



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNÉE 2021

N°

**REPRÉSENTATION SOCIALE ET STÉRÉOTYPES AUTOUR DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU SEIN DE LA
POPULATION MÉDICALE : ENQUÊTE TRANSVERSALE NATIONALE**

THÈSE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 15 octobre 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par TRUONG Linh-Nam
Né le 12 août 1988
à CHAUMONT

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourtent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNÉE 2021

N°

**REPRÉSENTATION SOCIALE ET STÉRÉOTYPES AUTOUR DU MÉDECIN GENERALISTE AU SEIN DE
LA POPULATION MÉDICALE : ENQUÊTE TRANSVERSALE NATIONALE**

THÈSE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 15 octobre 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par TRUONG Linh-Nam

Né le 12 août 1988

à CHAUMONT

Année Universitaire 2021-2022
au 1^{er} Septembre 2021

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | | Discipline |
|-----|-----------------|--------------------------|---|
| M. | Jean-Louis | ALBERINI | Biophysiques et médecine nucléaire |
| M. | Sylvain | AUDIA | Médecine interne |
| M. | Marc | BARDOU | Pharmacologie clinique |
| M. | Jean-Noël | BASTIE | Hématologie - transfusion |
| M. | Emmanuel | BAULOT | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. | Christophe | BEDANE | Dermato-vénéréologie |
| M. | Yannick | BEJOT | Neurologie |
| Mme | Christine | BINQUET | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | Philippe | BONNIAUD | Pneumologie |
| M. | Alain | BONNIN | Parasitologie et mycologie |
| M. | Bernard | BONNOTTE | Immunologie |
| M. | Olivier | BOUCHOT | Chirurgie cardiovasculaire et thoracique |
| M. | Belaid | BOUHEMAD | Anesthésiologie - réanimation chirurgicale |
| M. | Alexis | BOZORG-GRAYELI | Oto-Rhino-Laryngologie |
| Mme | Marie-Claude | BRINDISI | Nutrition |
| M. | Alain | BRON | Ophthalmologie |
| Mme | Mary | CALLANAN (WILSON) | Hématologie type biologique |
| M. | Patrick | CALLIER | Génétique |
| Mme | Catherine | CHAMARD-NEUWIRTH | Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière |
| M. | Pierre-Emmanuel | CHARLES | Réanimation |
| M. | Jean-Christophe | CHAUVET-GELINIER | Psychiatrie d'adultes, Addictologie |
| M. | Nicolas | CHEYNEL | Anatomie |
| M. | Alexandre | COCHET | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | Luc | CORMIER | Urologie |
| M. | Yves | COTTIN | Cardiologie |
| M. | Charles | COUTANT | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Gilles | CREHANGE | Oncologie-radiothérapie |
| Mme | Catherine | CREUZOT-GARCHER | Ophthalmologie |
| M. | Frédéric | DALLE | Parasitologie et mycologie |
| M. | Alexis | DE ROUGEMONT | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| M. | Hervé | DEVILLIERS | Médecine interne |
| Mme | Laurence | DUVILLARD | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Olivier | FACY | Chirurgie générale |
| Mme | Laurence | FAIVRE-OLIVIER | Génétique médicale |
| Mme | Patricia | FAUQUE | Biologie et Médecine du Développement |
| Mme | Irène | FRANCOIS-PURSELL | Médecine légale et droit de la santé |
| Mme | Marjolaine | GEORGES | Pneumologie |
| M. | François | GHIRINGHELLI | Cancérologie |
| M. | Pierre Grégoire | GUINOT | Anesthésiologie – réanimation chirurgicale |
| M. | Frédéric | HUET | Pédiatrie |
| Mme | Agnès | JACQUIN | Physiologie |
| M. | Pierre | JOUANNY | Gériatrie |
| M. | Philippe | KADHEL | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Sylvain | LADOIRE | Histologie |
| M. | Gabriel | LAURENT | Cardiologie |
| M. | Côme | LEPAGE | Hépatogastroentérologie |

| | | | |
|-----|------------------|------------------------|--|
| M. | Romarc | LOFFROY | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Luc | LORGIS | Cardiologie |
| M. | Jean-Francis | MAILLEFERT | Rhumatologie |
| M. | Cyriaque Patrick | MANCKOUNDIA | Gériatrie |
| M. | Sylvain | MANFREDI | Hépatogastroentérologie |
| M. | Laurent | MARTIN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. | David | MASSON | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Marc | MAYNADIÉ | Hématologie – transfusion |
| M. | Marco | MIDULLA | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Thibault | MOREAU | Neurologie |
| Mme | Christiane | MOUSSON | Néphrologie |
| M. | Paul | ORNETTI | Rhumatologie |
| M. | Pablo | ORTEGA-DEBALLON | Chirurgie Générale |
| M. | Pierre Benoit | PAGES | Chirurgie thoracique et vasculaire |
| M. | Jean-Michel | PETIT | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Christophe | PHILIPPE | Génétique |
| M. | Lionel | PIROTH | Maladies infectieuses |
| Mme | Catherine | QUANTIN | Biostatistiques, informatique médicale |
| M. | Jean-Pierre | QUENOT | Réanimation |
| M. | Patrick | RAY | Médecine d'urgence |
| M. | Patrick | RAT | Chirurgie générale |
| M. | Jean-Michel | REBIBOU | Néphrologie |
| M. | Frédéric | RICOLFI | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Paul | SAGOT | Gynécologie-obstétrique |
| M | Maxime | SAMSON | Médecine interne |
| M. | Emmanuel | SAPIN | Chirurgie Infantile |
| M. | Emmanuel | SIMON | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Éric | STEINMETZ | Chirurgie vasculaire |
| Mme | Christel | THAUVIN | Génétique |
| M. | Benoit | TROJAK | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| M. | Pierre | VABRES | Dermato-vénéréologie |
| M. | Bruno | VERGÈS | (Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023) Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Narcisse | ZWETYENGA | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

| | | | Discipline Universitaire |
|-----|----------------|-----------------------|---|
| Mme | Lucie | AMOUREUX BOYER | Bactériologie |
| Mme | Louise | BASMACIYAN | Parasitologie-mycologie |
| Mme | Shaliha | BECHOUA | Biologie et médecine du développement |
| | | | (Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021) |
| M. | Mathieu | BLOT | Maladies infectieuses |
| M. | Benjamin | BOUILLET | Endocrinologie |
| Mme | Marie-Lorraine | CHRETIEN | Hématologie |
| Mme | Vanessa | COTTET | Nutrition |
| M. | Damien | DENIMAL | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Valentin | DERANGERE | Histologie |
| Mme | Ségolène | GAMBERT | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Françoise | GOIRAND | Pharmacologie fondamentale |
| M. | Charles | GUENANCIA | Physiologie |
| M. | Alain | LALANDE | Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme | Stéphanie | LEMAIRE-EWING | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Anne-Sophie | MARIET | Biostatistiques, informatique médicale |
| M. | Pierre | MARTZ | Chirurgie orthopédique et traumatologie |

| | | | |
|-----|--------------|------------------|-----------------------------------|
| M. | Thomas | MOUILLOT | Physiologie |
| M. | Alain | PUTOT | Gériatrie |
| Mme | Claire | TINEL | Néphrologie |
| M. | Antonio | VITOBELLO | Génétique |
| M. | Paul-Mickaël | WALKER | Biophysique et médecine nucléaire |

PROFESSEURS EMERITES

| | | | |
|----|---------------|---------------------|----------------------------|
| M. | Jean-François | BESANCENOT | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Bernard | BONIN | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Laurent | BRONDEL | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M. | François | BRUNOTTE | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Philippe | CAMUS | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Jean-Marie | CASILLAS-GIL | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Pascal | CHAVANET | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M. | Jean-Pierre | DIDIER | (01/11/2018 au 31/10/2021) |
| M. | Serge | DOUVIER | (15/12/2020 au 14/12/2023) |
| M. | Claude | GIRARD | (01/01/2019 au 31/12/2021) |
| M. | Maurice | GIROUD | (01/09/2019 au 31/12/2021) |
| M. | Patrick | HILLON | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Henri-Jacques | SMOLIK | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Pierre | TROUILLOUD | (01/09/2020 au 31/08/2023) |

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

| | | | |
|----|---------|----------------|----------------|
| M. | Jacques | BEURAIN | Neurochirurgie |
|----|---------|----------------|----------------|

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|-----|--------|------------------|-------------------|
| Mme | Katia | MAZALOVIC | Médecine Générale |
| Mme | Claire | ZABAWA | Médecine Générale |

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|----|----------|---------------|-------------------|
| M. | Didier | CANNET | Médecine Générale |
| M. | Clément | CHARRA | Médecine Générale |
| M. | Arnaud | GOUGET | Médecine Générale |
| M. | François | MORLON | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|-----|-----------|----------------------------|-------------------|
| M. | Jérôme | BEAUGRAND | Médecine Générale |
| Mme | Anne | COMBERNOUX -WALDNER | Médecine Générale |
| M. | Benoit | DAUTRICHE | Médecine Générale |
| M. | Alexandre | DELESVAUX | Médecine Générale |
| M. | Rémi | DURAND | Médecine Générale |
| M. | Olivier | MAIZIERES | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | | | |
|-----|-----------|----------------|---------------------|
| Mme | Lucie | BERNARD | Anglais |
| Mme | Anaïs | CARNET | Anglais |
| Mme | Catherine | LEJEUNE | Pôle Epidémiologie |
| M. | Gaëtan | JEGO | Biologie Cellulaire |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | | | |
|-----|----------|---------------|-------------|
| Mme | Marianne | ZELLER | Physiologie |
|-----|----------|---------------|-------------|

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

| | | | |
|-----|-----------|-----------------|---------|
| Mme | Marceline | EVRARD | Anglais |
| Mme | Lucie | MAILLARD | Anglais |

PROFESSEUR CERTIFIE

| | | | |
|----|----------|---------------------|---------|
| M. | Philippe | DE LA GRANGE | Anglais |
|----|----------|---------------------|---------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|-----|----------|----------------|--|
| M. | Mathieu | BOULIN | Pharmacie clinique |
| M. | François | GIRODON | Sciences biologiques, fondamentales et cliniques |
| Mme | Evelyne | KOHLI | Immunologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|-----|----------|----------------|--------------------------|
| Mme | Amélie | CRANSAC | Pharmacie clinique |
| M. | Philippe | FAGNONI | Pharmacie clinique |
| M. | Marc | SAUTOUR | Botanique et cryptogamie |
| M. | Antonin | SCHMITT | Pharmacologie |

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Professeur BINQUET Christine

Membres :

Professeur CHAUVET-GELINIER Jean-Christophe

Docteur DAUTRICHE Benoît

Docteur HADOUIRI Nawale

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

Remerciements aux membres du jury

A madame la Professeure BINQUET Christine,

Merci de nous faire l'honneur d'accepter de juger cette thèse et de présider ce jury en votre qualité d'expert en Santé Publique.

Merci par avance des remarques constructives que vous pourrez m'apporter à la suite de la lecture de ce travail. Veuillez trouver ici mes plus grands remerciements pour l'attention que vous porterez à cette thèse et veuillez accepter la marque de mon profond respect.

Au Professeur CHAUVET-GELINIER Jean Christophe,

Merci de nous faire l'honneur d'accepter de juger cette thèse en qualité d'expert en Psychiatrie.

Je vous remercie de m'avoir enseigné votre savoir lors de mon externat que ce soit en cours ou lors de mon passage dans votre service.

Au Docteur DAUTRICHE Benoît,

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse en qualité d'expert en Médecine Générale.

Merci de m'avoir accompagné lors de mon stage en soins primaires à Chenôve. Ce stage m'avait permis de me dépasser et de me faire prendre confiance en moi.

Au Docteur HADOUIRI Nawale

Merci à toi ma chère Nawale pour ton aide si précieuse, pour tes encouragements et pour ta patience. Ce ne fût pas facile tous les jours mais le travail a toujours été fait dans la bonne humeur après un bon verre au bar ou un bon repas à la maison.

Remerciements aux personnes ressources :

Merci à la team qui m'a entouré pendant ces quelques mois et à qui je dois beaucoup pour l'élaboration de notre étude : Ariel, Franck et Evan. Spécial remerciements à Florent qui m'a donné de précieux conseils sur les représentations sociales.

Un grand Merci à l'ISNI pour le soutien logistique et pour avoir fait une pub d'enfer pour notre étude. Merci à l'ISNAR-IMG, à l'ANEMF ainsi que toutes les associations d'étudiants, d'internes et de médecins seniors qui ont bien voulu diffuser notre questionnaire et qui ont contribué au succès de cette étude.

Enfin un grand Merci à tous les étudiants, aux internes, au docteur junior, aux praticiens hospitaliers, aux médecins libéraux et aux médecins retraités qui ont participé à notre étude. Vous êtes géniaux, merci d'avoir bien voulu prendre un peu de votre temps si précieux pour participer à ce travail.

Dédicaces

A ma famille :

Papa, maman, Merci à vous d'avoir pris votre courage à deux mains il y a maintenant 40 ans, d'avoir traversé la mer déchaînée au péril de votre vie pour nous donner une vie meilleure. Merci à vous de nous avoir donné la possibilité de faire ces études qui nous plaisent tant. Enfin Merci de m'avoir accompagné pendant ces longues années d'études qui ne furent pas simples mais dont je vois enfin le bout et dont je suis fier. Merci à vous pour votre Amour.

A mes deux sœurette, merci pour votre soutien lors de ces longues années d'étude.

A Olivier et Thierry merci de me faire bien rire lors des repas de famille.

A mes neveux, tellement attachant.

A mes cousins, Coco, Oliv et Lauraine, merci pour ces moments de rigolades.

A mon oncle, et ma tante, merci pour votre soutien !

A toute la famille Forte, merci de m'avoir accueilli au sein de votre famille avec autant de gentillesse et de bienveillance.

Spéciale dédicace :

Au Dr Kemlin, au Dr Kornman et au Dr Da Silva. Merci de m'avoir redonné goût à la Médecine Générale.

A Madame Grappin, qui aura su m'accompagner dans ce long périple.

A mes amis :

A Joss, à toutes ces heures de guitare jouées ensemble, et ces nombreux piolets dégustés ensemble et qu'on dégustera encore bientôt. Bisous à Yu et Billie !

Au vieux Jb, mon vieux frère de festoch et de feu cappuccino, on a encore milles bières à tester.

A Juju, merci pour ta bonne humeur et tes bons fondants au chocolat toujours très réconfortant, et merci de veiller sur le grand enfant qui partage ta maison :D

A Sofie, Dodo, Magali, Alix, Lily, Mama, dispersées un peu partout en France, les soirées chorées me manquent :')

A François, big up à la team August à la BU Droit Lettre, aux boulettes IKEA et à la team Bosch Pro.

A Marie, parce que la bouffe c'est sacré et que je suis persuadé que les pizzas d'Y Fratelli sont les meilleures.

A Jordan, tu es parti bien loin, mais le walid qui est en toi reste près de nous.

A Benji, à feu ta crinière blonde si sexy, ta fille va prendre le relais, Halleluïa. Bisous à Mélo.

A Victoria, pour ta gentillesse et ta folie, cocktail tellement magnifique.

A Julien, notre dessinateur préféré, ce trait de crayon associé à cette barbe, tellement waouh.

A Michela, notre Apulienne préférée, qui nous ramène en Italie dès qu'elle commande sa bière.

A Ugo, parce que t'es attachant comme un vieux fréro.

A Victor, à toutes ces heures ensemble pendant l'externat, les galères mais aussi les bons moments. Bisous à Gillian et à tes crocs.

A Kaan, mon cardio ped préféré, pour ta gentillesse et ton courage à toute épreuve.

A Mich, parce qu'il existe des bisounours au pays des cardiologues.

A Clem, pour les nombreuses heures autour du fameux piolet et pour ton goût prononcé pour le whisky et trop prononcé pour la basse (qui n'est toujours pas un vrai instrument, désolé).

A Thibaut, parce que dans mes amis j'ai aussi des Gros nounours trop gentils qui aime un peu trop le BK.

A Karine, Merci d'avoir été là pendant dans les moments difficiles et plus heureux.

A Jérôme, on ne se voit pas assez, en même temps tu as craqué pour le fondu suisse, je comprends.

A Béré, parce que désolé, mes conseils pour trouver un crush n'ont pas eu un effet immédiat.

A Julien-Yassine, juste parce qu'on a réussi à prendre la même date de thèse à une heure d'intervalle.

A Chacha, rien que pour tes pâtisseries de ouf, tu as toutes ma reconnaissance.

A la Team Semur-En-Auxois, JF, Antoine, Pierre, Moreno, Julie, Marianna, Mich. Merci d'avoir égaillé ce premier semestre Hard-Core.

A la Team Urg Ped, Momo, Juju, Maël, parce que vous m'avez supporté, et parce que je vous ai supporté. Ce stage n'aurait pas été le même sans vos sales tronches. Mais je vous aime quand même. (PS : souvenirs émus de la Chir 3).

A la big team billard bière, Cacou, Hémer, Flo, Mat et Sebou. Ça ne fait pas longtemps que je vous connais, et je vous adore déjà. PS : parce que vous avez la connerie facile. PS2 : Bisous à Lamka, Gary et Moustache.

A Alex, Haroun, Kinan, Yanni, Chacha, Baptou, Aurélie, Charly, Anouchka et tous les autres que j'ai croisé depuis le début de cette aventure.

Enfin, A toi Olivia, juste parce que tu es toi, douce et Rock'N'Roll à la fois.

Table des matières

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | Introduction..... | 16 |
| 1.1 | État des lieux de la démographie Médecine Générale en France..... | 16 |
| 1.2 | Attractivité de la Médecine Générale en France..... | 17 |
| 1.3 | Évolutions du cadre universitaire autour de la Médecine Générale..... | 17 |
| 1.3.1 | L'ancien régime de l'internat de médecine en France..... | 17 |
| 1.3.2 | La Médecine Générale dans l'enseignement du 2ème cycle des études médicales en France..... | 18 |
| 1.3.3 | La Médecine Générale dans le cadre de la Réforme du 3ème cycle des études médicales en France..... | 19 |
| 1.4 | Notions autour des représentations sociales..... | 20 |
| 1.4.1 | Définitions..... | 20 |
| 1.4.2 | État de l'art sur les questions des représentations sociales et stéréotypes du Médecin Généraliste et de la Médecine Générale..... | 21 |
| 2 | Méthodologie de l'étude :..... | 26 |
| 2.1 | Contexte..... | 26 |
| 2.2 | Design de l'étude présentée..... | 26 |
| 2.3 | Participants..... | 26 |
| 2.4 | Investigations..... | 27 |
| 2.4.1 | Stratégie de diffusion du questionnaire..... | 27 |
| 2.4.2 | Organisation du questionnaire..... | 27 |
| 2.4.3 | Traitement et organisation des données avant analyses statistiques..... | 28 |
| 2.5 | Analyses statistiques..... | 29 |
| 2.5.1 | Statistiques descriptives..... | 29 |
| 2.5.2 | Analyses qualitatives de notre étude..... | 30 |
| 2.5.2.1 | Nuage de mots..... | 30 |
| 2.5.2.2 | Analyse du contenu du corpus de mots..... | 30 |
| 2.5.2.3 | Analyse de la structure du corpus de mots..... | 31 |
| 3 | Résultats..... | 33 |
| 3.1 | Caractéristiques socio-démographiques et spécifiques des participants..... | 33 |
| 3.2 | Analyse qualitative..... | 45 |

| | |
|--|-----|
| 3.2.1 Nuage de Mots..... | 45 |
| 3.2.2 Analyse du contenu du corpus de mots..... | 47 |
| 3.2.3 Analyse de la structure du corpus de mots..... | 53 |
| 4 Discussion..... | 56 |
| 4.1 En résumé..... | 56 |
| 4.2 Comparaison avec les données existantes..... | 56 |
| 4.3 Caractéristiques de notre population d'étude pouvant influencer les résultats..... | 61 |
| 4.4 Les forces de notre étude..... | 64 |
| 4.5 Limitations..... | 65 |
| 5 Conclusion et Perspectives..... | 67 |
| 6 Bibliographie..... | 69 |
| 7 Annexes..... | 72 |
| 7.1 Annexe 1 : Questionnaire : Représentation Sociale du Médecin Généraliste..... | 72 |
| 7.2 Annexe 2 : Spécialités des Médecins Internes, Docteurs Juniors et Seniors..... | 82 |
| 7.3 Annexe 3 : Listing des mots évoqués après nettoyage des données..... | 83 |
| 7.4 Annexe 4 : Marguerite des compétences (31)..... | 113 |

Index des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Nombre de Médecins Généralistes en activité régulière par département en 2021 | 16 |
| Figure 2 : Nuage du corpus lexicale de la représentation du Médecin Généraliste..... | 37 |
| Figure 3 : Classification de Reinert..... | 47 |
| Figure 4 : Dendrogramme des classes, méthode de Reinert..... | 49 |
| Figure 5 : Analyse factorielle des correspondances du corpus élargi et positionnement des classes..... | 51 |
| Figure 6 : Analyse factorielle des correspondances, positionnement des classes avec mots ou expressions..... | 52 |
| Figure 7 : Analyse prototypique..... | 55 |

Index des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 :Analyse des évocations hiérarchisés..... | 32 |
| Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude..... | 34 |
| Tableau 3 : Caractéristiques spécifiques du cursus de la population d'étude ainsi que leur ancienneté..... | 36 |
| Tableau 4 : Évaluation de l'expérience de la Médecine Générale et entourage en Médecins Généraliste des répondants..... | 38 |
| Tableau 5 : Droits au remord et changements d'exercice..... | 40 |
| Tableau 6 : Spécialités envisagées par les étudiants de 1 ^{er} et 2 nd cycle à l'issue de leur 6ème année...42 | |
| Tableau 7 : Représentation positive ou négative du Médecin Généraliste et désir du choix de la Médecine Générale à l'issue de la 6ème année de Médecine..... | 44 |

Abréviations

AEA : American Economic Association

AFC : Analyse Factorielle par Correspondance

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

CDH : Classification Descendante Hiérarchique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DFMSG2 : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales, 2ème année

ECNi : Examen Classant National informatisé

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

R3C : Réforme du 3^{ème} cycle des études Médicales

RGPD : Règlement général sur la protection des données

RS : Représentation Sociale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SNEMG : Société Nationale des Enseignants de Médecine Générale

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux

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

1 Introduction

1.1 État des lieux de la démographie Médecine Générale en France

En 2021, la France dénombre 85364 Médecins Généralistes dont 56 % exercent en libéral, 6,6 % en activité mixte et 37,4 % en tant que salarié. Selon le conseil national de l'ordre des médecins, le nombre de Médecin Généraliste a baissé de 0,9 % par rapport à 2020 et a chuté de 9 % depuis 2010, soit une croissance négative du nombre de Médecin Généraliste de -0,9 % chaque année. Cette situation risque de se poursuivre : ils ne seront plus que 82018 Médecins Généralistes en 2025 selon les projections du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)(1).

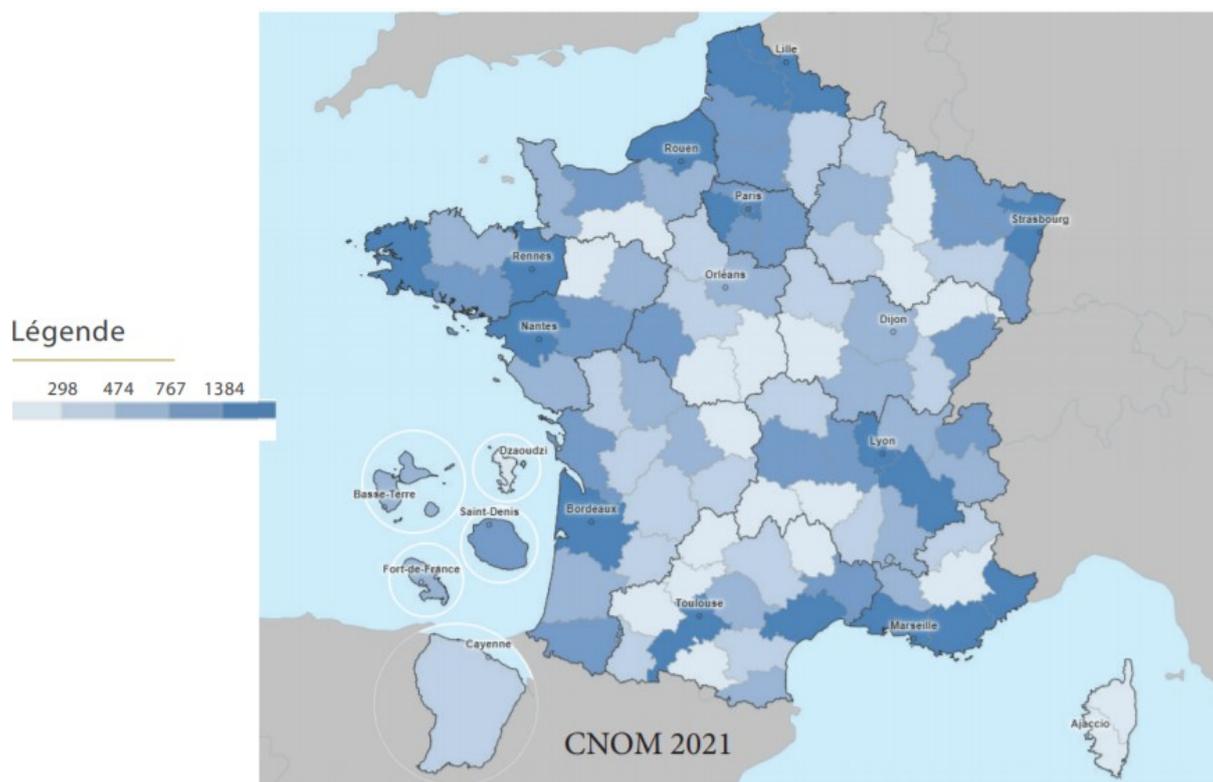


Figure 1 : Nombre de Médecins Généralistes en activité régulière par département en 2021 ; issu de l'Atlas de la Démographie Médicale 2021 ; éditée par le CNOM

1.2 Attractivité de la Médecine Générale en France

L'attractivité de la Médecine Générale se construit dès les premières années de médecine. Cette attractivité augmenterait selon l'étude de Bismuth de 2018 à Toulouse (2). Selon cette étude, cette attractivité auprès des étudiants tiendrait de la diversité de l'exercice, de l'importance de la relation médecin-patient ou encore de l'attrait à l'exercice libéral. Au contraire, l'un des freins au choix de la Médecine Générale serait la dévalorisation de cette spécialité (2). Cette diminution du nombre de Médecins Généralistes pourrait en partie être liée à cette dévalorisation de la Médecine Générale.

Ainsi, la Médecine Générale a été la 38ème sur les 44 spécialités la plus choisie aux Examens Classants National Informatisés (ECNi) 2020 (3). Durant ces épreuves, plus de 8000 étudiants en Médecine ont été classés selon leurs résultats ; ce classement leur a permis de choisir parmi 44 spécialités médicales ou chirurgicales ainsi que la ville de leur Internat.

Cette désaffection ne date pas d'hier et a déjà été évoquée en 2007 dans un rapport sur la réforme du cursus universitaire de la Médecine Générale de 2004 (4). A l'époque, la filière universitaire était peu développée et le nombre proposé de stage chez le Médecin Généraliste pour les étudiants était limité. De plus, ces stages étaient facultatifs.

1.3 Évolutions du cadre universitaire autour de la Médecine Générale

1.3.1 L'ancien régime de l'internat de médecine en France

C'est en 1982 qu'est créé le troisième cycle des études de Médecine (5). L'entrée en 3ème cycle était précédée par le concours de l'internat. Celui-ci permettait aux étudiants en Médecine d'accéder à une spécialité Médicale (autre que la Médecine Générale) ou chirurgicale. Cette réforme avait pour but de rationaliser du 2ème et 3ème cycle et d'uniformiser le cursus médical français au niveau européen.

Avant 2004, seuls les étudiants en Médecine souhaitant une spécialité médicale ou chirurgicale devaient passer le concours de l'Internat de leur région. Ils devenaient alors des

médecins internes. Ceux souhaitant devenir Médecin Généraliste n'avaient pas de concours à passer et avaient directement accès au 3ème cycle, appelé le Résidanat (4).

L'étudiant était obligé de rester dans la région où il avait étudié lors de ses 2 premiers cycles et le nombre de postes de Résidents était fixé à l'avance par la région. Ce Résidanat a évolué à plusieurs reprises passant de 2 semestres de stage avant 1984, puis 4 semestres en 1984, puis 5 semestres en 1995 et enfin 3 ans de Résidanat à partir de 2001 (4). Les stages ambulatoires chez les Médecins Généralistes ne sont obligatoires qu'à partir de 1997 et le SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée), créé en 2003, n'est que facultatif (6).

Le principe de scission entre les Résidents et les Médecins Internes de Médecine (spécialité ou chirurgie) a été vivement critiqué à l'époque car il provoquait 2 écueils (4):

- Le nombre de postes de Médecins Généralistes étant fixé à l'avance, si un nombre conséquent d'étudiants réussissait le concours de l'Internat de leur région, les postes de Médecine Générale étaient moins pourvus, d'où un nombre moins important de Médecins Généralistes potentiels pour la région.
- Un risque de créer une classe de Médecins Généralistes déçue de ne pas avoir réussi le concours de l'Internat et donc choisissant la Médecine Générale par défaut.

1.3.2 La Médecine Générale dans l'enseignement du 2ème cycle des études médicales en France

L'idée d'une filière universitaire de Médecine Générale découlerait du discours de Lionel Jospin le 30 juin 1999 comme le précise le projet de loi de modernisation sociale du 24 mai 2000 (7). Ce projet de loi a réformé le 3ème cycle d'étude de Médecine Générale, avec pour objectif de revaloriser la Médecine Générale en la modernisant pour être plus en adéquation avec la société de l'époque et les données de la recherche médicale, et afin de diminuer les effets pervers de l'ancien concours de l'Internat. Pour cela, le concours de l'Internat a été remplacé par un concours national de l'Internat ouvert à tous les étudiants de Médecine ayant validé leur 2ème cycle, ce qui a permis la création du diplôme d'état de spécialité de Médecine Générale.

A l'occasion de cette réforme, dès 2005, un département de Médecine Générale est créé dans chaque faculté de Médecine de France. Les premiers chefs de cliniques de Médecine Générale sont nommés en 2006, prémisse de la création de la filière universitaire de Médecine Générale. Peu de temps après, l'enseignement de Médecine Générale est structuré en 2 syndicats : le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) et la SNEMG (Société Nationale des Enseignants de Médecine Générale). Puis en juillet 2008, on assiste à la publication au Journal Officiel de la filière universitaire de la Médecine Générale (6).

La présence de la Médecine Générale est également renforcée dans le cursus des étudiants en médecine grâce à la création et à la pérennisation des stages chez le Médecin Généraliste pendant l'externat.

L'évolution du cursus universitaire de la Médecine Générale semble être un atout pour la spécialité : le passage dans un stage de Médecine Générale est l'un des déterminants principal qui influence le choix de l'étudiant vers la Médecine Générale (8); cette expérience est tout de même fortement influencée par la qualité de l'encadrement et de la qualité pédagogique du maître de stage (9).

1.3.3 La Médecine Générale dans le cadre de la Réforme du 3ème cycle des études médicales en France

Enfin, depuis 2017, la Réforme du 3ème cycle (R3C) des études médicales renforce le caractère universitaire de la Médecine Générale, en uniformisant son cursus dans toutes les facultés de Médecine de France (10). Ainsi le cursus est découpé en 2 phases (10) :

- Première année d'Internat : « Phase socle » : elle est composé de 2 stages de 6 mois dont un semestre aux urgences et un semestre chez le praticien.
- 2ème et 3ème années d'Internat : « Phase d'approfondissement » : elles sont composées de 4 stages dont un semestre en Médecine adulte polyvalente, un semestre en stage de gynécologie médicale, un semestre dans un service de pédiatrie et enfin un stage en autonomie chez le praticien appelé SASPAS.

Pour conclure, depuis les années 2000 et la première réforme de l'internat, la Médecine Générale a évolué vers une uniformisation de son cursus universitaire avec celui des autres spécialités. Cette uniformisation était nécessaire pour une reconnaissance en tant que spécialité à part entière et pour faire évoluer l'image même du Médecin Généraliste. En parallèle, l'évolution de l'image du spécialiste en Médecine Générale pourrait se construire tout au long des études de médecine auprès des étudiants, mais également dans le cadre de l'exercice professionnel de sa spécialité à l'hôpital ou en cabinet. Ainsi, l'étude des représentations sociales du Médecin Généraliste au sein de la population médicale pourrait nous donner certaines indications pour comprendre les difficultés d'attractivité de la spécialité.

1.4 Notions autour des représentations sociales

1.4.1 Définitions

La notion de représentation sociale a été initialement énoncée par Moscovici en 1976 (11). Une représentation sociale est une structure cognitive « agréant divers constituants, stockée en mémoire et associée à un objet » (12). C'est une image mentale à un instant T que l'on se fait (que l'on a), au sujet de quelque chose.

Selon Abric, cette photo qu'on a de l'objet a pour but de structurer nos connaissances à son sujet et de pouvoir l'expliquer lors d'interactions avec autrui et de pouvoir définir l'action qui en découle (13). Les représentations sociales permettent à des individus d'identifier des points communs ou des croyances communes à propos d'un objet, auxquels ils peuvent se référer pour interagir entre eux.

Selon lui, elles ont 3 fonctions :

- Une fonction de savoir : comprendre et expliquer la réalité
- Une fonction identitaire : définir l'identité du groupe et sauvegarder sa spécificité
- Une fonction justificatrice : permettant *a posteriori* de justifier les prises de position et les comportements

Ces représentations sont donc fondamentales pour un individu. Elles lui permettent de se définir en tant qu'humain avec ses propres opinions pour tel ou tel sujet. Dans un second temps, elles lui permettent d'interagir avec autrui au sujet d'un sujet dont il a sa propre opinion ; ce qui va lui permettre de débattre, expliquer et défendre un sujet qui lui tient à cœur mais aussi de déterminer son appartenance à un groupe qui a les mêmes représentations que lui.

Une représentation sociale est formée d'éléments acquis par expérience personnelle mais également d'éléments extérieurs. Par ordre d'importance pour l'individu, ils peuvent soit être centraux (principaux) ou périphériques (secondaires). Il en découle la théorie des noyaux centraux énoncée par Abric (2003) dont Grégory Lo Monaco et Florent Lheureux en ont fait le point en 2007 (12,14). Selon leur article, après avoir fait la synthèse entre différentes sources, dont Abric et Moscovici, les représentations sociales sont composées de :

- Éléments centraux : ce sont les éléments les plus représentatifs de l'objet. Selon les auteurs, le système central constitue un « filtre » mental au travers duquel la réalité est perçue et jugée. Ils peuvent être plusieurs noyaux interconnectés pour désigner un objet.
- Éléments périphériques : ils permettent de concrétiser, réguler et défendre les significations centrales. Ils servent de tampons entre l'élément central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la situation ; ils sont toujours en accord avec l'élément central.

Ces représentations sont des structures socio-cognitives, différentes des pensées logico-scientifiques. La subjectivité de ces structures mentales peut avoir pour conséquences : les préjugés et les stéréotypes.

1.4.2 État de l'art sur les questions des représentations sociales et stéréotypes du Médecin Généraliste et de la Médecine Générale

Le Médecin Généraliste semble être un personnage emblématique de la société. Lorsque le patient ne peut plus se soigner lui-même, il va se tourner vers son Médecin Généraliste, garant des soins primaires. Ainsi, selon la WONCA (World family doctors. Caring for people)

ou Société Européenne de Médecine Générale/Médecine de Famille regroupant des Médecins Généralistes pour la promotion et le développement de la Médecine Générale en Europe, « Elle [la Médecine Générale] est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé » (15). Le Médecin Généraliste représente donc la porte d'entrée principale du système de santé : il aura pour tâche de fournir les premiers soins après avoir effectué un diagnostic selon les dernières données de la science. La WONCA fournit onze points caractérisant la Médecine Générale :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourrait éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

En France, l'article L1411-11 du Code de Santé Publique permet d'insister sur la notion de proximité qui, selon ce texte de loi, « s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité » (16). L'article L1411-11 précise également le rôle de la Médecine Générale :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- L'éducation pour la santé

Le Médecin Généraliste serait donc le médecin de proximité, celui qu'on appelle en premier, en tout temps, qui peut soigner de « la bobologie » jusqu'à aller accompagner le patient vers un diagnostic plus complexe. L'accompagnement est personnalisé, selon la personnalité du patient, son environnement professionnel et familial. Il permet d'orienter le patient dans le système de santé et de coordonner sa prise en charge parmi les différents professionnels de la santé.

De plus, il a pour mission de rassembler l'ensemble des informations médicales ou paramédicales du patient au sein d'un dossier médical unique.

Enfin, il a un rôle de prévention : il s'inscrit dans le système de prévention des maladies chroniques ainsi que dans la prévention des risques et l'éducation auprès des jeunes sur la sexualité et les risques liés à la drogue et l'alcool.

En France, la Médecine Générale s'inscrit donc dans le système de soin comme pivot de la prise en charge du patient.

Concernant la littérature scientifique à ce sujet, l'étude de Harris, étude anglaise de 1981 auprès de 160 étudiants, a permis de dégager une représentation plus subjective du Médecin Généraliste, une représentation sociale de celui-ci (17). L'étude a mis en évidence, via l'utilisation de questionnaires auprès d'une promotion d'étudiants en Médecine à son entrée

dans le cursus puis 6 ans plus tard, que l'image du Médecin Généraliste évoluait peu et que les éléments qui s'en dégagent ont été que le Médecin Généraliste est une personne aux qualités humaines mais pas toujours intéressé par les cas cliniques les plus compliqués.

L'étude française par Le Hong, étude de 2019 sur les représentations sur la Médecine Générale, thèse qualitative via des focus groupes auprès de 15 étudiants en Médecine en DFSMG2, retrouve également un individu profondément humain et représentant la porte d'entrée du système de soins (18).

D'autres thèses sur la RS de la Médecine Générale auprès d'étudiants en Médecine, comme celle de Boinot datant de 2012 à Poitiers, retrouvent également une RS plutôt positive du Médecin Généraliste (19).

L'étude de Furmann, datant de 1986, utilisant la technique de l'évocation auprès de 449 étudiants en Médecine de Londres, montre que selon eux, la Médecine Générale est l'une des spécialités les plus intéressantes et leur a permis de développer les relations humaines (20). Mais d'un autre côté, l'étude de Hunter, étude utilisant également la méthode de l'évocation auprès de 63 étudiants en Médecine de l'université de Cambridge, montre que même si le Médecin Généraliste est considéré comme quelqu'un d'amical, sympa, empathique et calme il est également associé aux termes de stupide et ennuyeux (21). Nuances que l'on peut retrouver dans la thèse de Bellodi, étude de 2004 auprès de médecins internes en Médecine Générale et en spécialité chirurgicale à Sao Paulo au Brésil, où le Médecin Généraliste est considéré comme un spécialiste qui a de nombreuses compétences intellectuelles mais qui peut être lent à la prise de décision et à la résolution des problèmes (22).

Les dernières études citées analysent également d'autres spécialités médicales ou chirurgicales avec autant de nuances au niveau de leurs représentations.

L'étude de Maurin et al, a recensé des blagues sur les différentes spécialités médicales et chirurgicales existante au sein de la population médicale. Elle a mis en lumière l'existence de stéréotypes véhiculés par ces blagues. Les auteurs ont émis en conclusion la question de l'influence de ces stéréotypes au sein des rapport entre confrères (23).

Ces différentes études montrent que les étudiants qui se destinent vers la Médecine Générale ont une image du Médecin Généraliste comme quelqu'un de profondément humain mais au raisonnement médical limité. Malgré tout, les résultats de ces différentes

études, notamment française ne sont pour le moment pas publiés dans la littérature et résultent d'effectifs limités et à échelle locale. Nous n'avons par ailleurs pas retrouvé d'étude avec une analyse sur différents niveaux de population médicale au niveau national en France. Pourtant, pour plus de représentativité des résultats du phénomène étudié, il semblerait pertinent d'effectuer une étude de plus grande ampleur, à différents niveaux d'évolution de la classe médicale, afin de répondre à certaines questions d'attractivité de la spécialité mais aussi de relations entre spécialistes vis-à-vis du Médecin généraliste.

En conclusion de cette introduction, au vu de la démographie des Médecins Généralistes, du peu d'étude sur la RS du Médecin Généraliste au sein de la population Médicale française et des questions d'attractivité de la spécialité pouvant en découler, nous avons souhaité dans ce travail de thèse, étudier la représentation sociale du Médecin Généraliste au sein des différentes catégories d'ancienneté de la population médicale (étudiants en Médecine, Médecins Internes et Médecins Seniors).

2 Méthodologie de l'étude :

2.1 Contexte

Cette thèse est ancillaire d'un projet plus global intitulée SESAME (StEreotype Specialties Among MEDical class) autour des stéréotypes et idées reçues sur les 44 différents spécialistes en Médecine par la classe médicale elle-même. Ce projet a été construit par six chercheurs (TRUONG Linh-Nam (LNT), FRAJERMAN Ariel, ROLLAND Franck, GOUY Evan, HADOUIRI Nawale (NH)). Dans le cadre de ce projet, j'ai grandement participé à l'élaboration du questionnaire, et je me suis chargé de la gestion des données concernant la Médecine Générale dans le cadre de mon travail de Thèse d'exercice en médecine.

2.2 Design de l'étude présentée

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale, sous forme d'enquête, par le biais d'un questionnaire numérique. Le questionnaire de l'enquête était ouvert et diffusé du 15 mars 2021 au 18 avril 2021.

2.3 Participants

Les participants inclus dans l'étude devaient présenter les caractéristiques suivantes :

- Être âgé de plus de 18 ans,
- Être considéré comme étant dans la catégorie médicale (de la première année d'études médicales jusqu'au médecin retraité),
- Résider et exercer en France (métropole et ses territoires d'Outre-Mer),
- Avoir consenti à signer la charte RGPD (Règlement général sur la protection des données) pour le traitement des données.

Si l'un des répondants ne présentait pas l'un des critères d'inclusion, alors celui-ci n'était pas inclus dans l'étude *in fine*. Les étudiants ou professionnels ayant effectué leur première année d'études médicales puis après s'étant redirigé vers une autre filière de santé (pharmacie, kinésithérapie, sage-femme, dentaire etc.) ou extra-santé, n'étaient pas concernés par cette étude (précisons bien apportées dans la note informative de l'enquête).

2.4 Investigations

2.4.1 Stratégie de diffusion du questionnaire

Pour répondre à l'objectif principal de notre enquête, nous avons créé un questionnaire (Cf Annexe 1). Ce questionnaire numérique a été diffusé via différents canaux de réseaux sociaux et par mail pendant 4 semaines, via le support logistique de l'Intersyndicale Nationale des Médecins Internes (ISNI) :

- Pour atteindre un maximum d'étudiants de 1^{er} et de 2^{ème} cycle, le questionnaire a été relayé par l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF),
- Pour atteindre un maximum de médecins internes (étudiants de 3^{ème} cycle), le questionnaire a été relayé via les réseaux sociaux de l'ISNI, ainsi qu'au réseau de l'ISNI (associations de villes et de spécialités) et l'ISNAR-IMG (Intersyndicale Nationale Représentative des Médecins Internes en Médecine Générale),
- Pour atteindre un maximum de médecins seniors, le questionnaire a été relayé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le syndicat Jeunes Médecins, ainsi que la Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine.

2.4.2 Organisation du questionnaire

Le questionnaire était constitué de 2 parties :

- Une première partie de questions de caractéristiques socio-démographiques : les participants devaient indiquer leur âge, leur niveau d'études médicales ou s'ils

étaient médecins seniors actifs/retraités. Si le participant était étudiant, il devait indiquer en quel niveau/année d'étude médicale il était et quelles spécialités médicales, médico-chirurgicales ou chirurgicales il envisageait de choisir à l'issue de la 6ème année d'études médicales. S'il était médecin interne ou docteur junior, le participant devait indiquer en quel semestre d'Internat il se trouvait, quelle était sa spécialité actuelle, s'il avait fait un droit au remord, si oui quelle était sa spécialité d'origine, en quelle année il avait passé les ECN et à quelle tranche correspondait son rang de classement aux ECN. Si le participant était un praticien en exercice, il devait indiquer son niveau d'ancienneté/statut, quelle était sa spécialité actuelle, s'il avait effectué un changement de spécialité au cours de son exercice de Médecine, si oui, quelle était sa spécialité d'origine. Tous les détails des éléments socio-démographiques demandés sont dans l'Annexe 1.

- Une partie qualitative inspirée de la théorie dite du noyau central telle que présentée par Abric en 2003 : nous avons utilisé la méthode de l'évocation, régulièrement utilisée dans les études sur les représentations sociales. Il était demandé aux participants d'écrire et de classer par ordre d'importance quatre mots ou expressions lui venant à l'esprit lorsqu'ils pensaient au Médecin Généraliste.

2.4.3 Traitement et organisation des données avant analyses statistiques

Par la suite, un traitement des données qualitatives a dû être mené avant analyses statistiques qualitatives doubles : lexicométriques et prototypiques. Une relecture de tous les mots ou expressions a été faite par 2 chercheurs (LNT, NH), pour effectuer une correction orthographique et si nécessaire regrouper des mots synonymes entre eux par un même terme sans dénaturer le sens originel (exemple : les mots « premier recours », « première ligne », « avant-garde », ont été remplacés par le terme « premier recours »), après réunion de consensus entre les 2 chercheurs.

Seules les données des répondants ayant donné au moins 3 mots (sans répétition) ont été retenues pour les analyses statistiques.

Ensuite un comité d'expert entre les 6 chercheurs de l'étude a permis de distribuer une note pour chacun des répondants. Cette note devait être le reflet global de la représentation

sociale en termes de positivité ou négativité selon les mots donnés du médecin généraliste pour chaque répondant. La note 1 signifiait une représentation très positive (ex : « *prévenant* », « *écoute* », « *disponible* », « *dévoué* »), 2 était considéré comme une représentation positive (ex : « *chronique* », « *suivi* », « *médecin de famille* », « *bienveillant* »), 3 comme représentation neutre (ex : « *courageux* », « *polyvalent* », « *surchargé* », « *solitaire* »), 4 comme représentation négative (ex : « *cabinet* », « *premier recours* », « *manque de moyens* », « *solitaire* »), 5 était considéré comme une représentation très négative (ex : « *ennuyeux* », « *solitaire* », « *inintéressant* », « *feignant* »).

Puis à la suite de cette notation, nous avons créé une variable « représentation sociale » pouvant être positive (correspondant aux notes 1 et 2), négative (notes 4 et 5) ou neutre (note 3).

2.5 Analyses statistiques

Les analyses descriptives de ce travail de thèse ont été réalisées en utilisant SAS version 9,4. (SAS Inc., NC, USA).

Les analyses qualitatives de ce travail de thèse ont été réalisées en utilisant IRaMuTeQ (R pour les Interface Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires) version 0,7, alpha 2 (créé par P.Ratinaud), qui est distribué de façon libre (24). IRaMuTeQ est un logiciel largement utilisé pour développer des analyses lexicales, basé sur l'environnement statistique du logiciel R et du langage python (www.python.org) pour effectuer différentes analyses statistiques sur un corpus textuel.

Pour la mise en place et l'étude des données qualitatives, nous avons rentré les séries de 4 mots ou expressions par répondant dans le logiciel IRaMuTeQ et nous nous sommes aidés du travail de Pelissé et al. pour l'analyse lexicographique ainsi que du travail d'Abric et al. et de Lo Greco et al. pour l'analyse prototypique (14,25,26).

2.5.1 Statistiques descriptives

Pour des raisons de pertinence de mesure du phénomène étudié, seules les données des répondants ayant donné au moins 3 mots ou expressions leur faisant évoquer le Médecin Généraliste ont été gardées pour les analyses statistiques. Concernant les caractéristiques socio-démographiques, des calculs d'effectifs et de fréquences ont été effectués pour les variables qualitatives et des calculs de médiane avec premier et troisième quartile ont été faits pour les variables quantitatives discrètes.

2.5.2 Analyses qualitatives de notre étude

Après avoir corrigé les fautes d'orthographe et regroupé les synonymes sous un même terme si nécessaire (cf. paragraphe 2.4.3), nous avons analysé les données dans le logiciel IRaMuTeQ qui permet de faire une analyse lexicométrique d'un corpus de texte ou d'un ensemble de mots et d'étudier les représentations sociales sous forme d'associations selon la théorie des noyaux centraux.

2.5.2.1 Nuage de mots

Nous avons, dans un premier temps, créé une illustration synthétique de l'ensemble des mots. Chaque mot y est représenté avec une taille proportionnelle à sa fréquence d'évocation par les répondants. Ce « nuage de mots » permet d'avoir une vision d'ensemble et ludique de l'étude.

2.5.2.2 Analyse du contenu du corpus de mots

Dans un second temps, nous avons créé une classification de Reinert ou appelée Classification Hiérarchisée Descendante (CDH) (27). Cette classification, en forme d'arbre, nous a permis de déterminer des classes qui sont plus ou moins liées entre elles, liaisons

représentées par les ramifications de l'arbre. Chaque classe possède un pourcentage correspondant à la part d'information du corpus de mots. Puis IRaMuTeQ nous a fourni un Dendrogramme qui est une représentation plus détaillée de cette CDH. Cette figure permet de donner la liste des mots les plus associés à chaque classe via un test de Chi-2. Ces mots permettent de définir le thème de la classe et par déduction, permettent de définir également le thème de la ramification qui lie les 2 classes entre elles. Les mots qui composent les classes sont les mots le plus fréquemment liés à la classe et peuvent apparaître dans plusieurs classes différentes. (Un mot peut avoir un lien avec différents thèmes). Les mots sont classés en fonction de leur dépendance à la classe.

Dans un troisième temps, IRaMuTeQ permet de faire une analyse factorielle par correspondance (AFC). Cette figure permet de visualiser les données de l'analyse de Reinert qui possède déjà « *de facto* » une analyse factorielle par correspondance. L'AFC représente un graphique composé des différents mots du corpus lexicologique sous forme de plusieurs nuages de mots qui correspondent aux différentes classes de Reinert. Ces nuages de mots se répartissent selon une ordonnée et une abscisse. Les mots sont colorés en fonction de leur classe d'appartenance au dendrogramme. En opposant les différentes classes en fonction des 2 axes, cela nous a permis d'analyser les thèmes, les uns en fonction des autres et de comprendre ce qui les oppose ou les rapproche en fonction du contexte de l'étude.

2.5.2.3 Analyse de la structure du corpus de mots

La 2ème étape a été de faire une analyse prototypique définie initialement par Vergès (28). Cette analyse permet d'établir la structure de la représentation sociale du Médecin Généraliste en analysant le corpus de mots via IRaMuTeQ. Cette analyse permet de mettre en évidence le noyau de la représentation sociale, c'est à dire le cœur de la représentation : la partie centrale et inaliénable de la photo de l'objet. Après avoir intégré les séries de 4 mots dans le logiciel IRaMuTeQ, celui-ci les classe par fréquence d'évocation d'une part et par rang d'importance d'autre part. Le rang d'importance a été testé par IRaMuTeQ en fonction de leur position d'évocation par le participant (c'est-à-dire en quelle position il a placé le mot, de 1 à 4) (28).

Puis le logiciel crée un tableau à 4 cases :

- La case 1 du tableau correspond aux mots ou expressions les plus souvent évoqués et placés en premiers (car cités en moyenne avant le rang moyen) sur les 4 mots cités. Cette case correspond au noyau de la représentation sociale lorsque l'on pense au Médecin Généraliste.
- La case 2 correspond à la première périphérie du noyau de la représentation sociale : les termes retrouvés sont fréquemment évoqués mais dont l'importance est moindre selon les participants (car cités en moyenne au-delà du rang moyen).
- La case 3 correspond à la zone des éléments contrastés. Cette case correspond à des termes peu évoqués mais considérés comme importants par les participants (rang du classement). Selon Abric, cette case pourrait correspondre à un complément du noyau central soit à un noyau central minoritaire (29).
- La case 4 correspond aux termes les moins liés au noyau central. Ils sont peu évoqués et ont un mauvais rang de classement, donc une importance moindre.

| | | < Importance > | |
|---------------------|---|---------------------------------------|--|
| Fréquence ^ v | Zone Centrale De la Représentation | Première Périphérie | |
| | Fréquence élevée Importance élevée | Fréquence élevée Importance faible | |
| | Éléments Contrastés | Seconde Périphérie | |
| | Fréquence faible Importance élevée | Fréquence faible Importance faible | |

Tableau 1 : Analyse des évocations hiérarchisées, tableau issue de « Recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales » par Abric (2003)(29)

3 Résultats

3.1 Caractéristiques socio-démographiques et spécifiques des participants

Le tableau 2 résume les principales caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude. Sur les 4773 répondants correspondant aux critères d'inclusion de l'étude, les réponses de 4701 répondants ont été analysées après exclusion des réponses incomplètes (exclusion des données de 72 répondants car moins de 3 mots ou expressions évoquées différents). Parmi ces répondants, 1541 étudiants étaient de premier et deuxième cycle des études de Médecine, soit 32,8 % de l'échantillon ; 2210 étaient Médecins Internes soit 47 % de l'échantillon et 950 étaient Médecins Seniors, soit 20,2 % de l'échantillon ont participé à l'étude. Parmi cette population, 3136 femmes ont participé contre 1543 hommes, soit 66,7 % de femmes et 32,8 % d'hommes. Les 23-27 ans sont les plus représentés avec 2345 participants (49,9%). Les participants viennent de toute la France, avec une proportion plus importante venant de l'Île de France et de Lyon, respectivement 17,7 % et 9,3 %.

| Variables | Population Totale de L'étude (N=4701) | Étudiants de 1er et 2eme cycle (N=1541) | Internes (N=2210) | Seniors (N = 950) |
|--|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Âge^a | | | | |
| < 18 ans | 1 (0,0) | 1 (0,1) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 18 – 22 ans | 621(13,2) | 620 (40,2) | 1 (0,0) | 0 (0,0) |
| 23 – 27 ans | 2345 (49,9) | 859 (55,7) | 1481 (67,0) | 5 (0,5) |
| 28 – 32 ans | 1172 (24,9) | 45 (2,9) | 688 (31,1) | 439 (46,2) |
| 33 – 37 ans | 273(5,8) | 14 (0,9) | 36 (1,6) | 223 (23,5) |
| 38 – 45 ans | 108 (2,3) | 2 (0,1) | 4 (0,2) | 102 (10,7) |
| 46 – 60 ans | 115 (2,4) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 115 (12,1) |
| 61 – 70 ans | 57 (1,2) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 57 (6,0) |
| > 70 ans | 9 (0,2) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 9 (0,9) |
| Genre^a | | | | |
| Féminin | 3136(66,7) | 1047(67,9) | 1446(65,4) | 643 (67,7) |
| Masculin | 1543(32,8) | 490(31,8) | 751 (34,0) | 302 (31,8) |
| Autres | 22(0,5) | 5(0,4) | 13 (0,6) | 5 (0,5) |
| Dans quelle ville résidez-vous Actuellement ?^a | | | | |
| Amiens | 96(2,0) | 30(1,9) | 59(2,7) | 7(0,7) |
| Angers | 117(2,5) | 30(1,9) | 66(3,0) | 21(2,2) |
| Antilles-Guyane | 38(0,8) | 5(0,4) | 29(1,3) | 4(0,4) |
| Besançon | 125(2,7) | 40(2,6) | 64(2,9) | 21(2,2) |
| Bordeaux | 211(4,5) | 56(3,6) | 87(3,9) | 68(7,1) |
| Brest | 118(2,5) | 51(3,3) | 48(2,2) | 19(2,0) |
| Caen | 83(1,8) | 24(1,5) | 42(1,9) | 17(1,8) |
| Clermont-Ferrand | 224(4,8) | 106(6,8) | 76(3,4) | 42(4,4) |
| Dijon | 256(5,4) | 61(3,9) | 114(5,2) | 83(8,7) |
| Grenoble | 152(3,2) | 47(3,0) | 74(3,3) | 32(3,3) |
| Lille | 224(4,8) | 65(4,2) | 113(5,1) | 47(4,9) |
| Limoges | 71(1,5) | 36(2,3) | 28(1,3) | 7(0,7) |
| Lyon | 437(9,3) | 188(12,1) | 171(7,7) | 78(8,2) |
| Marseille | 162(3,4) | 57(3,7) | 66(3,0) | 39(4,1) |
| Montpellier | 177(3,8) | 46(3,0) | 100(4,5) | 34(3,6) |
| Nancy | 144(3,1) | 41(2,6) | 81(3,7) | 23(2,4) |
| Nantes | 135(2,9) | 33(2,1) | 60(2,7) | 43(4,5) |
| Nice | 81(1,7) | 33(2,1) | 35(1,6) | 16(1,7) |
| Océan-Indien | 38(0,8) | 7(0,5) | 14(0,6) | 18(1,9) |
| Paris-Ile-de-France | 834(17,7) | 248(16,0) | 430(19,5) | 157(16,4) |
| Poitiers | 146(3,1) | 86(5,5) | 45(2,0) | 16(1,7) |
| Reims | 150(3,2) | 67(4,3) | 62(2,8) | 21(2,2) |
| Rennes | 114(2,4) | 29(1,9) | 58(2,6) | 28(2,9) |
| Rouen | 110(2,3) | 28(1,8) | 60(2,7) | 22(2,3) |
| Saint-Etienne | 66(1,4) | 26(1,7) | 30(1,4) | 11(1,1) |
| Strasbourg | 151(3,2) | 39(2,5) | 78(3,5) | 35(3,7) |
| Toulouse | 139(3,0) | 40(2,6) | 73(3,3) | 26(2,7) |
| Tours | 102(2,2) | 33(2,1) | 47(2,1) | 22(2,3) |

Légende :

^a. effectif et fréquence n(%)

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude

Le tableau 3 nous présente d'autres caractéristiques de la population d'étude en termes d'ancienneté et de spécialité des répondants.

La majorité des étudiants en médecine était en 6ème année de Médecine (39,5%) (Cf Tableau 3), la majorité des internes était en spécialités médicales (67,6%) (Détails à retrouver en Annexe 2) avec 3,91 semestres d'ancienneté en moyenne. Concernant les médecins seniors, la majorité était d'une spécialité Médicale (67,7%) (Détails à retrouver en Annexe 2), et exerçait depuis moins de 4 ans (48,7%).

| Variables | Population Totale de L'étude (N=4701) | Étudiants de 1er et 2eme cycle (N=1541) | Médecins Internes et Docteurs Juniors(N=2210) | Seniors (N=950) |
|--|--|--|--|------------------------|
| En quelle année de Médecine êtes vous ?^a | | | | |
| 1 ^{ère} année (PASS, LAS, PACES...) | N/A | 25 (1,6) | N/A | N/A |
| 2 ^{ème} année (DFGSM2) | N/A | 107 (6,9) | N/A | N/A |
| 3 ^{ème} année (DFGSM3) | N/A | 190 (12,3) | N/A | N/A |
| 4 ^{ème} année | N/A | 265 (17,2) | N/A | N/A |
| 5 ^{ème} année | N/A | 345 (22,4) | N/A | N/A |
| 6 ^{ème} année | N/A | 609 (39,5) | N/A | N/A |
| En quelle année avez-vous passé les ECN ?^a | | | | |
| 2012 | N/A | N/A | 5 (0,2) | N/A |
| 2013 | N/A | N/A | 1 (0) | N/A |
| 2014 | N/A | N/A | 6 (0,3) | N/A |
| 2015 | N/A | N/A | 39 (1,8) | N/A |
| 2016 | N/A | N/A | 154 (7,0) | N/A |
| 2017 | N/A | N/A | 416 (18,8) | N/A |
| 2018 | N/A | N/A | 490 (22,2) | N/A |
| 2019 | N/A | N/A | 463 (20,9) | N/A |
| 2020 | N/A | N/A | 636 (28,8) | N/A |
| A quelle tranche Correspondait votre rang De classement à l'ECN^a | | | | |
| entre 1 et 999 | N/A | N/A | 354 (16,0) | N/A |
| Entre 1000 et 2999 | N/A | N/A | 657 (29,7) | N/A |
| entre 3000 et 4999 | N/A | N/A | 617 (27,9) | N/A |
| entre 5000 et 6999 | N/A | N/A | 390 (17,7) | N/A |
| > 7000 | N/A | N/A | 192 (8,7) | N/A |
| Ancienneté totale (semestres)^b | | | | |
| | N/A | N/A | 4 [1-18] ; moyenne :3,91 | N/A |
| Quelle est votre ancienneté ?^a | | | | |
| < 4 ans | N/A | N/A | N/A | 463 (48,7) |
| de 4 à 10 ans | N/A | N/A | N/A | 249 (26,2) |
| de 11 à 20 ans | N/A | N/A | N/A | 91 (9,6) |
| de 21 à 30 ans | N/A | N/A | N/A | 72 (7,6) |
| > 30 ans | N/A | N/A | N/A | 64 (6,7) |
| actuellement à la retraite | N/A | N/A | N/A | 11 (1,2) |
| Quelle est votre spécialité d'exercice actuelle ?^a | | | | |
| Médecine Générale | 661 (14,1) | N/A | 461 (20,9) | 200 (21,1) |
| Médicales | 2101 (44,7) | N/A | 1471 (66,6) | 630 (66,3) |
| Médico-chirurgicales ^c | 261 (5,6) | N/A | 190 (8,6) | 71 (7,5) |
| Autres chirurgies | 137 (2,9) | N/A | 88 (3,9) | 49 (5,1) |
| Légende : | | Abréviation : | | |
| ^a : effectif (fréquence) | | N/A : Non Applicable | | |
| ^b : médiane | | | | |
| ^c : détails en annexe 2 | | | | |

Tableau 3 : Caractéristiques spécifiques du cursus de la population d'étude ainsi que leur ancienneté

Le tableau 4 représente l'expérience des répondants par rapport à la Médecine Générale ainsi que la présence d'un Médecin Généraliste dans leur entourage. Ce tableau nous montre que la majorité de notre échantillon, soit 52,3 %, a reçu un enseignement théorique spécifique à la Médecine Générale au cours de leur cursus universitaire. A noter, seule la classe des étudiants présente une majorité de non (56,7%) sur le fait d'avoir reçu cet enseignement théorique spécifique à la Médecine Générale. La majorité de notre échantillon a eu une expérience professionnelle en Médecine Générale, soit 68,9%. La majorité de notre échantillon n'avait ni de Médecin Généraliste dans leur famille (81,8%) ni de Médecin Généraliste dans leur entourage (hors famille et milieu professionnel) (55,5%).

| Variables | Population Totale de L'étude (N=4701) | Étudiants de 1er Et 2eme cycle (N=1541) | Médecins Internes et Docteurs Juniors (N=2210) | Médecins Seniors (N=950) |
|---|--|--|---|---|
| Avez-vous déjà eu un enseignement théorique de cette spécialité dispensé au Cours de vos études médicales ou dans le cadre de votre expérience professionnelle ?^a | | | | |
| Non | 2237 (47,6) | 874 (56,7) | 913 (41,3) | 450 (47,4) |
| Oui | 2462 (52,3) | 666 (43,2) | 1296 (58,6) | 500 (52,6) |
| N/A | 2 (0,1) | 1 (0,1) | 1 (0,1) | 0 (0,0) |
| Avez-vous déjà eu une expérience professionnelle dans cette spécialité (stage par ex) ?^a | | | | |
| Non | 1459 (31,0) | 663 (43,0) | 447 (20,2) | 349 (36,7) |
| Oui | 3241 (68,9) | 877 (56,9) | 1763 (79,8) | 601 (63,3) |
| N/A | 1 (0,1) | 1 (0,1) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Avez-vous un membre de votre famille qui est Médecin généraliste ?^a | | | | |
| Non | 3846 (81,8) | 1308 (84,9) | 1844 (83,4) | 694 (73,1) |
| Oui | 854 (18,1) | 232 (15,1) | 366 (16,6) | 256 (26,9) |
| N/A | 1 (0,1) | 1 (0,1) | | |
| Avez-vous quelqu'un de votre entourage (non professionnel et non familial) qui est médecin généraliste ?^a | | | | |
| Non | 2613 (55,5) | 1177 (76,4) | 1086 (49,1) | 350 (36,8) |
| Oui | 2087 (44,4) | 363 (23,6) | 1124 (50,9) | 600 (63,2) |
| N/A | 1 (0,1) | 1 (0,1) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |

Légende :

^a effectif (fréquence)

Tableau 4 : Évaluation de l'expérience de la Médecine Générale et entourage en Médecins Généralistes des répondants

Le tableau 5 représente les droits au remord des Médecins Internes et les changements d'exercice au cours de la carrière des Médecins Seniors. Ce tableau nous montre que sur les 2210 internes, 100 internes (4,5%) ont effectué un changement de spécialité au cours de leur internat par procédure de droit au remords, dont 13 (0,6%) qui ont changé en faveur de la Médecine Générale et 15 (0,7%) qui ont quitté la Médecine Générale en direction d'une autre spécialité. La majorité des internes avait passé leur ECNi après 2016, soit 2005 (90,7%) Médecins Internes et Docteurs Juniors. Parmi les 950 médecins seniors, 120 Médecins Seniors (12,6%) ont effectué un changement de spécialité au cours de leur temps d'exercice de la Médecine (pendant l'internat ou après) dont 6 (0,6% du total de répondants Médecins Seniors) qui ont changé en faveur de la Médecine Générale et 54 (5,7% du total de répondants médecins seniors) qui ont quitté la Médecine Générale en direction d'une autre spécialité.

**Médecins Internes et
Docteur Junior (N=2210) Seniors (N=950)**

| | | |
|---|-------------|------------|
| Avez-vous effectué un changement de votre spécialité au cours de votre exercice de la médecine ?^a | | |
| Non | N/A | 830 (87,4) |
| Oui | N/A | 120 (12,6) |
| Avez-vous effectué un droit au remord ?^a | | |
| Non | 2110 (95,5) | N/A |
| Oui | 100 (4,5) | N/A |
| Quelle était votre spécialité d'origine ?^a | | |
| Médecine Générale | 15 (0,7) | 54 (5,7) |
| Médicales | 60 (2,7) | 58 (5,9) |
| Médico-chirurgicales ^b | 15 (0,7) | 5 (0,5) |
| Autres chirurgies | 10 (0,4) | 3 (0,3) |
| Aucun changement | 2110 (95,5) | 830 (87,4) |
| Droit au remord pour Partir de la Médecine Générale^a | | |
| N/A | 2110 (95,5) | 830 (87,4) |
| Non | 85 (3,8) | 66 (6,9) |
| Oui | 15 (0,7) | 54 (5,7) |
| Droit au remord pour aller en Médecine Générale^a | | |
| N/A | 2110 (95,5) | 830 (87,4) |
| non | 87 (3,9) | 114 (12,0) |

Tableau 5 : Droits au remord des Médecins Internes et changements d'exercice au cours de la carrière des Médecins Seniors

Le tableau 6 représente les spécialités envisagées par les étudiants de 1^{er} et 2nd cycle à l'issue de leurs 6^{ème} année. A la question : « *Quelle(s) spécialité(s) désirez-vous ou envisagez-vous de choisir à l'issue de votre 2^{ème} cycle des études médicales ? Vous pouvez en sélectionner jusqu'à 5 parmi celles qui vous intéressent le plus.* ». Sur les 1541 étudiants, 746 d'entre eux (51,6%) ont sélectionné la Médecine Générale.

Quelle(s) spécialité(s) désirez-vous ou envisagez-vous de choisir à l'issue de votre 2^{ème} cycle des études médicales ? Vous pouvez en sélectionner jusqu'à 5 parmi celles qui vous intéressent le plus N (%)

| | |
|--|------------|
| Allergologie | 14 (0,9) |
| Anatomie et cytologie pathologiques | 18 (1,2) |
| Anesthésie-Réanimation | 317 (20,6) |
| Biologie Médicale | 14 (0,9) |
| Chirurgie maxillo-faciale | 86 (5,6) |
| Chirurgie Orale | 9 (0,6) |
| Chirurgie orthopédique et traumatologie | 128 (8,3) |
| Chirurgie pédiatrique | 82 (5,3) |
| Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique | 89 (5,8) |
| Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | 83 (5,4) |
| Chirurgie vasculaire | 40 (2,6) |
| Chirurgie viscérale et digestive | 88 (5,7) |
| Dermatologie et vénéréologie | 104 (6,7) |
| Endocrinologie diabétologie et nutrition | 86 (5,6) |
| Génétique Médicale | 26 (1,7) |
| Gériatrie | 66 (4,3) |
| Gynécologie Médicale | 118 (7,7) |
| Gynécologie obstétrique | 248 (16,1) |
| Hématologie | 76 (4,9) |
| Hépatologie gastro-entérologie | 115 (7,5) |
| Maladies infectieuses et tropicales | 134 (8,7) |
| Médecine cardiovasculaire | 156 (10,1) |
| Médecine d'urgence | 311 (20,2) |
| Médecine et santé au travail | 7 (0,5) |
| Médecine générale | 746 (48,4) |
| Médecine intensive et réanimation | 139 (9,0) |
| Médecine interne et immunologie clinique | 142 (9,2) |
| Médecine légale | 30 (1,9) |
| Médecine nucléaire | 26 (1,7) |
| Médecine physique et de réadaptation | 31 (2,0) |
| Médecine vasculaire | 22 (1,4) |
| Néphrologie | 82 (5,3) |
| Neurochirurgie | 63 (4,1) |
| Neurologie | 173 (11,2) |
| Oncologie et radiothérapie | 120 (7,8) |
| Ophtalmologie | 110 (7,1) |
| Oto-rhino-laryngologie-chirurgie cervico-faciale | 119 (7,7) |
| Pédiatrie | 321 (20,8) |
| Pneumologie | 69 (4,5) |
| Psychiatrie | 165 (10,7) |
| Radiologie et imagerie médicale | 109 (7,1) |
| Rhumatologie | 68 (4,4) |
| Santé publique | 19 (1,2) |
| Urologie | 52 (3,4) |
| Je ne sais pas | 51 (3,3) |

Légende :

a effectif (fréquence)

Tableau 6 : Spécialités envisagées par les étudiants de 1^{er} et 2nd cycle à l'issue de leur 6^{ème} année

Le tableau 7 représente l'opinion positive ou négative du Médecin Généraliste et le désir de choisir la Médecine Générale à l'issue de la 6ème année par les répondants de notre étude. Ce tableau nous montre que la Représentation Sociale du Médecin Généraliste est positive (note 1 et 2 sur 5) pour 62,9 % des étudiants en Médecine. À l'issue de la 6ème année de Médecine, à l'affirmation « *J'aurais pu choisir (ou je choisirai) Médecine Générale* », 60,2 % des étudiants étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec cette affirmation. Concernant les Médecins Internes et Docteurs Juniors, la représentation de la Médecine Générale est positive (note 1 et 2 sur 5) pour 67,6 % d'entre eux. A l'issue de la 6ème année de médecine, à l'affirmation « *J'aurais pu choisir (ou je choisirai) Médecine Générale* » : 53,5 % d'entre eux étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec cette affirmation. Concernant les Médecins Seniors, leur représentation de la Médecine Générale est positive pour 70,1 % d'entre eux. A l'issue de la 6ème année de Médecine, à l'affirmation « *J'aurais pu choisir (ou je choisirai) Médecine Générale* » : 53,6 % d'entre eux sont d'accord ou tout à fait d'accord avec cette affirmation.

| <i>Variables</i> | <i>Population Totale de L'étude (N=4701)</i> | <i>Étudiants de 1er et 2eme cycle (N=1541)</i> | <i>Médecins Internes et Docteurs Juniors (N=2210)</i> | <i>Médecins Seniors (N = 950)</i> |
|---|--|--|---|---------------------------------------|
| « J'aurais pu choisir (ou je choisirai) médecine Générale à l'issue de la validation de ma 6ème année d'études médicales »^a | | | | |
| Tout à fait d'accord | 1293 (27,5) | 427 (27,7) | 597 (27,0) | 269 (28,3) |
| D'accord | 1368 (29,1) | 543 (35,2) | 585 (26,5) | 240 (25,3) |
| Neutre | 291 (6,2) | 133 (8,6) | 99 (4,5) | 59 (6,1) |
| En désaccord | 1021 (21,7) | 272 (17,7) | 528 (23,9) | 221 (23,3) |
| Tout à fait en Désaccord | 728 (15,5) | 166 (10,8) | 401 (18,1) | 161 (16,9) |
| Note^{ab} | | | | |
| 1 | 1657 (35,2) | 357 (23,2) | 797 (36,1) | 503 (52,9) |
| 2 | 1395 (29,7) | 612 (39,7) | 620 (28,1) | 163 (17,1) |
| 3 | 873 (18,6) | 365 (23,7) | 389 (17,6) | 121 (12,7) |
| 4 | 475 (10,1) | 160 (10,4) | 251 (11,4) | 64 (6,7) |
| 5 | 299 (6,4) | 47 (3,0) | 153 (6,9) | 99 (10,4) |
| Représentation Sociale du Médecin Généraliste^a | | | | |
| Positive (note 1 et 2) | 3052 (64,9) | 969 (62,9) | 1417 (62,1) | 666 (70,1) |
| Négative (note 4 et 5) | 774 (16,5) | 207 (13,4) | 404 (18,3) | 163 (17,1) |
| Neutre (note 3) | 875 (18,6) | 365 (23,7) | 389 (17,6) | 121 (12,7) |
| Légende : | | abréviation : | | |
| ^a : effectif et fréquence | | N/A : Non Applicable | | |
| ^b : médiane [1-3] | | | | |

Tableau 7 : Représentation positive ou négative du Médecin Généraliste et désir du choix de la Médecine Générale à l'issue de la 6ème année de Médecine

3.2 Analyse qualitative

Après avoir effectué un nettoyage des données, nous avons analysé les 18804 mots ou expressions de mots qui composent le corpus étudié. Celui-ci se compose de 1011 mots ou expressions différentes. Le détail est présenté en Annexe 3.

3.2.1 Nuage de Mots

Dans un premier temps, nous avons obtenu un nuage de mots. Nous retrouvons tous les mots du corpus de mots et en fonction de leur fréquence d'évocation (cf. annexe 2), ils apparaissent plus ou moins imposants par rapport aux autres. Ainsi « *Médecin de famille* » (évoqué 1319 fois) et « *polyvalent* » (évoqué 1316 fois) soit sont les deux termes qui ont été le plus cités.

3.2.2 Analyse du contenu du corpus de mots

Nous avons réalisé une analyse lexicographique du corpus de mots par méthode de Reinert. La figure 3 représente la classification descendante hiérarchique (CDH) du corpus de mots, qui permet de dégager 4 grandes classes de mots. La plus grande branche de la CDH est la classe 1, elle représente 39 % du corpus et fait partie d'un ensemble qui englobe la classe 2 (15,5%) et la classe 3 (22,9%). Les classes 2 et 3 forment un thème secondaire car elles se trouvent ensemble sur une ramification différente à la classe 1. La classe 4 représente 22,6 % du corpus et se retrouve opposée aux 3 autres classes (Figure 3).

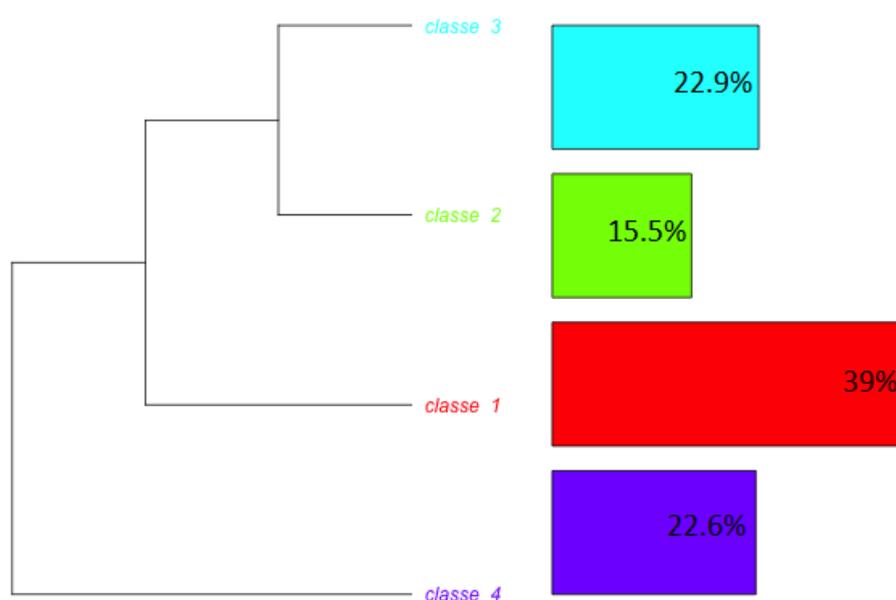


Figure 3 : Classification de Reinert

Dans un second temps, IRaMuTeQ nous a donné un dendrogramme. Nous utilisons le dendrogramme et les mots qui le composent pour en déduire le thème de chaque classe, puis pour déterminer le thème de chaque ramification de l'arbre de Reinert.

Le dendrogramme est représenté ici sur la figure 4 et illustre 136 mots et expressions extraits du corpus textuel total. A noter, tous les mots présentés ici sont associés de façon significative à leur classe d'appartenance (Test Chi-2 $p < 0,05$). Ces mots sont rangés dans 4 classes différentes :

- La classe 1 (39 % du corpus) présente des éléments pouvant être assimilés au quotidien du Médecin Généraliste. On trouve parmi les mots qui composent cette classe, les termes « *libéral* », « *cabinet* », « *suivi* » ; viennent ensuite 2 termes qui pourraient être considérés comme péjoratifs : « *renouvellement* », « *bobologie* ». On trouve également les termes de « *maison de santé* », ou encore « *rural* », « *consultation* » et « *ordonnance* ».
- La classe 2 (15,5 % du corpus) représente les qualités personnelles ou professionnelles du Médecin Généraliste. Ainsi on retrouve pour les premiers termes de la classe : « *écoute* », « *empathique* », « *disponible* », « *confiance* », « *bienveillant* ».
- La classe 3 (22,9 % du corpus) représente les rôles du Médecin Généraliste dans le système de soin. L'un des termes le plus dépendant à cette classe est le mot « *premier recours* » ; vient ensuite les termes « *coordinateur* » et « *global* ».
- A l'opposé de ces 3 classes, on retrouve la classe 4 (22,6% du corpus) qui représente les traits négatifs du Médecin Généraliste ou de la Médecine Générale. Ainsi, on retrouve en première position le terme « *chill* » ou « *tranquille* » en français, ou encore « *ennuyeux* », « *mal payé* », ou même « *courageux* ».

En regroupant les différentes classes en fonction de leur position dans le dendrogramme, nous pouvons déduire des thèmes et sous-thèmes. Les classes représentent des sous-thèmes et les ramifications de l'arbre représentent des thèmes. Les classes 2 et 3 représentent les caractéristiques intrinsèques du Médecin Généraliste ou de la Médecine Générale. La branche rassemblant les classes 1, 2 et 3 représente le monde idéalisé dans lequel vit le Médecin Généraliste.

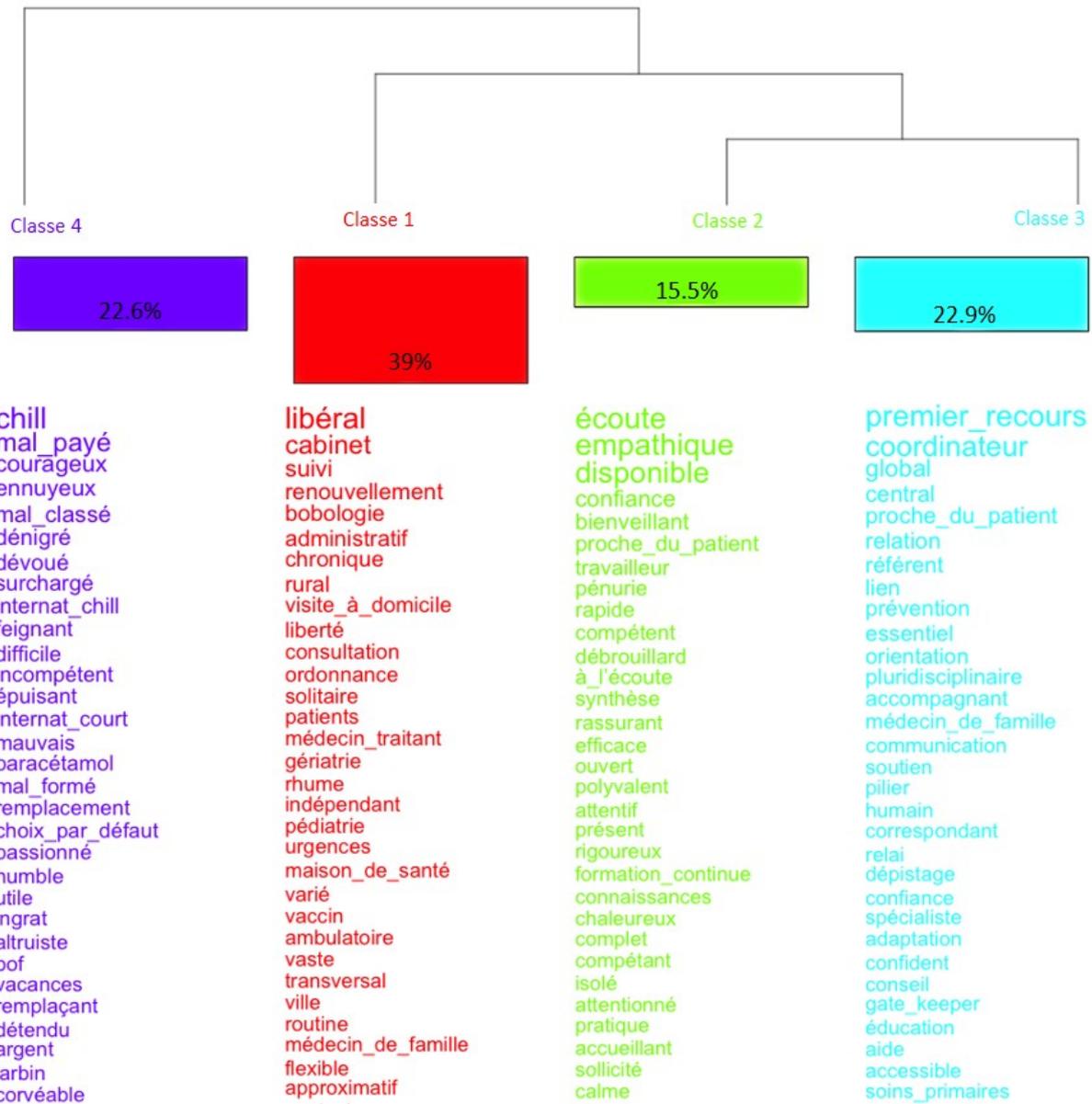


Figure 4 : Dendrogramme des classes, méthode de Reinert

Pour finir l'analyse de contenu, IRaMuTeQ nous permet d'effectuer une AFC. La figure 5 correspond au plan factoriel représentant les formes/expressions actives associées au « Médecin Généraliste » qui sont affichées de différentes couleurs selon la classe à laquelle elles sont les plus associées. On peut voir sur cette figure le pourcentage d'informations résumées par chaque facteur avec le facteur 1 (43,25 % de la masse du corpus) en abscisse et le facteur 2 en ordonnée (23,41 % de la masse du corpus). Cette analyse confirme l'analyse du dendrogramme en illustrant les oppositions selon une abscisse et une ordonnée. Ainsi les classes 2, 3 et 4 (ordonnées positives) s'opposent à la classe 1. La classe 4 (abscisse négative) s'oppose aux classes 1, 2, 3 (abscisses positives) par le facteur 1. La classe 3, bien qu'opposée à la classe 1 par l'ordonnée, reste plutôt centrée entre la classe 1 et la classe 2. L'opposition entre la classe 4 et le groupe des classes 1, 2 et 3 montre bien que d'un côté la population médicale a une image plutôt idéalisée du Médecin Généraliste, image symbolisée par les classes 1, 2 et 3 ; mais le Médecin Généraliste ou la Médecine Générale peuvent également inspirer négativement. La classe 1 est opposée aux classes 2 et 3 par l'ordonnée car elle représente le quotidien du Médecin Généraliste alors que les classes 2 et 3 caractérisent d'un côté les traits de caractères du Médecin Généraliste et de l'autre côté les qualités professionnelles.

L'AFC permet également de confirmer que certains termes peuvent appartenir à la fois à une classe même si elle présente des caractéristiques d'une autre (cf figure 6). Par exemple, le terme « *bobologie* » est de couleur rouge, ce qui correspond à la classe 1 du dendrogramme, mais se trouve du côté de la classe 4 : termes plutôt péjoratifs. Le centre de cette AFC est composé de mots des classes 2 et 3 tels que « médecin de famille », « pluridisciplinaire », « adaptation », « autonome », « patience », « relais », « sociable », « premier recours », « intéressant », « traitement », étant plutôt des mots positifs.

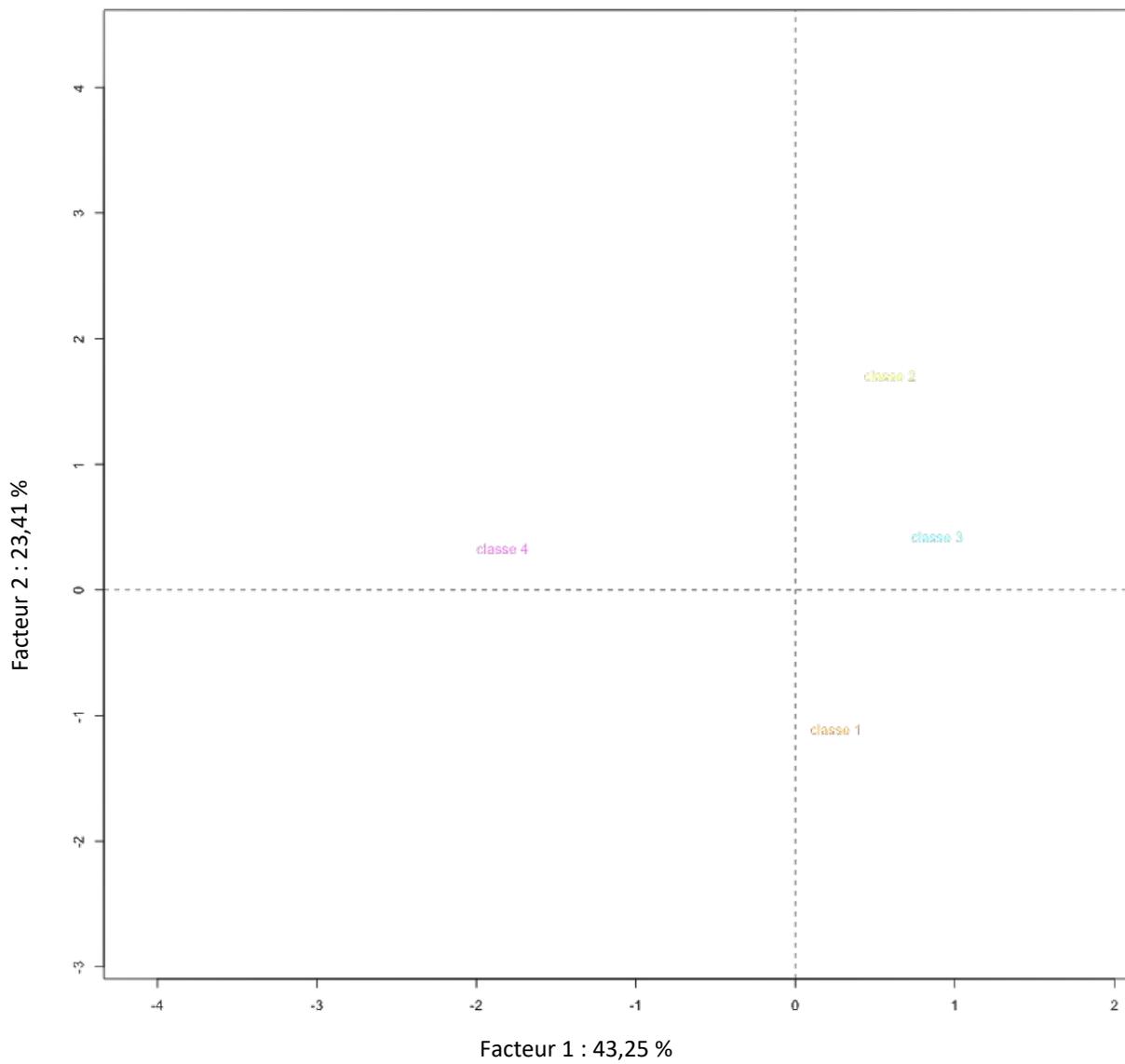


Figure 5 : Analyse factorielle des correspondances du corpus élargi et positionnement des classes

3.2.3 Analyse de la structure du corpus de mots

Dans un second temps, le logiciel IraMuTeQ, nous a permis de faire une analyse prototypique (Cf figure 7).

La zone de noyau (case 1) correspond aux termes ayant une moyenne de fréquence supérieure à 41,66 et de rang d'importance supérieur à 2,49 ; seuls 22 mots la composent (soit 2,26 % du corpus de mots). Le noyau de la RS semble indiquer que la population médicale considère le Médecin Généraliste comme le médecin le plus proche du patient, celui qui suit toutes les générations de la famille : de l'enfance aux grands parents. Le terme « *médecin de famille* » arrive en premier (1319 évocations, et une moyenne d'importance de 2) qui pourrait montrer une proximité forte avec le patient tant sur la distance que sur le plan émotionnel avec un attachement à la figure du médecin « qui connaît le mieux le patient », appuyé par le terme « *proche du patient* ». Ensuite, on peut voir que les participants ont tendance à personnaliser le Médecin Généraliste avec des qualités telles que « *écoute* », « *empathique* », « *humain* », « *bienveillant* », « *disponible* » ce qui pourrait dessiner une personnalité profondément humaine et qui considérerait la personne dans son ensemble et ne la définirait pas que par sa pathologie. Le noyau montrerait également le côté « touche à tout » du Médecin Généraliste, avec les termes « *polyvalent* », « *global* », « *pluridisciplinaire* » ou encore « *transversal* », « *complet* », « *généraliste* ». Toujours dans la personnalisation du Médecin Généraliste, le noyau semble nous indiquer que la population médicale se représente le Médecin Généraliste comme quelqu'un de dévoué à son travail ; on le voit par les termes « *patience* », « *courageux* », ou encore « *travailleur* ». Enfin, le Médecin Généraliste semble indissociable du monde dans lequel il évolue avec la notion de « *libéral* », « *cabinet* » et « *rural* ».

La case 2 représente les éléments périphériques de la représentation sociale du Médecin Généraliste. On retrouve les éléments concernant la « centralité » du Médecin Généraliste dans le système de soin (« *suivi* », « *premier recours* », « *coordinateur* », « *essentiel* »), les « qualités » du métier de Médecin Généraliste (« *varié* », « *liberté* », « *social* », « *confort de vie* »), la dimension péjorative du métier de Médecin Généraliste (« *bobologie* », « *solitaire* », « *dénigré* », « *administratif* », « *mal payé* »), ou encore quelques éléments du travail du Médecin Généraliste (« *prévention* », « *renouvellement* »). Cette case pourrait nous indiquer

que la périphérie de la RS du Médecin Généraliste correspond surtout à ses fonctions dans le système de santé ainsi que les aspects négatifs qui lui sont propres.

La case 3, où se trouvent les éléments contrastés (pour rappel : des éléments à la fréquence d'évocation faible mais au rang d'importance importante), nous montre quelques éléments de noyau dit minoritaire ou complémentaire au noyau principal. Cette case se compose de nombreux éléments. Dans les 20 premiers termes, on ne retrouve pas de dimension franche qui se démarque. Malgré tout, on pourrait retrouver une dimension péjorative du Médecin Généraliste (« *feignant* », « *mauvais* », « *paracétamol* », « *basique* », « *choix par défaut* »).

La case 4 représente la seconde périphérie et recense les termes à fréquence et rang d'importance faible. Ces termes peuvent participer de façon lointaine à l'interaction avec le monde extérieur. Cette case représente également les termes évoqués par défaut par les répondants.

<= 2.49 Rangs > 2.49

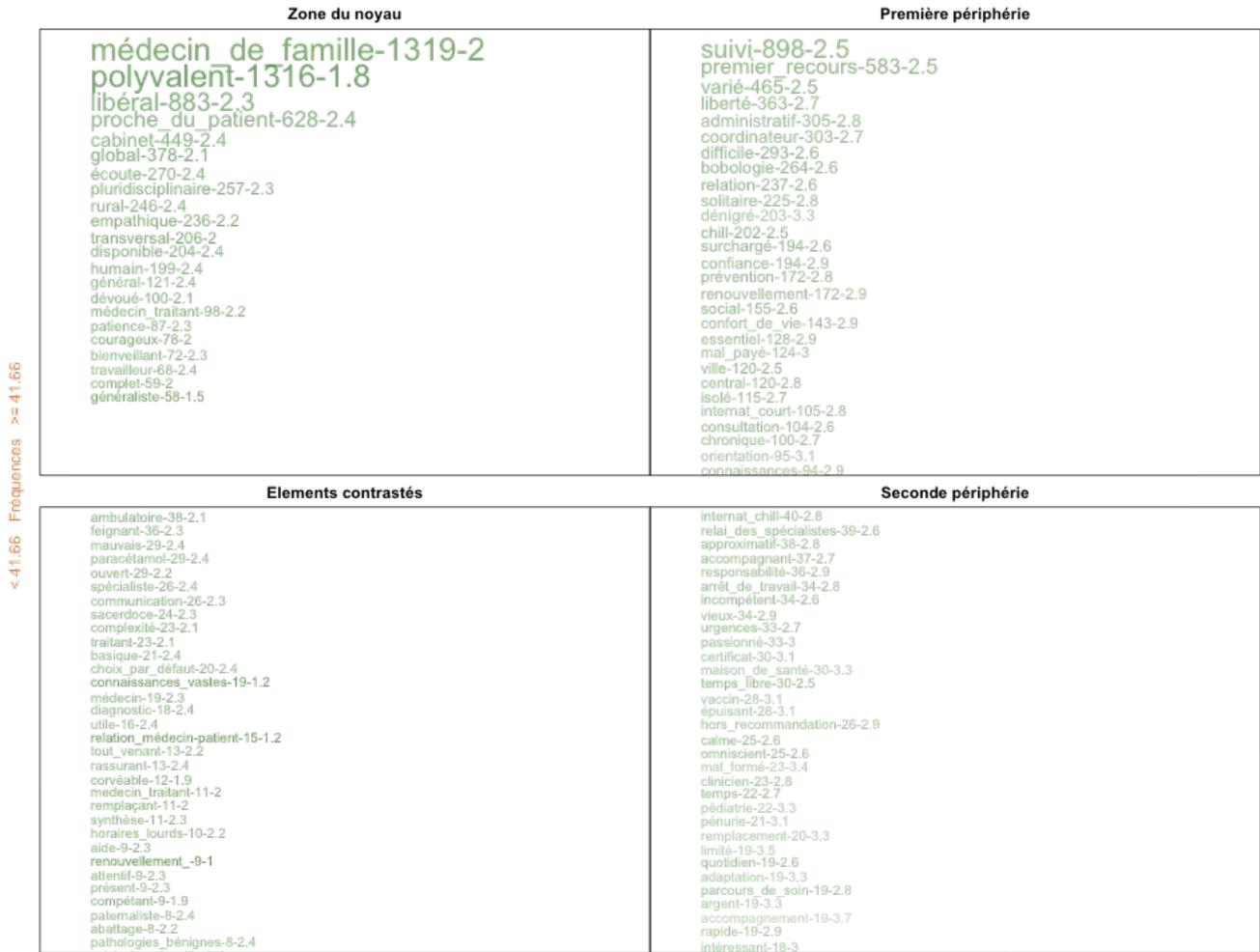


Figure 7 : Analyse prototypique

4 Discussion

4.1 En résumé

Nous avons cherché à connaître l'état actuel de la représentation sociale et des stéréotypes du Médecin Généraliste au sein de la population médicale au niveau national.

Nous avons donc pris parti d'utiliser une méthode d'analyse sociologique reconnue : la méthode de l'évocation hiérarchisée. Cette méthode permet une analyse lexicométrique et prototypique.

La classification de Reinert met en évidence 4 catégories : le quotidien du Médecin Généraliste, les qualités personnelles et professionnelles du Médecins Généraliste, les rôles du Médecin Généraliste, les aspects négatifs du Médecin Généraliste et de la Médecine générale.

Globalement, la représentation sociale du Médecin Généraliste semble être positive (les notes 1 et 2 sont majoritaires, la majorité des étudiants en Médecine sont prêts à choisir la Médecine Générale à l'issue du 2eme cycle des études médicales, tout comme les Médecins Internes, Docteurs Juniors et Seniors).

Il serait donc intéressant de faire le point entre les résultats de notre étude, effectuée à échelle nationale sur la population médicale, avec des études plus locales ou même effectuées dans d'autres pays.

4.2 Comparaison avec les données existantes

Peu d'études ont été faites sur la représentation du Médecin Généraliste au sein de la population médicale en France. La plupart des études concernent la RS de la Médecine Générale ou encore la RS du Médecin Généraliste au sein de la population générale, et surtout chez les étudiants en Médecine à échelle locale.

L'étude des représentations sociales du Médecin Généraliste auprès des Médecins Internes et Médecins Seniors est pourtant tout aussi importante pour mieux comprendre, par exemple, les

relations confraternelles entre spécialités. Celles-ci peuvent d'ailleurs avoir un impact sur la vision du Médecin Généraliste chez les étudiants en médecine.

Dans le cas présent, il s'agit de la première étude en France étudiant les représentations sociales et stéréotypes autour du Médecin Généraliste, auprès d'un si large échantillon de la population médicale française incluant à la fois des étudiants en médecine, des médecins internes et des médecins seniors, pour tenter de mieux comprendre certains futurs leviers d'action pour améliorer l'attractivité de la Médecine Générale.

Dans notre étude, la classe avec la part du corpus de mots la plus importante est la classe 1 avec les éléments du quotidien du Médecin Généraliste. Le terme « *libéral* » est l'un des mots les plus dépendants de la classe 1 ; cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des médecins généraliste exerce en libéral, ce qui pourrait montrer un certain attachement de la profession à ce mode d'exercice. Vient ensuite le terme « *cabinet* », qui montre que l'image du médecin généraliste ne peut être dissociée du lieu où il exerce ; le mot « *suivi* » arrive en 3ème position et pourrait montrer que le médecin généraliste serait le Médecin qui connaît le mieux son patient de par son accompagnement tout au long de la vie de celui-ci. Viennent ensuite 2 termes qui pourraient être considérés comme péjoratifs : « *renouvellement* » et « *bobologie* », mais qui sont inhérents à la vie de tous les jours du Médecin Généraliste. On trouve également les termes de « *maison de santé* », ou encore « *rural* », « *consultation* » et « *ordonnance* ». La classe 1 qui est la plus importante en termes de quantité d'information, montre que l'image du Médecin Généraliste est indissociable du monde dans lequel il vit ; cela pourrait s'expliquer par le fait que notre échantillon regroupe une majorité de participants ayant eu une expérience professionnelle chez le Médecin Généraliste, se rendant compte de son quotidien. La thèse de Darty de 2014, à Poitiers, concernant les représentations sociales de la Médecine Générale auprès d'étudiants en Médecines, utilise également la méthode d'évocation hiérarchisée (30). Les évocations des étudiants ont également retrouvé des éléments concernant le monde qui entoure le Médecin Généraliste tels que les notions de « *cabinet* », « *campagne* », « *renouvellement* » ou encore « *bobologie* » (29). La catégorisation du corpus de mots de cette étude retrouve les sous-classes « *routine* », « *campagne* » ou encore « *libéral* » mais celles-ci ne forment pas une catégorie principale sur le thème de la vie quotidienne. L'étude qualitative de Le Hong de 2019 sur la Représentation du métier de Médecin Généraliste via des focus groups, auprès de 15 étudiants de DFMSG2, retrouve également la notion de « *libéral* », synonyme de liberté pour ces étudiants (18). Le terme de « *cabinet* » était plutôt considéré

comme négatif car considéré comme synonyme de « *disponibilité des praticiens* » et « *d'enchaînement des consultations* ».

A noter que seule notre étude retrouve la catégorie représentant la vie quotidienne du Médecin Généraliste. Ainsi, l'étude de Darty, qui est proche de la nôtre en terme de méthodologie, retrouve 5 classes dont les thèmes sont « la polyvalence », le « médecin de proximité », la « relation privilégiée », ou encore les « aspect négatifs », « fonctions et caractéristiques du Médecin Généraliste », mais ne retrouve pas cette catégorie malgré quelques termes de cette vie quotidienne ; cela peut-être dû au fait de son faible effectif mais également peut-être parce que la RS de la Médecine Générale est moins liée au monde où évolue le Médecin Généraliste. Ensuite certaines des études citées précédemment peuvent avoir une méthodologie différente. Ainsi l'utilisation d'un questionnaire ou d'un entretien semi-dirigé nécessite de choisir les thèmes abordés avec les répondants d'où l'absence de certains thèmes, comme l'étude de Beaudenuit qui ne pose pas de question sur l'environnement du Médecin Généraliste, il serait intéressant d'aborder ce sujet au sein de la population générale.

Concernant la classe 3 et les rôles du Médecin Généraliste, l'un des termes les plus dépendants à cette classe est le mot « *premier recours* », qui signe que le médecin généraliste reste la porte d'entrée du système de soin. Vient ensuite les termes « *coordinateur* », « *réfèrent* » qui montrent également l'aspect « pivot » du médecin généraliste. Outre les termes explicites par rapport au rôle du Médecin Généraliste comme « *prévention* » ou « *orientation* », les termes « *proche du patient* » ou « *relation* » montrent le rôle social du Médecin Généraliste. Le terme « *global* » montre que le médecin généraliste reste le médecin qui connaît le mieux son patient dans son ensemble. L'étude de Le Hong relève également un rôle de premier recours, de porte d'entrée dans le système de soin. Le Médecin Généraliste a aussi pour rôle de faire un tri au niveau de ses patients : il oriente ses patients vers d'autres spécialistes en fonction des pathologies. Il a également un rôle de prévention (17). Dans la thèse de Darty, la classe 3 fusionne avec la classe 2 et représentent donc à la fois les rôles mais aussi les qualités personnelles et professionnelles du Médecin Généraliste ; on retrouve ainsi les termes de « *prévention* », « *orientation* », « *coordination* », « *polyvalent* » mais également « *empathie* », « *humain* », « *douceur* », « *écoute* » (30). Ces différentes compétences sont retrouvées dans la définition des rôles du Médecin Généralistes par la WONCA et dans l'enseignement prôné par le CNGE avec la marguerite des compétences (15,31).

Concernant notre quatrième classe qui représente l'aspect négatif du Médecin Généraliste ou de la Médecine Générale, l'étude de Le Hong met en évidence un manque de disponibilité du Médecin Généraliste, une charge de travail importante, ou encore un travail sous-estimé. De plus, elle souligne le nombre important de consultations concernant de la « *bobologie* » ou de l'administratif ; les participants évoquent également la solitude et un salaire qui n'est pas en adéquation au travail de ce spécialiste (17). L'étude de Martin, retrouve également cette notion de solitude, d'isolement, de « *bobologie* » et de charge de travail importante (28). L'étude de Darty retrouve également une catégorie sur les aspects négatifs de la Médecine Générale mais aussi du Médecin Généraliste avec des termes tels que « *dévalorisé* », « *seul* », « *surchargé* », « *limité* » ; ces termes faisant également partis de notre étude.

Concernant la classe 2 qui représente les qualités personnelles et professionnelles, les différentes études françaises qui traitent de ce sujet, retrouvent également cette thématique. L'étude de Martin de 2010 à Poitiers, qui étudie la Représentation Sociale de la Médecine Générale auprès de 65 Médecins Internes de plusieurs facultés de Médecine française ou européenne, retrouve les notions « *d'écoute* », « *d'empathie* » ou encore de personne humaine (28). L'étude qualitative de Le Hong de 2019 sur la Représentation du métier de Médecin Généraliste, auprès de 15 étudiants de DFMSG2, retrouve également la notion de « *confiance* », « *d'écoute* » et « *d'empathie* » ; on retrouve également des notions telles que « *LE médecin* » ou encore « *espoir du patient* » (17).

La thèse de Darty étudiant le noyau central de la représentation de la Médecine Générale, permet de la comparer à celle du Médecin Généraliste que nous avons étudié dans notre thèse. Ainsi on s'aperçoit que les termes « *médecin de famille* », « *proximité* » (« *proche du patient* » pour notre étude), « *polyvalence* » se retrouvent dans le noyau central de la RS de la Médecine Générale mais également du Médecin Généraliste avec une nuance sur la notion de « *suivi* » qui se retrouve dans la première périphérie de notre étude (30). Il est intéressant de voir que la Représentation sociale de ces 2 notions est donc très proche et qu'il semble que la personne se confonde avec sa fonction/métier.

Par ailleurs, si on regarde la littérature actuelle sur la représentation du Médecin Généraliste ailleurs que dans la population médicale, il semblerait que la représentation sociale du Médecin Généraliste auprès de la population générale diffère finalement peu.

En effet, en 2005, l'étude sur *la mutation de la Médecine Générale* par l'URPS Rhône Alpes, a interrogé 706 adultes de plus de 20 ans via un questionnaire (32). Elle a mis en évidence plusieurs éléments similaires à celles de la RS du Médecin Généraliste de notre étude. Ainsi on retrouve un Médecin Généraliste, « à l'écoute », « disponible » ou encore « attentif » ; le Médecin Généraliste a également un rôle de « coordinateur », « d'orientation ». La thèse de Bonnet, en 2009, via des focus groupe dans la population générale, retrouve également ces notions de coordination et d'orientation, il est aussi considéré comme « polyvalent » ou encore comme « pivot central » dans le système de soin (33). La thèse de Mourton, auprès de 1342 personnes majeures en 2013 en focus groupe, pose une série de question sur la Représentation Sociale du Médecin Généraliste via un questionnaire (34). Il en ressort que le Médecin Généraliste a également un rôle de coordinateur et d'orientation, et serait aussi la porte d'entrée du système de soin. Il possède un capital de confiance élevé avec une moyenne de 7,4 sur une échelle de 10 mais selon les participants, la majeure partie du travail du Médecin Généraliste se résume à des pathologies bénignes telles que les rhumes. Une étude faite par Baudenuit en 2016 a évalué, via un questionnaire auprès de 238 personnes dans 10 cabinets lyonnais, la RS du Médecin Généraliste auprès de la population générale. Selon les participants de cette étude, le Médecin Généraliste type serait un médecin « sympathique » et « accueillant », possédant un grand « savoir » ; il serait « bienveillant » et « un soutien » pour ses patients (35). Il aurait comme autre qualité personnelle d'être « à l'écoute ». Ses qualités professionnelles seraient d'être « polyvalent », de savoir coordonner les soins et de savoir orienter ses patients dans le système de soin. Ainsi, la RS du Médecin Généraliste au sein de la population générale dépeint un Médecin aux qualités personnelles humaines semblable à la RS retrouvée dans notre étude. Les qualités professionnelles sont également proches des résultats de notre étude, puisqu'on retrouve les notions de « coordinateur » ou encore d'« orientation » et de « polyvalence ». Ainsi la RS du Médecin Généraliste au sein de la population générale semble se rapprocher de notre RS concernant les qualités personnelles et professionnelles du Médecin Généraliste.

Enfin, il est intéressant de comparer nos résultats avec ceux des études menées dans d'autres pays concernant la représentation sociale du Médecin Généraliste. L'étude de Bellodi réalisée en 2004 au Brésil auprès de Médecins Internes de première et deuxième année, montre que le Médecin Généraliste est également représenté comme une personne sympathique, sensible et calme mais par ailleurs, souligne le fait que le Médecin Généraliste est lent dans ses prises de

décisions (21). Plusieurs études anglaises ont également été menées sur la représentation sociale de différentes spécialités médicales. La plus récente est celle de Hunter, en 2018 auprès de 63 étudiants de l'université de Cambridge ; la méthode d'évocation a permis de dégager les qualités personnelles suivantes : amicale, sympathique, patiente et calme mais également la notion d'ennuyeux et de stupide pour qualifier le Médecin Généraliste (20). Il est intéressant de la comparer à une étude anglaise plus ancienne des années 80 où les qualités personnelles du Médecin Généraliste étaient semblables. En effet, cette étude menée en 1981 par Harris auprès de 161 étudiants de Médecine de Manchester avait fait ressortir les mêmes adjectifs concernant les qualités personnelles du Médecin Généraliste : « *personnes amicales* », « *très patientes* », « *sympathiques* » et « *profondément intéressées par leurs patients* » (16). Il est intéressant de voir que cette représentation est stable avec l'échantillon anglais et brésilien. Même s'il faudrait plus d'études similaires avec des échantillons plus conséquent, le Médecin Généraliste resterait une figure universelle avec des rôles similaires dans ces pays.

4.3 Caractéristiques de notre population d'étude pouvant influencer les résultats

La Représentation Sociale du Médecin Généraliste semble majoritairement positive au sein de la population Médicale dans notre étude. Ce résultat semble renforcé dans les analyses qualitatives supplémentaires car la catégorie des aspects négatifs du Médecin Généraliste et de la Médecine Générale est sur une ramification différente des 3 autres catégories de la classification de Reinert.

Il est donc intéressant de regarder de plus près les caractéristiques de notre population d'étude, pour tenter de faire des hypothèses sur certains résultats obtenus.

Premièrement, les Médecins Internes et Docteurs Juniors représentent l'effectif le plus important avec 2210 participants. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le principal canal de diffusion de notre questionnaire était l'ISNI, syndicat National des Internes de France. La tranche d'âge des 23-27 ans représente près de la moitié de l'échantillon de la population Médicale étudiée, qui s'explique par la forte proportion de Médecins Internes dans cette tranche d'âge et par la présence plus importante de 6ème année parmi les étudiants (classe d'étudiants qui s'est peut-être sentie la plus concernée par le thème de cette étude). Les

différentes constations sur la majorité d'internes et d'étudiants dans la population d'étude permettent de supposer que l'âge des répondants a pu avoir une influence sur le vocabulaire des évocations : c'est peut-être pour cela que l'on retrouve des termes comme « chill » (tranquille en français) ou encore « *gate-keeper* » (qui pourrait se traduire par gardien de la porte du système de soin). Les Médecins Internes pourraient également avoir des avis plus tranchés quant à leur RS et aux mots/expressions choisies car ils ont récemment choisi leur spécialité, ils ont donc peu d'expérience dans leur propre spécialité et pourraient ainsi l'idéaliser et dénigrer plus facilement les autres spécialités.

Deuxièmement, si nous regardons les questions spécifiques à cette catégorie majoritaire de la population d'étude, parmi les 5 spécialités envisagées par les étudiants actuels en Médecine en fin de 6ème année, la Médecine Générale semblait être la spécialité la plus plébiscitée (48,4% de oui). On retrouve cette tendance positive avec une majorité d'étudiants en accord avec le fait de choisir la Médecine Générale à la fin de leur 6ème année. Cela va dans le sens d'une représentation positive du Médecin Généraliste a priori ou au moins de la Médecine Générale car spécialité pouvant être imaginée comme exercée.

Troisièmement, notre échantillon a majoritairement eu une expérience professionnelle spécifique à la Médecine Générale au cours de son cursus universitaire. La Majorité des internes par exemple semble avoir eu une expérience professionnelle chez le Médecin Généraliste (80 % d'entre eux). Il s'avère que les Médecins Internes et les Docteurs Juniors sont ceux ayant bénéficié le plus de cette expérience, peut-être du fait des différentes réformes des études médicales et du développement de la filière Médecine Générale dans le cursus médical. Concernant les étudiants en Médecine, une partie n'a pas encore pu bénéficier du stage en Médecin Générale. Lors d'une communication orale en 2014 au Congrès de Médecine Générale à Lille, portant sur la RS du de la Médecine Générale après un passage en stage chez le Médecin Généraliste, son auteur (Du Breuillac) indique qu'après passage en stage, il y a eu une augmentation de 18 % de certaines évocations tel que les termes de « *proximité* », « *éducation* », « *prévention* », « *globalité* » mais également « *bobologie* », ce qui montre l'influence que peut engendrer ce stage ambulatoire (36). Ce que confirme les thèses de Darty ou encore de Boinot. Même si l'étude de Darty n'a pas retrouvé de modification franche de la RS entre ceux qui avaient effectué un stage et ceux qui ne l'avaient pas fait, l'étude de Boinot est plus en faveur d'une influence positive de la RS du Médecin Généraliste suite à cette expérience (19,30). On retrouve également l'influence positive de cette expérience au sein du cabinet du

Médecin Généraliste dans les études d'Aubrion et de Bismuth, où cette expérience serait l'un des déterminants dans le choix de la Médecine Générale comme spécialité après les ECN (2,8). Ainsi, notre échantillon a en majorité expérimenté le monde du Médecin Généraliste au sein de son cabinet. Il va donc forcément avoir des idées plus précises quant à sa pratique de tous les jours, ses difficultés comme ses côtés positifs notamment dans la relation Médecin-Patient.

Quatrièmement, seul 18,8 % de notre échantillon a un membre de sa famille qui est Médecin Généraliste. Cela veut dire qu'avant d'avoir une expérience professionnelle ou un enseignement théorique spécifique à la Médecine Générale, l'étudiant en Médecine devrait avoir a priori la même RS que les jeunes de leur âge dans la population Générale. Selon l'étude de Mourton, cette RS est d'autant plus limitée par le fait que cette tranche de la population générale consulte très peu le Médecin Généraliste. Par contre, le fait que 44 % de notre échantillon a un Médecin Généraliste dans son entourage non professionnel et non familial peut influencer cette RS, que ce soit sur des croyances ou des faits objectifs, par exemple quand ceux-ci racontent leurs expériences de leurs journées au cabinet.

Cinquièmement, concernant les Seniors, notre étude montre que la RS de cette catégorie est majoritairement positive malgré un pourcentage d'expérience professionnelle chez le Médecin Généraliste plus faible que la classe des Médecins Internes et Docteurs Juniors. Ils auraient été intéressant pour cette catégorie de connaître le type d'exercice (libéral, hospitalier, salarié privé, remplacements etc.), qui pourrait avoir une influence sur la RS du Médecin Généraliste ; ainsi que de savoir s'ils recevaient ou non des étudiants/internes sur leur lieu de travail. En effet, par système de « compagnonnage », ce sont eux, principalement lorsque les étudiants sont jeunes qui peuvent peut être avoir une part d'influence quant à la RS des autres spécialités et donc sur la RS du Médecin Généraliste, notamment les Médecins Seniors hospitaliers, car la majorité des stages des étudiants en Médecine se passent à l'hôpital.

Sixièmement, notre échantillon n'est composé que de 20 % de Médecins Généralistes, Médecins Internes, Seniors compris, ce qui peut donc nous permettre de dire qu'il n'existerait pas un biais de déclaration positive a priori liée à l'appartenance à la spécialité Médecine Générale de la part des répondants.

Enfin, le genre féminin est majoritaire avec 66,7 %. Même si nous ne pouvons pas tirer de conclusion, cela pourrait être un reflet de la féminisation des effectifs médicaux en activité : de 40 % en 2010, ceux-ci sont passés à 49,8 % en 2021. A noter également que 58 % des primo-

inscrits à l'ordre au 1er janvier 2021 sont des femmes (1). Par ailleurs, cet élément pourrait avoir une influence sur la RS du métier de Médecin Généraliste, sachant que la profession se féminise de plus en plus (1). Pour le moment, notre étude n'a pas étudié spécifiquement l'influence de cette variable de genre. Malgré tout, en 2014, aux Etats-Unis, l'étude de May a cherché à savoir s'il existe une différence d'opinions en fonction du genre du répondant sur divers sujets économiques, via un questionnaire auprès de 143 membres de l'American Economics Association (37). Il s'avère qu'une différence d'opinion significative entre femmes et hommes existait avec des conséquences possibles sur l'avenir de la gestion économique au niveau des états mais également au niveau de l'économie mondiale. Une autre étude de 2007 par Vilhjálmsson en Islande, sur des adolescents de 15 et 16 ans, montrait que les répondants de sexe féminin avaient tendance à juger plus positivement les professions à connotation féminine (dont la Médecine) (38).

Il serait donc intéressant d'effectuer des analyses ultérieures sur la population totale de notre étude mais aussi dans chaque sous-groupes de répondants (c'est-à-dire étudiants, Médecins Internes et Médecins Seniors), pour voir s'il existe des déterminants aux représentations sociales mis en évidence dans cette étude afin de répondre à plusieurs questions : le genre (femme, homme, autre) du répondant issu de la classe professionnelle médicale a-t-il une influence sur la représentation sociale du Médecin généraliste le fait d'être médecin senior nuance-t-il la représentation du médecin généraliste par rapport à l'étudiant en médecine ? Le classement ECN d'un Médecin Interne a-t-il un lien avec la représentation sociale du médecin généraliste ? Le stage en ambulatoire est-il un déterminant dans le choix de la Médecine Générale ? L'enseignement théorique spécifique à la Médecine Générale peut-il influencer ce choix ? Les étudiants n'ayant pas fait ce stage ambulatoire ont-ils la même RS que les jeunes de leur âge au sein de la population générale ?

4.4 Les forces de notre étude

La méthode d'évocation hiérarchisée est une méthode reconnue et déjà utilisée de nombreuses fois pour déterminer des représentations sociales pour divers sujets. De plus, la somme des 2 facteurs de l'AFC représente plus de 65 % de la variance du phénomène.

Ensuite, nous avons obtenu 18804 évocations, ce qui a permis une analyse large et significative du contenu de la représentation.

Par ailleurs, la taille de notre échantillon est un point fort avec 4701 répondants. Il n'existe pas dans la littérature de données sur le nombre de sujets nécessaires à inclure dans ce type d'étude sur les représentations sociales. Mais la taille importante de l'échantillon, la variété de statuts des répondants en termes d'évolution dans le cursus médical (de l'étudiant de première année de Médecine au médecin senior retraité), ou bien encore la diversité géographique de provenance des répondants, nous fait penser que notre étude possède une certaine représentativité du phénomène étudié.

4.5 Limitations

Malgré les grandes forces de notre étude et l'apport innovant de la méthode de l'évocation hiérarchisée avec analyses statistiques adaptées dans l'étude de la représentation sociale du Médecin Généraliste, notre étude possède plusieurs biais.

Tout d'abord, il existe potentiellement un biais de subjectivité. Les conclusions d'une étude qualitative sur les représentations sociales, notamment sur le noyau central, comportent une part de subjectivité de la part des auteurs. D'une part, le nettoyage des données a été décidé après concertation entre les auteurs, ainsi les mots ayant un profil similaire ont été rassemblés sous un seul terme de façon arbitraire. Même si la répartition des différents thèmes est effectuée par le logiciel IRaMuTeQ, leur catégorisation comporte forcément une part de subjectivité puisque les classes sont définies nominativement par les auteurs.

Il existe également potentiellement un biais de volontariat étant donné que les participants n'ont pas été tirés au sort et ont été sélectionnés sur la base du volontariat via un questionnaire numérique diffusé sur les réseaux sociaux en majorité. Donc seuls des individus intéressés par le sujet de cette thèse ont participé à notre étude.

Il peut exister un biais d'échantillonnage du fait de la proportion importante de Médecin Interne, ce qui a pu influencer nos résultats.

Il peut exister un biais de désirabilité sociale où le participant tente de se montrer sous un visage positif auprès des auteurs de la thèse en fonction du thème. Ce biais étant limité ici par le nombre important de participants et la diversification des profils.

Enfin, outre les caractéristiques du répondant en lien avec son appartenance à la classe professionnelle médicale, d'autres paramètres peuvent influencer sur les représentations sociales de chacun (milieu socio-culturel initial, hobbies artistiques etc.) mais qui sont très difficiles à mesurer et donc à analyser en termes d'impact sur le phénomène étudié.

5 Conclusion et Perspectives

Ce présent travail de thèse a montré que la Représentation Sociale (RS) du Médecin Généraliste est majoritairement positive au sein de la population Médicale, que ce soit chez les étudiants, les Médecins Internes et Docteurs Juniors que chez les Médecins Seniors. Cette représentation s'articule autour d'un monde type où le Médecin Généraliste évolue au quotidien, a des rôles attendus et a un profil type aux qualités personnelles et professionnelles définies. Cependant, ce monde idéalisé est nuancé par des idées négatives qui représentent presque un quart du corpus de mots. La théorie des noyaux centraux permet également de nous montrer que le Médecin Généraliste reste le Médecin de Famille, le plus proche des patients, celui qui connaît toute la famille des enfants aux personnes âgées et qu'il représente un personnage très humain et polyvalent sur le plan professionnel.

La grande majorité de notre échantillon avait une expérience professionnelle auprès du Médecin Généraliste, ce qui a pu contribuer à une bonne connaissance du monde dans lequel celui-ci gravite. Cette expérience professionnelle est importante pour le choix futur de cette spécialité, comme l'indique l'étude d'Aubrion (8). Mais seule la moitié de notre échantillon avait bénéficié d'un enseignement théorique sur la Médecine Générale, enseignement qui permettrait aux étudiants d'intégrer au plus tôt des notions sur cette spécialité. Il serait intéressant d'étudier dans le futur l'influence d'un enseignement spécifique à cette spécialité, de façon précoce dans le cursus médical, sur la Représentation Sociale du Médecin Généraliste.

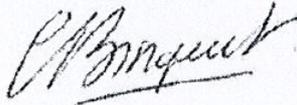
Ensuite, nous nous sommes aperçus que la RS au sein de la population générale est proche de celle de notre étude concernant les qualités personnelles du Médecin Généraliste. Cet élément est à nuancer car il semble que ceux sont surtout les personnes âgées qui tiennent en estime le Médecin Généraliste, contrairement aux jeunes adultes qui ont une moins bonne opinion du Médecin Généraliste dans la population Générale (selon l'étude de Mourton) alors que les étudiants de notre étude ont une RS majoritairement positive (34).

Il est intéressant de constater que la RS du Médecin Généraliste est proche de celle de la Médecine Générale. Ainsi on peut supposer que la personne se confond avec le métier. Il existerait donc une dépersonnalisation du Médecin Généraliste. Cet élément est intéressant puisque le métier semble définir l'individu. Devant son choix de spécialité, l'étudiant va alors

s'identifier au métier mais également à quel individu il veut ressembler, d'où l'importance de combattre les stéréotypes négatifs sur la Médecine Générale.

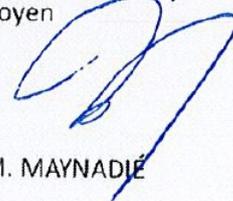
Enfin, nous n'avons pas étudié dans cette thèse les liens entre potentiels facteurs déterminants et RS positives ou négatives. Il serait donc intéressant d'étudier ceux-ci dans la population totale de notre étude mais aussi sous-groupes par sous-groupes. Toutefois, ces données obtenues lors de notre étude pourront nourrir de futures études ancillaires pour comprendre les déterminants de ces RS et de ces stéréotypes. Cela permettrait également de comprendre leurs influences sur le choix de spécialité des étudiants en Médecine en fin de 6ème année ou bien encore sur les relations entre Médecins Généralistes et autres spécialistes.

Le Président du jury,



Pr. BINQUET Christine

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 23 Septembre 2021
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIE

6 Bibliographie

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2021. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
2. Bismuth M, Boyer P, Rodriguez J, Brillac T, Driot D, Poutrain JC, et al. Le choix de la médecine générale aux ECN : « des déterminants qui s'installent dans le paysage ». *Médecine*. 1 oct 2018;14(8):377-84.
3. Medshake. Statistiques ECN 2020 par spécialités [Internet]. [cité 30 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2020/specialites/>
4. Lancry (p J.), LANCRY (P.J.). Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. In 2007 [cité 1 août 2021]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=355363>
5. Hardy-Dubernet A-C, Arliaud M, Horellou-Lafarge C, Roy FL, Blanc M-A. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins. :200.
6. Collège Nation des Généralistes Enseignants. Historique du CNGE [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/
7. AUBRY M. N° 2415 - Projet de loi de modernisation sociale [Internet]. [cité 2 août 2021]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/11/projets/pl2415.asp>
8. 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*. 1 janv 2017;17.
9. Nicholson S, Hastings AM, McKinley RK. Influences on students' career decisions concerning general practice: a focus group study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. oct 2016;66(651):e768-775.
10. 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 - Légifrance [Internet]. [cité 4 août 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
11. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public [Internet]. Presses Universitaires de France; 2004 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychanalyse-son-image-et-son-public--9782130546818.htm>
12. Lo Monaco G, Lheureux F. Théorie du noyau central et méthodes d'étude. *Rev Électronique Psychol Soc*. 1 déc 2007;1:55-64.
13. Tissot F, Deshayes É, Dupon-Lahitte B, Grolière C. Jean-Claude Abric (Dir.), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, P.U.F., (Psychologie sociale), 1994. *Form Empl*. 1994;47(1):92-92.
14. Abric J-C. Méthodes d'étude des représentations sociales [Internet]. Erès. 2005 [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238.htm>

15. WONCA Europe. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. 2002. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
16. Article L1411-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 août 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722/
17. Harris CM. Medical stereotypes. *Br Med J Clin Res Ed.* 19 déc 1981;283(6307):1676-7.
18. Hong ML. Représentations du métier de médecin généraliste chez les étudiants en DFGSM2 de la faculté de Nice : enquête qualitative. 19 avr 2019;54.
19. Boinot M. Mathilde Boinot - Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales ayant effectué le stage ambulatoire de trois mois : enquête qualitative réalisée en 2012 à la faculté de Poitiers - UPthÃ¨ses - Les thÃ¨ses en ligne de l'UniversitÃ© de Poitiers [Internet]. 2020 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/14602>
20. Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. *Br Med J Clin Res Ed.* 20 déc 1986;293(6562):1607-10.
21. Hunter H. Specialty Stereotypes held by Medical Students. *Camb Med J.* 11 nov 2018;
22. Bellodi P. The general practitioner and the surgeon: stereotypes and medical specialties. *Rev Hosp Clínicas.* 1 févr 2004;59:15-24.
23. Maurin D, Pacault C, Galès B. Les blagues sont des vecteurs de stéréotypes. Exemple de la profession médicale à partir de 220 blagues. *Presse Médicale.* 1 déc 2014;43.
24. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: a free software for analysis of textual data. *Temas Em Psicol.* déc 2013;21(2):513-8.
25. Pélissier D. Comment préparer l'analyse de textes de sites Web grâce à la lexicométrie et au logiciel Iramuteq ? [Internet]. *Présence numérique des organisations.* [cité 5 août 2021]. Disponible sur: <https://presnumorg.hypotheses.org/187>
26. Monaco GL, Piermattéo A, Rateau P, Tavani JL. Methods for Studying the Structure of Social Representations: A Critical Review and Agenda for Future Research. *J Theory Soc Behav.* 2017;47(3):306-31.
27. Max R. Les « mondes lexicaux » et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Lang Société.* 1993;66(1):5-39.
28. Vergès P. L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation - Réseau Prisme. 1992;
29. Abric J-C. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales [Internet]. *Érès;* 2005 [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238-page-59.htm>
30. 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: étude semi-quantitative transversale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2014.

31. CNGE. Présentation du D.E.S de Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
32. Olaya. Étude des mutations de la médecine générale. Étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale [Internet]. URPS Médecins AuRA. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.urps-med-aura.fr/publications/etude-des-mutations-de-la-medecine-generale-etude-sur-les-attentes-et-les-representations-de-la-population-vis-a-vis-de-la-medecine-generale-enquete-aupres-de-la-patientele-des-medecins-generaliste/>
33. Bonnet J-B. Image du médecin généraliste par les patients: étude auprès d'une population de l'agglomération nantaise par la méthode du focus group [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=4abda022-0dac-4edf-aaf5-28c69f716198>
34. Mourton E. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. :128.
35. Beaudenuit Valentine. Représentation sociale des médecins généralistes dans le Rhône et lien avec les comportements de santé des patients. 2016.
36. Breuillac. Changement de représentation de la médecine générale après le stage long des étudiants en médecine en cabinet libéral [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.cemg-lille.fr/internes-en-congres/>
37. May AM, McGarvey MG, Whaples R. Are disagreements among male and female economists marginal at best ? A survey of AEA members and their views on economic policy. *Contemp Econ Policy*. 2014;32(1):111-32.
38. Vilhjálmsson G, Arnkelsson G. Les différences liées au sexe dans les représentations professionnelles. *Oriental Sc Prof*. 15 sept 2007;(36/3):421-34.

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Questionnaire : Représentation Sociale du Médecin Généraliste

Partie I : caractéristiques socio-démographiques des participants

A/ Quel âge avez-vous ?

B/ De quel genre êtes-vous ? Propositions liste déroulante : Homme/Femme/Autre

C/ Où en êtes-vous dans votre cursus médical ?

Étudiant en premier cycle des études médicales

Étudiant en deuxième cycle des études médicales

Médecin Interne ou Docteur Junior (3ème cycle des études médicales)

Médecin Senior (incluant médecins libéraux, médecins en structure privée, en structure publique tels que les assistants spécialistes, CCA-HU, AHU, PHU, PHC, PH, MCU-PH, PU-PH etc.)
ou Médecin retraité

Puis question selon le statut :

1) Si Étudiant en 1^{er}/2^{ème} cycle

A/En quelle année êtes-vous ?

Liste déroulante : 1^e, 2^e, 3^e; 4^e; 5^e ou 6^e année

B/Quelle spécialité désirez-vous ou envisagez-vous de choisir à l'issue de votre 2eme cycle des études médicales ? Liste déroulante des DES

Allergologie

Anatomie et cytologie pathologiques

Anesthésie-réanimation

Biologie médicale

Chirurgie maxillo-faciale

Chirurgie orale

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Chirurgie pédiatrique

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Chirurgie vasculaire

Chirurgie viscérale et digestive

Dermatologie et vénéréologie

Endocrinologie-diabétologie-nutrition

Génétique médicale

Gériatrie

Gynécologie médicale

Gynécologie obstétrique

Hématologie

Hépto-gastro-entérologie

Maladies infectieuses et tropicales

Médecine cardiovasculaire

Médecine d'urgence

Médecine et Santé au travail

Médecine générale

Médecine intensive-réanimation

Médecine interne et immunologie clinique

Médecine légale et expertises médicales

Médecine nucléaire

Médecine physique et de réadaptation

Médecine vasculaire

Néphrologie

Neurochirurgie

Neurologie

Oncologie et Radiothérapie

Ophtalmologie

Oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale

Pédiatrie

Pneumologie

Psychiatrie

Radiologie et imagerie médicale

Rhumatologie

Santé publique

Urologie

2) Si Médecins Internes/Docteur Junior (3ème cycle)

A/ En quel semestre êtes-vous ? (chiffre de 1 à 12 à rentrer)

B/ Quelle est votre spécialité actuelle ? liste déroulante cf. antérieure des DES

Allergologie

Anatomie et cytologie pathologiques

Anesthésie-réanimation

Biologie médicale

Chirurgie maxillo-faciale

Chirurgie orale

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Chirurgie pédiatrique

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Chirurgie vasculaire

Chirurgie viscérale et digestive

Dermatologie et vénéréologie

Endocrinologie-diabétologie-nutrition

Génétique médicale

Gériatrie

Gynécologie médicale

Gynécologie obstétrique

Hématologie

Hépatogastro-entérologie

Maladies infectieuses et tropicales

Médecine cardiovasculaire

Médecine d'urgence

Médecine et Santé au travail

Médecine générale

Médecine intensive-réanimation

Médecine interne et immunologie clinique

Médecine légale et expertises médicales

Médecine nucléaire

Médecine physique et de réadaptation

Médecine vasculaire

Néphrologie

Neurochirurgie

Neurologie

Oncologie et Radiothérapie

Ophtalmologie

Oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale

Pédiatrie

Pneumologie

Psychiatrie

Radiologie et imagerie médicale

Rhumatologie

Santé publique

Urologie

C/ Avez-vous effectué un droit au remord ? oui ou non

D/ Si oui à C/, quelle était votre spécialité d'origine ?Liste déroulante DES

E/ En quelle année avez-vous passé les ECN ? (chiffre à rentrer)

F/ A quelle tranche correspondait votre rang de classement aux ECN ?

Entre 0 et 1000

Entre 1000 et 2999

Entre 3000 et 4999

Entre 5000 et 6999

Supérieur à 7000

3) Si Médecin en exercice

A/ Quelle est votre ancienneté/statut en tant que médecin en exercice ?

<4 ans

Entre 4 et 10 ans

Entre 10 et 20 ans

Entre 20 et 30 ans

>30 ans

A la retraite actuellement

B/ Quelle est votre spécialité d'exercice actuelle? Liste déroulante

Allergologie

Anatomie et cytologie pathologiques

Anesthésie-réanimation

Biologie médicale

Chirurgie maxillo-faciale

Chirurgie orale

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Chirurgie pédiatrique

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Chirurgie vasculaire

Chirurgie viscérale et digestive

Dermatologie et vénéréologie

Endocrinologie-diabétologie-nutrition

Génétique médicale

Gériatrie

Gynécologie médicale

Gynécologie obstétrique

Hématologie

Hépatogastro-entérologie

Maladies infectieuses et tropicales

Médecine cardiovasculaire

Médecine d'urgence

Médecine et Santé au travail

Médecine générale

Médecine intensive-réanimation

Médecine interne et immunologie clinique

Médecine légale et expertises médicales

Médecine nucléaire

Médecine physique et de réadaptation

Médecine vasculaire

Néphrologie

Neurochirurgie

Neurologie

Oncologie et Radiothérapie

Ophtalmologie

Oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale

Pédiatrie

Pneumologie

Psychiatrie

Radiologie et imagerie médicale

Rhumatologie

Santé publique

Urologie

C/ Avez-vous effectué un changement de votre spécialité au cours de votre exercice de la médecine ? oui ou non

D/ Si oui à C/, quelle était votre spécialité d'origine ? Liste déroulante des spécialités (cf. liste déroulante précédente)

Dans quelle ville (ou région de la ville parmi celles proposées) résidez-vous actuellement ? Liste déroulante

Amiens

Angers

Antilles-Guyane

Besançon

Bordeaux

Brest

Caen

Clermont-Ferrand

Dijon

Grenoble

Lille

Limoges

Lyon

Marseille

Montpellier

Nancy

Nantes

Nice

Océan-Indien

Paris-Ile-de-France

Poitiers

Reims

Rennes

Rouen

Saint-Étienne

Strasbourg

Toulouse

Tours

Partie II : études des perceptions et stéréotypes

Groupe 1 : médecine Générale

A/ Citez 4 mots/adjectifs représentant pour vous un médecin généraliste

B/ Avez-vous déjà eu une expérience professionnelle dans cette spécialité (stage par ex. ?)

C/ Avez-vous déjà eu un enseignement théorique de cette spécialité dispensé au cours de vos études médicales ou dans le cadre de votre expérience professionnelle ?

D/ Choisissez la proposition la plus pertinente selon votre opinion actuelle

« J'aurais pu choisir (ou je choisirai) médecine Générale à l'issue de la validation de ma 6^{ème} année d'études médicales »

Tout à fait d'accord

D'accord

Sans avis

En désaccord

Tout à fait en désaccord

E/ Avez-vous un membre de votre famille qui est médecin généraliste ? oui ou non

F/ Avez-vous quelqu'un de votre entourage qui est médecin généraliste ? oui ou non

G/ Commentaires libres :

7.2 Annexe 2 : Spécialités des Médecins Internes, Docteurs Juniors et Seniors

| | Médecins Internes et Docteurs Juniors (N=2210) | Seniors (N=950) |
|---|---|-----------------|
| Allergologie ^b | 15 (0,7) | 2 (0,2) |
| Anatomie et cytologie pathologiques ^b | 28 (1,3) | 11 (1,2) |
| Anesthésie-réanimation ^b | 130 (5,9) | 57 (6,0) |
| Autre | N/A | 16 (1,7) |
| Biologie médicale ^b | 27 (1,2) | 20 (2,1) |
| Chirurgie maxillo-faciale ^c | 11 (0,5) | 8 (0,8) |
| Chirurgie orale ^c | 5 (0,2) | 1 (0,1) |
| Chirurgie orthopédique et traumatologique ^d | 34 (1,5) | 22 (2,3) |
| Chirurgie pédiatrique ^d | 8 (0,4) | 4 (0,4) |
| Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ^c | 7 (0,3) | 4 (0,4) |
| Chirurgie thoracique et cardiovasculaire ^d | 5 (0,2) | 5 (0,5) |
| Chirurgie vasculaire ^d | 7 (0,3) | 2 (0,2) |
| Chirurgie viscérale et digestive ^d | 25 (1,1) | 14 (1,5) |
| Dermatologie et vénéréologie ^b | 33 (1,5) | 18 (1,9) |
| Endocrinologie-diabétologie-nutrition ^b | 24 (1,1) | 14 (1,5) |
| Génétique médicale ^b | 31 (1,4) | 6 (0,6) |
| Gériatrie ^b | 61 (2,8) | 23 (2,4) |
| Gynécologie médicale ^b | 25 (1,1) | 4 (0,4) |
| Gynécologie obstétrique ^c | 70 (3,2) | 25 (2,6) |
| Hématologie ^b | 21 (1,0) | 12 (1,3) |
| Hépatogastro-entérologie ^b | 42 (1,9) | 13 (1,4) |
| Maladies infectieuses et tropicales ^b | 17 (0,8) | 13 (1,4) |
| Médecine cardiovasculaire ^b | 47 (2,1) | 15 (1,6) |
| Médecine d'urgence ^b | 122 (5,5) | 30 (3,2) |
| Médecine et Santé au travail ^b | 27 (1,2) | 42 (4,4) |
| Médecine générale | 461 (20,9) | 200 (21,1) |
| Médecine intensive-réanimation ^b | 23 (1,0) | 9 (0,9) |
| Médecine interne et immunologie clinique ^b | 76 (3,4) | 22 (2,3) |
| Médecine légale et expertises médicales ^b | 18 (0,8) | 4 (0,4) |
| Médecine nucléaire ^b | 8 (0,4) | 12 (1,3) |
| Médecine physique et de réadaptation ^b | 79 (3,6) | 59 (6,2) |
| Médecine vasculaire ^b | 7 (0,3) | 5 (0,5) |
| Néphrologie ^b | 29 (1,3) | 2 (0,2) |
| Neurochirurgie ^d | 9 (0,4) | 2 (0,2) |
| Neurologie ^b | 47 (2,1) | 14 (1,5) |
| Oncologie et Radiothérapie ^b | 41 (1,9) | 12 (1,3) |
| Ophthalmologie ^c | 55 (2,5) | 8 (0,8) |
| Oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale ^c | 21 (1,0) | 13 (1,4) |
| Pédiatrie ^b | 86 (3,9) | 28 (2,9) |
| Pneumologie ^b | 35 (1,6) | 9 (0,9) |
| Psychiatrie ^b | 211 (9,5) | 116 (12,2) |
| Radiologie et imagerie médicale | 102 (4,6) | 18 (1,9) |
| Rhumatologie ^b | 35 (1,6) | 12 (1,3) |
| Santé publique ^b | 24 (1,1) | 12 (1,3) |
| Urologie ^c | 21 (1,0) | 12 (1,3) |

Légende :

^a : effectif (fréquence)

^b : spécialité Médicale

^c : spécialité Médico-Chirurgicale

^d : spécialité chirurgicale

7.3 Annexe 3 : Listing des mots évoqués après nettoyage des données

| | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------|-----------|-------------|
| médecin de famille | 1319 | 7,0 |
| polyvalent | 1316 | 7,0 |
| suivi | 898 | 4,8 |
| libéral | 883 | 4,7 |
| proche du patient | 629 | 3,3 |
| premier recours | 583 | 3,1 |
| varié | 465 | 2,5 |
| cabinet | 449 | 2,4 |
| global | 378 | 2,0 |
| liberté | 365 | 1,9 |
| administratif | 305 | 1,6 |
| coordinateur | 304 | 1,6 |
| difficile | 293 | 1,6 |
| écoute | 270 | 1,4 |
| bobologie | 264 | 1,4 |
| pluridisciplinaire | 257 | 1,4 |
| rural | 246 | 1,3 |
| relation | 238 | 1,3 |
| empathique | 236 | 1,3 |
| solitaire | 225 | 1,2 |
| transversal | 206 | 1,1 |
| disponible | 204 | 1,1 |
| chill | 203 | 1,1 |
| dénigré | 203 | 1,1 |
| humain | 199 | 1,1 |
| confiance | 194 | 1,0 |
| surchargé | 194 | 1,0 |
| renouvellement | 181 | 1,0 |
| prévention | 172 | ,9 |

| | | |
|-------------------|-----|----|
| social | 155 | ,8 |
| confort de vie | 143 | ,8 |
| essentiel | 128 | ,7 |
| mal payé | 124 | ,7 |
| général | 121 | ,6 |
| central | 120 | ,6 |
| ville | 120 | ,6 |
| isolé | 115 | ,6 |
| internat court | 106 | ,6 |
| consultation | 104 | ,6 |
| chronique | 100 | ,5 |
| dévoué | 100 | ,5 |
| médecin traitant | 98 | ,5 |
| orientation | 95 | ,5 |
| connaissances | 94 | ,5 |
| contact | 87 | ,5 |
| patience | 87 | ,5 |
| autonome | 85 | ,5 |
| réfèrent | 81 | ,4 |
| indépendant | 79 | ,4 |
| lien | 79 | ,4 |
| courageux | 78 | ,4 |
| sympathique | 78 | ,4 |
| bienveillant | 72 | ,4 |
| compétent | 68 | ,4 |
| ennuyeux | 68 | ,4 |
| routine | 68 | ,4 |
| travailleur | 68 | ,4 |
| visite à domicile | 65 | ,3 |
| mal classé | 63 | ,3 |
| accessible | 59 | ,3 |
| complet | 59 | ,3 |
| généraliste | 58 | ,3 |

| | | |
|------------------------|----|----|
| non spécialiste | 57 | ,3 |
| ordonnance | 57 | ,3 |
| patients | 51 | ,3 |
| vaste | 51 | ,3 |
| débrouillard | 50 | ,3 |
| flexible | 49 | ,3 |
| dépistage | 48 | ,3 |
| | 47 | ,2 |
| gériatrie | 47 | ,2 |
| répétitif | 46 | ,2 |
| rhume | 45 | ,2 |
| psychologue | 43 | ,2 |
| facile | 42 | ,2 |
| soins primaires | 42 | ,2 |
| internat chill | 40 | ,2 |
| relai des spécialistes | 39 | ,2 |
| ambulatoire | 38 | ,2 |
| approximatif | 38 | ,2 |
| accompagnant | 37 | ,2 |
| feignant | 36 | ,2 |
| responsabilité | 36 | ,2 |
| arrêt de travail | 34 | ,2 |
| incompétent | 34 | ,2 |
| vieux | 34 | ,2 |
| passionné | 33 | ,2 |
| urgences | 33 | ,2 |
| certificat | 30 | ,2 |
| maison de santé | 30 | ,2 |
| temps libre | 30 | ,2 |
| mauvais | 29 | ,2 |
| ouvert | 29 | ,2 |
| paracétamol | 29 | ,2 |
| épuisant | 28 | ,1 |

| | | |
|----------------------|----|----|
| vaccin | 28 | ,1 |
| désert médical | 27 | ,1 |
| spécialiste | 27 | ,1 |
| communication | 26 | ,1 |
| hors recommandation | 26 | ,1 |
| calme | 25 | ,1 |
| omniscient | 25 | ,1 |
| sacerdoce | 24 | ,1 |
| clinicien | 23 | ,1 |
| complexité | 23 | ,1 |
| mal formé | 23 | ,1 |
| traitant | 23 | ,1 |
| opportunité | 22 | ,1 |
| pédiatrie | 22 | ,1 |
| temps | 22 | ,1 |
| basique | 21 | ,1 |
| pénurie | 21 | ,1 |
| choix par défaut | 20 | ,1 |
| limité | 20 | ,1 |
| remplacement | 20 | ,1 |
| accompagnement | 19 | ,1 |
| adaptation | 19 | ,1 |
| argent | 19 | ,1 |
| connaissances vastes | 19 | ,1 |
| médecin | 19 | ,1 |
| parcours de soin | 19 | ,1 |
| quotidien | 19 | ,1 |
| rapide | 19 | ,1 |
| diagnostic | 18 | ,1 |
| intéressant | 18 | ,1 |
| prescription | 18 | ,1 |
| altruiste | 17 | ,1 |
| correspondant | 17 | ,1 |

| | | |
|--------------------------|----|----|
| pilier | 17 | ,1 |
| utile | 17 | ,1 |
| collaboration | 16 | ,1 |
| réseau | 16 | ,1 |
| à l'écoute | 15 | ,1 |
| confident | 15 | ,1 |
| humble | 15 | ,1 |
| psychiatrie | 15 | ,1 |
| relation médecin-patient | 15 | ,1 |
| soutien | 15 | ,1 |
| éducation thérapeutique | 14 | ,1 |
| grippe | 14 | ,1 |
| intergénérationnel | 14 | ,1 |
| long terme | 14 | ,1 |
| tri | 14 | ,1 |
| 25 euros | 13 | ,1 |
| conseil | 13 | ,1 |
| horaires | 13 | ,1 |
| ingrat | 13 | ,1 |
| rassurant | 13 | ,1 |
| tout venant | 13 | ,1 |
| bof | 12 | ,1 |
| corvéable | 12 | ,1 |
| détendu | 12 | ,1 |
| formation continue | 12 | ,1 |
| hétérogène | 12 | ,1 |
| soins | 12 | ,1 |
| vacances | 12 | ,1 |
| chaleureux | 11 | ,1 |
| gate keeper | 11 | ,1 |
| manque de moyens | 11 | ,1 |
| médecin traitant | 11 | ,1 |
| relai | 11 | ,1 |

| | | |
|----------------------|----|----|
| remplaçant | 11 | ,1 |
| synthèse | 11 | ,1 |
| avis | 10 | ,1 |
| débordé | 10 | ,1 |
| gestion | 10 | ,1 |
| horaires lourds | 10 | ,1 |
| larbin | 10 | ,1 |
| omnipotent | 10 | ,1 |
| adresser | 9 | ,0 |
| aide | 9 | ,0 |
| ALD | 9 | ,0 |
| angine | 9 | ,0 |
| attentif | 9 | ,0 |
| compétant | 9 | ,0 |
| confraternel | 9 | ,0 |
| éducation | 9 | ,0 |
| efficace | 9 | ,0 |
| exigeant | 9 | ,0 |
| femme | 9 | ,0 |
| incertitude | 9 | ,0 |
| installation | 9 | ,0 |
| intermédiaire | 9 | ,0 |
| présent | 9 | ,0 |
| son propre patron | 9 | ,0 |
| stéthoscope | 9 | ,0 |
| abattage | 8 | ,0 |
| burn-out | 8 | ,0 |
| médecine de ville | 8 | ,0 |
| nombreux | 8 | ,0 |
| paternaliste | 8 | ,0 |
| pathologies bénignes | 8 | ,0 |
| santé publique | 8 | ,0 |
| vocation | 8 | ,0 |

| | | |
|--------------------|---|----|
| aiguilleur | 7 | ,0 |
| banal | 7 | ,0 |
| carte vitale | 7 | ,0 |
| chronophage | 7 | ,0 |
| erreurs | 7 | ,0 |
| frustré | 7 | ,0 |
| large | 7 | ,0 |
| liberté d'exercice | 7 | ,0 |
| monotone | 7 | ,0 |
| pas spécialiste | 7 | ,0 |
| rigoureux | 7 | ,0 |
| temps limité | 7 | ,0 |
| ami | 6 | ,0 |
| bureau | 6 | ,0 |
| choix | 6 | ,0 |
| convivial | 6 | ,0 |
| interlocuteur | 6 | ,0 |
| omipotent | 6 | ,0 |
| retard | 6 | ,0 |
| secrétaire | 6 | ,0 |
| syndicat | 6 | ,0 |
| traitement | 6 | ,0 |
| accueillant | 5 | ,0 |
| âgé | 5 | ,0 |
| antibiotiques | 5 | ,0 |
| attentionné | 5 | ,0 |
| charges | 5 | ,0 |
| chef d'orchestre | 5 | ,0 |
| comptabilité | 5 | ,0 |
| conscientieux | 5 | ,0 |
| contraignant | 5 | ,0 |
| courrier | 5 | ,0 |
| court | 5 | ,0 |

| | | |
|--------------------------|---|----|
| demande d'avis | 5 | ,0 |
| généralité | 5 | ,0 |
| généreux | 5 | ,0 |
| homme | 5 | ,0 |
| modèle bio-psycho-social | 5 | ,0 |
| organisation | 5 | ,0 |
| patient | 5 | ,0 |
| pratique | 5 | ,0 |
| prévenant | 5 | ,0 |
| repère | 5 | ,0 |
| revendicateur | 5 | ,0 |
| riche | 5 | ,0 |
| sollicite | 5 | ,0 |
| stress | 5 | ,0 |
| tension | 5 | ,0 |
| absent | 4 | ,0 |
| auscultation | 4 | ,0 |
| bon | 4 | ,0 |
| compatissant | 4 | ,0 |
| compréhensif | 4 | ,0 |
| consultation courte | 4 | ,0 |
| curieux | 4 | ,0 |
| d.u | 4 | ,0 |
| débrouillage | 4 | ,0 |
| diabète | 4 | ,0 |
| docteur | 4 | ,0 |
| dynamique | 4 | ,0 |
| échange | 4 | ,0 |
| éclectique | 4 | ,0 |
| enquêteur | 4 | ,0 |
| exploité | 4 | ,0 |
| fiable | 4 | ,0 |
| groupe | 4 | ,0 |

| | | |
|-------------------------|---|----|
| hypertension artérielle | 4 | ,0 |
| impliqué | 4 | ,0 |
| je ne sais pas | 4 | ,0 |
| laborieux | 4 | ,0 |
| loisirs | 4 | ,0 |
| majorité | 4 | ,0 |
| mallette | 4 | ,0 |
| manque de connaissances | 4 | ,0 |
| médecine | 4 | ,0 |
| mi-temps | 4 | ,0 |
| mobile | 4 | ,0 |
| multiple | 4 | ,0 |
| non ambitieux | 4 | ,0 |
| pédagogue | 4 | ,0 |
| population | 4 | ,0 |
| pragmatique | 4 | ,0 |
| prenant | 4 | ,0 |
| relais | 4 | ,0 |
| remplacements | 4 | ,0 |
| ruralité | 4 | ,0 |
| salle d'attente | 4 | ,0 |
| savoir | 4 | ,0 |
| sérieux | 4 | ,0 |
| sociable | 4 | ,0 |
| socle | 4 | ,0 |
| stressant | 4 | ,0 |
| terrain | 4 | ,0 |
| touche à tout | 4 | ,0 |
| urssaf | 4 | ,0 |
| à l'ancienne | 3 | ,0 |
| abnégation | 3 | ,0 |
| bavard | 3 | ,0 |
| bonne rémunération | 3 | ,0 |

| | | |
|-----------------------------|---|----|
| civil | 3 | ,0 |
| complexité | 3 | ,0 |
| corticoïdes | 3 | ,0 |
| dangereux | 3 | ,0 |
| démuni | 3 | ,0 |
| dernier | 3 | ,0 |
| dialogue | 3 | ,0 |
| épanoui | 3 | ,0 |
| équipe | 3 | ,0 |
| être à jour | 3 | ,0 |
| facilité | 3 | ,0 |
| fastidieux | 3 | ,0 |
| fort | 3 | ,0 |
| gastro-entérite | 3 | ,0 |
| habitude | 3 | ,0 |
| homéopathie | 3 | ,0 |
| hospitalier | 3 | ,0 |
| intime | 3 | ,0 |
| local | 3 | ,0 |
| majoritaire | 3 | ,0 |
| medicament | 3 | ,0 |
| pathologies communes | 3 | ,0 |
| permanence des soins | 3 | ,0 |
| peu technique | 3 | ,0 |
| pressé | 3 | ,0 |
| réassurance | 3 | ,0 |
| recommandations | 3 | ,0 |
| rediriger | 3 | ,0 |
| régulateur | 3 | ,0 |
| repos | 3 | ,0 |
| respect du temps de travail | 3 | ,0 |
| ressource | 3 | ,0 |
| santé | 3 | ,0 |

| | | |
|-----------------------|---|----|
| service | 3 | ,0 |
| soigner | 3 | ,0 |
| somatique | 3 | ,0 |
| sos médecins | 3 | ,0 |
| symptomatique | 3 | ,0 |
| tout | 3 | ,0 |
| vie | 3 | ,0 |
| vif | 3 | ,0 |
| 4 ans | 2 | ,0 |
| adressage | 2 | ,0 |
| aimable | 2 | ,0 |
| aléatoire | 2 | ,0 |
| au premier plan | 2 | ,0 |
| augmentin-corticoïdes | 2 | ,0 |
| bâclé | 2 | ,0 |
| beau gosse | 2 | ,0 |
| benzodiazépine | 2 | ,0 |
| bien payé | 2 | ,0 |
| biologie sanguine | 2 | ,0 |
| carré de white | 2 | ,0 |
| collaborateur | 2 | ,0 |
| confrère | 2 | ,0 |
| continuité | 2 | ,0 |
| continuité des soins | 2 | ,0 |
| contraception | 2 | ,0 |
| convivialité | 2 | ,0 |
| cotation | 2 | ,0 |
| cours | 2 | ,0 |
| déléguer | 2 | ,0 |
| dépendant | 2 | ,0 |
| dépit | 2 | ,0 |
| déplacement | 2 | ,0 |
| discussion | 2 | ,0 |

| | | |
|----------------------------|---|----|
| ecn | 2 | ,0 |
| empirique | 2 | ,0 |
| en retard | 2 | ,0 |
| enrichissant | 2 | ,0 |
| entraide | 2 | ,0 |
| entreprise | 2 | ,0 |
| équilibré | 2 | ,0 |
| éthique | 2 | ,0 |
| exercice coordonné | 2 | ,0 |
| expérience | 2 | ,0 |
| famille | 2 | ,0 |
| formation | 2 | ,0 |
| formation hétérogène | 2 | ,0 |
| fourre-tout | 2 | ,0 |
| garde | 2 | ,0 |
| générale | 2 | ,0 |
| génial | 2 | ,0 |
| gratifiant | 2 | ,0 |
| inintéressant | 2 | ,0 |
| intergénérationnels | 2 | ,0 |
| intermittent | 2 | ,0 |
| intimité | 2 | ,0 |
| jamais | 2 | ,0 |
| liberté d'installation | 2 | ,0 |
| malade | 2 | ,0 |
| maladie | 2 | ,0 |
| malléable | 2 | ,0 |
| maman | 2 | ,0 |
| marguerite des compétences | 2 | ,0 |
| médicaments | 2 | ,0 |
| méritant | 2 | ,0 |
| modulable | 2 | ,0 |
| multidimensionnel | 2 | ,0 |

| | | |
|--------------------------|---|----|
| noble | 2 | ,0 |
| non-spécialiste | 2 | ,0 |
| omnipraticien | 2 | ,0 |
| pas de garde | 2 | ,0 |
| pas de gardes | 2 | ,0 |
| pas grave | 2 | ,0 |
| pas intéressant | 2 | ,0 |
| pas pour moi | 2 | ,0 |
| pénible | 2 | ,0 |
| perdu | 2 | ,0 |
| périphérie | 2 | ,0 |
| personnalisé | 2 | ,0 |
| personnel | 2 | ,0 |
| planque | 2 | ,0 |
| plateforme | 2 | ,0 |
| posé | 2 | ,0 |
| pression | 2 | ,0 |
| priorisation | 2 | ,0 |
| privé | 2 | ,0 |
| professionnel | 2 | ,0 |
| pyostacine | 2 | ,0 |
| rajeunissement | 2 | ,0 |
| réflexion | 2 | ,0 |
| relation medecin-patient | 2 | ,0 |
| remboursé | 2 | ,0 |
| rempart | 2 | ,0 |
| résilient | 2 | ,0 |
| respect | 2 | ,0 |
| secteur 1 | 2 | ,0 |
| sécurité | 2 | ,0 |
| soins courants | 2 | ,0 |
| spécialité | 2 | ,0 |
| stable | 2 | ,0 |

| | | |
|----------------------------------|---|----|
| sur le terrain | 2 | ,0 |
| surveillance | 2 | ,0 |
| technique | 2 | ,0 |
| temps partiel | 2 | ,0 |
| urgentiste | 2 | ,0 |
| valorisant | 2 | ,0 |
| vie de quartier | 2 | ,0 |
| ville ou rural | 2 | ,0 |
| viroses | 2 | ,0 |
| virus | 2 | ,0 |
| - | 1 | ,0 |
| 0 | 1 | ,0 |
| 22 euros | 1 | ,0 |
| 3 jours par semaine | 1 | ,0 |
| 4 ans d'internat | 1 | ,0 |
| 48h/semaine | 1 | ,0 |
| 4e année internat illégitime | 1 | ,0 |
| 5 ans d'internat | 1 | ,0 |
| 5 jours par semaine | 1 | ,0 |
| 60h/semaine | 1 | ,0 |
| à la chaîne | 1 | ,0 |
| a une idée de tout | 1 | ,0 |
| abattage | 1 | ,0 |
| abondant | 1 | ,0 |
| abordable | 1 | ,0 |
| absence de plateau technique | 1 | ,0 |
| absence de salariat | 1 | ,0 |
| absence de tranquillité | 1 | ,0 |
| abus de patient | 1 | ,0 |
| abus des patients | 1 | ,0 |
| acteur de terrain | 1 | ,0 |
| adrénaline | 1 | ,0 |
| adressé pour anomalies de la nfs | 1 | ,0 |

| | | |
|--|---|----|
| agréable | 1 | ,0 |
| agressé | 1 | ,0 |
| agressivité | 1 | ,0 |
| aigri | 1 | ,0 |
| aimant | 1 | ,0 |
| AINS | 1 | ,0 |
| ambivalence | 1 | ,0 |
| administratif | 1 | ,0 |
| aménagement | 1 | ,0 |
| amour du patient | 1 | ,0 |
| amoxicilline | 1 | ,0 |
| analyse | 1 | ,0 |
| andernos | 1 | ,0 |
| anti-inflammatoires | 1 | ,0 |
| appel | 1 | ,0 |
| apprécié | 1 | ,0 |
| apprentissage | 1 | ,0 |
| appui | 1 | ,0 |
| archétype | 1 | ,0 |
| arrêt maladie | 1 | ,0 |
| artiste | 1 | ,0 |
| assis dans un fauteuil | 1 | ,0 |
| aucune conscience professionnelle | 1 | ,0 |
| aucune idée, pas tellement eu de retour sur ça | 1 | ,0 |
| aucune initiative | 1 | ,0 |
| augmentin | 1 | ,0 |
| augmentin + corticoïdes | 1 | ,0 |
| autocentré | 1 | ,0 |
| avant garde | 1 | ,0 |
| avec sa bite et son couteau | 1 | ,0 |
| averti | 1 | ,0 |
| beaucoup de pathologies | 1 | ,0 |
| belle spécialité | 1 | ,0 |

| | | |
|--|---|----|
| benzodiazépines | 1 | ,0 |
| best | 1 | ,0 |
| bibliothèque | 1 | ,0 |
| bien | 1 | ,0 |
| bilan | 1 | ,0 |
| bon choix | 1 | ,0 |
| bon de transport | 1 | ,0 |
| bon sens | 1 | ,0 |
| bonheur | 1 | ,0 |
| bonne ambiance | 1 | ,0 |
| bonne entente | 1 | ,0 |
| bonne formation | 1 | ,0 |
| bonne maîtrise | 1 | ,0 |
| bonne pâte | 1 | ,0 |
| bonnes horaires | 1 | ,0 |
| bordel | 1 | ,0 |
| bravo | 1 | ,0 |
| bricolage | 1 | ,0 |
| brillant | 1 | ,0 |
| bye bye l'hôpital | 1 | ,0 |
| ça va passer | 1 | ,0 |
| cadre de vie | 1 | ,0 |
| cadrer | 1 | ,0 |
| campagne | 1 | ,0 |
| ce n'est plus ce que c'était | 1 | ,0 |
| certificat de sport | 1 | ,0 |
| certificats | 1 | ,0 |
| chacun trouve la pratique qui lui convient | 1 | ,0 |
| chaîne | 1 | ,0 |
| chamane | 1 | ,0 |
| chance | 1 | ,0 |
| chanceux | 1 | ,0 |
| charge mentale | 1 | ,0 |

| | | |
|---|---|----|
| charitable | 1 | ,0 |
| chef d'entreprise | 1 | ,0 |
| chef d'entreprise | 1 | ,0 |
| chemise | 1 | ,0 |
| chirurgie esthétique | 1 | ,0 |
| choix de carrière | 1 | ,0 |
| classement | 1 | ,0 |
| classique | 1 | ,0 |
| cliché | 1 | ,0 |
| cohésion | 1 | ,0 |
| colloque singulier | 1 | ,0 |
| comme un cardiologue en mieux | 1 | ,0 |
| comment va votre fille/fils ? | 1 | ,0 |
| compassion | 1 | ,0 |
| complaisant | 1 | ,0 |
| complémentaire | 1 | ,0 |
| compromis | 1 | ,0 |
| comptable | 1 | ,0 |
| compte-rendu sortie | 1 | ,0 |
| concret | 1 | ,0 |
| condition de vie | 1 | ,0 |
| conflit vie personnelle vie professionnelle | 1 | ,0 |
| congé | 1 | ,0 |
| connaissances générales | 1 | ,0 |
| connexion | 1 | ,0 |
| consumérisme médical | 1 | ,0 |
| coordination | 1 | ,0 |
| corticoïdes | 1 | ,0 |
| corporatisme | 1 | ,0 |
| correct | 1 | ,0 |
| costume | 1 | ,0 |
| courant | 1 | ,0 |
| courtier | 1 | ,0 |

| | | |
|--|---|----|
| cowboy | 1 | ,0 |
| cpts | 1 | ,0 |
| CPTS | 1 | ,0 |
| craintif | 1 | ,0 |
| créer sa patientèle | 1 | ,0 |
| croisement | 1 | ,0 |
| crucial | 1 | ,0 |
| culture | 1 | ,0 |
| culture médicale | 1 | ,0 |
| d.u. | 1 | ,0 |
| dacia | 1 | ,0 |
| danger | 1 | ,0 |
| de médecin de famille | 1 | ,0 |
| de tous les jours | 1 | ,0 |
| débordés | 1 | ,0 |
| débrouille | 1 | ,0 |
| décharge | 1 | ,0 |
| déconsidéré | 1 | ,0 |
| découverte | 1 | ,0 |
| défilé | 1 | ,0 |
| dégradé | 1 | ,0 |
| délaissé | 1 | ,0 |
| demandé | 1 | ,0 |
| demandes d'examens d'imageries farfelues | 1 | ,0 |
| demi-journée de formation | 1 | ,0 |
| dénigrée | 1 | ,0 |
| dépassé | 1 | ,0 |
| dépression | 1 | ,0 |
| déprimant | 1 | ,0 |
| derniers des mohicans | 1 | ,0 |
| désuétude | 1 | ,0 |
| détente | 1 | ,0 |
| detente | 1 | ,0 |

| | | |
|--|---|----|
| diarrhée | 1 | ,0 |
| disparité | 1 | ,0 |
| distributeur de patient | 1 | ,0 |
| doit passer le flambeau quand ça devient intéressant | 1 | ,0 |
| dossiers | 1 | ,0 |
| douleur | 1 | ,0 |
| durée | 1 | ,0 |
| ecg | 1 | ,0 |
| échec | 1 | ,0 |
| ECN | 1 | ,0 |
| écouté | 1 | ,0 |
| effectif | 1 | ,0 |
| électron libre | 1 | ,0 |
| emphatique | 1 | ,0 |
| en première ligne | 1 | ,0 |
| en ville | 1 | ,0 |
| en voie de disparition | 1 | ,0 |
| encadrement | 1 | ,0 |
| endurance | 1 | ,0 |
| enseignement | 1 | ,0 |
| enseignement post-universitaire | 1 | ,0 |
| entorses | 1 | ,0 |
| entrée | 1 | ,0 |
| entretien | 1 | ,0 |
| envoi aux urgences | 1 | ,0 |
| envoi aux urgences trop facilement | 1 | ,0 |
| ephad | 1 | ,0 |
| épidémies saisonnières | 1 | ,0 |
| évaluer l'urgence | 1 | ,0 |
| évolutivité | 1 | ,0 |
| examen médical | 1 | ,0 |
| examen somatique | 1 | ,0 |
| exclusion | 1 | ,0 |

| | | |
|------------------------------------|---|----|
| exercice libéral | 1 | ,0 |
| exhaustivité | 1 | ,0 |
| expertise | 1 | ,0 |
| explication | 1 | ,0 |
| exploitation | 1 | ,0 |
| explorant facilement les problèmes | 1 | ,0 |
| exploration | 1 | ,0 |
| exposé | 1 | ,0 |
| faite ahh | 1 | ,0 |
| familial | 1 | ,0 |
| fêtard | 1 | ,0 |
| fidèle | 1 | ,0 |
| filtre | 1 | ,0 |
| flou | 1 | ,0 |
| fondamental | 1 | ,0 |
| force | 1 | ,0 |
| fou | 1 | ,0 |
| fragile | 1 | ,0 |
| franc | 1 | ,0 |
| frilosité | 1 | ,0 |
| gardes | 1 | ,0 |
| générosité | 1 | ,0 |
| grand | 1 | ,0 |
| grande offre d'exercice | 1 | ,0 |
| guide | 1 | ,0 |
| héros | 1 | ,0 |
| heures | 1 | ,0 |
| heureux | 1 | ,0 |
| hiérarchie des risques | 1 | ,0 |
| honorable | 1 | ,0 |
| horaire | 1 | ,0 |
| horaires tranquilles | 1 | ,0 |
| horizontalité | 1 | ,0 |

| | | |
|--|---|----|
| horreur | 1 | ,0 |
| hors recommandations | 1 | ,0 |
| hta | 1 | ,0 |
| htav | 1 | ,0 |
| il faut adresser parfois les patients | 1 | ,0 |
| il faut aller aux urgences | 1 | ,0 |
| ils ont tout compris | 1 | ,0 |
| impossibilité de maîtriser l'ensemble de la spécialité | 1 | ,0 |
| imprécis | 1 | ,0 |
| imprévisible | 1 | ,0 |
| improvisation | 1 | ,0 |
| impuissant | 1 | ,0 |
| inabouti | 1 | ,0 |
| inaccomplissement | 1 | ,0 |
| inadapté | 1 | ,0 |
| incompris | 1 | ,0 |
| inconscient | 1 | ,0 |
| indéchiffrable | 1 | ,0 |
| indisponible | 1 | ,0 |
| individuel | 1 | ,0 |
| inégal | 1 | ,0 |
| inégalité | 1 | ,0 |
| information | 1 | ,0 |
| ingérence de la sécurité sociale | 1 | ,0 |
| initiateur | 1 | ,0 |
| initiation | 1 | ,0 |
| injoignable | 1 | ,0 |
| insuffisant | 1 | ,0 |
| intelligence | 1 | ,0 |
| intelligent | 1 | ,0 |
| intense | 1 | ,0 |
| interaction | 1 | ,0 |
| intergénérationnel | 1 | ,0 |

| | | |
|---|---|----|
| intermédiaire | 1 | ,0 |
| internat hors chu | 1 | ,0 |
| interniste de ville | 1 | ,0 |
| introverti | 1 | ,0 |
| irremplaçable | 1 | ,0 |
| isnar img = vendus, rendez nous notre formation | 1 | ,0 |
| jamais au cabinet | 1 | ,0 |
| je prend pas la carte | 1 | ,0 |
| je sais pas | 1 | ,0 |
| jeune | 1 | ,0 |
| job de rêve | 1 | ,0 |
| jours ouvrés | 1 | ,0 |
| jsp | 1 | ,0 |
| la nombreux | 1 | ,0 |
| labeur | 1 | ,0 |
| largué | 1 | ,0 |
| lassitude | 1 | ,0 |
| laxiste | 1 | ,0 |
| lenteur | 1 | ,0 |
| les jeunes souvent meilleurs que les anciens | 1 | ,0 |
| liberté d'activité | 1 | ,0 |
| liberté d'exercice | 1 | ,0 |
| liberté d'installation | 1 | ,0 |
| lit du malade | 1 | ,0 |
| lombalgie | 1 | ,0 |
| long | 1 | ,0 |
| lourd | 1 | ,0 |
| maillon | 1 | ,0 |
| maintien au domicile difficile | 1 | ,0 |
| maison | 1 | ,0 |
| maison médicale | 1 | ,0 |
| Maître de stage universitaire | 1 | ,0 |
| maladies courantes | 1 | ,0 |

| | | |
|---|---|----|
| maladies fréquentes | 1 | ,0 |
| mamie | 1 | ,0 |
| manque de communication | 1 | ,0 |
| manque de pertinence | 1 | ,0 |
| manque de satisfaction intellectuelle | 1 | ,0 |
| maquette d'internat avec trop d'obligations | 1 | ,0 |
| marguerite des compétence | 1 | ,0 |
| marguerite des compétents | 1 | ,0 |
| marrant | 1 | ,0 |
| marre de l'hôpital | 1 | ,0 |
| méconnu | 1 | ,0 |
| médecin traitant | 1 | ,0 |
| médecin plus que généraliste | 1 | ,0 |
| médecine courante | 1 | ,0 |
| médecine de médecin de famille | 1 | ,0 |
| médecine du care | 1 | ,0 |
| médecine du corps et de l'esprit | 1 | ,0 |
| médecine esthétique | 1 | ,0 |
| médecine lente | 1 | ,0 |
| médecine parallèle | 1 | ,0 |
| médiatisé | 1 | ,0 |
| méga stylé | 1 | ,0 |
| meilleur métier du monde | 1 | ,0 |
| meilleure spécialité | 1 | ,0 |
| mémoire des patients | 1 | ,0 |
| mérite | 1 | ,0 |
| merveilleux | 1 | ,0 |
| merveilleux métier | 1 | ,0 |
| milieu de vie | 1 | ,0 |
| militaire | 1 | ,0 |
| mission | 1 | ,0 |
| mixte | 1 | ,0 |
| mlb | 1 | ,0 |

| | | |
|---|---|----|
| mobilité | 1 | ,0 |
| modification de l'exercice | 1 | ,0 |
| moins contraignant | 1 | ,0 |
| moins de prise de risques | 1 | ,0 |
| moins intéressant | 1 | ,0 |
| moins prenante | 1 | ,0 |
| moins universitaire | 1 | ,0 |
| moitié des médecin | 1 | ,0 |
| moitié des médecins | 1 | ,0 |
| motif de consultation plus ou moins essentiel | 1 | ,0 |
| motivé | 1 | ,0 |
| mou | 1 | ,0 |
| msp | 1 | ,0 |
| multi-sites | 1 | ,0 |
| n'est pas assez rappelé par l'hôpital | 1 | ,0 |
| n'examine pas les patients | 1 | ,0 |
| ne me plaît pas | 1 | ,0 |
| ne prend pas de risque | 1 | ,0 |
| nécessaire | 1 | ,0 |
| négligeant | 1 | ,0 |
| ni bon ni mauvais | 1 | ,0 |
| no-go-zone | 1 | ,0 |
| nombreuses prescriptions | 1 | ,0 |
| non hospitalier | 1 | ,0 |
| non stressé | 1 | ,0 |
| normaux | 1 | ,0 |
| notable | 1 | ,0 |
| nouvelle spécialité | 1 | ,0 |
| obligation | 1 | ,0 |
| observation | 1 | ,0 |
| occupé | 1 | ,0 |
| ok | 1 | ,0 |
| ont des intérêt non médicaux | 1 | ,0 |

| | | |
|---|---|----|
| opex (pour les santards) | 1 | ,0 |
| optimiser son temps | 1 | ,0 |
| oublie de la clinique | 1 | ,0 |
| ouf | 1 | ,0 |
| overdose de relation médecin-patient | 1 | ,0 |
| parents | 1 | ,0 |
| parfois compliqué aux urgences | 1 | ,0 |
| partage | 1 | ,0 |
| partout | 1 | ,0 |
| pas assez | 1 | ,0 |
| pas assez de pratique | 1 | ,0 |
| pas ce qui me correspond | 1 | ,0 |
| pas compétent partout | 1 | ,0 |
| pas consciencieux | 1 | ,0 |
| pas d'hôpital publique | 1 | ,0 |
| pas d'hôpital | 1 | ,0 |
| pas de blouse | 1 | ,0 |
| pas de confort de vie | 1 | ,0 |
| pas de pression au ecn | 1 | ,0 |
| pas médecin | 1 | ,0 |
| pas prise de tête | 1 | ,0 |
| pas stressant | 1 | ,0 |
| pas toujours prompt à solliciter des avis | 1 | ,0 |
| pas universitaire | 1 | ,0 |
| passe la main des que c'est intéressant | 1 | ,0 |
| passif | 1 | ,0 |
| pathologies fréquentes | 1 | ,0 |
| pathologies non urgentes | 1 | ,0 |
| pénibilité | 1 | ,0 |
| périphérique | 1 | ,0 |
| permanence | 1 | ,0 |
| permanence de soins ambulatoires | 1 | ,0 |
| petite main | 1 | ,0 |

| | | |
|--|---|----|
| peu de considération | 1 | ,0 |
| peu de travail | 1 | ,0 |
| peu de travailleur | 1 | ,0 |
| peu disponible | 1 | ,0 |
| peu résistant | 1 | ,0 |
| peuple | 1 | ,0 |
| plaintif | 1 | ,0 |
| plein de vacances | 1 | ,0 |
| pleins de postes | 1 | ,0 |
| pluridisciplinaire | 1 | ,0 |
| point clé | 1 | ,0 |
| Poly-médication | 1 | ,0 |
| polymorphe | 1 | ,0 |
| population générale | 1 | ,0 |
| possibilité de suivre et approfondir le dossier des patient | 1 | ,0 |
| possible pour tout le monde | 1 | ,0 |
| post-urgences | 1 | ,0 |
| poufsouffle | 1 | ,0 |
| pourquoi pas | 1 | ,0 |
| précarité | 1 | ,0 |
| premier pas | 1 | ,0 |
| premier plan | 1 | ,0 |
| premiers soins | 1 | ,0 |
| prend ce qu'il reste | 1 | ,0 |
| prétentieux | 1 | ,0 |
| prise en charge | 1 | ,0 |
| privilegié | 1 | ,0 |
| probabiliste | 1 | ,0 |
| projets | 1 | ,0 |
| prolixité | 1 | ,0 |
| psycho-social | 1 | ,0 |
| psycho-somatique | 1 | ,0 |
| pyvalone | 1 | ,0 |

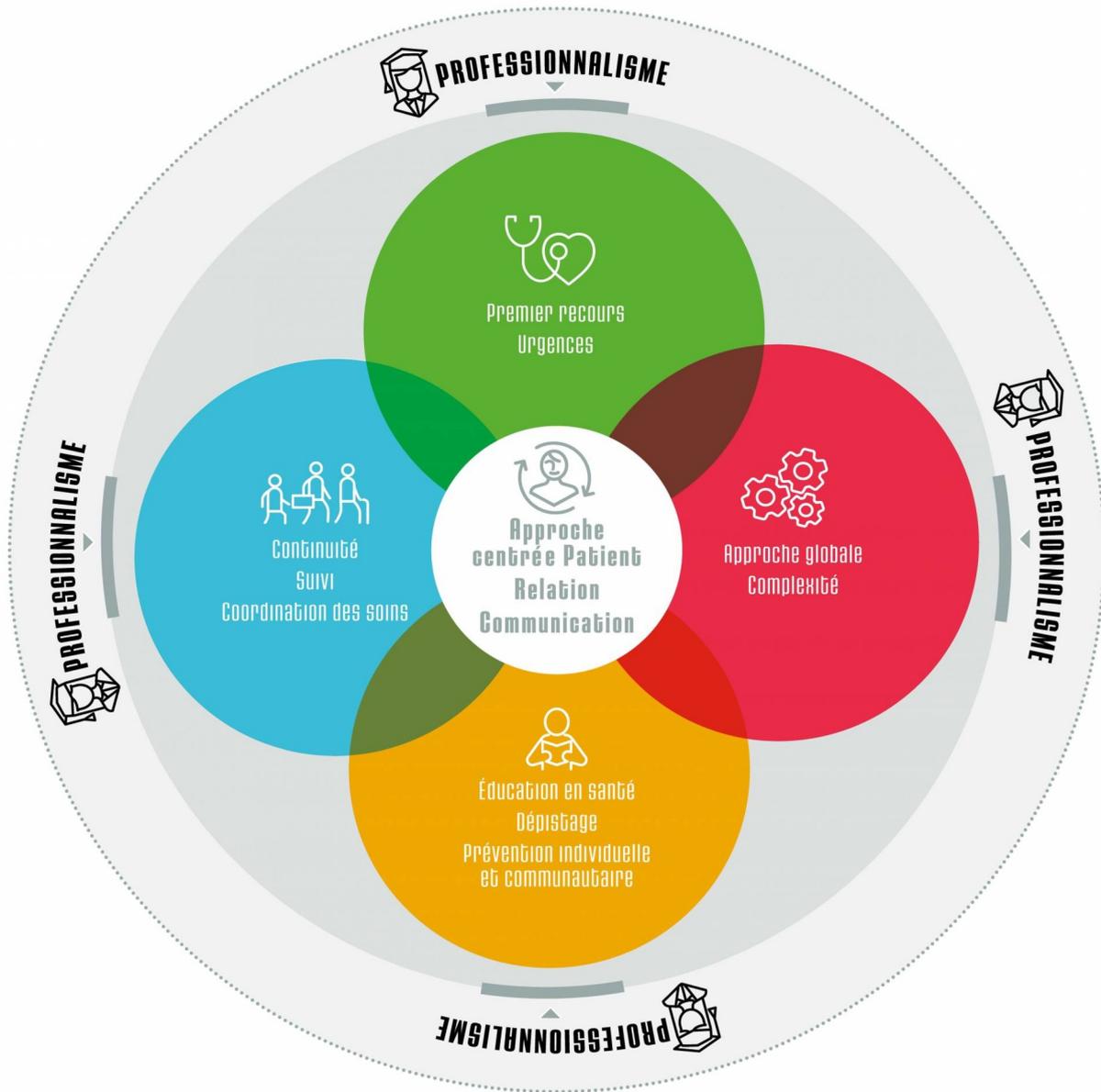
| | | |
|---------------------------------------|---|----|
| queue | 1 | ,0 |
| rare | 1 | ,0 |
| ras | 1 | ,0 |
| rassembleur | 1 | ,0 |
| réactualisation perpétuelle | 1 | ,0 |
| rébarbatif | 1 | ,0 |
| reçoit les courriers des spécialistes | 1 | ,0 |
| reconnaissance | 1 | ,0 |
| réconfortant | 1 | ,0 |
| recours | 1 | ,0 |
| recours exagéré | 1 | ,0 |
| réflexe | 1 | ,0 |
| régularité | 1 | ,0 |
| réhabilitation | 1 | ,0 |
| relais ville-hôpital | 1 | ,0 |
| relation patient-médecin | 1 | ,0 |
| relation privilégiée | 1 | ,0 |
| remise en question de sa pratique | 1 | ,0 |
| remord | 1 | ,0 |
| rémunération | 1 | ,0 |
| rentabilité | 1 | ,0 |
| reparti | 1 | ,0 |
| repérer | 1 | ,0 |
| résident | 1 | ,0 |
| restreint | 1 | ,0 |
| résultat de consultation | 1 | ,0 |
| résumé | 1 | ,0 |
| retard diagnostic | 1 | ,0 |
| retraite | 1 | ,0 |
| rêve d'enfant | 1 | ,0 |
| revenu en fonction du travail | 1 | ,0 |
| rhumatologie | 1 | ,0 |
| risqué | 1 | ,0 |

| | | |
|--|---|----|
| rsca | 1 | ,0 |
| rythme choisi | 1 | ,0 |
| rythme lent | 1 | ,0 |
| rythme soutenu | 1 | ,0 |
| sait repérer les dangers | 1 | ,0 |
| sait tout de rien | 1 | ,0 |
| salaire | 1 | ,0 |
| salle d'attente | 1 | ,0 |
| sans blouse | 1 | ,0 |
| sans gravité | 1 | ,0 |
| sans préjugé | 1 | ,0 |
| sans prise de tête | 1 | ,0 |
| saspas | 1 | ,0 |
| savoir adresser | 1 | ,0 |
| savoir repérer les 10% grave | 1 | ,0 |
| sélectionner sa patientèle | 1 | ,0 |
| semi-urbain | 1 | ,0 |
| sérénité | 1 | ,0 |
| service public | 1 | ,0 |
| si ça va pas faite le 15 | 1 | ,0 |
| simgo | 1 | ,0 |
| sincère | 1 | ,0 |
| socialiste | 1 | ,0 |
| sociologie | 1 | ,0 |
| soldat | 1 | ,0 |
| solidarité | 1 | ,0 |
| solitude | 1 | ,0 |
| souhait de ne pas faire que de la médecine | 1 | ,0 |
| souplesse | 1 | ,0 |
| source | 1 | ,0 |
| sourire | 1 | ,0 |
| spécialité amenée a changer | 1 | ,0 |
| spécialité pas du tout faite pour moi | 1 | ,0 |

| | | |
|--|---|----|
| spontanéité | 1 | ,0 |
| stabilité | 1 | ,0 |
| stage chez le praticien | 1 | ,0 |
| statistiques | 1 | ,0 |
| stigmatisé | 1 | ,0 |
| stimulant | 1 | ,0 |
| streptotest | 1 | ,0 |
| support | 1 | ,0 |
| sur | 1 | ,0 |
| Sur-spécialité | 1 | ,0 |
| surhomme | 1 | ,0 |
| survoler | 1 | ,0 |
| synthèse | 1 | ,0 |
| systemique | 1 | ,0 |
| taxes | 1 | ,0 |
| temps de travail | 1 | ,0 |
| tendance à ne pas rediriger vers les spécialistes | 1 | ,0 |
| territoire | 1 | ,0 |
| territorial | 1 | ,0 |
| thermomètre | 1 | ,0 |
| thèse chill | 1 | ,0 |
| totipotent | 1 | ,0 |
| toubib | 1 | ,0 |
| tout traiter | 1 | ,0 |
| tout types de patients | 1 | ,0 |
| traitements inutiles | 1 | ,0 |
| transmission | 1 | ,0 |
| traumatologie | 1 | ,0 |
| travail rarement au sein d'un hôpital | 1 | ,0 |
| triste | 1 | ,0 |
| trompeur | 1 | ,0 |
| trop de mots | 1 | ,0 |
| trop général | 1 | ,0 |

| | | |
|------------------|---|----|
| twitter | 1 | ,0 |
| ubiquitaire | 1 | ,0 |
| ubiquité | 1 | ,0 |
| universel | 1 | ,0 |
| ursaff | 1 | ,0 |
| utiles | 1 | ,0 |
| vague | 1 | ,0 |
| variabilité | 1 | ,0 |
| versatile | 1 | ,0 |
| veste | 1 | ,0 |
| vidal | 1 | ,0 |
| vie réelle | 1 | ,0 |
| vie sociale | 1 | ,0 |
| vigilance | 1 | ,0 |
| village | 1 | ,0 |
| ville ou village | 1 | ,0 |
| viral | 1 | ,0 |
| voiture | 1 | ,0 |
| vrai médecin | 1 | ,0 |
| vu d'en haut | 1 | ,0 |
| vu fréquemment | 1 | ,0 |

7.4 Annexe 4 : Marguerite des compétences (31)



TITRE DE LA THÈSE : REPRÉSENTATION SOCIALE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU SEIN DE LA POPULATION MÉDICALE

AUTEUR : TRUONG LINH-NAM

RÉSUMÉ :

Introduction : Le nombre de Médecins Généralistes en France a baissé de 9 % depuis 2010 et va continuer à décroître d'ici 2025. Il est donc important d'améliorer l'image du Médecin Généraliste chez les étudiants en médecine pour augmenter l'attractivité de la spécialité. Objectif : Étudier la Représentation Sociale (RS) du Médecin Généraliste au sein de la population médicale. Méthode : Nous avons diffusé un questionnaire demandant d'écrire 4 mots ou expressions par ordre d'importance (méthode d'évocation) faisant penser au Médecin Généraliste. Nous avons déterminé les thématiques de la RS et analysé son noyau central. Une note de 1 à 5 a été donnée à la RS à chaque répondant (de très positive à très négative). Résultats : 4701 réponses complètes ont été retenues avec 18804 mots. La somme des facteurs retenus à l'issue de l'analyse factorielle des correspondances représente 66.7% de la variance totale. La RS du Médecin Généraliste est divisée en 4 thèmes : ses qualités personnelles et professionnelles, ses traits négatifs, ses rôles et son quotidien. Le Médecin Généraliste type serait un médecin de famille, de premier recours, polyvalent et à l'écoute. Discussion : un nombre important de réponses a été obtenu, de l'étudiant de première année de médecine au médecin retraité, venant de toute la France. Les résultats obtenus se rapprochent d'études locales et internationales, ce qui suppose une représentation universelle du Médecin Généraliste. Conclusion : même si la RS du Médecin Généraliste semble positive au sein de la population Médicale, il persiste une part de représentation négative dont il faudra tenir compte pour augmenter l'attractivité de la Médecine Générale.

Mots Clés : Médecins Généraliste, Représentation Sociale, Population Médicale, Analyse factorielle des correspondances, Noyau Central