ligne]. CNOM ; 2024. 164 p. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf

(5) Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 - Article 4

(6) Ipesup. Tout savoir sur la filière médicale [En ligne]. 2023 [cité le 6 octobre 2024]. Disponible : <https://www.ipesup.fr/blog/2023/07/21/tout-savoir-sur-la-filiere-medecine/>

(7) DGESIP. Les nouvelles conditions d'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. Vade-mecum de la réforme issue de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [En ligne]. DGESIP ; 2021. 14 p. Disponible : https://services.dgesip.fr/fichiers/Vade-mecum_R1C__20-04-2021_.pdf

(8) Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Réforme du 2e cycle des études médicales. Vade-mecum pour les référents enseignants et étudiants [En ligne]. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ; 2021. 12 p. Disponible : https://www.uness.fr/sites/default/files/inline-files/R2C%20sante_vade-m_reforme_2ecycle_A4_03%20bis_2.pdf

(9) Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Articles 1, 2, 3, 4

(10) Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales - Articles 6, 14

(11) Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales - Article 12

(12) 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 - Article 1

- (13) 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 - Article 1
- (14) Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine - Articles 1, 2, 3
- (15) CNGE. Le 2^e cycle des études médicales [En ligne]. 2023 [cité le 6 octobre 2024]. Disponible : <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/le-2e-cycle-des-etudes-medicales/>
- (16) Arrêté du 24 juillet 2023 portant modification de l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales - Annexe
- (17) Arrêté du 7 juillet 2024 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études de médecine susceptibles d'être affectés, par spécialité et par subdivision territoriale, au titre de l'année universitaire 2024-2025 - Annexe
- (18) Instruction DGOS/RH1 n° 2011-101 du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale
- (19) Braun Neves 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 d'exercice]. Paris, France : René Descartes Paris 5 ; 2005
- (20) Boutillier B. Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale [Mémoire]. Amiens, France : UPJV ; 2004
- (21) Aubrion A, Goncalves P, Kowalski V, Reichling A, Mansour V. Facteurs influençant le choix de la spécialité de médecine générale par les étudiants en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2016;17(3):173-87
- (22) Morrison JM, Murray TS. Career preferences of medical students: influence of a new four-week attachment in general practice. *The British Journal of General Practice*. 1996;46(413):721-25
- (23) Levraut V. Représentations du métier de médecin généraliste des étudiants de second cycle (DFASM3) de la faculté de Montpellier-Nîmes : étude qualitative [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Faculté de médecine Montpellier-Nîmes ; 2022
- (24) Pigache C, Lamort-Bouché M, Chaneliere M, Dupraz C, Girier P, Le Goaziou MF. Le stage d'externe en médecine générale ambulatoire. Des représentations à la réalité. *Pédagogie Médicale*. 2015;16(2):119-32
- (25) 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):175-83
- (26) Derrien G. Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales n'ayant pas effectué le stage ambulatoire de

- trois mois [Thèse d'exercice]. Poitiers, France : Université de Poitiers Faculté de Médecine ; 2012
- (27) 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 d'exercice]. Poitiers, France : Université de Poitiers Faculté de Médecine ; 2012
- (28) Moliner P, Lo Monaco G. Méthodes d'association verbale pour les sciences humaines et sociales. Fontaine, France : Presses universitaires de Grenoble ; 2017. 190 p.
- (29) Rateau P, Lo Monaco G. La Théorie des Représentations Sociales : orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. CES Psicología. 2013;6(1):1-21
- (30) Abric JC. Méthodes d'étude des représentations sociales. Toulouse : Érès, 2005. 296 p.
- (31) Darty S. 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 [Thèse d'exercice]. Poitiers, France : Université de Poitiers Faculté de Médecine ; 2014
- (32) Wachelke J. Relationship between response evocation rank in social representations associative tasks and personal symbolic value. RIPS. 2008;21(3):113-126
- (33) Salès-Wuillemin E, Galand C, Cabello S, Folcher V. Validation d'un modèle tri-composantiel pour l'étude des représentations sociales à partir de mesures issues d'une tâche d'association verbale. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2011;91(3):231-52.
- (34) Université de Poitiers. Les outils recommandés [En ligne]. [cité le 15 octobre 2024]. Disponible : <https://www.univ-poitiers.fr/choisir-luniversite/organisation/protection-des-donnees-personnelles-rgpd/les-outils-recommandes/>
- (35) Rakatomala R. TANAGRA : un logiciel gratuit pour l'enseignement et la recherche. RNTI. 2005;E-3:697-702
- (36) Roussiau N, Le Blanc A. Représentations sociales du travail et formations scolaires ou professionnelles des lycéens. Approche comparative. OSP. 2001;30(1)
- (37) Morlot R, Sales-Wuillemin E. Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet : application à l'hygiène hospitalière. RIPS. 2008;21(4):89-114
- (38) Ferrara M, Friant N. Analyse des représentations sociales au moyen d'une démarche pluri-méthodologique. Scientia Paedagogica Experimentalis. 2015;1(2):71-95

- (39) Catherine V. Représentation sociale des médecins généralistes dans le Rhône et lien avec les comportements de santé des patients [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard-Lyon 1 ; 2016
- (40) Code de la santé publique - Article R1121-1 [En ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178470/#LEGISCTA000006178470
- (41) Allen J et al. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [En ligne]. Wonca Europe ; 2002. 52 p. Disponible : <https://www.woncaeurope.org/file/f82a02aa-4f12-447e-ae8f-31f6c9f66c7b/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- (42) Hidalgo M. Représentations sociales et contextes : études autour de l'expression et des comportements en lien avec les éléments masqués (Tome I) [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille, France : Aix-Marseille Université – Université de Provence ; 2012
- (43) Piermattéo A, Lo Monaco G, Moreau L, Girandola F, Tavani JL. Context variations and pluri-methodological issues concerning the expression of a social representation: the example of the gypsy community. *Span J of Psychol.* 2014;17(e85):1-12
- (44) Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis Seventh Edition.* Harlow, UK : Pearson, 2014. 734 p.
- (45) Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer.* 2013;108:148-55
- (46) Héraud C. Impact du stage « découverte » en médecine générale mis en place à la Réunion en 2013/2014 chez les étudiants de DFGSM3 vis-à-vis de la médecine générale [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux UFR des sciences médicales ; 2015
- (47) Truong L-N. Représentation sociale et stéréotypes autour du médecin généraliste au sein de la population médicale : enquête transversale nationale [Thèse d'exercice]. Dijon, France : UFR des Sciences de Santé de Dijon ; 2021
- (48) CNGE. DES de Médecine Générale [En ligne]. 2023 [cité le 15 novembre 2024]. Disponible : <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Titre : Impact du stage en Médecine Générale sur la Représentation Sociale de cette spécialité chez les étudiants en deuxième cycle de la Faculté de Médecine de Poitiers

Introduction : L'attractivité des jeunes médecins vers la médecine générale est au cœur des problématiques d'accès aux soins actuelles. Pourtant, les étudiants de deuxième cycle ne disposent que d'une seule expérience en médecine générale avant leur choix de spécialité. Le stage de deuxième cycle en médecine générale (SDCM) est donc primordial pour leur faire découvrir les spécificités de la spécialité et leur permettre un choix éclairé pour l'internat. En tant qu'outil pédagogique, chaque DMG a intérêt au sein de chaque faculté à explorer l'impact du SDCM sur les étudiants, afin d'améliorer et promouvoir toujours plus ce stage.

Objectif : Évaluer l'impact du SDCM sur la représentation sociale de la médecine générale (RSMG) chez les étudiants en deuxième cycle de la faculté de médecine de Poitiers.

Matériel et Méthode : Étude semi-quantitative transversale comparant la RSMG d'étudiants n'ayant pas réalisé le SDCM (n=80) *versus* étudiants ayant réalisé le SDCM (n=82) au moyen d'un recueil anonyme par questionnaire mené de mai à juillet 2024 parmi la population d'externes de la faculté de médecine de Poitiers. Il était demandé aux étudiants de citer 5 mots leur venant à l'esprit à propos de la médecine générale (test d'association verbale) permettant une analyse structurale (théorie du noyau central) et factorielle (théorie des principes organisateurs) de la RSMG.

Résultats : Le SDCM renforce le noyau de la RSMG autour de trois thèmes : relation particulière entre le médecin généraliste et ses patients, multiples champs d'application de la médecine générale, exercice libre en libéral. Il permet une meilleure définition de la spécialité selon les compétences fondamentales du médecin généraliste. Les analyses de similitude et factorielle montrent une représentation plus humanisée de la médecine générale. Les facteurs confondants identifiés sont le rapport à la spécialité (attire ou opposition à la médecine générale comme choix d'internat), la réalisation de visites à domicile lors du SDCM, le délai écoulé depuis le stage.

Discussion : Le SDCM entraîne une professionnalisation de la RSMG en rendant la spécialité plus concrète et mieux définie et en soulignant ses oppositions au monde hospitalier habituel des étudiants. En remplissant cet objectif, il permet un choix éclairé plutôt que par défaut de la médecine générale comme spécialité d'exercice. Un tel outil, plébiscité des étudiants, devrait être accessible à tous voire répété dans le cursus. Nos résultats viennent préciser ceux d'un travail antérieur avec une puissance statistique plus importante et rejoignent les résultats d'analyses qualitatives similaires menées depuis l'existence du SDCM, en apportant un cadre théorique précis (théorie des représentations sociales) et une méthodologie pratique et originale (association verbale), permettant l'obtention de données quantitatives à partir d'un recueil qualitatif. Outre la pédagogie médicale, l'étude des représentations sociales offre de multiples domaines d'application, ouvrant le champ des possibles à des travaux futurs.

Mots clés : *Représentation sociale, Médecine générale, Externat, Stage de deuxième cycle en médecine générale, Association verbale, Pédagogie médicale*



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



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 !

