



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD-LYON 1

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD CHARLES MÉRIEUX

Année 2016

N°

THÈSE

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE,
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le **5 Avril 2016**

Par **Valentine BEAUDENUIT épouse CATHERINE**

Née le 26 Juin 1985, à Orléans (45)

**Représentation sociale des médecins généralistes dans le Rhône
et lien avec les comportements de santé des patients**

JURY

Président : Pr Alain MOREAU

Directeur de thèse : Dr Jean DE VAUGELADE DU BREUILLAC

Co-directeur : Pr Yves ZERBIB

Pr Philippe MICHEL

Dr Marc CHANELIÈRE

Dr Gabriela CIUPERCA

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2014-2015

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Études Médicales	François-Noël GILLY
. Directeur Général des Services	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Bruno GUIDERDONI

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Épidémiologie, Économie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Éric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L.

DES PORTES DE LA FOSSE Vincent
ECHOCHARD René
FESSY Michel-Henri
FLANDROIS Jean-Pierre
FRANCK Nicolas
FREYER Gilles
GEORGIEFF Nicolas
GIAMMARILE Francesco
GLEHEN Olivier
JOUANNEAU Emmanuel
KIRKORIAN Gilbert
LANTELME Pierre
LEBECQUE Serge
LINA Gérard
LLORCA Guy
LONG Anne
LUAUTE Jacques
MAGAUD Jean-Pierre
PEYRON François
PICAUD Jean-Charles
PIRIOU Vincent
POUTEIL-NOBLE Claire
PRACROS J. Pierre
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
SAURIN Jean-Christophe
TEBIB Jacques
THOMAS Luc
TRILLET-LENOIR Véronique

Pédiatrie
Bio-statistiques
Anatomie
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Psychiatrie Adultes
Cancérologie ; Radiothérapie
Pédopsychiatrie
Biophysique et Médecine nucléaire
Chirurgie Générale
Neurochirurgie
Cardiologie
Cardiologie
Biologie Cellulaire
Bactériologie
Thérapeutique
Chirurgie vasculaire
Médecine physique et Réadaptation
Hématologie ; Transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pédiatrie
Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Néphrologie
Radiologie et Imagerie médicale
Biochimie et Biologie moléculaire
Hépatogastroentérologie
Rhumatologie
Dermato -Vénérologie
Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric
BOHE Julien
BOULETREAU Pierre
CHAPET Olivier
CHOTEL Franck
COTTE Eddy
DAVID Jean Stéphane
DEVOUASSOUX Gilles
DISSE Emmanuel
DORET Muriel
DUPUIS Olivier
FARHAT Fadi
FEUGIER Patrick
FRANCO Patricia
GHESQUIERES Hervé
KASSAI KOUPAI Berhouz

Neurochirurgie
Réanimation urgence
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Cancérologie, radiothérapie
Chirurgie Infantile
Chirurgie générale
Anesthésiologie et Réanimation urgence
Pneumologie
Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie Vasculaire
Physiologie
Hématologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique

LASSET Christine
LEGER FALANDRY Claire
LIFANTE Jean-Christophe
LUSTIG Sébastien
MOJALLAL Alain-Ali
NANCEY Stéphane
PAPAREL Philippe
PIALAT Jean-Baptiste
POULET Emmanuel
REIX Philippe
RIOUFFOL Gilles
SALLE Bruno

SANLAVILLE Damien
SERVIEN Elvire
SEVE Pascal
TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
THOBOIS Stéphane
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
TRONC François
WALLON Martine
WALTER Thomas

Épidémiologie., éco. santé
Médecine interne, gériatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie. Orthopédique,
Chirurgie. Plastique.,
Gastro Entérologie
Urologie
Radiologie et Imagerie médicale
Psychiatrie Adultes
Pédiatrie
Cardiologie
Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction
Génétique
Chirurgie Orthopédique
Médecine Interne, Gériatrique
Thérapeutique
Physiologie
Neurologie
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique et cardio.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène
LESURTEL Mickaël
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Chirurgie générale
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES -
MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS
HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Éric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS
HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D’ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS
HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie

DESESTRET Virginie
FRIGGERI Arnaud
LEGA Jean-Christophe
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
NOSBAUM Audrey
VUILLEROT Carole

Cytologie – Histologie
Anesthésiologie
Thérapeutique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie – Histologie
Cardiologie
Immunologie
Médecine Physique
Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

ANNAT Guy
BELLON Gabriel
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
FABRY Jacques
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PERRIN Paul

Physiologie
Pédiatrie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Épidémiologie
Chirurgie Orthopédique
Pneumologie
Urologie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :	Monsieur le Professeur Alain MOREAU
1 ^{er} assesseur :	Monsieur le Professeur Philippe MICHEL
2 ^{ème} assesseur et co-directeur :	Monsieur le Professeur Yves ZERBIB
3 ^{ème} assesseur :	Monsieur le Docteur Marc CHANELIÈRE
4 ^{ème} assesseur et directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Jean DE VAUGELADE DU BREUILLAC
Membre invité :	Madame la Docteur Gabriela CIUPERCA

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Merci pour le temps accordé à ce travail et pour l'honneur que vous me faites en participant à mon jury de thèse. Vous vous êtes tous montrés intéressés par ce sujet et j'espère que le travail sera à la hauteur de vos attentes. Votre expérience et vos expertises spécifiques apporteront une critique constructive dans la perspective d'apporter une réponse pluridisciplinaire à ce questionnement.

À Monsieur le Docteur Jean DE VAUGELADE DU BREUILLAC

Je voulais sincèrement faire des recherches sur la représentation sociale des médecins généralistes et ta propre thèse m'a convaincue de la faisabilité et de l'intérêt majeur de ce type de travail pour la médecine générale. Merci d'avoir cru en mon travail au point de le diriger. Je n'en espérais pas tant quand je t'ai contacté et aujourd'hui je suis très heureuse du résultat de nos efforts conjoints. Par ton expertise tu as su orienter et structurer mes recherches. Merci pour tes explications, ta patience, ta pédagogie. Merci pour ton investissement sans limite dans ce travail. Merci pour la finesse de ton jugement. Merci pour ton soutien tout au long du processus. J'admire ton investissement dans le domaine des représentations sociales et j'espère que tu seras fier du travail que nous avons réalisé ensemble.

À Monsieur le Docteur Sylvain DERNAT

Tu as été le premier sociologue à m'aider alors que mon travail n'en était qu'à ses balbutiements. Merci pour tes conseils qui m'ont permis d'élaborer précisément ce sujet de thèse.

À Claire PERRET et Anthony KREDOUDA

Merci pour votre efficacité, votre capacité d'adaptation, votre investissement. Merci également pour votre simplicité, votre disponibilité, votre bonne humeur (et vos conseils sur les anti-virus !). Et enfin merci de m'avoir guidée dans le milieu inhospitalier des statistiques!

Aux médecins qui ont participé à cette étude

La majorité d'entre vous étaient sortis du domaine universitaire depuis longtemps pourtant vous avez tous accepté de participer aux recherches avec une rapidité, une curiosité et un enthousiasme qui m'ont touchée. Merci de m'avoir fait confiance en m'ouvrant les portes de votre cabinet. Je ne sais pas si ce travail correspond bien à l'idée que vous vous en faisiez mais j'espère en toute modestie qu'il vous aidera à mieux appréhender les représentations que les patients partagent sur notre profession, et qu'il vous sera utile dans votre pratique.

Aux patients qui ont participé

J'espère que mon travail aura agréablement comblé l'attente qui a précédé leur consultation. Je les remercie d'avoir pris le temps de lire et participer à ce travail, alors qu'ils n'en connaissaient pas complètement les tenants et les aboutissants.

Aux médecins qui ont marqué ma pratique pour toujours

Merci Sophie de m'avoir montré la combinaison parfaite de douceur, de bienveillance et d'exigence. Tu es le modèle auquel je dois tendre. Merci à vous de m'avoir accueillie avec tant de simplicité, de spontanéité et de chaleur.

À mes amis

À ceux que j'ai connus et que je ne vois plus et à ceux que je vois encore mais pas assez souvent (et à ceux que je me promets de revoir bientôt). Ce travail clôt le long chapitre des études de médecine (chapitre qui aura duré 13 ans !), mais je me rappelle de chacun de vous : des révisions de la P1 aux premiers remplacements en cabinet en passant par le premier TP d'anatomie, les journées BU, BM, les cafés à la machine, le stress des ECN, encore des cafés à la machine et les journées de 12h de l'internat, je vous revois toujours à mes côtés. Merci d'avoir été une 2^{ème} famille pour moi.

Merci à Fanny, William, Logan, Naïs, Lilou, Céline et Vecheak

À ma famille

Vous êtes dispersés un peu partout en Europe et vos efforts pour assister à ma soutenance m'ont surprise et émue. Merci pour votre patience, votre amour et votre soutien qui m'ont portée jusque-là. Et Dieu sait que la route a été longue... Vous avez toujours été fiers de moi quelle que soit la voie que j'aie choisie. Moi aussi je suis fière d'être votre petite-fille, votre fille, votre sœur, votre filleule, votre tante, votre épouse et mère. Je vous aime et je vous remercie.

Représentation sociale des médecins généralistes dans le Rhône
et lien avec les comportements de santé des patients

TITRE :

Représentation sociale des médecins généralistes dans le Rhône et lien avec les comportements de santé des patients.

RÉSUMÉ :

La masse d'informations, de discours parfois contradictoires au sujet des médecins généralistes nous a poussés à nous interroger sur la réalité de leur représentation auprès des Français. Les représentations sociales constituent une approche sociocognitive innovante pour appréhender cette image. Sur un plan instrumental, elles permettent de faire le lien avec les comportements de santé des patients à travers la notion de pratiques sociales.

Pour mettre en évidence le contenu et la structure de la représentation, nous avons élaboré un questionnaire recueillant l'accord des patients consultant dans 10 cabinets de médecine générale répartis dans le Rhône, sur une série de 36 items issus d'entretiens préalables, rigoureusement sélectionnés dans la littérature. Nous avons traité ces données par une analyse en composantes principales et une analyse de similitude.

Conformément au modèle bidimensionnel de P. Moliner, le champ représentationnel était organisé autour d'une dimension centrale/périphérique et d'une dimension évaluative/descriptive. Le médecin était défini comme un professionnel bienveillant, guidant les patients dans le parcours de soin. La confiance, base de la relation, constituait la norme. Les éléments relatifs à la compétence thérapeutique et à la responsabilité sociale du médecin constituaient des éléments de description périphériques, qui traduisaient les qualités relationnelles en actions concrètes. La disponibilité, l'attention portée au patient et l'écoute appartenaient au champ des attentes et déterminait les prises de position globales des individus dans la représentation. Enfin, les éléments relatifs aux contingences du métier, s'ils n'étaient pas exclus de la représentation, apparaissaient très périphériques. La structure de la RS semblait également sous-tendue au niveau idéologique par les thèmes Soi/Autruï et Société/Individu. Nos résultats montraient une différence de positionnements des sujets selon certaines composantes de la distance à l'objet. Nous avons mis en évidence un lien entre la représentation et certains comportements de santé, probablement pensés et exécutés en lien avec le médecin généraliste (pratiques sociales) ou tout du moins en lien avec le système de santé (vaccination antigrippale et modes de recours au soin).

Notre travail rejoignait la représentation de la maladie de C. Herzlich dans l'opposition Société/Individu et situait le médecin généraliste comme un médiateur entre ces 2 entités. Enfin, il formalisait l'aspect fondamental de « l'approche centrée patient » dans l'établissement d'une relation de confiance, socle d'une alliance thérapeutique optimale.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLÉS : Représentation sociale; Sociologie de la santé; Relation médecin patient; Comportement de santé

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE :

Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon-Sud: 165, chemin du Petit Revoyet - BP 12 69921 OULLINS CEDEX

TITLE :

GPs' social representation in the Rhône county and relations with the patients' health behaviours.

ABSTRACT :

The mass of information and speeches, sometimes contradictory, about GPs led us to wonder about the reality of their representation in the French people's minds. Social representations formed a double innovative social-cognitive approach to apprehend this image. On an instrumental level, it allowed us to relate with the patients' health behaviours, through the notion of social practices.

To highlight the contents and the structure of the representation, we drew up a questionnaire collecting the agreement of the patients of 10 general practice offices across the Rhône County, on a series of 36 items from prior interviews, strictly selected in the literature. We have treated these data by principal component analysis and an analysis of similarity.

In accordance with the two-dimensional model of P. Moliner, the representational field was organized around a central/peripheral dimension and a descriptive/evaluative dimension. The doctor was regarded as a benevolent professional, guiding patients in the course of medical care. Confidence, the basis for such a relationship, was the standard. The elements relating to the therapeutic competence and social responsibility of the doctor were considered as peripheral elements, which would reflect the relational qualities into concrete action. The availability of the physician was part of strongly expressed expectations and determined the overall positions taken by individuals in the representation. Finally, the elements relating to the contingencies of the doctor's profession, though they were not excluded from the representation, appeared rather out-of-the-way.

As a matter of fact, the thémata Self/Others and Society/Individual seemed to underlie behind the structure of the social representation on an ideological level. Our results showed that subjects positioned themselves differently depending on certain components of the distance to the object. We have highlighted a link between representation and certain health behaviors, probably thought and executed in connection with the general practitioner (social practices) or at least in relation to the health system (vaccination against influenza and ways of use of the care).

Our study was very close to C. Herzlich's disease representation in the Society/Individual opposition. It placed the practitioner as a mediator between these two entities. Finally, it formalized the fundamental of "Patient-centred approach" in the establishment of a relationship of trust, which is the base of an optimal therapeutic alliance.

DISCIPLINE : Médecine générale

KEY-WORDS : Social representation; Health sociology; Doctor-patient relationship; Health behaviour

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE :

Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon-Sud: 165, chemin du Petit Revoyet - BP 12 69921 OULLINS CEDEX

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	18
I. INTRODUCTION	19
REPRÉSENTATIONS SOCIALES, REPRÉSENTATIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	21
A. La psychologie sociale et l'étude des représentations sociales.....	21
B. Distance à l'objet, représentations sociales et pratiques sociales.....	23
1. Lien entre distance à l'objet et représentation	23
2. Lien entre représentation et pratiques sociales : l'implication	24
3. Schématisation des régulations entre distance à l'objet, représentations et pratiques sociales	25
4. Enjeux sociaux et psycho-sociaux associés à la représentation sociale du médecin généraliste	27
C. Représentations sociales des médecins généralistes : données de la littérature	28
1. Étude de J. du Breuillac	29
2. Synthèse des études qualitatives par <i>focus-groups</i>	30
3. Synthèse des autres études	31
D. Questions de recherche, hypothèses de travail et objectifs d'étude	33
II. MATÉRIELS et MÉTHODES	35
A. Échantillonnage	35
1. Choix des cabinets	35
2. Recueil des données	36
3. Considérations éthiques	37
B. Construction du questionnaire	38
1. Présentation du travail aux réponders	38
2. Plan du questionnaire	39
3. 1 ^{ère} partie : représentation sociale des médecins généralistes	39
4. 2 ^{ème} partie : distance à l'objet	44
5. 3 ^{ème} partie : comportements de santé	46
C. Analyses statistiques	47
1. Objectifs principaux : analyse en composantes principales et analyse de similitude	47
2. Objectifs secondaires : classification ascendante hiérarchique et tests du khi deux.. ..	50

III. RÉSULTATS	52
A. Échantillon.....	52
1. Nombre et qualités des réponses.....	52
2. Caractéristiques et représentativité	52
B. Objectifs principaux	56
1. Objectif n°1 : contenu et structure de la représentation.....	56
a. Structure factorielle et représentation selon P. Moliner	59
b. Arbre maximal de Kruskal	65
2. Objectif n°2 : repérage, identification et caractérisation de sous-groupes de sujets... 69	
a. Repérage : les sous-classes 3a et 3b	69
b. Identification : les sous-groupes DispoMIN et DispoMAX	72
c. Caractérisation des sous-groupes	73
C. Objectifs secondaires.....	76
1. Objectif n°3 : lien entre représentation et distance à l'objet.....	76
2. Objectif n°4 : lien entre représentation et comportements de santé.....	79
IV. DISCUSSION	83
A. Profil de l'échantillon.....	83
B. Interprétation et discussion des résultats	86
1. Objectifs n°1 et 2 : la représentation est structurée par les oppositions Soi/Autruï et Société/Individu	86
2. Objectif n°3 : la représentation est liée à la distance à l'objet.....	104
3. Objectif n°4 : la représentation est liée aux comportements de santé des patients... 106	
C. Forces et limites de l'étude.....	110
1. Forces.....	110
2. Limites	110
D. Questions ouvertes et irrésolues	113
V. CONCLUSIONS	115
RÉFÉRENCES	116
GLOSSAIRE	123
ANNEXES	126
Annexe 1 : Répartition, distribution et retour des questionnaires	127
Annexe 2 : Source des items retenus dans le questionnaire	128
Annexe 3 : Questionnaire final.....	129
Annexe 4 : Exemple d'une ACP dans l'étude d'une représentation sociale	133
Annexe 5 : Matrice de similitude	134
Annexe 6 : Arbre de CAH et classes de sujets dans le plan factoriel.....	135
Annexe 7 : Comparaison des moyennes des items entre les sous-groupes	136

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<u>Figure 1</u> : Schématisation des liens entre représentations et pratiques sociales	25
<u>Tableau 1</u> : Études utilisées pour la construction du questionnaire	40
<u>Tableau 2</u> : Classement et explication des items retenus pour le questionnaire	43
<u>Tableau 3a</u> : Caractéristiques démographiques dans l'échantillon et dans la population générale du Rhône	53
<u>Tableau 3b</u> : Zones d'habitation dans l'échantillon	53
<u>Figure 2a</u> : Répartition des effectifs de l'échantillon selon l'âge	54
<u>Figure 2b</u> : Répartition de l'échantillon et de la population générale par tranches d'âge	54
<u>Figure 3</u> : Répartition de l'échantillon et de la population générale selon le genre	55
<u>Figure 4</u> : Répartition de l'échantillon et de la population générale selon la catégorie professionnelle	55
<u>Figure 5</u> : Box-plots.....	56
<u>Tableau 4</u> : Classement des items selon le score moyen décroissant de valorisation (en valeur absolue), moyenne, écart-type et valeurs extrêmes pour chaque item	57
<u>Figure 6</u> : Analyse parallèle de Horn.....	60
<u>Tableau 5</u> : Structure factorielle de la RS: contribution des items aux 2 CP de la RS.....	61
<u>Figure 7</u> : Cercle des corrélations et projection des variables dans le plan des 2 CP.....	62
<u>Figure 8</u> : Projection des variables dans le plan des 2 CP après rotation Varimax.....	65
<u>Figure 9</u> : Arbre maximal issu de la matrice de similitude	67
<u>Figure 10</u> : Cliques à 3 éléments minimum au seuil de 0,50	68
<u>Tableau 6</u> : Les 4 classes de sujets issues de la CAH et leurs proportions	70
<u>Figure 11</u> : Premier plan factoriel : projection des barycentres des classes de sujets et des secteurs sur le plan des 2 CP	71
<u>Figure 12a</u> : Courbe des réponses pour l'item 10inv (répartition bimodale)	72
<u>Figure 12b</u> : Courbe des réponses pour l'item 23inv (répartition bimodale).....	72
<u>Tableau 7</u> : Sous-groupes DispoMIN et MAX identifiés par l'item 10inv, proportions et positionnements des sujets sur les 2 CP de la RS.....	73
<u>Figure 13</u> : Arbre maximal avec mise en évidence des items corrélés à l'item 10inv	74
<u>Figure 14</u> : Lien entre RS et niveau de connaissance.....	77
<u>Figure 15</u> : Lien entre RS et suivi régulier	77
<u>Figure 16</u> : Lien entre RS et délais d'obtention d'un rendez-vous.....	78
<u>Figure 17</u> : Lien entre RS et degré perçu de prise en compte de la parole des patients	78
<u>Figure 18</u> : Lien entre RS et vaccination antigrippale.....	80
<u>Figure 19</u> : Lien entre RS et recours aux urgences.....	80
<u>Figure 20</u> : Lien entre RS et renoncement aux soins.....	81
<u>Figure 21</u> : Lien entre RS et recherche d'information complémentaire.....	81
<u>Figure 22</u> : Lien entre RS et automédication sans consultation	82
<u>Tableau 8</u> : Modèle bidimensionnel de P. Moliner	91
<u>Figure 23</u> : RS du MG selon le modèle bidimensionnel de P. Moliner	93

ABRÉVIATIONS

ACP : Analyse en Composantes Principales

AMM : Agence Médicale Mondiale

ANOVA : abréviation du terme anglais *ANalysis Of VAriance* pour analyse de variance

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

AT : Arrêt de Travail

BVA : institut d'études de marché et d'opinion français Brûlé Ville et Associé (noms des fondateurs)

CAH : Classification Ascendante Hiérarchique

CeRCA : Centre de Recherches sur la Cognition et l'Apprentissage

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CP : Composante Principale

DO : Distance à l'Objet

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

ETP : Équivalent Temps Plein

FMC : Formation Médicale Continue

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPSOS : institut de sondage français et société internationale de marketing d'opinion

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

MG : Médecin Généraliste

QCM : Question à Choix Multiples

RAM : Réunion des Arbres Maximaux

RS : Représentation Sociale

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

SITN (Master) : Statistiques Informatique et Techniques Numériques

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

VD : Variable Dépendante

VI : Variable Indépendante

I. INTRODUCTION

La médecine générale, à l'image de notre société, a fortement évolué depuis les années 60, modelée par les différentes réformes mises en œuvre pour l'adapter aux besoins des patients. À l'inverse, certains changements n'ont pas fait suite à des revendications sociales mais furent imposés aux patients, notamment l'évolution de la démographie médicale, en partie responsable de la raréfaction de l'offre de soins: féminisation, diminution du *numerus clausus*, diversification des pratiques médicales, salarisation des médecins généralistes (1). En outre, les progrès scientifiques du XX^{ème} siècle ont provoqué une influence croissante de l'industrie pharmaceutique dans la vie quotidienne (2). L'allongement de l'espérance de vie des Français a été relativisée par la médiatisation de plusieurs 'scandales' pharmaceutiques¹, impliquant indirectement les généralistes en tant que prescripteurs (3).

Alors qu'en est-il de l'image du médecin généraliste aujourd'hui ? A-t-elle souffert des scandales pharmaceutiques ou des stratégies de régulation du temps de travail mises en place par les nouvelles générations de médecins (4) ? M. Winckler résume ce questionnement : « un gouffre sépare l'idéal de médecine générale de la réalité » (5).

En tant que simple citoyenne, j'ai plus d'une fois été surprise dans mon entourage par un discours déplorant le manque de disponibilité des médecins généralistes, regrettant leur manque d'investissement, aussi bien quantitatif (temporel) que qualitatif (attention, écoute, intérêt), et critique à l'égard des prescriptions médicamenteuses excessives. Ma curiosité m'a poussée à m'interroger sur ce discours stéréotypé, copié-collé des discours diffusés par les médias, et presque totalement absent dans ma pratique au cabinet médical : fait-il vraiment partie de l'image que les patients ont des médecins généralistes ? Ce questionnement m'a naturellement menée sur le terrain de la psychologie sociale jusqu'à la notion de représentation sociale.

En quoi est-il utile de connaître la représentation sociale du médecin généraliste (à part satisfaire sa curiosité) ? Il s'agit d'une nouvelle approche de la médecine générale : la sociologie a beaucoup étudié le médecin généraliste sous un angle sociopolitique² (6) et la psychologie de la santé a étudié la relation médecin-malade à travers le colloque singulier. Mais le terme de représentation sociale redéfinit le patient comme membre d'un groupe social, en postulant que la représentation qu'il se fait des médecins généralistes provient d'interactions sociales, de son origine culturelle autant que de sa propre expérience (7). Nous proposons donc cette étude comme une façon innovante d'enrichir la connaissance de la représentation du médecin généraliste.

¹ Scandales après le retrait du Vioxx^R en 2004, du Mediator^R en 2009, débat public autour des pilules contraceptives de 3^{ème} et 4^{ème} génération en 2013, et autour de la Domperidone en 2014.

² Les principaux axes d'étude sociologique en médecine générale sont: les modalités de mise en œuvre des politiques publiques, les logiques professionnelles d'action publique, la féminisation et les transformations intra-professionnelles, les relations avec les partenaires.

La deuxième justification de ce travail est instrumentale : tenter de comprendre les comportements de santé des patients. La recherche anglo-saxonne sur l'exploration des facteurs individuels ayant une incidence sur les comportements a abouti à l'élaboration de nombreux modèles behavioristes³, établissant une relation linéaire entre attitudes/croyances (=stimulus) et comportements (=action) en particulier dans la prévention de la santé (8). Les différents modèles⁴ affirment que l'adoption par un individu d'un certain type de comportements de santé dépend de son analyse des conséquences attendues du comportement, de la menace que représente la maladie, ainsi que de son évaluation de sa propre auto-efficacité (par exemple de sa capacité à développer le comportement cible). Ces modèles intègrent l'action du médecin à différents niveaux d'influence sur le patient : il est susceptible de modifier chez le patient la susceptibilité perçue à la maladie, la gravité perçue de la maladie et constitue souvent un « incitatif pour l'action » (c'est-à-dire l'évènement externe qui va déclencher un changement de comportement) (8). En pratique, cette théorie est validée par de nombreuses études qui ont souligné le lien entre la relation médecin-malade, notamment la communication, et les comportements de santé des patients, en particulier dans les domaines de la prévention primaire et de l'observance (10,11). Parallèlement en France, de nombreux chercheurs en psychologie sociale ont vérifié expérimentalement le rôle d'orientation et de justification des conduites qu'ont les représentations sociales (12,13). Dans le domaine de la santé, citons l'étude de 1991 de M. Morin et R.-V. Joule (14) sur les représentations sociales du SIDA et les pratiques sexuelles préventives, celle de 2009 de C. Esnard sur les représentations professionnelles et l'épuisement professionnel des policiers (15), ou bien celle de C. Herzlich sur les représentations de la maladie et les conduites du malade (16).

Notre travail reste très modeste au regard de l'ampleur du courant de la psychologie sociale mais l'intérêt d'étudier les représentations sociales des médecins généralistes est réel, et contraste avec la pauvreté des données sur le sujet.

Un exposé préalable des connaissances théoriques actuelles sur le concept de représentation sociale et une revue de la littérature sur les représentations sociales des médecins généralistes sont nécessaires pour exposer clairement notre question de recherche.

Pour faciliter la lecture de ce travail parfois technique, nous avons synthétisé dans des encadrés didactiques à la fin de chaque chapitre, en des termes simples, les idées forces à retenir du chapitre.

³ Les modèles behavioristes visent à expliquer les comportements observables des individus comme des réactions à leur environnement social.

⁴ Citons le *Health Belief Model* (Rosenstock, 1974), la théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980), la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985), le modèle transthéorique (Prochaska et DiClemente, 1984), le modèle du processus d'action en santé (Schwarzer, 1992) (9).

REPRÉSENTATIONS SOCIALES, REPRÉSENTATIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

A. La psychologie sociale et l'étude des représentations sociales

La psychologie sociale est « l'étude scientifique de la façon dont les pensées, les sentiments et les comportements des gens sont influencés par la présence réelle, imaginaire ou implicite des autres » (17).

D'après F. Lheureux, psychologue social à l'université d'Aix-en-Provence : « l'idée fondamentale [...] consiste à penser que la manière, en apparence toute naturelle, qu'a un individu de se représenter le monde est en réalité dépendante de son insertion sociale et donc des croyances et valeurs qu'il partage avec les individus issus du même groupe social » (18).

Au sein de cette discipline, apparaît en 1961 avec S. Moscovici la notion de représentation sociale (RS). L'étymologie de ce terme (du latin *praesentare* signifiant 'offrir') suggère la représentation comme l'action d'offrir à nouveau, ce qui implique nécessairement 2 acteurs, un sujet cible et un sujet source d'influence, un objet à « re-présenter », au cours d'une situation d'interaction.

Plusieurs définitions ont été données sur les RS :

- Pour D. Jodelet il s'agit d'une « forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (19).

- Selon J.-C. Abric il s'agit d'un « ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet donné, socialement produit » (20).

Il s'agirait donc d'un **savoir naïf**, de sens commun, en opposition au savoir scientifique, **partagé par un groupe social** à propos d'un **objet**, qui ne serait pas une copie conforme de l'objet mais plutôt une **reconstruction du réel** par un processus d'**appropriation**.

Une RS remplit un double rôle de maintien de **l'identité sociale** et de **l'équilibre sociocognitif** du groupe, et d'**orientation des conduites** et des communications.

L'étude des RS comporte 2 approches (21), qui ont toutes deux été mises en œuvre dans notre travail :

- Approche descriptive : recueil et description du contenu, recherche de la structure et de l'organisation de la représentation.

La structure des RS a donné lieu à plusieurs modélisations mais l'une des plus utilisées dans le domaine expérimental est celle du noyau central de J.-C. Abric (20). Selon cette théorie, dite «**théorie du noyau**», ou modèle Central/Périphérique, issue de l'école aixoise (J.-C. Abric était Professeur de psychologie sociale à l'Université de Nice/Aix-en-Provence), toute représentation serait composée:

- d'un **noyau central** dont les éléments sont stables d'un individu à l'autre, donc consensuels dans un groupe social donné, qui génère et structure la représentation, lui donnant son sens et sa cohérence. Il a souvent une dimension fonctionnelle (définit l'objet) et une dimension normative (donne la norme).
- d'éléments **périphériques**, variables d'un individu à l'autre, qui servent moins à définir l'objet qu'à concrétiser la représentation (fonction de concrétisation), l'adapter à l'expérience personnelle (fonction de « parechoc ») de chaque individu, et lui indiquer comment se comporter vis-à-vis de l'objet (fonction de guide pour l'action).

L'école genevoise, représentée par W. Doise (Professeur de psychologie sociale à l'université de Genève) propose une conception des RS sans consensus, définies comme des « principes générateurs de prises de position » (7). Le contenu de la représentation est conçu comme un champ structuré : les constituants cognitifs (information) et socio-affectifs (valeurs, croyances, opinions...) sont structurés en système (le champ de la représentation) par des **principes organisateurs** socioculturels (normes, codes liés à la position sociale...) et/ou psychologiques (attitudes, schèmes cognitifs...).

En 2010 L. Milland, chercheur en psychologie sociale à l'Université de Poitiers, a proposé une nouvelle approche concevant les RS comme composées de **facettes** (22), ayant chacune une **valence** (positive, négative ou neutre) et une **pondération** (degré de représentativité), s'exprimant de façon différente selon la situation dans laquelle la représentation est mobilisée.

- Approche explicative : analyse des **régulations sociales** dont elles font l'objet et qui procèdent de leur ancrage social. L'ancrage désigne l'enracinement des représentations dans le réseau de pensées déjà constitué qui confère à la RS sa cohérence par rapport aux valeurs sociales du groupe. L'approche explicative consiste à recontextualiser les RS en milieu réel : dans les interactions sociales, qu'est-ce qui régule les RS et que régulent-elles ?

Cette approche comporte entre autres la recherche des déterminants des **variations interindividuelles** et l'étude des liens entre représentations et **pratiques sociales**.

Étude des représentations sociales (RS)

La RS d'un objet est le savoir de sens commun partagé par un groupe d'individus à propos de cet objet. Elle résulte d'un processus sociocognitif d'appropriation de l'objet. C'est une grille de lecture de la réalité qui oriente les conduites et les communications des individus vis-à-vis de l'objet.

Étudier une RS consiste à caractériser son contenu, sa structure et ses logiques de variations. La structure des RS se fonde sur 2 théories : celle du noyau central (école aixoise) et celle des principes organisateurs (école genevoise).

B. Distance à l'objet, représentations sociales et pratiques sociales

Après avoir recueilli le contenu d'une représentation sociale et analysé son organisation interne, deux questions se posent logiquement à cette étape : d'abord pourquoi observons-nous cette représentation, que nous dit-elle sur les individus qui la partagent et le groupe social qu'ils constituent ? Puis à quoi sert-elle ?

1. Lien entre distance à l'objet et représentation

Pourquoi des individus appartenant à un même groupe social n'expriment-ils pas en apparence exactement la même RS d'un objet, puisque par définition, tous les membres du groupe partagent la même RS ?

Selon la théorie du noyau, deux RS sont différentes si et seulement si leurs noyaux sont différents. Donc les individus appartenant à un même groupe peuvent avoir la même RS d'un objet mais exprimer des RS **en apparence différentes** par le biais d'**éléments périphériques inégalement activés**. L'activation est le processus par lequel l'individu fait apparaître certains éléments de représentation (et en « cache » d'autres) selon l'enjeu du contexte situationnel. En ce sens, le processus de recueil d'une RS au sein d'une population par le biais d'un questionnaire relève moins d'une recherche de différences de représentations que d'une volonté de **comprendre la logique d'adaptation** de la **périphérie** à des contextes de vie et d'énonciation différents.

En considérant la théorie des principes organisateurs de l'école genevoise, le recueil d'une RS cherche à analyser le **positionnement** des individus le long des **principes organisateurs**. Il ne s'agit plus d'activation de la périphérie mais des **déplacements de l'activation** de la représentation sociale des individus dans l'espace représentationnel.

Quelle que soit l'école, le processus d'**activation**, et donc la représentation exprimée par un sujet, dépend du **contexte** d'énonciation, de la **finalité** de la situation (qui sont des déterminants extérieurs à l'individu) et de la **distance à l'objet** (déterminant intrinsèque).

La **distance à l'objet** (DO) est évoquée pour la première fois en 2007 par L. Dany et J.-C. Abric (23) pour étudier la RS du cannabis. Elle permet d'envisager le rapport à l'objet à travers ses 3 composantes : la connaissance, l'implication et le niveau de pratique.

Distance à l'objet	○ <u>Connaissance de l'objet</u> : niveau de connaissance que le sujet pense avoir de l'objet
	○ <u>Implication</u> : niveau auquel l'individu se perçoit concerné par l'objet
	○ <u>Niveau de pratique</u> : type de pratiques entretenues avec l'objet

Les résultats de cette étude montrent que plus la DO est grande, plus sont activés des **éléments évaluatifs** (issus du système de valeurs des individus et déterminant les jugements et les prises de position liés à l'objet). Au contraire, quand le sujet est 'proche' de l'objet, il active des **éléments fonctionnels** (plutôt descriptifs, relatant l'inscription de l'objet dans le champ des pratiques). La distance spécifie les enjeux psychosociaux associés aux « positionnements » des individus interrogés vis-à-vis de l'objet, entraînant une activation différente de certains éléments de la représentation. La finalité est de servir les intérêts des individus, qu'ils soient proches ou distants de l'objet.

Le modèle de DO, bien que récent, est concordant avec les nombreux travaux qui avaient précédemment mis en évidence l'impact des pratiques sociales (12,24), de la connaissance (25) et de l'implication (26,27) dans le processus représentationnel.

2. Lien entre représentation et pratiques sociales : l'implication

Les **pratiques sociales** désignent les « **systèmes d'actions, de comportements et de communications**, pensés en lien avec leur imprégnation dans le social » (21).

Le terme 'implication', que nous avons évoqué précédemment comme composante de la DO, regroupe en fait deux entités distinctes :

- Implication circonstancielle : définie comme une **inclusion factuelle** dans une situation particulière en lien avec l'objet (26) (Exemple : représentation de l'inondation et habitation dans une zone inondable).

C'est à cette implication circonstancielle, passive, subie par le sujet, que se réfèrent L. Dany et J.-C. Abric dans l'élaboration de la DO dans leur étude (en l'occurrence, une des questions de leur questionnaire était : « Un des membres de votre famille consomme-t-il du cannabis? »). Il s'agit d'une situation externe spécifique au sujet, le mettant en relation plus ou moins étroite avec l'objet. Constitutive de la DO, elle est donc étudiée en tant que **déterminant** dans l'expression de certains éléments de représentation.

- Implication culturelle (ou socio-symbolique) : c'est la **disposition générale** induite par la **sociabilité** même (18,27).

Elle résulte de 3 composantes :

- **Identification** : degré auquel le sujet se perçoit concerné par l'objet.
- **Valorisation du thème** : importance que le sujet accorde à l'objet.
- **Capacité d'action perçue** : portée des actions que le sujet pense pouvoir exercer dans sa direction.

L'implication culturelle est étudiée en tant que **médiateur** entre les représentations et les pratiques sociales : elle est à la fois dépendante des représentations et source des pratiques sociales. Si la RS reflète le rapport que le groupe entretient avec l'objet, l'implication culturelle définit le rapport que l'individu perçoit entre lui-même et l'objet. Et les individus mettent en œuvre davantage de pratiques en direction de l'objet lorsqu'ils sont impliqués vis-à-vis de celui-ci.

3. Schématisation des régulations entre distance à l'objet, représentations et pratiques sociales

L'objectif de la figure 1 est de schématiser les différentes régulations sociales, cognitives et comportementales des RS. Nous soulignons qu'elle n'a pas valeur de vérité car les connaissances sur ces régulations sont encore empiriques et qu'il n'existe pas à notre connaissance de modèle général qui pourrait être applicable à toute situation sociale. De plus, il serait impossible de résumer *a priori* tous les enjeux cognitifs, sociaux, émotionnels qui sous-tendent les pratiques à l'égard d'un objet donné.

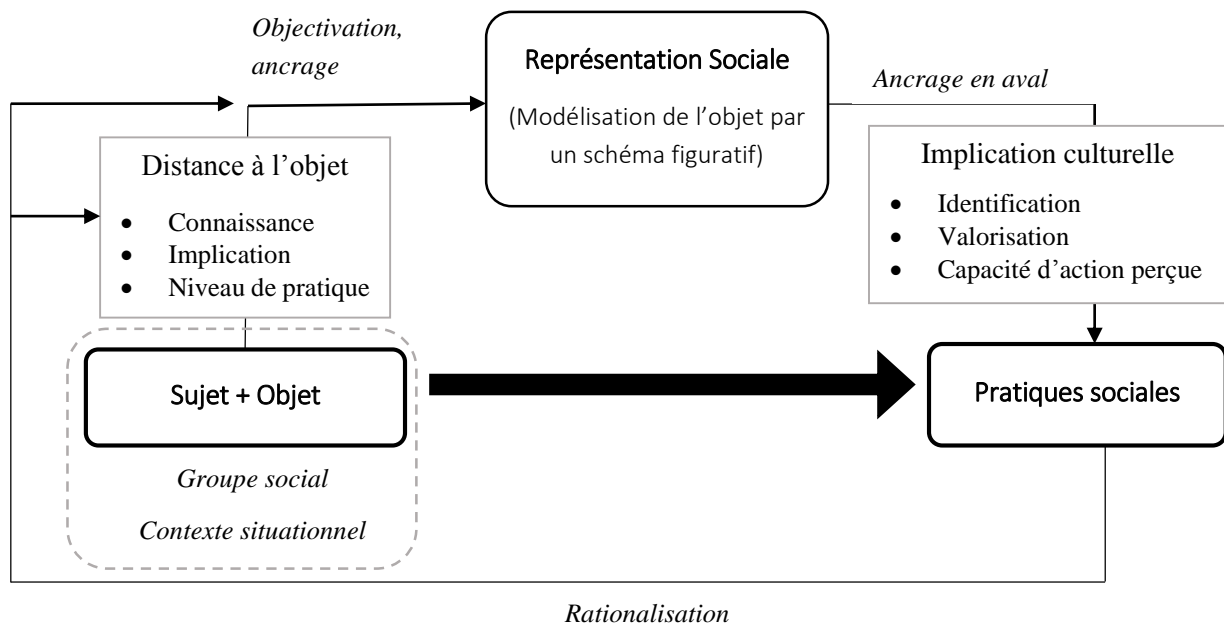


Figure 1 : Schématisation des liens entre représentations et pratiques sociales

Lorsque, au sein d'une situation sociale, les membres d'un groupe ont besoin de communiquer et/ou d'agir (pratiques sociales) sur un objet polymorphe, dont la maîtrise constitue un enjeu en termes d'identité sociale⁵, chaque individu transforme cet objet en RS.

Ce processus de **modélisation du réel** se décompose en une première phase d'**objectivation**, qui consiste à sélectionner les informations utiles, puis à les retravailler pour former un schéma figuratif. Ensuite une seconde phase d'**ancrage** permet d'intégrer cette représentation dans le système de pensées préexistant, de lui donner un sens, une base explicative caractéristique de chaque groupe social. Cette base permet la médiation entre membres d'un groupe ou entre l'individu et son milieu.

Quand le sujet est amené à exprimer ou à faire appel à cette représentation, l'**activation** de certains éléments de représentation dépendra de sa **distance à l'objet** (connaissance, implication, niveau de pratiques) et du contexte situationnel. C'est l'activation de certains éléments, propre à chaque individu, qui explique les différences observées dans les représentations sociales exprimées par un même groupe.

L'ancrage intervient également en aval du processus de formation de la représentation : la représentation, en tant que **généralisation fonctionnelle** de l'objet, sert à **orienter les conduites et communications** des individus vis-à-vis de l'objet (19). L'influence de la représentation sur les pratiques sociales à l'égard d'un objet est au moins partiellement expliquée par l'implication culturelle (identification, valorisation, capacité d'action perçue) : le sujet adopte certaines pratiques non pas en fonction de leur « pourquoi » mais en fonction du caractère perçu comme intrinsèquement important (**pratiques significantes**) ou anodin de leur adoption pour l'individu et du « coût énergétique » de ces choix de pratiques (**pratiques non contraignantes**) (21).

Or, toute contradiction entre représentation et pratiques amène nécessairement la transformation de l'une ou de l'autre. D'où l'effet rétroactif des pratiques sociales sur l'évolution, la transformation des représentations, dont le but est de **rétablir la concordance** entre attitudes/cognitions et comportements (**rationalisation**) (12).

L'effet des pratiques sur la représentation peut également s'entendre par l'**actualisation** des connaissances, de l'implication circonstancielle et du niveau de pratiques, susceptibles de modifier la DO et secondairement l'organisation de la RS.

Bien que les perspectives de recherche soient nombreuses sur ce sujet, les psychologues sociaux s'accordent d'une part sur **l'importance d'étudier les pratiques sociales** qui conditionnent, par leur existence même, la constitution des représentations; et d'autre part sur la **circularité des rapports** entre représentations et pratiques sociales car elles sont interdépendantes, se régulent mutuellement (12).

⁵ Ce sont, selon P. Moliner, les conditions d'élaboration d'une représentation sociale (28).

4. Enjeux sociaux et psychosociaux associés à la représentation sociale du médecin généraliste

L'objectif majeur sous-tendu par notre étude est de pouvoir s'adapter aux besoins et aux attentes des patients. En postulant que la RS est bien liée à certains comportements de santé, nous renforçons l'intérêt de connaître la RS du médecin généraliste. Les méthodes de recueil des attentes collectives (sondages par exemple), ne permettent pas de comprendre les mécanismes sociocognitifs qui sont à l'origine de ces opinions et ne sauraient rendre compte d'un « profil de patient » transposable à tous. L'étude des RS permet de prendre du recul sur la relation médecin-patient et d'intégrer les expériences individuelles aux valeurs, croyances, normes sociales d'un groupe : cela permet de saisir une partie des processus sociocognitifs qui expliquent notre rapport à la santé, à la maladie et aux médecins. C. Herzlich affirme que : « La médecine [...] doit elle-même être appréhendée dans le cadre de notre rapport au social » (29).

Régulations des RS

Dans un même groupe, tous les individus partagent la même RS, c'est-à-dire le même noyau central. Ils peuvent exprimer des RS en apparence différentes grâce au processus d'activation (activation d'éléments périphériques ou déplacements le long des principes organisateurs selon l'école).

La RS exprimée dépend du contexte situationnel et de la distance du sujet à l'objet. Cette distance résulte de plusieurs composantes permettant d'estimer à quel point le sujet est impliqué vis-à-vis de l'objet, tant sur le plan pratique que symbolique.

Les représentations et pratiques sociales sont interdépendantes. La RS influence les pratiques par le biais de l'implication socio-symbolique : l'objet est-il important pour l'individu (pratiques signifiantes ou non)? A-t-il la capacité d'agir sur l'objet (pratiques contraignantes ou non)? Les pratiques influencent la RS : si la réalité vécue par l'individu et sa représentation ne sont pas concordantes, sa RS se modifie par remodelage de la périphérie..

Étudier la RS des MG permet de comprendre le rapport des individus aux médecins, à la santé, à la maladie, et de mieux expliquer leurs comportements de santé.

C. Représentations sociales des médecins généralistes : données de la littérature

La première conclusion de la recherche bibliographique sur la RS du médecin généraliste (MG) s'avère être la **rareté des données**.

C. Herzlich propose deux hypothèses pour expliquer l'apparent manque d'intérêt de la sociologie envers la médecine générale. Tout d'abord, le contexte médicosocial qu'ont connu les chercheurs lors de l'expansion de la sociologie de la santé a préférentiellement orienté leurs recherches vers les enjeux sociologiques de l'épidémie de SIDA, le développement d'une médecine hospitalière hyper technique et la libération de la parole des malades. La deuxième explication réside dans la difficulté pour le sociologue à observer le colloque singulier du patient et de son médecin généraliste (6).

Certes, plusieurs sondages et thèses explorent la représentation du médecin généraliste chez les patients (30–33), mais il s'agit le plus souvent d'un recueil d'opinions sur les MG avec deux limites évidentes : d'une part l'aspect imposé des questions, sous-tendues par l'objectif réel du sondage (qui est le promoteur de l'étude), et d'autre part l'absence d'analyse de l'organisation des réponses (extraction de principes organisateurs, mise en relation des réponses). Or J.-C. Abric explique dans les premières lignes de son ouvrage consacré à l'étude des RS: « La connaissance du contenu ne suffit pas, c'est l'organisation de ce contenu qui donne le sens. Deux contenus identiques peuvent correspondre à deux représentations sociales différentes. » (20).

Un autre critère méthodologique a contribué à éliminer certaines études de nos références: la formulation des questions. Dans une étude sur la RS du MG, il n'est pas question d'inciter les répondants à exprimer la représentation qu'ils ont de leur propre MG (34–37).

Au final, seules **3 études** comportent les caractéristiques méthodologiques nécessaires pour explorer la représentation du MG: il s'agit de 3 thèses de médecine générale. Parmi ces thèses se trouvent deux recueils du contenu par la méthode qualitative du *focus-group* (38,39).

Une seule étude a permis à ce jour d'explorer le **contenu** de la RS du MG et d'en étudier **la structure**: *Représentation sociale du médecin généraliste dans les Deux-Sèvres: Étude exploratoire*, thèse de Médecine générale, soutenue en 2011 par J. du Breuillac (40).

Nous avons détaillé les résultats de cette thèse, puis des travaux basés sur les *focus-groups*, puis nous avons compilé parmi toutes les autres références, les éléments récurrents de la RS du MG.

1. Étude de J. du Breuillac

Se basant sur la théorie du noyau central, et utilisant la méthode des « évocations libres hiérarchisées »⁶ et du questionnaire de « caractérisation »⁷ l'étude permet d'établir une représentation du MG typique comme un **professionnel de la santé et de la maladie, référent et disponible pour ses patients, avec qui il noue une relation de confiance basée sur l'écoute.**

Sur le plan organisationnel, les éléments de la RS s'organisent en 2 pôles : la position du médecin dans le **système de soins** et le médecin dans la **relation médecin-malade** (qualités relationnelles). Les éléments relatifs à la personne-même (configuration intellectuelle, comportement social) semblent ne pas faire partie de la représentation. Les éléments repérés comme potentiellement centraux sont les catégories impliquant l'écoute, la confiance, le suivi (médecin de famille), la compétence et la maladie.

Parmi toutes ces réponses concordantes, il existe une **variation des réponses** pour l'élément relatif à la **disponibilité** du médecin (« les médecins généralistes sont souvent pressés par le temps ») avec 2 sous-groupes de répondeurs : les patients qui perçoivent les médecins comme « pressés par le temps » les perçoivent également comme connaissant moins bien les patients, moins dignes de confiance et moins à même de les soutenir. Leurs compétences en termes de polyvalence et d'orientation spécialisée des patients seraient également remises en causes.

L'analyse de similitude montre que la **confiance** est principalement **reliée à l'écoute**, il semble donc cohérent qu'elle soit amoindrie quand le médecin semble moins disponible qualitativement, c'est-à-dire moins attentif au patient.

Ces deux profils de répondeurs ne sont pas liés aux caractéristiques sociodémographiques des patients mais uniquement au genre du médecin : les patients dont le médecin traitant est une femme ont moins tendance à ressentir la pression du temps sur les médecins généralistes. Cependant l'échantillonnage ne permet pas de conclure à une relation statistiquement significative, l'enquête n'étant initialement pas conçue pour tester cette hypothèse.

⁶ Évocations libres hiérarchisées: le répondeur est invité à écrire les premiers mots ou expressions (en général 5) qui lui viennent à l'esprit quand il pense à l'objet de la représentation, puis à les hiérarchiser selon leur importance.

⁷ Questionnaire de caractérisation : questionnaire comprenant une liste de phrases (en général multiple de 3) concernant l'objet de la représentation, soumis au répondeur qui doit répondre quelles sont les n phrases les plus caractéristiques et les n phrases les moins caractéristiques de l'objet. J. du Breuillac avait construit son questionnaire sur la base d'entretiens individuels non dirigés, qu'il avait préalablement menés.

2. Synthèse des études qualitatives par *focus-groups*

Ces études présentent l'avantage majeur de produire un **corpus lexical spontané**, venant des répondeurs, avec pour seule influence le guide d'entretien et les autres participants du *focus-group*.

Les éléments récurrents sont les suivants :

- **Rôle central et indispensable** du MG dans le **système de soins** : pivot central, coordination des soins à travers un réseau de soins
- **Compétence biomédicale** : dont la polyvalence, la promotion de la prévention, et les limites de la compétence (orientation spécialisée)
- **Qualités relationnelles** :
 - Communication (informations, conseils)
 - Confiance
 - Suivi (relation dans la durée, fidélité)
 - Disponibilité
 - Proximité (connaissance du patient)
 - Écoute (confident)
- **Statut social particulier** dans la société : prestige, considération importante, symbole de réussite sociale, vocation altruiste, service rendu à la population
- **Exigences du métier** : charge de travail, responsabilités importantes

Ces éléments sont fréquemment évoqués dans les différents groupes de discussion et ne donnent pas lieu à un débat d'opinion. Ils semblent donc unanimement partagés.

En revanche, d'autres éléments sont plus rarement évoqués et/ou divisent les participants. Il s'agit des éléments suivants :

- Rôle de régulation des dépenses de santé
- Honnêteté des informations
- Limites de la confiance accordée : prescriptions médicamenteuses
- Prise en charge du patient dans sa globalité
- Risques de poursuites judiciaires
- Responsabilisation du patient
- Limites des compétences : le doute
- Caractéristiques personnelles : attitude hautaine, humour, convivialité
- Limites de la disponibilité : le manque d'attention

Alors, qu'est-ce qui explique ces différences de réponses ?

Sans doute certains de ces éléments ne font-ils pas partie de la RS. Dans le cas contraire, ils peuvent appartenir aux éléments périphériques de la représentation, et donc dépendre de l'expérience propre à chaque individu.

Il se peut également qu'ils soient largement partagés mais exprimés seulement par un petit nombre d'individus, car considérés comme « non-exprimables ». Certains de ces éléments possèdent

une connotation négative vis-à-vis des médecins (limites de la confiance, de la compétence, attitude distante ou bien manque d'attention). Une personne amenée à exprimer son opinion vis-à-vis d'un sujet aura tendance à renvoyer la meilleure image d'elle-même : c'est le phénomène de **désirabilité sociale**.

J.-C. Abric a identifié au sein même de l'ensemble structuré d'éléments qu'est la RS, une sous-structure, une zone d'ombre, constituée des éléments non-exprimables, contre-normatifs, allant à l'encontre des normes du groupe, qu'il a appelée « **zone muette** » (20). Plus récemment, cette théorie, jugée trop monolithique, a été remplacée par le concept de **masquage/démasquage** de C. Flament et L. Milland (41). Il s'agit du processus de sélection des éléments « exprimables » d'une RS en fonction de l'enjeu normatif que les sujets perçoivent de la situation où ils se trouvent : chaque élément peut être classé à un niveau différent sur un axe unidimensionnel de masquage/affichage selon l'enjeu de la situation.

3. Synthèse des autres études

Ne disposant que de données limitées pour décrire l'image du MG, nous avons opté pour une recherche très large d'études francophones se rapportant à l'« image », la « représentation », la « perception » du médecin généraliste⁸.

Nous avons retenu:

- 2 sondages récents :
 - Sondage IPSOS de janvier 2007 *La bonne image des généralistes* (30)
 - Sondage BVA de mars 2008 *Le rôle et la place du médecin généraliste en France* (31)
- 3 enquêtes lorraines⁹ parues entre 1982 et 2009 (43–46), reprenant un questionnaire sur l'image du médecin, établi initialement par une équipe pluridisciplinaire de sociologie et de santé publique de Nancy, dont nous n'avons retenu que les parties ayant trait à l'image du « médecin de famille » et à la « pratique de la médecine générale ».
- 1 article Tunisien *Médecin généraliste et médecine générale : image sociale et représentation de la population* paru en 2001 (47)

Malgré la diversité des auteurs, des pays et l'étalement de ces études sur près de 30 ans, nous retrouvons des éléments communs dans l'image du médecin généraliste : une **très grande satisfaction** des patients vis-à-vis des médecins généralistes, traduite par une **relation privilégiée**, de **proximité**, construite dans la durée et propice à la **confiance** et aux **conseils**. Le terme de **conseiller** est d'ailleurs le 1^{er} rôle attribué au médecin, quelle que soit l'étude. Les patients

⁸ La thèse sur l'image des médecins en milieu carcéral (42) a été écartée car nous avons jugé que les résultats ne pouvaient être transposables à la vie ordinaire.

⁹ L'article *Image du médecin en Lorraine* publié en 1983 par Ciancaleoni et al et l'article *représentations du médecin et de la médecine* publié en 1982 par D'Houtaud se reportent à la même étude conduite en 1981. Les résultats qui y sont présentés se complètent.

reconnaissent la **prise en charge globale** et la **prévention** comme des spécificités de la médecine générale. Le **rôle social** du médecin se dégage, perçu comme un **lien entre la société et l'individu** (médecine accessible à tous, médecine préventive). Le choix du métier présuppose des **qualités de l'être** : altruisme, dévouement. C'est un métier perçu comme **prestigieux**, symbole de **réussite sociale**, mais aussi synonyme de **sacrifice** (charge de travail). La **vie privée du médecin** semble être totalement **absente** des réflexions des patients, qui ne s'en soucient pas.

Bien que n'ayant pas l'approbation de tous les sondés, le **manque de disponibilité** est un reproche fréquemment retrouvé : la durée de consultation est jugée trop courte pour 26% des sondés de l'enquête IPSOS (30), vs 66% dans l'enquête de G. Ciancaleoni (43). Les études ont été conduites à des temps et en des lieux différents, donc dans un contexte d'offre de soins probablement différente, ce qui pourrait expliquer l'écart des résultats.

Nous distinguons aussi des éléments variables, qui semblent souvent se référer davantage à des attentes qu'à de véritables constatations : l'exigence d'efficacité (en 1985, 55% des sondés souhaitent avant tout un traitement efficace (46) ; en 1991, 76% des interrogés attendent avant tout de leur médecin qu'il soit compétent, avant l'accueil, la disponibilité et l'écoute (48)) , le souhait de technicité du médecin (62% des sondés de l'enquête IPSOS font davantage confiance à un jeune médecin qui s'appuie sur des examens complémentaires plutôt qu'à un médecin disposant d'une longue expérience) (30), la tolérance relative face à l'erreur médicale (droit à l'erreur sans condition émis par 60% de la population interrogée en 2009 (45)), les attentes d'autonomisation, de responsabilisation du patient (45), et l'ambivalence face à la transparence du discours médical (certains patients préfèrent une information partielle mais rassurante, tandis que d'autres exigent une information exhaustive même si le résultat est anxiogène) (45).

Données de la littérature

La RS des MG a été très peu étudiée : deux thèses de médecine ont recueilli le contenu de la RS (en 2008 et 2013 par focus-group), une thèse exploratoire a recueilli en 2011 le contenu et la structure. Les idées les plus relayées sont : les qualités relationnelles et la compétence biomédicale du médecin, la relation de confiance basée sur l'écoute. Les caractéristiques personnelles des médecins intéressent peu les individus. La notion de disponibilité des médecins est particulière car elle divise les répondants: ceux qui trouvent les médecins disponibles les trouvent également plus compétents et plus dignes de confiance, et inversement.

D. Questions de recherche, hypothèses de travail et objectifs d'étude

La bibliographie nous permet de recueillir un certain nombre d'éléments récurrents dans l'image des médecins généralistes, et d'autres plus marginaux.

L'objectif n°1 de notre étude était d'analyser le contenu et la structure de la représentation sociale des médecins généralistes chez les patients en hiérarchisant les éléments recueillis, à l'aide d'une méthodologie rigoureuse, validée et approuvée dans le domaine spécifique de l'étude des RS.

La question de recherche pouvait être formulée ainsi : « **quelle est la représentation sociale du médecin généraliste en France, son contenu, sa structure ?** ».

L'objectif n°2 était une étape classique de l'étude structurelle des RS, à savoir le repérage, l'identification et la caractérisation d'éventuels sous-groupes de sujets.

L'objectif n°3 était d'analyser les variations des réponses interindividuelles selon le modèle de la DO. Partant de la thèse de J. du Breuillac, nous avons émis l'hypothèse que le manque de disponibilité des médecins était un déterminant potentiel des variations de contenu de la représentation : nous avons rapproché ce critère de **disponibilité** du médecin à la **capacité d'action perçue** sur le médecin : c'est à dire « si je viens en consultation, le médecin sera disponible pour moi, me consacra son attention ». Plus généralement, du point de vue des patients, la disponibilité du médecin concrétise la proximité ou bien la distance de la relation médecin-patients.

Nous basant sur le modèle de DO tel qu'énoncé par L. Dany et J.-C. Abric, nous avons formulé l'hypothèse que d'autres variables, pouvant être rapprochées des différentes composantes d'une « distance au médecin généraliste », avaient un lien avec la représentation sociale que les patients en avaient: plus précisément, plus les patients sont « proches », plus ils activent des éléments fonctionnels, descriptifs de la représentation ; plus ils sont « éloignés », plus ils activent des éléments évaluatifs, prescriptifs, de l'ordre du jugement.

Enfin, l'objectif n°4 de notre travail était de mettre en évidence un lien entre RS des MG et comportements de santé des patients. Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler de pratiques à l'égard du médecin généraliste, nous avons formulé l'hypothèse qu'il existe bien un lien entre la représentation que les patients ont des médecins et leurs habitudes sanitaires, tout comme il existe un lien entre la RS d'un objet et les pratiques mises en œuvre à son égard.

Nous avons résumé nos objectifs :

1. Objectifs principaux

- 1.1. Objectif n°1 : Déterminer **le contenu et la structure** de la **représentation sociale des médecins généralistes** par la méthode de **l'analyse en composantes principales et de l'analyse de similitude**.
- 1.2. Objectif n°2 : Repérer, identifier et caractériser d'éventuels **sous-groupes de sujets**.

2. Objectifs secondaires

- 2.1. Objectif n°3 : Mettre en évidence un lien entre les variations de contenu de la représentation sociale et les composantes de **distance à « l'objet-médecin généraliste »**.
- 2.2. Objectif n°4 : Mettre en évidence un lien entre les variations de contenu de la représentation et les **comportements de santé** des patients.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. Échantillonnage

Nous avons réalisé une enquête **quantitative** par **auto-questionnaire** adressé aux patients majeurs consultant dans **10 cabinets** de médecine générale du département du **Rhône**. La population cible de notre étude était initialement la population générale française et non les patients en particulier, mais en pratique il aurait été difficile de distribuer 300 questionnaires au hasard au sein de la population. Le choix de la patientèle de médecine générale garantissait au moins une répartition géographique équitable ainsi que la diversité sociodémographique des individus.

1. Choix des cabinets

Afin de garantir la représentativité de l'échantillon, les cabinets de médecine générale ont été sélectionnés selon des critères géographiques et de démographie médicale spécifiques:

- La **zone géographique** de la commune, définie par le nombre d'habitants.
- Les caractéristiques locales de l'offre de soins, définies par **l'accessibilité potentielle localisée** (nombre d'équivalents-temps-plein de médecins généralistes pour 100 000 habitants).
- **Les caractéristiques fonctionnelles** du cabinet médical : présence d'un secrétariat, nombre de médecins, mode d'exercice particulier.

L'accessibilité potentielle localisée (APL) est une nouvelle mesure objective de l'accessibilité aux médecins généralistes mise au point par l'équipe de M. BARLET et M. COLDEFY, dans un travail commun de la DREES et de l'IRDES, publié en 2012. Elle a été conçue pour refléter plus précisément l'offre de soins que l'ancienne mesure : l'accessibilité spatiale (49). Elle tient compte à la fois de l'offre de soins (nombre de médecins généralistes et leur niveau d'activité) et de la demande (recours aux médecins différenciés selon l'âge des habitants). Elle est calculée pour chaque commune mais intègre également l'offre de soins des communes environnantes¹⁰. Son unité de mesure est le nombre d'équivalent-temps-plein (ETP) de médecins généralistes pour 100 000 habitants. Pour exemple, en 2010 l'APL moyenne était de 71 ETP/100 000 habitants.

Dans chaque cabinet médical, 30 questionnaires ont été déposés. Nous avons donc distribué **300 questionnaires** au total.

¹⁰ Il est possible de consulter l'APL de chaque commune de France sur le site de la DREES à l'adresse suivante : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=1246>

W. Doise explique que dans le cadre d'une ACP, la taille de l'échantillon doit être calculée sur la base de 4 à 5 fois le nombre de variables (= éléments de la représentation) (7). Pour notre objectif principal, le questionnaire de représentation comportait 36 items. En tenant compte du taux d'attrition maximal de 25%¹¹ (en moyenne 12 à 25%), nous devons distribuer au moins 240 questionnaires¹².

En accord avec le département d'ingénierie mathématique de l'Université Lyon 1, avec qui nous avons collaboré pour l'analyse statistique, nous avons décidé de distribuer **300 questionnaires**. La distribution des 300 questionnaires dans les 10 cabinets médicaux est détaillée dans l'annexe 1.

2. Recueil des données

Nous avons choisi de laisser les questionnaires vierges à disposition des patients dans la salle d'attente des cabinets médicaux, afin de limiter l'intervention des médecins ou des secrétaires dans le recueil des données. Les patients étant invités à exprimer leur représentation du médecin, il nous a semblé préférable que l'idée de remplir le questionnaire ne vienne pas du médecin ni de la secrétaire, afin d'atténuer le biais de sélection et le phénomène de désirabilité sociale.

Les questionnaires étaient donc disposés en évidence dans la salle d'attente (le plus souvent à côté des magazines ou des prospectus médicaux), avec une affiche collée sur le mur à proximité pour attirer l'attention des patients, ainsi que le matériel nécessaire pour répondre (support rigide et stylos) et recueillir les questionnaires une fois renseignés (urne opaque et scellée, facilement identifiable).

Le seul critère d'**exclusion** était l'âge **inférieur à 18 ans**.

¹¹ Étant donné le mode non dirigé de passation du questionnaire, nous avons estimé au maximum le taux d'attrition.

¹² La formule utilisée pour déterminer le nombre minimum n de questionnaires à distribuer était :

$$n = \frac{(5 \times 36)}{(100\% - 25\%)} = 240$$

3. Considérations éthiques

Pour minimiser les enjeux perçus par les répondeurs, nous avons présenté l'étude comme un travail de recherche en sociologie (*cf* chapitre 'Présentation du travail aux répondeurs'). Omettre mon identité dans la présentation du travail et « déguiser » ma thèse de médecine en travail de recherche en sociologie constitue-t-il un manquement aux règles de l'éthique ?

Les conditions éthiques d'un travail de **recherche biomédicale** selon l'AMM (50) étaient réunies :

- L'**objectif** du travail était **clairement annoncé** aux participants.
- L'étude était **scientifiquement justifiable** puisque les résultats attendus étaient importants dans le domaine de la sociologie de la médecine.
- L'étude était **socialement justifiable** : en améliorant la connaissance des médecins généralistes sur leur propre représentation, ce travail pourrait les aider à comprendre la relation médecin-malade et à répondre au mieux aux attentes des patients. La population de recherche devait donc indirectement bénéficier des résultats attendus.
- Tous les résultats étaient **confidentiels** (urne scellée) et exploités de façon **anonyme**, comme il était précisé dans le questionnaire.
- Enfin les médecins ayant participé à l'étude avaient donné leur **consentement** au dépôt des questionnaires dans leur cabinet après une lecture attentive du questionnaire.

Notre travail n'était pas à proprement parler un travail de recherche biomédicale. En cherchant dans le domaine de la sociologie, nous avons constaté qu'il n'existait pas de code de déontologie officiel des **recherches en sciences humaines** en France (51). Néanmoins aux États-Unis et au Canada, toute étude est examinée *a priori* par un comité d'éthique selon les critères suivants :

- Le chercheur ne doit **pas nuire** aux participants : nous n'avons volontairement pas étudié les **différences entre cabinets médicaux** afin de ne pas confronter les médecins avec une représentation qui ne serait éventuellement pas valorisante.
- Le chercheur doit obtenir le **consentement éclairé** des participants avant de commencer à recueillir des informations les concernant : les médecins donnaient leur accord après la lecture du questionnaire ; les patients décidaient par eux-mêmes, après avoir lu la présentation du travail, de remplir ou non le questionnaire et de le placer dans l'urne, ce qui constitue un consentement implicite.
- Le chercheur doit préserver l'**anonymat** des participants tout au long de la recherche : c'était bien le cas dans notre étude, tant pour les patients que pour les médecins.
- Enfin il est fortement recommandé de **ne pas cacher l'identité** du chercheur : mon nom apparaît clairement sur la 1^{ère} page du questionnaire.

Il nous a donc paru tout à fait acceptable de ne pas désigner l'enquêteur comme un médecin, puisque par ailleurs le travail respectait toutes les conditions éthiques d'un travail de recherche, qu'il soit biomédical ou sociologique.

Échantillonnage

Nous avons distribué 300 questionnaires dans 10 cabinets répartis dans le Rhône, laissés dans les salles d'attente à destination des patients, pour ne pas influencer leurs réponses. Le critère d'exclusion était l'âge inférieur à 18 ans. Le travail était présenté en introduction comme un travail de sociologie et non de médecine, afin de ne pas fausser les réponses des sujets (« je ne peux pas répondre ça car c'est un médecin qui va me lire »), mais il nous a semblé acceptable d'un point de vue éthique.

B. Construction du questionnaire

1. Présentation du travail aux répondeurs

Tout comme le mode de passation du questionnaire, la justification et la présentation de l'étude aux futurs répondeurs comportaient un double enjeu :

- 1^{er} enjeu : **susciter l'intérêt** du répondeur, en conférant au travail une **légitimité** et de fait une **importance** à la parole du répondeur.

Pour cela nous avons intitulé notre travail « Enquête sur la médecine générale » et nous l'avons présenté en introduction comme une « enquête sur le fonctionnement du système de santé en France ».

Enfin, mon nom était clairement écrit sous le titre, toujours dans le but de rassurer le répondeur et donner une crédibilité à la recherche.

- 2^{ème} enjeu : paradoxalement **diminuer l'implication perçue** par le répondeur, c'est-à-dire minimiser l'enjeu qu'il pourrait percevoir dans sa réponse afin de lui permettre de s'exprimer librement. En effet, lorsqu'ils sont interrogés, les répondeurs sélectionnent les éléments exprimables en fonction de l'enjeu normatif qu'ils perçoivent de la situation : il s'agit du phénomène de **masquage/démasquage** (52).

Pour diminuer l'enjeu normatif, et éviter les biais de réponses liés à ce phénomène, nous avons modifié la variable '**caractérisation des enquêteurs**' : je ne me présente pas comme médecin, notre travail n'est pas identifié comme une thèse de médecine mais comme un « travail de recherche en sociologie ». Cette technique de **décontextualisation normative** est souvent utilisée en psychologie sociale (20), notamment lorsqu'il s'agit d'étudier les RS que partage un groupe social au sujet d'autres individus (représentations des Asiatiques en 1991, des Maghrébins en 2003).

Dans un souci éthique, je ne me suis pas non plus intitulée «sociologue». Par ailleurs, nous avons choisi le terme, non pas de « travail en psychologie sociale », mais «travail de recherche en sociologie», car le terme de «psychologie sociale» risquait de ne pas être

compris par les répondeurs. Nous avons envisagé d'intituler ce travail «recherche en sciences humaines», mais cette formulation nous semblait trop floue, et elle aussi, source de confusion. Nous avons cherché à informer clairement des objectifs: il s'agissait de réaliser une analyse sociologique, écartant l'aspect biomédical (concernant le recueil des comportements de santé).

Toujours dans la perspective de diminuer la pression normative, nous soulignons en introduction du questionnaire le caractère « anonyme et confidentiel » des réponses, qui seront analysées « sous forme de statistiques ».

2. Plan du questionnaire

Le questionnaire comportait 3 parties correspondant aux objectifs de notre travail :

- 1^{ère} partie : représentation sociale des médecins généralistes (objectifs n°1 et 2).
- 2^{ème} partie : évaluation de la distance à l'objet-médecin généraliste (objectif n°3).
- 3^{ème} partie : évaluation des comportements de santé (objectif n°4).

Nous avons choisi de placer en premier le questionnaire sur la RS du MG, qui constitue notre objectif principal, afin de maintenir le bénéfice de l'introduction volontairement floue du travail. Nous souhaitons que les répondeurs ne comprennent pas dès le début du questionnaire l'objectif du travail, afin d'obtenir les réponses les plus **spontanées** possibles.

3. 1^{ère} partie : représentation sociale des médecins généralistes

❖ 1^{ère} étape : définition du corpus

Comme nous l'avons précisé précédemment, la bibliographie comporte plusieurs références d'études portant sur la recherche du contenu de la représentation sociale des médecins généralistes, utilisant des méthodes qualitatives, autorisant la production spontanée d'un corpus discursif propre aux répondeurs (38–40).

Nous avons donc choisi de mettre à profit ce corpus pour construire la 1^{ère} partie du questionnaire. Dans le détail, le corpus provient de plusieurs études utilisant des méthodologies différentes, résumées dans le tableau 1.

Titre de la thèse	Auteur	Date	Méthode(s)	Échantillon
<i>Image du médecin généraliste vu par les patients (38)</i>	J.-B. Bonnet	2008	1 entretien par <i>focus-group</i>	8 participants
<i>Représentation sociale du médecin généraliste dans les Deux-Sèvres (40)</i>	J. du Breuillac	2011	<ul style="list-style-type: none"> • Évocations libres hiérarchisées • Entretiens individuels non pré-structurés non directifs 	156 réponders soit 699 évocations 10 participants
<i>Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013 (39)</i>	S. Corre	2013	6 entretiens par <i>focus-group</i>	38 participants

Tableau 1: Études utilisées pour la construction du questionnaire sur la RS des MG

À notre connaissance, il n'existe pas de méthodologie proposée dans la littérature permettant de construire ce type de questionnaire à partir d'un corpus, mais nous avons travaillé à chaque étape dans un souci d'exhaustivité et de pertinence. En cas de doute, nous avons privilégié les éléments recueillis dans le travail de J. du Breuillac, dont la méthodologie était la plus adaptée à la production d'un discours libre de toute influence (répondeur seul au moment du recueil des évocations donc moins enclin au phénomène de désirabilité sociale, et entretiens non dirigés).

Nous avons listé tous les éléments évoqués, réuni les éléments semblables, et construit à partir de cette liste une série de **36 items** sur lesquels les patients étaient amenés à se positionner entre 1 'pas du tout d'accord' et 7 'tout à fait d'accord' (échelle d'attitude ou échelle de **Likert à 7 points**). La plupart des échelles de Likert en psychologie sont des échelles à 5 points (53) mais nous avons préféré une échelle à 7 points qui permet un recueil plus fin de la RS et une analyse plus fine des résultats.

❖ 2^{ème} étape : sélection des items

Pour ne pas allonger le questionnaire inutilement et rester pertinent, les éléments les plus isolés ont été omis :

- la notoriété du métier : récusée par les participants dans la thèse de S. Corre, exprimée seulement une fois dans l'exercice des évocations libres hiérarchisées de la thèse de J. du Breuillac.
- l'humour : évoqué seulement dans la thèse de J.-B. Bonnet.
- le médecin « psychologue » : notion trop floue à notre avis et redondante avec certaines caractéristiques déjà retenues (écoute, conseil).
- le risque d'agression physique : apparaissant seulement dans la thèse de S. Corre.

- l'importance de la remise en cause du médecin (doute permanent) : cité par un seul participant dans le travail de J.-B. Bonnet.
- le rôle de responsabilisation du patient : cité également par un participant de la thèse de J.-B. Bonnet.
- le statut d'ami du patient : bien que choisi en 2005 par 17% des patients à la question « Comment percevez-vous votre médecin généraliste ? » (QCM) (34), le statut d'ami était très peu évoqué dans la thèse de J. du Breuillac, et redondant avec le terme 'sympathiques', c'est pourquoi nous ne l'avons pas retenu.

L'exclusion de ces éléments de moindre importance, donc probablement très périphériques, n'était pas susceptible de nuire au résultat global de l'étude.

En revanche certains aspects récurrents, dont l'importance était suggérée par les différents travaux, ont été particulièrement développés dans notre travail : les bases de la relation privilégiée entre médecin et malade que sont la **communication** et la **confiance** (54,55), ainsi que les **rôles attribués au médecin** généraliste. En particulier, le thème de la confiance (items 4 à 8) a été enrichi avec un item sur le respect de l'avis du patient, même si celui-ci n'apparaissait pas dans les travaux précédents.

Nous avons résumé tous les éléments retenus pour construire le questionnaire sur la RS du médecin généraliste et leurs occurrences dans les études citées dans l'annexe 2.

❖ 3^{ème} étape : enquête pilote

Nous avons testé la faisabilité du questionnaire en distribuant 30 exemplaires, répartis équitablement dans 2 cabinets médicaux d'une commune proche de Lyon (Beynost dans l'Ain). Les critères étudiés étaient la longueur, la compréhensibilité, la cohérence, la pertinence, la facilité de remplissage et un cadre était réservé en fin de questionnaire aux commentaires éventuels des patients.

Le principal défaut mis en évidence par l'étude pilote était l'orientation des propositions, qui étaient jugées comme **trop valorisantes** vis-à-vis des médecins.

❖ 4^{ème} étape : reformulation et modification de l'ordre des items

Selon L. Milland, une représentation sociale serait composée de facettes, chaque facette ayant une **valence** (positive, négative ou neutre) et une **pondération** (degré de représentativité) (22).

Nous avons donc **reformulé 9 items** (items 10, 13, 17, 20, 23, 25, 27, 30 et 33) de façon à obtenir une répartition homogène d'items de valence positive, négative et neutre, et à donner l'illusion de **neutralité** du questionnaire. Le choix des items à « inverser » était fonction de la formulation la plus couramment retrouvée dans les entretiens qualitatifs. Dans la suite de notre travail, nous avons appelé « item n° x » ces items tels qu'ils apparaissent dans le questionnaire (donc de valence négative) et « item n°x inv » les items réinversés, c'est-à-dire tels qu'ils apparaissent dans les entretiens (donc de valence positive).

Cette méthodologie est fréquemment utilisée en psychologie sociale (20) pour observer la réaction des individus à des propositions de valence différente, dans des contextes d'énonciation différents par exemple. Au total, sur les 36 items, 14 renvoient à une image positive du médecin généraliste, 13 à une image neutre, et 9 à une image négative.

Nous avons ensuite modifié l'**ordre** des items dans le questionnaire afin d'**alterner les valences**. Nous avons séparé les items d'une même catégorie dont la signification est proche (par exemple « soutien » et « bienveillance ») pour éviter le biais de réponse lié à l'**économie cognitive** : le patient n'est plus tenté de répondre la même chose qu'à l'item précédent sous prétexte que les deux items se ressemblent.

Enfin, nous avons choisi de commencer le questionnaire avec des items assez consensuels ou bien neutres afin de ne pas éveiller la méfiance du lecteur sur des propositions qui lui paraîtraient aberrantes et qui risqueraient de remettre en cause la crédibilité du questionnaire.

❖ Vérification de la cohérence du questionnaire

Pour vérifier la validité interne du questionnaire, nous avons regroupé *a posteriori* les éléments retenus selon les **4 niveaux d'analyse** que propose W. Doise pour l'étude d'un fait social (56):

- 1) Niveau 1 intra-individuel (ou personnel): intérêts, motivations, image de soi
- 2) Niveau 2 interindividuel (ou interpersonnel): interactions de groupe, modes de communication
- 3) Niveau 3 positionnel (ou intra-catégoriel): groupe d'appartenance
- 4) Niveau 4 idéologique (ou inter-catégoriel): groupe de référence

Appliqués aux médecins généralistes, ces niveaux d'analyse correspondent à :

- 1) Niveau intra-individuel : le médecin en tant que **personne**
- 2) Niveau interindividuel : le médecin dans la **relation médecin-malade**
- 3) Niveau positionnel : le médecin dans le **système de santé** (le médecin par rapport aux autres professionnels de santé)
- 4) Niveau idéologique : le médecin en tant que **profession** (le médecin par rapport aux autres métiers, à la société)

Sont résumés dans le tableau 2 tous les items du questionnaire final concernant la RS du MG avec le classement selon les niveaux d'analyse de W. Doise et leur valence. Le choix de ces items est justifié dans l'annexe 2, qui reprend leurs occurrences dans les différents travaux de référence. Pour faciliter la lisibilité de nos résultats nous avons attribué à chaque item un mot-clé (ou une 'phrase-clé') qui en résume le sens.

Niveau d'analyse de DOISE	Catégorie	Élément de RS (mot-clé)	Numéro et intitulé de l'item	Valence	
1) Niveau <u>Intra-individuel</u> (ou personnel) le médecin généraliste en tant que personne	Dispositions intellectuelles	Sympathiques	34. Ce sont généralement des personnes sympathiques et accueillantes	Positive	
	Dispositions intellectuelles	Savoir scientifique	35. Ils possèdent un grand savoir	Positive	
	Vie privée	Temps pour la vie privée	36. Ils prennent le temps d'avoir une vie privée	Neutre	
	Confiance épistémique ¹³	Prescriptions fiables	20. On ne peut pas toujours se fier à leurs prescriptions de médicaments	Négative	
	Confiance « sentimentale »	Conseillent	22. Un de leurs rôles est de donner des conseils	Positive	
	Confiance morale	Respectent l'avis des patients	27. Ils ne respectent pas assez les décisions des patients	Négative	
	Confiance morale	Tout leur dire	28. Ils ne jugent pas les patients : on peut tout leur dire	Positive	
	Confiance morale	Secret professionnel	32. On peut se confier à eux car ils respectent le secret médical	Positive	
	2) Niveau <u>interindividuel</u> (ou interpersonnel) le médecin généraliste dans la relation médecin-malade	Communication	Communiquent bien	21. Ils communiquent bien avec leurs patients	Positive
		Communication	Pas pressés par le temps	23. Souvent ils « survolent » la consultation car ils sont pressés par le temps	Négative
Communication		Écoutent	30. Ils n'écoutent pas assez les patients	Négative	
Communication		Explications claires	25. Leurs explications sont difficiles à comprendre	Négative	
Communication		Information complète	33. Concernant leur santé, les médecins choisissent ce qu'ils vont dire aux patients ou bien garder pour eux	Négative	
Bienveillance		Bienveillants	24. Ils sont toujours bienveillants envers les patients	Positive	
Proximité, connaissance		Connaissent les patients	29. Ils connaissent bien leurs patients	Positive	
Soutien		Soutiennent les patients	26. Ils soutiennent leurs patients quelle que soit la situation	Positive	
Suivi, continuité des soins		Suivent les patients	31. Un médecin généraliste suit ses patients une grande partie de leur vie	Neutre	
3) Niveau <u>positionnel</u> (intra-catégoriel) le médecin généraliste dans le système de soins		Pivot central	Indispensables	1. Les médecins généralistes sont indispensables pour bien soigner la population	Positive
	Pivot central	Disponibles	10. Ils ne sont globalement pas assez disponibles pour leurs patients	Négative	
	Rôle spécifique	Polyvalents	3. Ils sont polyvalents : ils peuvent prendre en charge une grande diversité de pathologies	Neutre	
	Rôle spécifique	Orientent les patients	4. Si nécessaire, ils orientent correctement les patients vers les spécialistes	Neutre	
	Rôle spécifique	Coordonnent les soins	5. Ils coordonnent les soins entre les différents professionnels de santé	Neutre	
	Rôle spécifique du médecin	Prévention	16. Ils jouent un rôle essentiel dans la prévention des maladies	Positive	
	Rôle spécifique du médecin	Aussi compétents que les spécialistes	17. Ils sont moins compétents que les spécialistes pour traiter les maladies	Négative	
	Rôle spécifique du médecin	Globalité du soin	18. Leur spécificité est de savoir traiter une personne dans sa globalité	Positive	
	Responsabilités socio-économiques	Régulation des dépenses	6. Un de leurs rôles est d'éviter les dépenses de santé inutiles	Neutre	
	Responsabilités socio-économiques	Justification des arrêts de travail	7. Ils ne doivent pas faire d'arrêt de travail sans justification médicale	Neutre	

¹³ La confiance épistémique est la confiance objective, justifiée par les indices de compétence que nous décelons chez le médecin. L'aspect sentimental renvoie à la vulnérabilité que nous acceptons de montrer au médecin et la confiance morale est sous-tendue par les valeurs morales que nous pensons partager avec le médecin (54).

4) Niveau idéologique (inter-catégoriel) le médecin généraliste en tant que profession	Formation	Longues études	8. Ils suivent de longues études difficiles	Neutre
	Formation	FMC	9. Ils mettent régulièrement à jour leurs connaissances par des formations continues	Neutre
	Motivation professionnelle	Pour soigner les autres	2. Ils font leur métier pour soigner les autres	Positive
	Motivation professionnelle	Aiment leur métier	11. Ils aiment leur métier	Positive
	Responsabilités	Responsabilités	12. Leur métier implique de grandes responsabilités	Neutre
	Responsabilités juridiques	Procès	14. Les médecins généralistes sont davantage exposés à des poursuites judiciaires	Neutre
	Banalisation du métier	Métier banal	13. C'est un métier comme un autre : ils apportent leur expertise contre une rémunération	Négative
	Conditions de travail	Charge de travail	19. Ils travaillent beaucoup	Neutre
	Conditions de travail	Revenus	15. Ils gagnent très bien leur vie	Neutre

Tableau 2: classement et explication des items retenus pour le questionnaire explorant la RS des MG. Pour les items reformulés, de valence négative, les mots-clés sont ceux des items « natifs » (formulation la plus retrouvée dans les entretiens). Nous avons attribué nous-mêmes une valence à chaque item au vu des entretiens préalables.

4. 2^{ème} partie : la distance à l'objet

Cette 2^{ème} partie intitulée « vos données personnelles » commençait en effet avec une série de 4 questions sur l'identité et le mode de vie du répondeur : âge, sexe, activité professionnelle et zone d'habitation.

S'ensuivaient 10 questions permettant d'évaluer la distance de chaque répondeur vis-à-vis de « l'objet-médecin généraliste ».

Nous avons expliqué précédemment que la DO agrège l'ensemble des variables susceptibles d'expliquer les différences des RS. Le terme d'implication culturelle (ou socio-symbolique) serait seulement une « conséquence » de la représentation et non un déterminant. Ce serait en fait un processus au cours duquel le sujet puise dans sa représentation pour évaluer à quel point il est « impliqué » par l'objet, ce qui lui permet secondairement de choisir les pratiques (attitudes, comportements) qu'il doit mettre en œuvre vis-à-vis de l'objet.

Or dans la représentation du MG explorée par J. du Breuillac, seule la disponibilité du médecin, qui fait partie de l'implication culturelle en tant que capacité d'action perçue sur le médecin, est à l'origine de 2 profils de répondeurs, avec 2 représentations du médecin.

Nous avons donc fait le choix de **regrouper** au sein du terme d'**implication**, l'implication **circonstancielle et culturelle**, et de l'étudier comme composante de distance à l'objet.

Voici les différents critères de DO étudiés dans la 2^{ème} partie du questionnaire (les questions correspondantes sont consultables dans le questionnaire final en annexe 3):

- ❖ **Niveau de connaissance de l'objet**¹⁴ : question 5 (note de 0 à 10)
- ❖ **Implication circonstancielle** :
 - Consultation récente¹⁵ : question 6 (oui/non)
 - Auto-évaluation de l'état de santé : question 13 (note entre 0 et 10)
- ❖ **Implication culturelle** :
 - **Identification**: question 8 (note entre 0 et 10)
 - **Valorisation** (note entre 0 et 10)
 - Valorisation personnelle: question 9
 - Valorisation culturelle: question 10
 - **Capacité d'action perçue** (note entre 0 et 10)
 - Disponibilité du médecin : question 11
 - Degré d'influence du patient sur les décisions du médecin : question 12
- ❖ **Niveau de pratique** :
 - Suivi régulier : question 7 (oui/non)
 - Fréquence de consultation : question 14 (0-2 fois, 3-6 fois, 7-11 fois ou >12 fois par an)

Cas particulier de la capacité d'action perçue :

Avant le test de faisabilité, nous avons défini 3 items sur la capacité d'action perçue. Ces 3 items, supposés avoir la même signification, n'ont pas été entendus de la même façon par les 30 individus qui ont répondu au test. En effet, 12 fois sur 30, la question de l'influence des patients sur les décisions des médecins recevait des réponses <4/10 quand les 2 autres étaient >4/10. Nous avons expliqué cette discordance par une différence de compréhension des questions. Nous avons supposé que le sens qui était compris par les répondeurs était « les patients peuvent forcer les médecins à faire des choix qu'ils ne veulent pas ». Nous n'avons donc gardé que 2 items de capacité d'action perçue, soigneusement formulés pour éviter les malentendus.

¹⁴ Il s'agit bien d'évaluer le niveau de connaissances que le sujet pense avoir et non la connaissance réelle.

¹⁵ Le délai n'était pas précisé car nous cherchions à connaître l'empreinte qu'a laissée cette consultation dans la mémoire des personnes (une consultation ancienne peut sembler récente à quelqu'un qui ne consulte pas souvent, ou bien si la consultation a encore des répercussions aujourd'hui).

5. 3^{ème} partie : comportements de santé

Cette partie était intitulée « habitudes sanitaires » pour en atténuer l'aspect évaluatif, le terme « habitudes » nous paraissant plus neutre que le terme « comportements ».

Elle comportait 22 questions ou propositions (annexe 3) définies à l'aide des baromètres santé (57) de l'INPES et réparties autour de 3 axes :

- Le patient en bonne santé (aspect **prévention**) : nutrition, activité physique, addictions, vaccinations.
- Le patient en situation de maladie : le **recours aux soins** (les différents professionnels consultés ou bien le renoncement), la recherche d'**informations** ou d'**avis complémentaires**, la **thérapeutique** (psychotropes, homéopathie, observance).
- Le patient et son médecin traitant : **déclaration** du médecin traitant, **antécédent de changement** de médecin traitant.

La difficulté résidait dans la population très diverse de notre étude. La plupart des baromètres sont adaptés à une population cible particulière, le plus souvent choisie selon le critère de l'âge. Nous n'avons donc pas évoqué les thèmes relatifs au dépistage du cancer, aux pratiques sexuelles et à la prévention des IST, aux violences et aux accidents.

Le questionnaire final établi à l'issue de ces différentes étapes est consultable en annexe 3.

Questionnaire

Le questionnaire comportait 3 parties correspondant aux objectifs du travail.

- *1^{ère} partie/ objectifs n°1 et 2: échelle de Likert à 7 points portant sur 36 items (correspondant aux éléments de la RS) définis à partir des 3 thèses explorant la RS des médecins généralistes. Après une enquête pilote, 9 items ont été reformulés (passés de la valence positive à la valence négative) pour que le questionnaire paraisse moins orienté en faveur des médecins généralistes.*
- *2^{ème} partie/objectif n°3 : 4 questions sur les caractéristiques des individus (âge, sexe, zone d'habitation et profession) et 10 questions permettant d'estimer la distance à l'objet.*
- *3^{ème} partie/objectif n°4 : 22 questions sur les comportements de santé des individus, définies à partir des baromètres santé (prévention, recours aux soins, thérapeutique).*

C. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce à la collaboration du département d'Ingénierie mathématique de l'université Lyon 1 et notamment à Mme Gabriela Ciuperca, Maître de Conférence et membre de l'Équipe Probabilités, Statistiques, Physique Mathématique, ainsi que deux étudiants en Master 2 Statistiques Informatique et Techniques Numériques (Master SITN), Claire Perret et Anthony Kredouda. Cette équipe, contactée avant la distribution des questionnaires, nous a confirmé la faisabilité du projet et a contribué au choix des techniques d'analyse.

1. Objectifs principaux : analyse en composantes principales et analyse de similitude

Selon W. Doise (58), toute distribution de réponses sur plusieurs variables peut se décomposer en 3 éléments :

- Le **niveau** : moyenne des réponses des individus
- La **dispersion** : degré d'éparpillement des réponses individuelles
- La **corrélation** : lien entre les réponses individuelles pour 2 variables

❖ Niveau et dispersion des variables

Nous avons étudié le niveau des réponses en calculant les moyennes et médianes des scores obtenus pour chaque variable (c'est-à-dire chaque item du questionnaire). Après avoir inversé les scores moyens des items de valence négative (préalablement reformulés), nous avons calculé leur score de **valorisation**, correspondant à l'écart du score moyen à la valeur neutre, à savoir 4. Nous avons ensuite classé les items par **ordre décroissant** de leur valorisation par les individus, afin de **hiérarchiser** le contenu de la RS, mais aussi de confirmer ou d'infirmer l'appartenance de certains items à la RS.

Le calcul pour chaque proposition de la **variance** et de l'**écart-type** des réponses a permis d'appréhender la dispersion des réponses.

❖ Recherche de corrélations: l'analyse en composantes principales (ACP)

L'ACP, méthode largement éprouvée en psychologie sociale, permettait de répondre à l'objectif principal de notre étude, à savoir décrire la structure de la RS.

L'ACP est apparentée aux méthodes d'analyse factorielle permettant de **résumer les variations d'un champ représentationnel** dans une population donnée. W. Doise explique que « l'analyse factorielle vise la mise à jour de **principes organisateurs** des **différences entre les réponses** individuelles » (58). Il s'agit en effet d'expliquer les différences obtenues dans l'expression de la représentation en dégagant une ou plusieurs dimensions responsables de la variance.

Bien que les objectifs soient les mêmes, l'ACP n'est pas une analyse factorielle à proprement parler car elle ne passe pas par une étape de factorisation de la variance : elle ne cherche pas à savoir quel pourcentage de variance commune est expliqué par l'item, mais quelle est la variance qu'il partage avec d'autres items.

L'ACP étudie la façon dont les items co-varient, s'opposent ou sont indépendants entre eux. Le principe de base est que si 3 éléments (ou 'items', ou 'variables') de la représentation varient dans le même sens (co-variance entre éléments), ils constituent une même idée, ce qui permet d'extraire **une dimension**. Il s'agit, en d'autres termes, d'identifier les corrélations existant entre les variables. Chaque dimension identifiée en ACP est appelée **composante principale** (CP) des données (en l'occurrence composante principale de la RS).

Puis, la contribution de chaque variable à la dimension est calculée par sa **saturation** : la saturation est le niveau de corrélation d'une variable donnée avec une dimension. Plus la saturation est grande, plus la variable contribue à **donner un sens à la dimension**.

L'autre interprétation est que 2 variables qui ont une saturation positive sur une dimension co-varient, alors que 2 variables qui ont une saturation de signe opposé contribuent de manière opposée à la signification de la dimension.

Tout comme les analyses factorielles proprement dites, l'ACP implique une certaine **perte de données** car l'objectif est de reconstituer la réalité d'une représentation avec le moins de composantes possibles. Mais elle permet d'obtenir plus **facilement une image structurée et immédiatement accessible** de la représentation. Enfin, les résultats entre analyses factorielles et ACP sont au final comparables (59).

Un exemple typique d'ACP pour l'étude des RS est le rapport de C. Esnard sur l'effet des représentations et des conditions d'activités des policiers sur l'épuisement professionnel (15), publié en 2009 (analogies détaillées en annexe 4). Son étude illustre un résultat majeur de l'ACP: réduire la dimensionnalité d'un jeu de données initiales en un ensemble limité de nouvelles variables, les composantes principales. Il en résulte une réécriture des données initiales, qui dévoile la structure mentale sous-jacente de la RS (raison pour laquelle ces composantes principales sont aussi appelées « variables latentes »). En plus de réaliser une **synthèse de la RS**, l'ACP produit de nouvelles variables (les composantes principales) plus **facilement maniables** pour réaliser des **statistiques inférentielles**.

L'ACP constituait donc une méthode adaptée pour répondre à notre objectif principal qui était de saisir la structure de la RS du MG, en remplaçant ses éléments constitutifs par des composantes principales, qui sont le reflet de l'organisation cognitive des éléments du champ représentationnel.

❖ Recherche de corrélations : l'analyse de similitude

L'analyse de similitude est une autre méthode d'analyse de la structure des RS, inventée au début des années soixante-dix par C. Flament, Professeur de psychologie sociale à l'université d'Aix-en-Provence (60). Elle peut être réalisée seule ou en complément d'une analyse factorielle.

La première étape consiste à dresser une **matrice de similitudes** (7): il s'agit d'un tableau symétrique, contenant en lignes et en colonnes les différentes variables et dans les cases, les indices de similitude des variables deux à deux. Les indices de similitude sont nombreux et dépendent du type de variables à étudier, mais ils s'apparentent dans tous les cas à la ressemblance entre les profils de réponses de 2 variables. Dans le cas de notre étude, l'indice de similitude correspondait au coefficient de corrélation entre les variables, indice Tau B de Kendall, adapté aux données ordinales.

Puis, cette matrice est transposée sous forme de graphe : les points correspondent aux variables et les arêtes aux coefficients de similitude. Les arêtes sont tracées dans l'ordre décroissant de leur valeur (préordonnance de similitude¹⁶), en ne retenant que les arêtes qui ne forment pas un cycle avec les arêtes déjà retenues. On appelle ce graphe **arbre maximum** (ou maximal) car il est obtenu en simplifiant à l'extrême l'ensemble des similitudes, en ne gardant que celles qui forment des maximum locaux. Si 2 arêtes ont la même valeur, 2 arbres sont possibles : la fusion de ces 2 arbres est appelée **réunion des arbres maximaux** (RAM). Tous les éléments y sont représentés et reliés entre eux avec le moins d'arêtes possibles : « on obtient la représentation la plus dépouillée qu'il soit possible d'avoir en conservant la connexité » (60).

La 3^{ème} étape consiste à regrouper localement les éléments de l'arbre : soit de manière subjective par **secteurs**, soit par la méthode mathématiques des **cliques**. L'analyste peut en effet regrouper lui-même les éléments reliés entre eux localement sur l'arbre maximum, si leur regroupement en secteur a un sens sur le plan de l'interprétation. Ou bien il peut organiser les éléments de l'arbre en repérant les cliques : une clique est un ensemble de points (donc d'éléments), tous reliés entre eux avec un indice de similitude au moins égal à une valeur seuil donnée. Il s'agit donc des maximums locaux. Le plus souvent les cliques obtenues par la méthode mathématique correspondent aux secteurs définis par l'interprétation de l'analyste.

L'analyse de similitude a donc l'avantage, comme l'ACP, de produire une représentation structurée de la RS. Mais la réduction de l'information se fait à travers l'étude des valeurs **« localement » les plus fortes** et non sur la base d'une analyse « globale », ce qui produit donc plus une représentation topologique (plus complexe) que géométrique (axiale). Elle permet d'identifier des axes, mais aussi des regroupements d'éléments et des sous-populations. A. Degenne utilise cette métaphore géométrique : « L'analyse factorielle détermine les meilleurs plans de projection d'un nuage de points de manière à le présenter sous différents points de vue, l'analyse de similitude recherche un meilleur itinéraire pour découvrir une topographie de ce nuage, vu en quelque sorte, de l'intérieur » (61).

¹⁶ Préordonnance de similitude : liste ordonnée des arêtes et de leurs valeurs (indice de similitude), parcourue dans l'ordre décroissant pour construire l'arbre maximum.

D'autre part, contrairement à l'ACP qui produit un résultat entièrement automatisé, elle demande une **validation** de l'analyste à chaque étape pour donner du sens à l'analyse : « l'analyste est donc maître des décisions qui vont orienter le traitement des données, comme il sera maître plus tard de leur interprétation » (62).

En revanche, contrairement à l'ACP ou aux autres analyses factorielles, l'analyse de similitude ne permet pas de projeter les variables et les sujets sur la même figure (7).

Ces deux méthodes complémentaires, qui reposent sur l'idée d'association, fréquemment utilisées en sociologie, nous ont permis d'appréhender de 2 façons différentes la structure de la RS du MG.

❖ Objectif n°2

L'objectif n°2 était d'identifier et de caractériser des sous-groupes de sujets : l'identification des sous-groupes se fait par l'observation de la distribution des réponses, la caractérisation par la comparaison des réponses entre sous-groupes (tests de Mann-Whitney pour variables bi-variées). Nous avons développé et justifié les méthodes employées pour l'objectif n°2 dans le chapitre 'Résultats', dans la mesure où nous ignorions laquelle serait la plus adaptée avant le recueil des données.

2. Objectifs secondaires : classification ascendante hiérarchique et tests du khi deux

Les objectifs n° 3 et 4 étaient de mettre en évidence un lien entre d'une part, RS du médecin et DO (objectif n°3), et d'autre part entre la RS et les comportements de santé des patients (objectif n°4). Ces 2 objectifs répondaient au même modèle: une variable dépendante (VD), la RS, et plusieurs variables indépendantes (VI)¹⁷, les critères de DO, et les comportements de santé.

Nous avons décidé mettre en forme ces variables afin d'obtenir un résultat valide et interprétable, cohérent avec la théorie des représentations sociales, malgré le grand nombre de variables que comportait notre questionnaire.

❖ Objectif n°3

Pour l'objectif n°3, nous avons choisi de **former des classes d'individus**: ainsi telle classe d'individus, ayant répondu de façon similaire à un certain nombre d'items, partage un même profil

¹⁷ Les termes de VC et VI constituaient ici un abus de langage car il n'y a pas de déterminisme unidirectionnel entre RS et DO ou entre RS et comportements de santé ; il s'agirait plutôt de variables « interdépendantes » ou « liées ». Néanmoins, nous avons choisi d'utiliser les termes de VD et VI afin de faciliter la compréhension du lecteur sur les liens statistiques que nous cherchions à mettre en évidence.

de réponses au questionnaire. En termes de RS, il s'agit d'identifier une **typologie de représentations sociales** parmi les réponses des sujets. Pour construire les classes d'individus en fonction de leurs RS, nous avons procédé à une **classification ascendante hiérarchique** (CAH) sur les premières composantes principales issues de l'ACP. Il s'agit d'un processus d'analyse éprouvé, fiable et reproductible pour construire les classes les plus homogènes en interne et les plus dissemblables entre elles.

Ensuite nous avons cherché à savoir si les classes d'individus, définies par les différences entre leurs RS, différaient selon les composantes de DO (questions 5 à 14 de la 2^{ème} partie du questionnaire), c'est à dire nos VI, en réalisant une série de tests du khi deux.

Le 1^{er} avantage de ce procédé est de **ne pas perdre de données** : la mise en relation des dimensions de la RS avec un indice de distance à l'objet global, comme le fait L. Dany, constitue une double approximation des données avec le risque de fausser les résultats, voire de ne pas valider notre hypothèse.

Le 2^{ème} avantage réside dans l'utilisation du test du khi deux, qui ne présume **pas d'un sens du lien** : l'analyse de type régression fait l'hypothèse que la variable dépendante est déterminée par la variable indépendante. Or, la relation entre certaines composantes de la DO et les RS n'est pas strictement unidirectionnelle, et leur relation est parfois plutôt de nature circulaire (interdépendance).

❖ Objectif n°4

Nous avons utilisé le même procédé que pour l'objectif n°3 : nous avons réutilisé les classes d'individus correspondant à des typologies de RS et cherché à savoir s'ils adoptaient les mêmes comportements de santé.

Chaque comportement (questions 1 à 22, 3^{ème} partie du questionnaire) était intégré comme une VI, et les RS correspondaient aux VD. Le poids des premières sur les deuxièmes était évalué par le test du khi deux.

Analyses statistiques

L'étude de la structure de la RS (objectif n°1) a fait appel à 2 analyses statistiques complémentaires : l'ACP étudie la façon dont les items co-varient et permet de réduire les données initiales en composantes principales (données réduites qui résument le mieux la variance des réponses). L'analyse de similitude, méthode spécifique à l'étude des RS, étudie les corrélations des items deux-par-deux et permet de dresser un arbre de similitude, en ne gardant que les plus fortes corrélations.

Les objectifs n°3 et 4 ont d'abord nécessité une étape de classification de l'échantillon (CAH) selon la RS qu'ils ont exprimé du médecin. Puis nous avons comparé l'appartenance des individus à une classe (donc un profil de RS) avec les composantes de DO (objectif n°3) et avec les comportements de santé (objectif n°4) par des tests du khi deux.

III. RÉSULTATS

A. Échantillon

1. Nombre et qualité des réponses

Parmi les 300 questionnaires distribués dans les 10 cabinets médicaux du Rhône, 244 ont été récupérés, soit un taux de **retours de 81%**, ce qui est supérieur aux moyennes habituellement enregistrées.

Tous les individus interrogés ont déclaré avoir plus de 18 ans. Deux individus ont été exclus (correspondants aux séries de réponses n° 96, 113) de l'analyse car ils ont été considérés comme des valeurs aberrantes, et quatre (correspondants aux séries n°124, 142, 146 et 148) en raison d'un trop grand nombre de valeurs manquantes, soit un taux d'**attrition de 2,5 %**.

L'analyse a donc porté sur **238 séries de réponses**. Cette même population a été utilisée pour répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires afin d'assurer l'interprétation des résultats.

Sur ces 238 séries de réponses, seules **134** étaient **entièrement complétées** (soit 56% de l'échantillon). Le logiciel d'analyse a permis de gérer les valeurs manquantes restantes sur les 238 séries de réponses sans perdre de données : elles étaient traitées comme « non considérées ».

2. Caractéristiques et représentativité

Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon correspondent aux questions 1 à 4 de la 2^{ème} partie de notre questionnaire, à savoir respectivement l'âge, le genre, la catégorie professionnelle et la zone géographique d'habitation. Ces données, résumées dans les tableaux 3a et 3b, ont été comparées à celles de la population du département du Rhône provenant du recensement de 2012 et disponibles sur le site internet de l'INSEE¹⁸.

¹⁸ Site de l'INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=DEP-69

Variable	Échantillon	Population générale	p
Age	46,5 ans +/- 14,9	38,5 ans	< 0,001
Genre			< 0,001
Homme	58 (24,0%)	48,1%	
Femme	169 (71,0%)	51,9%	
Non renseigné	11 (5,0%)		
Catégorie professionnelle			< 0,001
Agriculteur exploitant	2 (0,8%)	0,4%	
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	10 (4,2%)	3,3%	
Cadre, cadre supérieur	17 (7,1%)	12,5%	
Profession intermédiaire	73 (42,9%)	32,1%	
Ouvrier	14 (5,9%)	10,9%	
Retraité	43 (18,1%)	22,9%	
Autre sans activité professionnelle (dont étudiants et recherche d'emploi)	36 (15,1 %)	17,9%	
Non renseignée	43 (5,9%)		

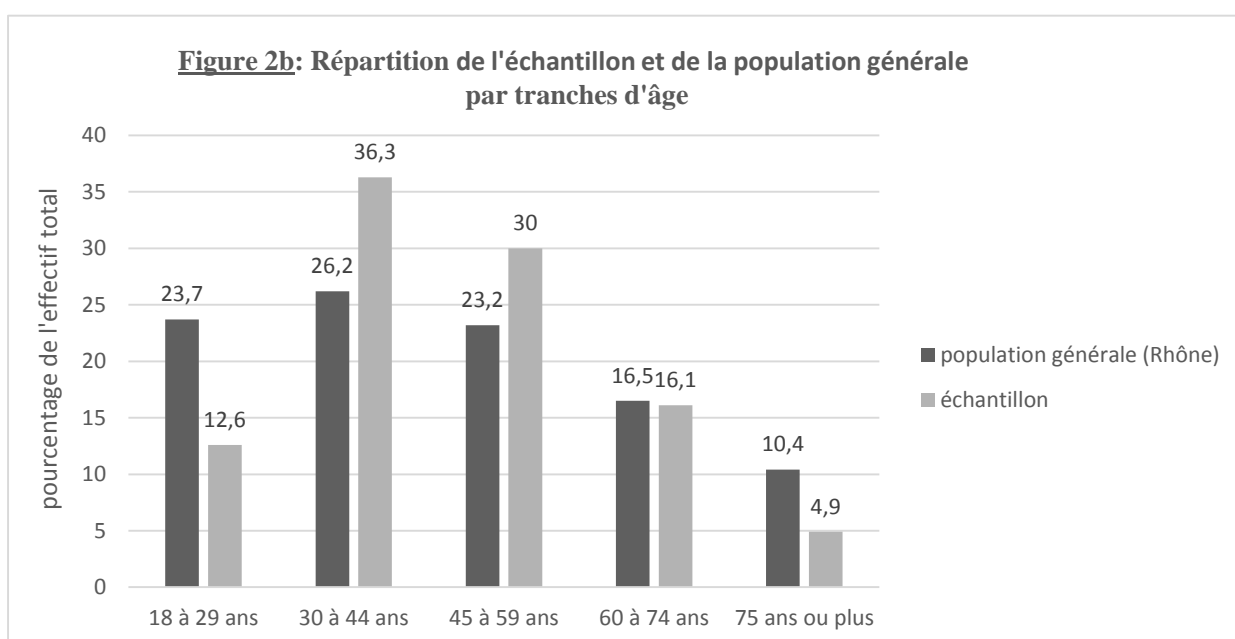
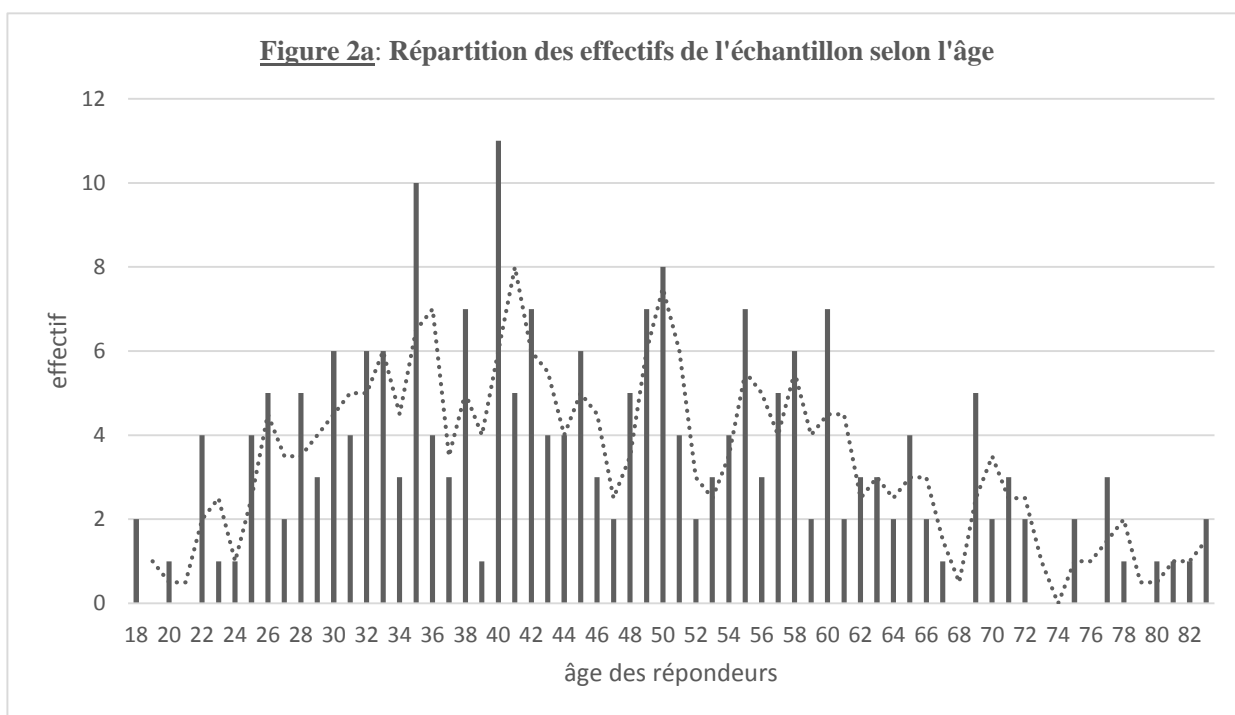
Tableau 3a: Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et de la population générale du Rhône

Zone d'habitation	Échantillon
Urbaine	132 (55,0%)
Suburbaine	42 (17,7%)
Rurale	49 (20,6%)
Non renseignée	15 (6,7%)

Tableau 3b: Zones d'habitation dans l'échantillon

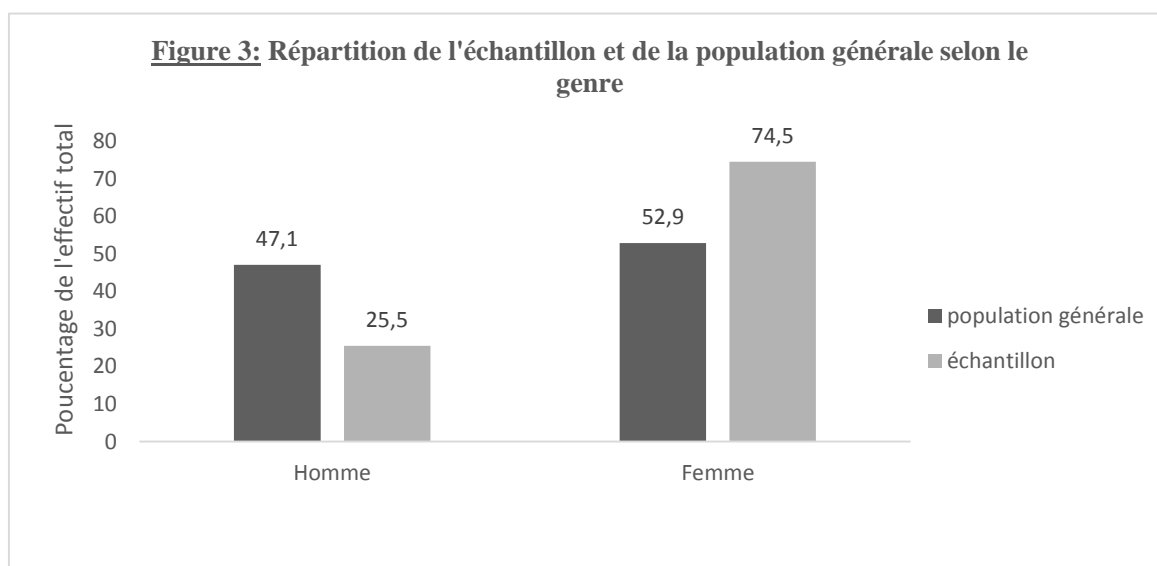
❖ Age des répondeurs

La figure 2a montre une répartition importante des effectifs entre 25 et 70 ans, avec 2 modes situés à 35 et 40 ans, correspondant à la moyenne d'âge de 38,5 ans observée dans la population du Rhône. La moyenne d'âge calculée est cependant plus importante dans notre étude que dans la population générale (46,5 ans vs 38,5 ans; $p < 0,001$). Ceci est probablement à mettre en relation avec une sous-représentation des jeunes de moins de 30 ans, qui ne constituaient que 12,6% de notre effectif au lieu de 23,7% de la population générale du Rhône (figure 2b).



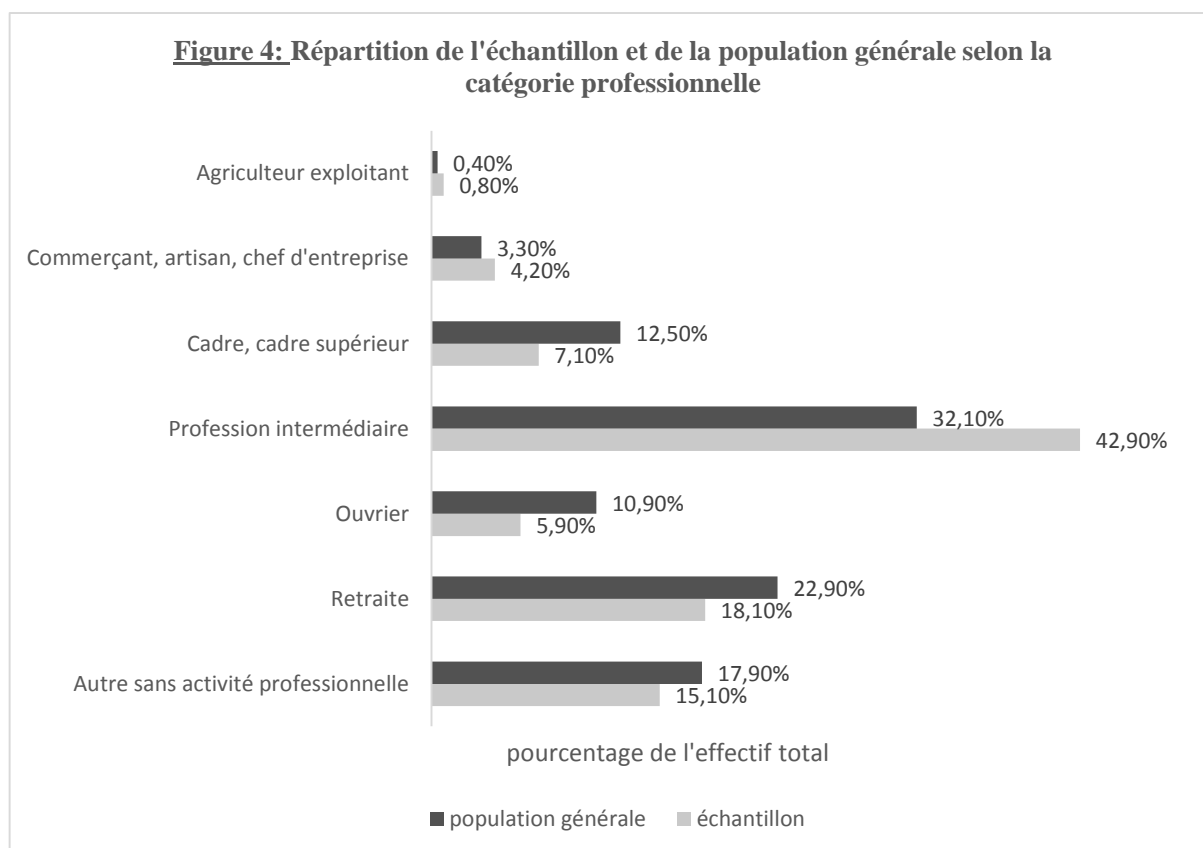
❖ Genre des répondeurs

La figure 3 illustre la forte surreprésentation des femmes dans la population de notre étude par rapport à la population générale.



❖ Catégorie professionnelle

La répartition des effectifs de notre échantillon selon la catégorie professionnelle (Figure 4) était différente de celle de la population générale ($p < 0,001$).



Échantillon

Le taux d'attrition s'élevait à 2,5% (2 séries de réponses aberrantes et 4 séries de réponses trop incomplètes): nous avons retenu 238 séries de réponses. Notre échantillon différait de la population générale du Rhône: le répondeur moyen était plus âgé (jeunes moins représentés), plus souvent une femme, et la répartition des catégories professionnelles de l'échantillon était différente de celle de la population générale.

B. Objectifs principaux

1. Objectif n°1 : contenu et structure de la représentation

L'analyse du niveau et de la dispersion des réponses apporte des informations sur le contenu de la RS. Nous avons calculé pour chacun des 36 items la moyenne, la médiane (niveau des réponses), la variance et l'écart-type (dispersion des réponses) des 238 séries de réponses. La **valorisation** de chaque item est calculée comme l'écart du score moyen à la valeur neutre (qui est 4).

La dispersion des réponses est illustrée par la figure 5 (box plots).

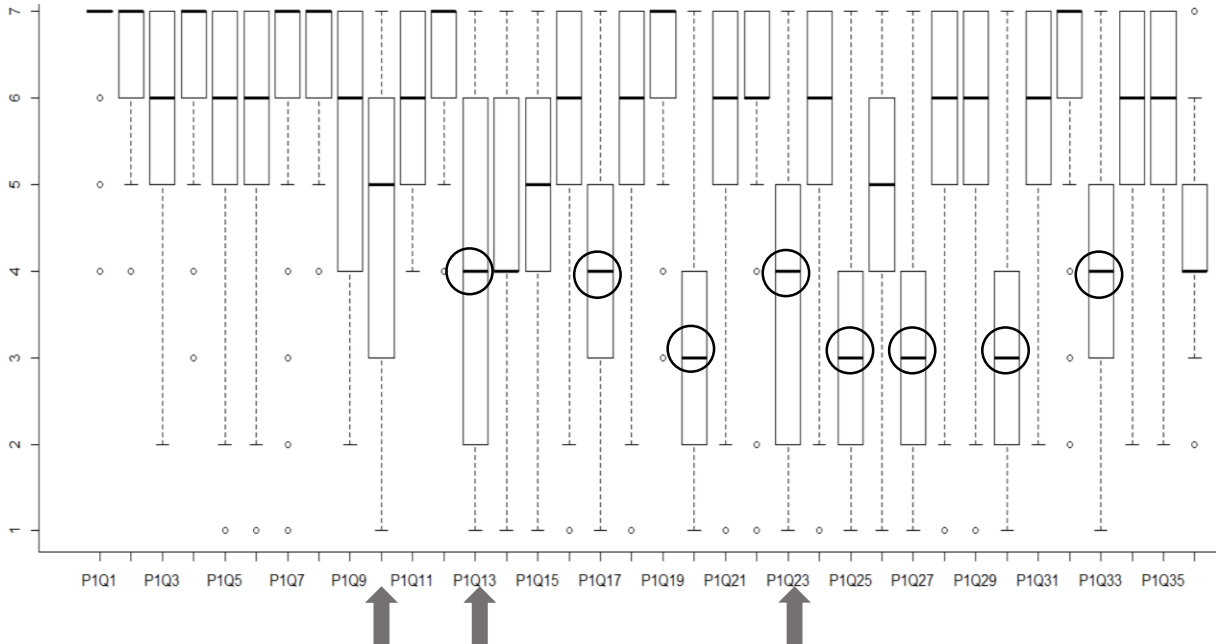


Figure 5 : Box plots (ou « boîte à moustaches ») illustrant la dispersion des réponses aux items 1 à 36. Les items 1 à 36 constituent l'axe horizontal (notés P1Q(numéro de l'item)), l'axe vertical représente la note de 1 à 7. Le trait en gras représente la médiane et l'encadré les réponses situées entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile. Les items pour lesquels la médiane est ≤ 4 sont les items dont la formulation a été inversée, donc de valence négative (items 13, 17, 20, 23, 25, 30, et 33), entourés. Les items présentant la plus grande dispersion de réponses sont les items 10, 13 et 23, marqués par une flèche.

Le tableau 4 regroupe les items par score décroissant de valorisation en valeur absolue (afin de gommer l'effet de l'inversion de valence des items négatifs), avec la moyenne, l'écart-type et l'intervalle des réponses.

Item (numéro et mot-clé)	Valorisation	Moyenne	Écart-type	Intervalle de réponses
1. Indispensables	2,67	6,67	0,67	4-7
12. Responsabilités	2,61	6,61	0,69	4-7
2. Pour soigner les autres	2,51	6,51	0,76	4-7
8. Longues études	2,49	6,49	0,76	4-7
4. Orientent	2,36	6,36	0,86	3-7
32. Secret professionnel	2,31	6,31	0,94	2-7
7. Justification des arrêts de travail	2,27	6,27	1,02	1-7
19. Charge de travail	2,23	6,23	0,92	3-7
3. Polyvalents	2,08	6,08	1,09	2-7
22. Conseillent	2,04	6,04	1,03	1-7
35. Savoir scientifique	2,00	6,00	1,03	2-7
11. Aiment leur métier	1,99	5,99	1,08	4-7
16. Prévention	1,91	5,91	1,16	1-7
31. Suivent leurs patients	1,88	5,88	1,25	2-7
18. Globalité du soin	1,87	5,87	1,23	1-7
34. Sympathiques	1,80	5,80	1,16	2-7
5. Coordonnent les soins	1,79	5,79	1,29	1-7
28. Tout leur dire	1,74	5,74	1,38	1-7
21. Communiquent bien	1,74	5,74	1,24	1-7
29. Connaissent leurs patients	1,69	5,69	1,33	1-7
6. Régulent les dépenses	1,67	5,67	1,28	1-7
24. Bienveillants	1,62	5,62	1,19	1-7
9. FMC	1,62	5,62	1,23	2-7
26. Soutiennent les patients	1,32	5,32	1,32	1-7
30. N'écoutent pas	1,19	2,81	1,51	1-7
25. Explications peu claires	1,03	2,97	1,46	1-7
15. Revenus	0,93	4,94	1,15	1-7
20. Prescriptions peu fiables	0,89	3,11	1,56	1-7
27. Ne respectent pas l'avis des patients	0,75	3,25	1,32	1-7
36. Temps pour la vie privée	0,59	4,59	1,08	2-7
14. Procès	0,58	4,58	1,36	1-7
10. Peu disponibles	0,35	4,35	1,90	1-7
23. Pressés par le temps	0,24	3,76	1,74	1-7
17. Moins compétents que les spécialistes	0,06	3,94	1,69	1-7
33. Information sélectionnée	0,02	3,98	1,58	1-7
13. Métier banal	0,01	4,02	2,14	1-7

Tableau 4 : Classement des items selon le score moyen décroissant de valorisation (en valeur absolue), moyenne, écart-type et valeurs extrêmes pour chaque item.

Les items de valence positive avaient tous reçu un score moyen supérieur ou égal à 5 (plutôt d'accord).

Les propositions considérées comme neutres vis-à-vis de l'image du médecin avaient toutes recueilli un score moyen supérieur ou égal à 4 (neutre).

Pour les items dits « négatifs », les scores étaient majoritairement compris entre 2 (pas d'accord) et 4 (neutre), à l'exception de deux d'entre eux, les items 10 *peu disponibles* (moyenne 4,35) et l'item 13 *métier banal* (moyenne 4,02). Ces items étaient également ceux qui présentaient la plus forte dispersion des réponses.

La 3^{ème} proposition présentant la plus forte dispersion des réponses était l'item 23 *pressés par le temps*. Cet item concernait le même sujet que l'item 10, la disponibilité des médecins, ou l'attention qu'ils portent aux patients durant la consultation.

Les items unanimement valorisés par les répondeurs (fort écart à la position neutre et dispersion faible) étaient les items 1, 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12 et 19. Ils renvoyaient à l'implication professionnelle du médecin (*pour soigner les autres, aiment leur métier*), au rôle central dans le parcours de soins (médecin *indispensable, polyvalent, qui oriente*), aux contraintes de la profession (*responsabilités, charge de travail, longues études*) et à la responsabilité sociale et économique du médecin généraliste (*justification des arrêts de travail*).

Les items unanimement peu valorisés par les participants (faible écart à la position neutre et dispersion faible) étaient les items 14, 15, 27 et 36, qui concernaient respectivement la judiciarisation de la pratique, les revenus des médecins, le respect de la décision des patients, et la vie privée des médecins.

Cette première analyse démontrait un **accord global** des participants pour les propositions **positives ou neutres** vis-à-vis des médecins, et inversement un désaccord avec les propositions négatives. Les propositions relatives à l'**implication** du médecin dans son métier, à son **rôle central** dans le parcours de soin, aux **contraintes** de la profession et à la **responsabilité socioéconomique** du médecin étaient **unanimement valorisées** par les participants.

Les 3 items ayant suscité les plus **grandes variations** de réponses étaient les items n°10 et 23 relatifs à la **disponibilité** du médecin, et l'item n°13 relatif à la **banalisation** du métier.

a) Structure factorielle et représentation selon P. Moliner

➤ Détermination du seuil de significativité des composantes

L'ACP sert à organiser un jeu de données initiales en le réduisant en un nombre minimum de composantes (ou dimensions) qui expliquent le mieux la variance des données. Pour définir le nombre de composantes à retenir, une première méthode consiste à définir le seuil de significativité des composantes (63).

À partir de cette étape, nous avons effectué les analyses sur 202 des 238 séries de réponses prises au hasard, les 36 séries restantes ayant servi à valider secondairement le modèle¹⁹.

Pour définir le seuil de significativité, nous avons effectué une analyse parallèle de Horn (ou *scree test*)²⁰, représentée par la figure 6 : les composantes principales (CP) significatives sont celles dont la valeur propre est supérieure aux valeurs propres simulées, la valeur propre étant la part de variance totale expliquée par la CP.

Dans notre ACP, les 2 premières CP étaient au-dessus du seuil avec une valeur propre de 10,5 pour la première (seuil limite de 2,26) et 2,7 pour la deuxième (seuil limite de 2,06). En revanche les CP suivantes avaient toutes une valeur propre située en dessous du seuil de significativité.

Cattell a défini un autre critère de significativité basé sur le point de cassure de la courbe (63): la courbe de progression des valeurs propres présente un coude (ou point de cassure) avant de s'horizontaliser. Les CP significatives sont celles situées avant le point de cassure. Appliqué à notre ACP, ce critère empirique confirme que les 2 premières CP étaient les seules significatives car la courbe s'aplatissait à partir de la 3^{ème} CP.

¹⁹ Validation par un test de normalité: pour chacun des 36 questionnaires non utilisés, nous avons calculé leurs coordonnées sur les dimensions 1 et 2 obtenues par l'ACP, quand il est pris en compte et quand il ne l'est pas. La différence obtenue, c'est-à-dire l'erreur de prédiction, pour la dimension 1 et pour la dimension 2 doit suivre une loi normale centrée en 0. Ce qui était bien le cas ici (sauf pour la dimension 1 où l'erreur suit une loi normale centrée en -0,017 donc suffisamment proche de 0 pour être acceptable).

²⁰ Analyse parallèle de Horn : permet de déterminer la significativité des composantes d'une ACP en les comparant à un seuil de significativité à 95% pour des variables aléatoires. La 1^{ère} étape consiste à standardiser les variances des variables de départ (ici nos 36 propositions) en les divisant pour que chaque variable ait une variance égale à 1. La variance totale est donc égale au nombre de variables, soit 36. À l'issue de l'ACP, la variance totale est conservée :

$$\text{variance totale} = \text{variance de CP1} + \text{variance de CP2} + \dots + \text{variance de CP36} = 36$$

La part de variance totale restituée par une CP s'appelle la valeur propre (ou *eigenvalue*).

Les composantes dont la valeur propre (coordonnée sur l'axe vertical) est supérieure au seuil sont significatives. Le pourcentage de variance totale expliqué par la composante est ensuite obtenu en divisant la valeur propre de la composante par la variance totale. Les valeurs propres sont comparées à celles d'un échantillon aléatoire simulé, comptant le même nombre de répondeurs et le même nombre d'items.

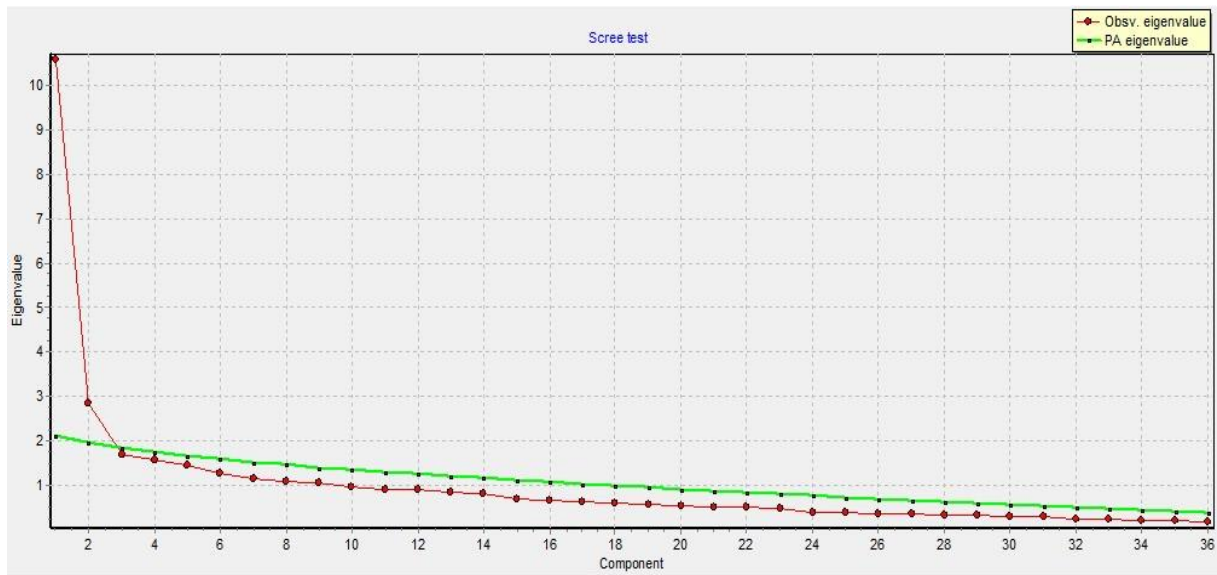


Figure 6 : Analyse parallèle de Horn (ou *Scree test*) : courbe de progression des valeurs propres des CP de notre échantillon comparée à la progression des valeurs propres simulées correspondant au seuil de significativité. L'axe horizontal représente les 36 CP obtenues à l'issue de l'ACP, et la valeur propre (ou *eigenvalue*) de chaque CP est reportée sur l'axe vertical.

➤ Identification des 2 composantes principales

Les deux CP (ou dimensions) restituaient **37,7 % de la variance totale**, à savoir **29,4 %** de la variance totale pour la **1^{ère} CP** et **8,3%** pour la **2^{ème} CP**.

Les saturations des variables, c'est-à-dire la contribution relative de chaque item du questionnaire aux différentes CP sont détaillés dans le tableau 5.

Pour connaître la contribution exacte des items, nous avons inversé à nouveau les items de valence négative que nous avons volontairement reformulés, qui devenaient donc : items n°10inv et 23inv (*disponibles et pas pressés*), 13inv (*métier pas banal*), 17inv (*aussi compétents que les spécialistes*), 20inv (*prescriptions fiables*), 25inv (*explications claires*), 27inv (*respectent l'avis des patients*), 30inv (*écoutent*), 33inv (*information complète*).

Les items ayant une saturation (en valeur absolue) supérieure à 0,60 contribuaient significativement à la dimension. Plus la saturation était élevée, plus l'item contribuait à donner son sens à la dimension.

Item (numéro et mot-clé)	1 ^{ère} CP (29%)	2 ^{ème} CP (8%)
24. Bienveillants	0,73	0,04
35. Savoir scientifique	0,69	-0,03
29. Connaissent les patients	0,69	0,21
4. Orientent les patients	0,68	-0,16
21. Communiquent bien	0,68	0,20
22. Conseillent	0,68	-0,10
11. Aiment leur métier	0,67	-0,21
26. Soutiennent	0,67	0,26
34. Sympathiques	0,66	0,11
3. Polyvalents	0,66	-0,34
5. Coordonnent les soins	0,66	-0,15
32. Secret professionnel	0,65	0,09
31. Suivent les patients	0,63	0,01
<u>30inv. Écoutent</u>	0,63	0,45
<u>27inv. Respectent l'avis</u>	0,59	0,38
2. Pour soigner les autres	0,59	-0,20
28. Tout leur dire	0,59	0,28
8. Longues études	0,58	-0,19
12. Responsabilités	0,58	-0,39
9. FMC	0,57	-0,28
<u>23inv. Pas pressés par le temps</u>	0,55	0,47
1. Indispensables	0,54	-0,30
6. Régulent les dépenses	0,46	-0,27
19. Charge de travail	0,55	-0,07
16. Prévention	0,55	-0,23
<u>25inv. Explications claires</u>	0,45	0,34
7. Justifient les AT	0,43	-0,14
18. Globalité du soin	0,39	-0,28
<u>20inv. Prescriptions fiables</u>	0,27	0,28
14. Procès	0,26	-0,28
<u>17inv. Aussi compétents que les spécialistes</u>	0,25	0,36
<u>10inv. Disponibles</u>	0,17	0,60
<u>33inv. Information complète</u>	0,16	0,30
36. Temps pour la vie privée	0,10	-0,28
<u>13inv. Métier pas banal</u>	-0,13	0,22
15. Revenus	-0,07	-0,12

Tableau 5 : Structure factorielle de la RS: contribution des items aux 2 CP de la RS (saturation). Les items dont la formulation a été inversée sont notés «Item inv » et soulignés. Les saturations en gras et encadrées correspondent aux items significativement contributifs de la CP (>0,60). Les saturations comprises entre 0,45 et 0,60 sont grisées (contribution forte bien que non significative).

La figure 7 correspond aux items projetés sur le cercle des corrélations²¹ dans le plan des 2 dimensions de l'ACP. L'ACP produit des projections des variables (items) sous forme de vecteurs : l'origine des vecteurs est l'origine du graphe (point (0, 0)), seul leur sommet est représenté dans le graphe par un point (pour faciliter la lecture).

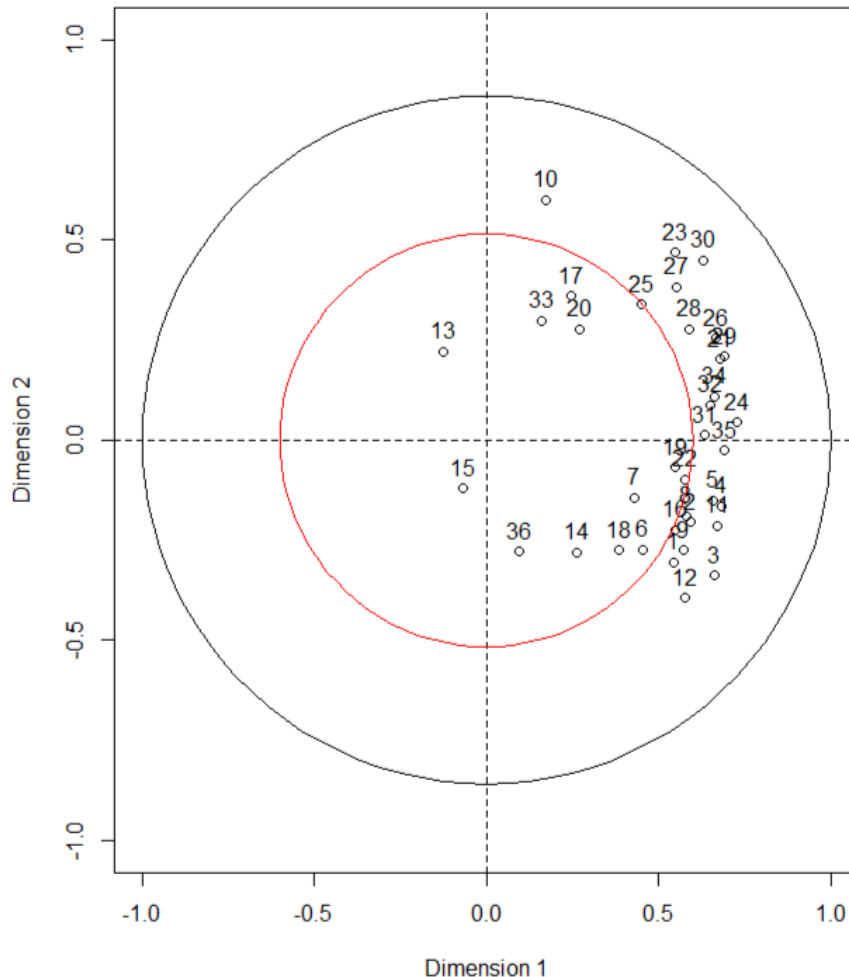


Figure 7 : Cercle des corrélations et projection des variables dans le plan des 2 CP :

L'axe horizontal est la CP 1 (ou dimension 1), l'axe vertical est la CP 2 (ou dimension 2). Les coordonnées de chaque point correspondent à la saturation de chaque variable avec la CP1 (coordonnée X) et avec la CP2 (coordonnée Y). Le plus grand cercle a un rayon 1 : il correspond à la corrélation maximale possible d'une variable avec une CP, le plus petit cercle correspond à la corrélation 0,60 (limite de significativité).

Les variables significativement corrélées avec une CP sont les points situés à l'extérieur de ce cercle de significativité.

²¹ En réalité le cercle des corrélations est la projection sur 2 dimensions des 36 vecteurs « réels », chacun de norme égale à 1 (variance standardisée égale à 1 pour chaque variable dans le cadre d'une ACP) dans un plan à 36 dimensions (car 36 variables de départ). Une fois projetés sur 2 dimensions, les vecteurs « image » ont une norme inférieure à 1. Si la norme du vecteur « image » est proche de 1, cela veut dire que presque tout le vecteur réel, est en fait présent dans les 2 dimensions représentées (les 2 premières CP) et donc que la composante de ce vecteur dans les 34 autres dimensions est minimale. Si à l'inverse un vecteur est nettement plus "court" que 1, alors cela veut dire qu'une partie importante de ce vecteur est dans les 34 autres dimensions.

L'étude des corrélations des variables deux à deux a également mis en évidence **4 groupes de variables corrélées entre elles** avec un indice de corrélation $\geq 0,60$:

- Items 3, 4 et 5
- Items 21, 24, 26 et 34
- Items 28 et 29
- Items 25, 27 et 30

Ainsi sur la figure 7, l'individu avec une grande coordonnée sur l'axe 1 (1^{ère} dimension) pensait :

- Que les médecins **communiquent bien** avec leurs patients (item 21), qu'ils sont **bienveillants** (item 24), qu'ils les **soutiennent** quelle que soit la situation (item 26), que ce sont généralement des personnes **sympathiques et accueillantes** (item 34).
- Et/ou²² que les médecins sont **polyvalents**, que si nécessaire ils **orientent** correctement leurs patients vers un spécialiste et qu'ils **coordonnent** les soins entre les différents professionnels de santé (items 3, 4 et 5).
- Et/ou qu'on peut **se confier** à eux car ils respectent le secret médical (item 32).
- Et/ou que les médecins **connaissent bien** leurs patients (item 29).
- Et/ou que les médecins **aiment leur métier** (item 11).
- Et/ou que les médecins **suivent leurs patients** une grande partie de leur vie (item 31).
- Et/ou que les médecins **écoutent bien** leurs patients (item 30inv).
- Et/ou qu'ils possèdent un **grand savoir** (item 35).

La 1^{ère} dimension regroupait les **qualités requises** et les **rôles attribués** au médecin généraliste dans la relation médecin-patient, le 'savoir-être' et les 'savoir-faire' attendus.

L'item qui contribuait le plus à la signification de la 1^{ère} dimension était la **bienveillance** du médecin, suivi du savoir intellectuel puis de la connaissance du patient. Savoir, bienveillance et connaissance des patients sont des caractéristiques propres au médecin généraliste: caractéristique intellectuelle (savoir), caractéristique morale ou attitude (bienveillance) et caractéristique de savoir contextuel (connaissance du patient). Cette 1^{ère} dimension constitue donc un axe descriptif des caractéristiques qui font qu'un individu est un médecin généraliste, donc des caractéristiques typiques d'un médecin généraliste.

À l'opposé des **caractéristiques relationnelles** à l'égard des patients, contribuant très majoritairement au **sens de cette dimension**, se trouvent les items liés à la vie privée du médecin (item 36 *vie privée*; item 15 *revenus*) dont la contribution à cette 1^{ère} CP est proche de 0. Il s'agit donc d'un axe qui oppose les caractéristiques du médecin en **relation avec le patient** (items de contribution positive) aux **caractéristiques propres** du médecin (items de contribution nulle).

²² Les groupes d'items étaient statistiquement corrélés entre eux mais tous les items ne l'étaient pas. Donc l'individu qui avait une grande coordonnée sur l'axe 1 vérifiait au moins une de ces propositions. En général, il les vérifiait toutes mais nous n'avons pas pu l'affirmer d'un point de vue statistique.

La 2^{ème} dimension extraite par l'ACP ne concernait qu'un seul item : un individu avec une coordonnée élevée sur l'axe 2 (dimension n°2) pensait que les médecins se rendent globalement **suffisamment disponibles** pour leurs patients (item 10inv). Cette 2^{ème} CP était presque 4 fois moins importante que la 1^{ère} (valeur propre 2,7 vs 10,5), mais d'un point de vue statistique formel, sa valeur propre était significative selon les critères de Horn et de Cattell. Les 2 autres items qui contribuaient le plus à cet axe, bien que non significativement, avaient une signification similaire : item 23inv *pas pressés par le temps* (0,47) et item 30inv *écoutent* (0,45), ce qui renforce la validité interne de cette 2^{ème} dimension.

La figure 8 représente une projection des variables dans le plan des 2 CP issues de l'ACP selon leur saturation en valeur absolue après rotation Varimax²³. Ce graphe permet une lecture plus facile de l'agencement des éléments dans l'espace représentationnel, et constitue la méthode recommandée par P.Moliner (64).

²³ La rotation Varimax fait tourner les axes en préservant leur orthogonalité dans le but de simplifier la lecture des poids des variables (saturations) sur les CP. Plutôt que de maximiser la variance expliquée par la CP1, on maximise la variance spécifique à chaque CP, afin d'«expliquer» les variables par une seule CP. Idéalement, chaque variable est fortement saturée sur une seule CP et ses saturations sur les autres sont proches de 0.

CP1 Varimax (valeurs absolues)

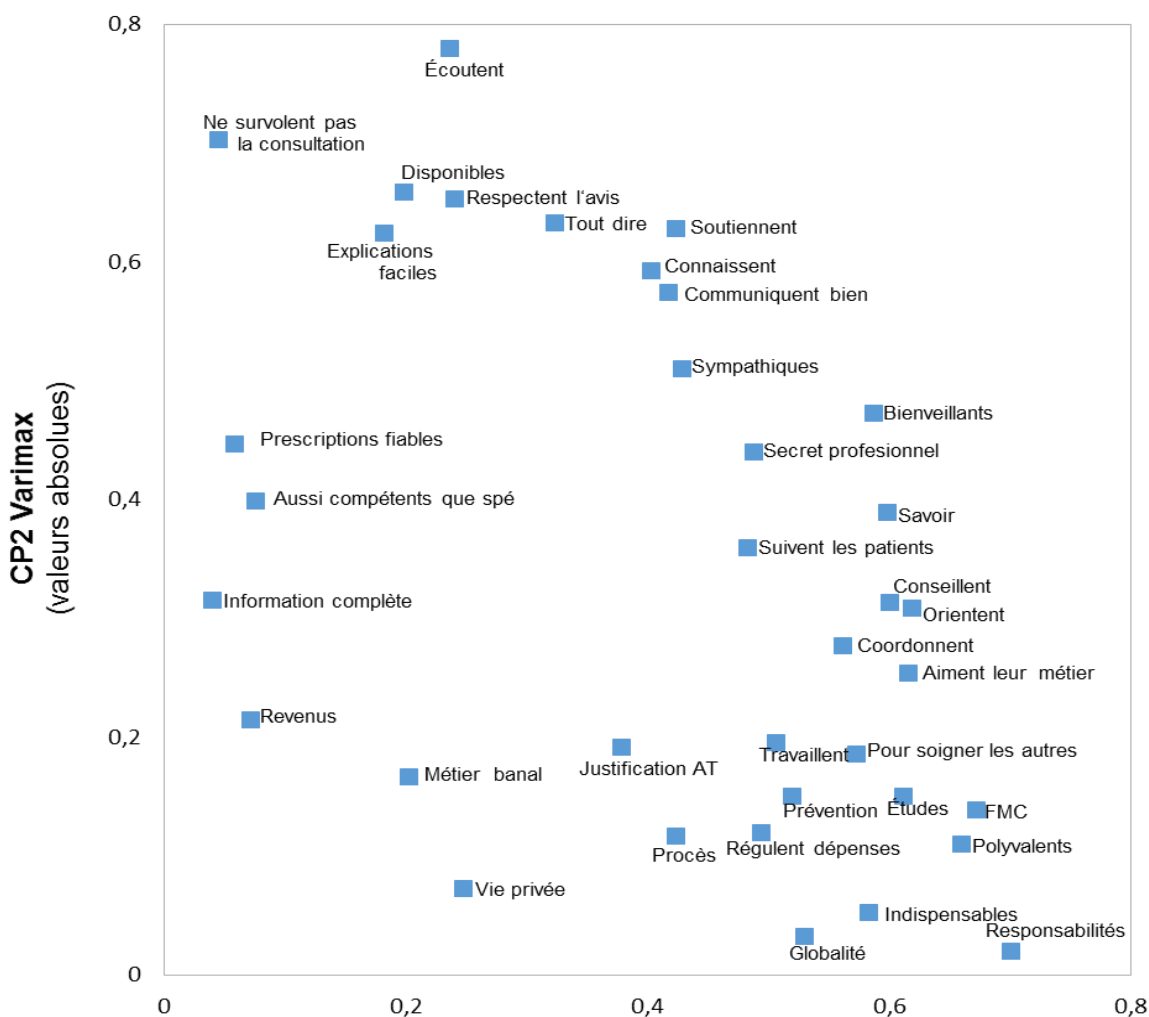


Figure 8 : Projection des variables dans le plan des 2 CP après rotation Varimax.

Les coordonnées (x;y) de chaque élément correspondent respectivement à la valeur absolue de la saturation sur la CP1 et celle de la saturation sur la CP2.

b) Arbre maximal de Kruskal

L'ACP a permis d'organiser les variables autour de 2 CP ou dimensions. Pour affiner la structure de la représentation sociale, nous avons effectué une 2^{ème} analyse visant à mettre en évidence cette organisation: l'analyse de similitude.

L'étude de la covariance des items a permis d'établir une matrice de corrélation, ou matrice de similitude (annexe 5), répertoriant tous les coefficients de corrélation entre les variables deux à deux. Puis nous avons extrait de cette matrice de similitude son arbre maximum, selon l'algorithme de Kruskal (figure 9). Cet arbre représente une simplification des associations de variables, après hiérarchisation selon leur indice de similitude. Les maximums locaux ont été réunis en **6 secteurs signifiants** c'est-à-dire 6 ensembles d'éléments corrélés entre eux localement et dont le regroupement est cohérent du point de vue du sens.

- Secteur A : rôle central dans le parcours de soin :

Il regroupe la polyvalence, le rôle de coordination et d'orientation spécialisée, le caractère indispensable des médecins et leur fonction de soin (*pour soigner les autres*).

- Secteur B : responsabilité sociale du médecin :

Il regroupe la responsabilité juridique (*procès, charge de travail*), la responsabilité socioéconomique (*justification des arrêts de travail, régulation des dépenses*), et la responsabilité morale (*secret professionnel*), reliées par le savoir scientifique du médecin (*longues études, savoir*).

- Secteur C : implication personnelle :

Il regroupe les éléments qui concrétisent l'implication pratique (*suivent les patients, FMC, vie privée et revenus*) et symbolique (*sympathiques, aiment leur métier*) des médecins dans leur travail.

- Secteur D : la bienveillance :

Composé de la bienveillance, la globalité du soin, les responsabilités, la prévention et les conseils, il illustre l'orientation des actes du médecin vers une relation de soin bienveillante.

- Secteur E : relation thérapeutique optimale :

Il regroupe le soutien, la possibilité de tout leur dire, la communication de qualité, la connaissance des patients et la fiabilité des prescriptions. Tous ces éléments sont orientés vers la finalité du soin et les conditions d'une relation thérapeutique optimale.

- Secteur F : Relation d'échange optimale :

Composé de la disponibilité, de la prise en compte de l'avis des patients, de l'information claire et complète, de l'écoute et de l'attention portée aux patients (*pas pressés par le temps*), il définit la relation d'échange optimale comme une relation centrée sur le patient.

L'élément *aussi compétent que les spécialistes* était faiblement relié à *pas pressés par le temps*, au sein du secteur F, même s'il ne paraissait pas contribuer au sens de ce secteur. Dans la matrice de similitude, peu de coefficients sont significatifs pour cet item, ce qui renforce sa marginalité.

Nous avons explicité et interprété ces secteurs et leur signification dans le chapitre 'Discussion/Interprétation et discussion des résultats/Objectifs n°1 et 2/Organisation locale'.

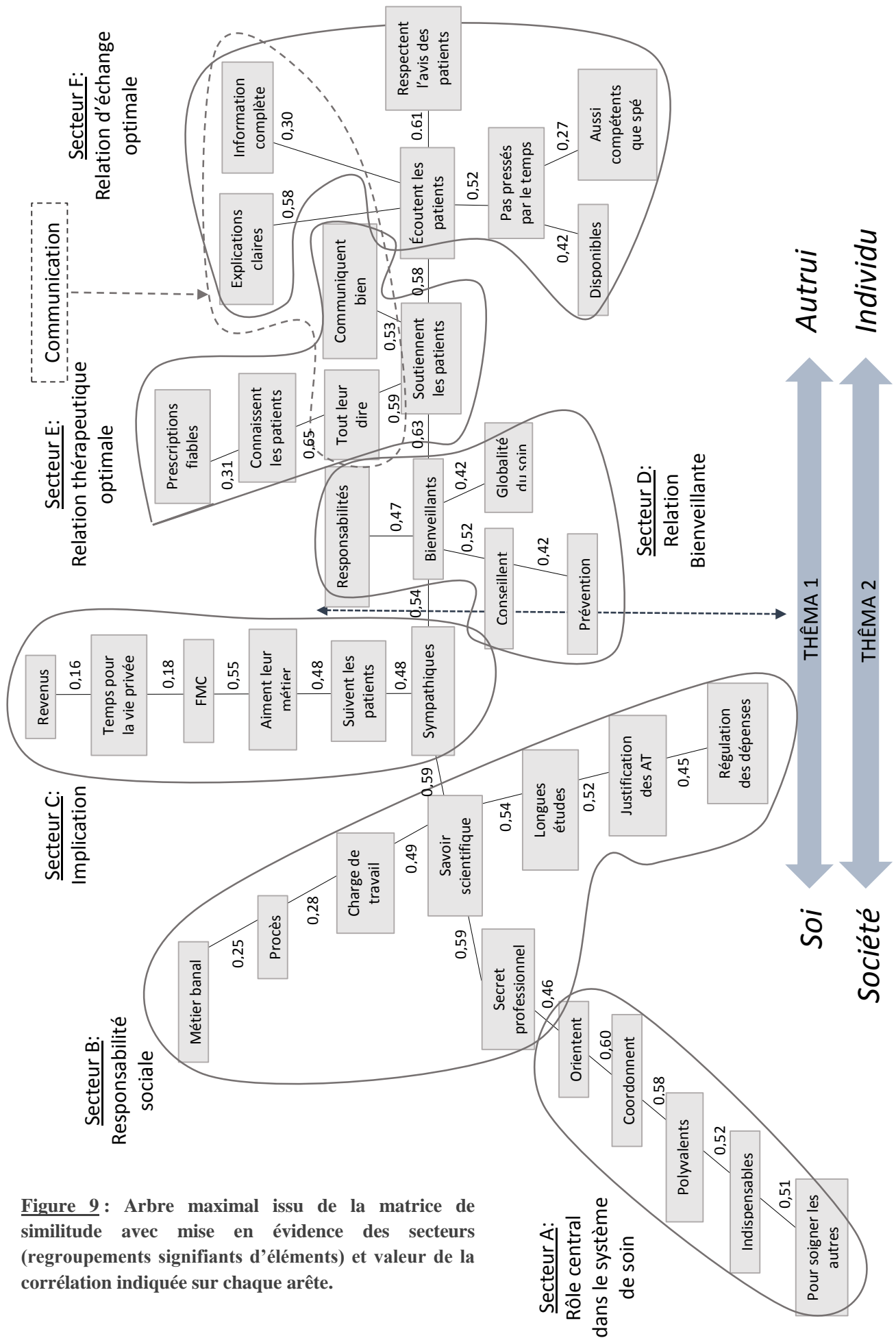


Figure 9: Arbre maximal issu de la matrice de similitude avec mise en évidence des secteurs (regroupements significatifs d'éléments) et valeur de la corrélation indiquée sur chaque arête.

Le calcul des cliques a montré un nombre important de cliques intriquées. Nous nous sommes limités à reporter dans la figure 10 les cliques obtenues au seuil 0,50: 8 cliques à au moins 3 éléments apparaissent, fortement intriquées entre elles. Nous avons interprété la signification de ces cliques dans la légende.

Les items les plus reliés entre eux sont des items appartenant à chacun des secteurs alors que ces secteurs semblaient relativement disjoints sur l'arbre maximal : cela indique que les secteurs identifiés sont bien liés. Cela peut aussi signifier que les secteurs sont des extensions de sens des items pris dans la clique. Au final, l'examen de ces cliques montre que la RS est un ensemble cohérent, avec une **forte structuration** autour de **quelques concepts forts et intriqués**: les items des secteurs sont les manifestations pratiques de ces concepts fondamentaux.

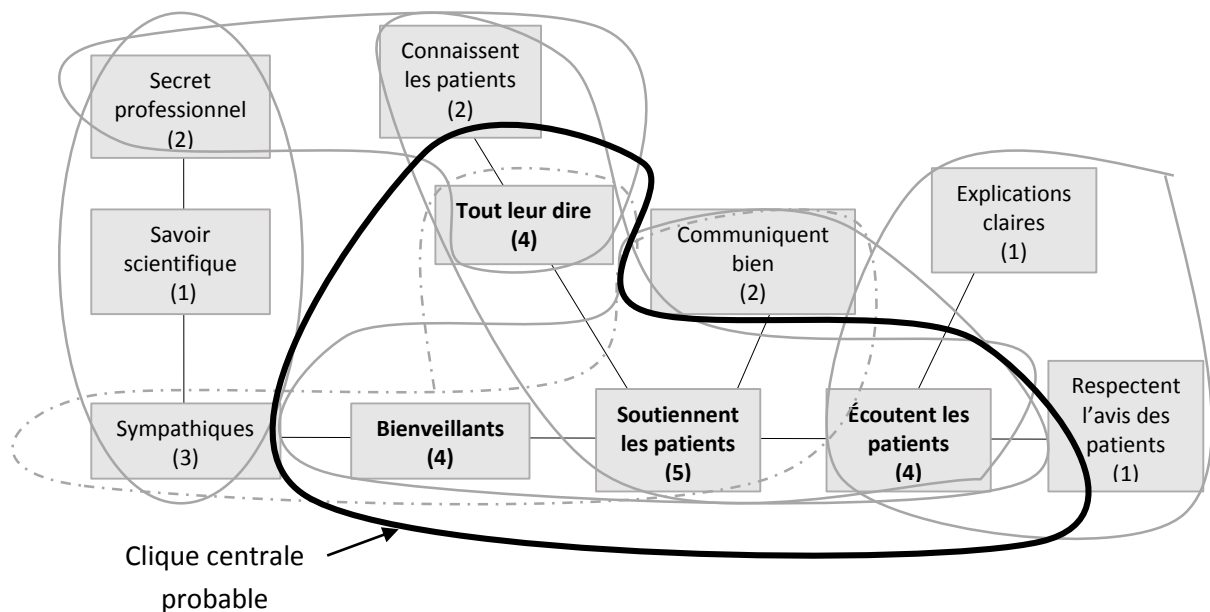


Figure 10 : Cliques à 3 éléments minimum au seuil 0,50. En dessous de chaque mot-clé est noté le nombre de cliques auxquelles appartient l'élément.

- Clique *secret-savoir-sympathiques* : qualité intellectuelle (*savoir*), relationnelle (*sympathiques*) et morale (*secret*) du médecin nécessaires pour la rencontre avec le patient.
- Clique *explications-écoutent-respectent l'avis* : échange avec le patient pour que celui-ci reprenne le contrôle de sa santé dans un processus circulaire.
- Clique *secret-connaissent-tout leur dire* : confiance.
- Clique *connaissent-tout leur dire-soutiennent-écoutent* : le cabinet du médecin généraliste est un lieu d'expression privilégiée avec une certitude pour le patient de trouver du secours.
- Cliques *sympathiques-bienveillants-soutiennent-communiquent bien* ou *tout leur dire* (2 cliques réunies en pointillés) : attitude de bienveillance active (attitude de soin) lors de la rencontre. La nuance entre les deux réside dans l'acteur du soin: le patient va vers le médecin (*tout leur dire*) ou c'est le médecin qui va vers lui (*communiquent*).
- Clique *bienveillants-communiquent-soutiennent-écoutent* : le médecin renvoie vers le patient son écoute (écoute active).
- Clique centrale : recoupe toutes les autres.

Objectif n°1 : contenu et structure

L'image du médecin était globalement valorisante. Les éléments ayant suscité les plus grandes variations de réponses faisaient référence à la disponibilité des médecins et à la banalisation du métier.

La structure de la RS issue de l'ACP est appelée structure factorielle : elle correspond aux 2 CP (ou facteurs ou dimensions) qui résumaient le mieux la variance des réponses. La CP1 est composée des éléments relatifs aux qualités et aux rôles attribués au médecin : les éléments qui contribuent le plus à cette CP1 décrivent les qualités relationnelles du médecin et les éléments qui y contribuent le moins décrivent les caractéristiques propres du médecin. La CP2 est composée des éléments relatifs à la disponibilité du médecin. La structure factorielle est donc représentée comme un plan à 2 dimensions correspondant à ces 2 CP, sur lequel sont projetés les éléments de la RS selon leur contribution aux 2 CP.

La structure de la RS issue de l'analyse de similitude est matérialisée par l'arbre maximal. En rapprochant les éléments localement corrélés entre eux selon leur signification, nous les avons regroupés en 6 secteurs : le rôle central dans le parcours de soin, la responsabilité sociale, l'implication, la relation bienveillante, la relation thérapeutique optimale et la relation d'échange optimale. La chaîne principale de l'arbre était un axe horizontal qui symbolisait la double opposition entre Soi et Autrui d'une part, et entre Société et Individu d'autre part.

2. Objectif n°2 : repérage, identification et caractérisation de sous-groupes de sujets

a) Repérage : les sous-classes 3a et 3b

En nous basant sur les résultats de l'ACP, nous avons divisé l'échantillon des sujets selon leur positionnement vis-à-vis des dimensions issues de l'ACP, par la méthode de classification ascendante hiérarchique (CAH) non supervisée (comprenant un *K-means*²⁴).

Les positionnements vis à vis des items étaient simplifiés pour l'analyse :

- « en désaccord » : réponse égale à 1 ou 2
- avis « neutre » : réponse comprise entre 3 et 5
- « en accord » : réponse égale à 6 ou 7

²⁴ *K-means* : méthode de consolidation d'une classification qui consiste à calculer le centre d'inertie de chaque classe et recentrer ce point lorsqu'un individu change de classe.

La classification a permis de former **4 classes consolidées de sujets** (correspondant à 4 profils de RS), nommées classe 1, classe 2, classe 3a et classe 3b, dont les caractéristiques sont détaillées dans le tableau 6. Le résultat graphique de la CAH est consultable dans l'annexe 6. La prise en compte de la dimension 2, nettement moins forte que la dimension 1, a eu pour seul effet de séparer la classe 3 en deux sous-classes. Cette interprétation est confirmée par une classification faite sur la seule dimension 1 qui a montré les mêmes classes 1, 2 et 3.

Les classes 1, 2 et 3 se distinguaient par leur positionnement sur la 1ère CP (CP1) : respectivement désaccord global, avis neutre ou accord global avec les éléments de la CP1. Les sous-classes 3a et 3b se distinguaient par leur accord à l'item *disponibles* (seul item de la CP2) : respectivement « bien disponibles » et « pas assez disponibles ».

Seuls 2 groupes d'items étaient corrélés entre eux : dire que les individus de la classe 1 étaient en désaccord avec tous les items de CP1 aurait constitué une généralisation car nous n'avons pas retrouvé de corrélation significative entre tous les items de la CP1. Mais nous pouvions dire qu'ils étaient globalement en désaccord avec les items de la CP1.

Item (numéro et mot-clé)		Classe 1 N=28 (13,9 %)	Classe 2 N=70 (34,6 %)	Classe 3a N=42 (20,8 %)	Classe 3b N= 62 (30,7 %)		
CP1	Items corrélés	Soutiennent (26)					
		Sympathiques (34)	pas d'accord	neutre	d'accord		
		Communiquent (21)					
		Bienveillants (24)					
	Polyvalents (3)						
	Items corrélés	Orientent (4)	pas d'accord	neutre	d'accord	d'accord	
		Coordonnent (5)					
			Secret professionnel (32)	pas d'accord	neutre	d'accord	d'accord
			Connaissent les patients (29)	pas d'accord	neutre	d'accord	d'accord
			Aiment leur métier (item 11)	pas d'accord	neutre	d'accord	d'accord
		Suivent les patients (31)	pas d'accord	neutre	d'accord	d'accord	
		Écoutent les patients (30inv)	pas d'accord	neutre	d'accord	d'accord	
		Savoir scientifique (35)	pas d'accord	neutre	d'accord	d'accord	
CP2	Disponibles (10inv)	Indifférent	Indifférent	d'accord	pas d'accord		

Tableau 6 : Les 4 classes de sujets obtenues après la CAH et leurs proportions.

Le **premier plan factoriel** (figure 11) est un graphique qui superpose les **variables**, c'est-à-dire les **éléments de la RS** (pointe des vecteurs, comme dans le cercle des corrélations, cf figure 7), et les **sujets** (barycentre²⁵ de chaque classe) sur le même **plan à 2 dimensions**, correspondant aux 2 CP issues de l'ACP. Pour que le contenu des dimensions soit plus visible, nous avons ajouté les secteurs obtenus par l'analyse de similitude.

Ce graphique a donc l'avantage de présenter un aspect de la **structure globale** (2 axes) et **locale** (secteurs) **de la RS** et de matérialiser le **positionnement des individus** dans le champ de la représentation.

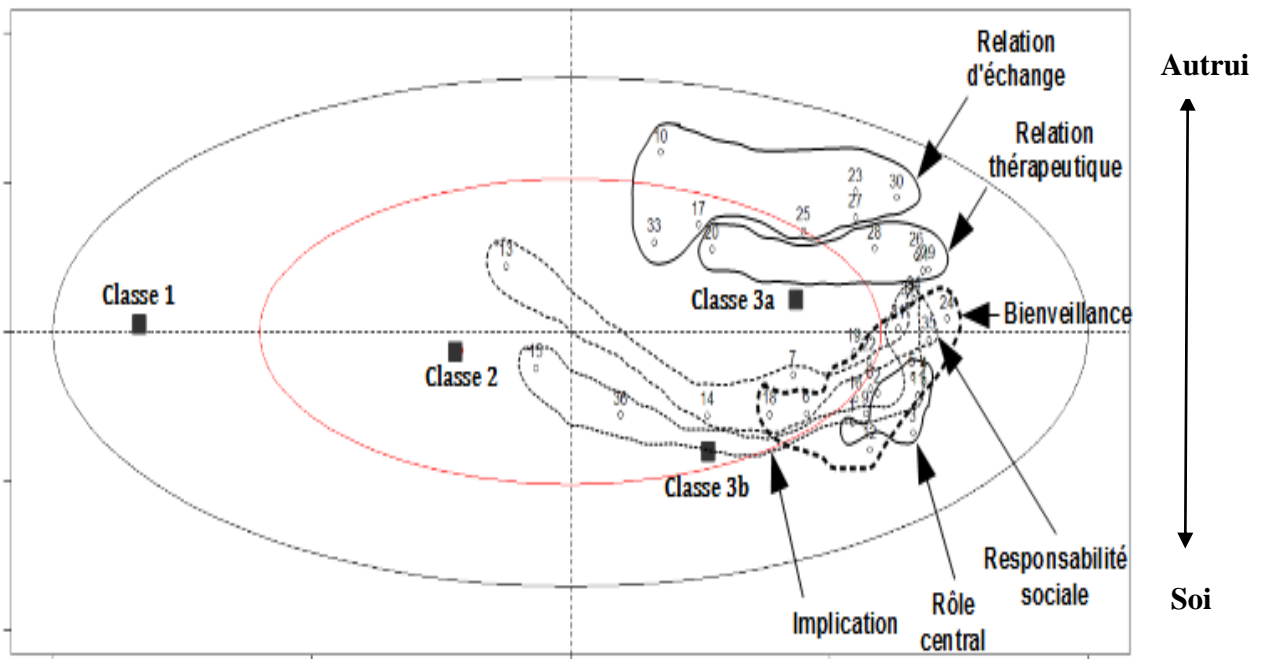


Figure 11 : Premier plan factoriel. Projection des barycentres des classes de sujets (issues de la CAH) et des secteurs (issus de l'analyse de similitude) sur le plan des 2 CP (issues de l'ACP)

Les secteurs s'étalent sur l'axe 2 (mais ils ont la même coordonnée sur l'axe 1) et montrent une opposition entre un pôle Soi, situé en-dessous de l'axe 1 (le MG pour lui-même : secteurs A, B et C) et un pôle Autrui situé au-dessus de l'axe 1 (le MG en relation avec le patient, secteurs E et F).

Le secteur D de la bienveillance présente une position intermédiaire. La bienveillance serait la notion intermédiaire qui rationalise le rapport de Soi à Autrui.

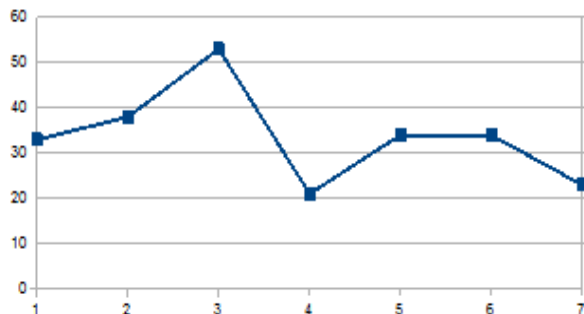
Les classes 1, 2 et 3 ont une coordonnée croissante sur l'axe 1. La classe 3 se sépare en 2 sous-classes 3a et 3b selon la satisfaction liée à la disponibilité des médecins (axe 2). Les individus de la sous-classe 3a (bonne disponibilité des médecins) sont plus proches des secteurs relationnels E et F (échange et thérapeutique) que ceux de 3b.

²⁵ Le barycentre, ou centre d'inertie, correspond au sujet moyen de chaque classe : il est déterminé en calculant la moyenne des coordonnées des sujets de chaque classe.

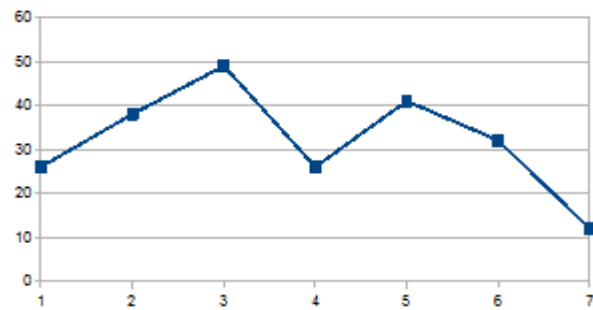
b) Identification : les sous-groupes DispoMIN et DispoMAX

L'analyse de l'item 10inv *disponibles* montre une **répartition bimodale** (dite « en U ») des réponses des sujets (figure 12a), ce qui confirme les résultats de la CAH qui avait identifié 2 sous-classes réparties le long de l'axe 2. Or l'axe 2 est principalement défini par l'item 10inv.

Le seul autre item qui présente un profil de réponse en U, est l'item 23inv *pas pressés par le temps* (figure 12b). La proximité de sens de cet item avec l'item relatif à la disponibilité est évidente, expliquant la corrélation entre ces items ($r = 0,42$; $r^2 = 0,18$; $p < 0,001$) et la similitude de leur profil de réponses. La saturation de l'item 23 sur la CP2 est de 0,45, juste en dessous du seuil significatif de 0,60, c'est pourquoi elle n'a pas été retenue comme contribuant à la CP2.



a: Item 10inv "disponibles"



b: Item 23inv "pas pressés par le temps"

Figures 12: Courbes de réponses pour les items 10inv (a) et 23inv (b) montrant la répartition bimodale des réponses (Abcisses: note attribuée à l'item; Ordonnées: effectifs).

Pour J.-C. Abric, une répartition bimodale des réponses suggère l'existence de **deux sous-groupes** (20). Ceci justifiait la comparaison de la RS entre ces deux sous-groupes. Nous avons défini les sous-groupes de sujets à partir de l'analyse de la courbe des réponses (figure 12a), ce qui en pratique a consisté à choisir le seuil de bipartition de l'échantillon. La courbe montre une cassure entre les échelons 3 et 4 de l'échelle de réponses proposée.

Le sous-groupe formé par les sujets ayant répondu 1, 2 ou 3 est appelé "DispoMIN" pour disponibilité minimale (valorisation = -1,82 à l'item 10inv, c'est à dire mis dans le sens positif : «*les médecins sont globalement assez disponibles*»), celui dont les sujets ont répondu 4, 5, 6 ou 7 est appelé "DispoMAX", pour disponibilité maximale (valorisation = +1,55). Ces sous-groupes, détaillés dans le tableau 7, sont équilibrés avec 84 et 88 sujets respectivement.

c) Caractérisation des sous-groupes

Cette dernière étape de l'objectif n°2 consistait à se poser la question : la RS des MG diffère-t-elle dans chacun de ces sous-groupes ?

Les positions respectives des 2 sous-groupes sur les 2 CP ont été comparées par des tests bivariés U de Mann-Whitney²⁶ (tableau 7).

	DispoMIN N=88 (51 %)	DispoMAX N=84 (49 %)	Différence Dispo MAX-MIN	p
Valorisation pour l'item 10inv	-1,82	+1,55	3,37	< 0,001
1 ^{ère} CP (x)	-0,70	0,74	1,44	< 0,001
2 ^{ème} CP (y)	-0,94	1,00	1,94	< 0,001

Tableau 7 : Sous-groupes DispoMIN et DispoMAX identifiés par l'item 10inv, proportions et positionnements des sujets sur les 2 CP de la RS, comparés par des tests de Mann-Whitney.

La position différait **significativement sur les 2 CP** retenues pour l'analyse. Comme attendu, sur l'axe 2, dont le principal contributeur était l'item *disponibles*, les deux sous-groupes montraient une opposition forte ($y_{MAX} = 1,00$ vs $y_{MIN} = -0,94$; $p < 0,001$). Sur l'axe 1, axe quasi unipolaire classant les items de la relation médecin-patients vers les valeurs positives, les sujets "DispoMAX" étaient globalement classés positivement ($x_{MAX} = 0,74$), alors que les sujets "DispoMIN" sont classés négativement ($x_{MIN} = -0,70$; $p < 0,001$).

De façon cohérente, les **comparaisons item par item** par tests de Mann-Whitney (résumées en annexe 7) montrent des différences significatives pour **16 items sur les 35**. La majorité de ces items présentait une forte saturation sur l'axe 1 et appartenait très majoritairement au thème de la **relation médecin-patient et à celui de la confiance**. Ces items étaient presque tous localisés dans les mêmes secteurs de la RAM (secteur E relation thérapeutique et secteur F relation d'échange), confirmant la cohérence de sens des items. Quelques items référaient au thème du **temps**, en cohérence avec l'item *disponibles*: *pas pressés par le temps* ($p < 0,0001$), et *temps pour la vie privée* ($p = 0,04$).

²⁶ Un test non paramétrique a été utilisé plutôt qu'un test de Student car tous les items de la RS, dont l'item 10, ont une distribution qui n'est pas normale.

La figure 13 est une copie de l'arbre maximal sur laquelle figurent les items qui varient avec l'item 10inv *disponibles*. Elle confirme que les éléments de la chaîne principale, en particulier ceux des secteurs relationnels, qui sont les principaux contributeurs de la CP1, étaient davantage exprimés lorsque les individus étaient d'accord avec l'item *disponibles*. Le sous-groupe DispoMAX, composé des individus satisfaits de la disponibilité des médecins, était davantage en accord avec les éléments de la CP1, et notamment avec les éléments décrivant les qualités relationnelles du MG. À l'inverse, ils exprimaient moins leur accord avec les éléments *procès* et *temps pour la vie privée*.

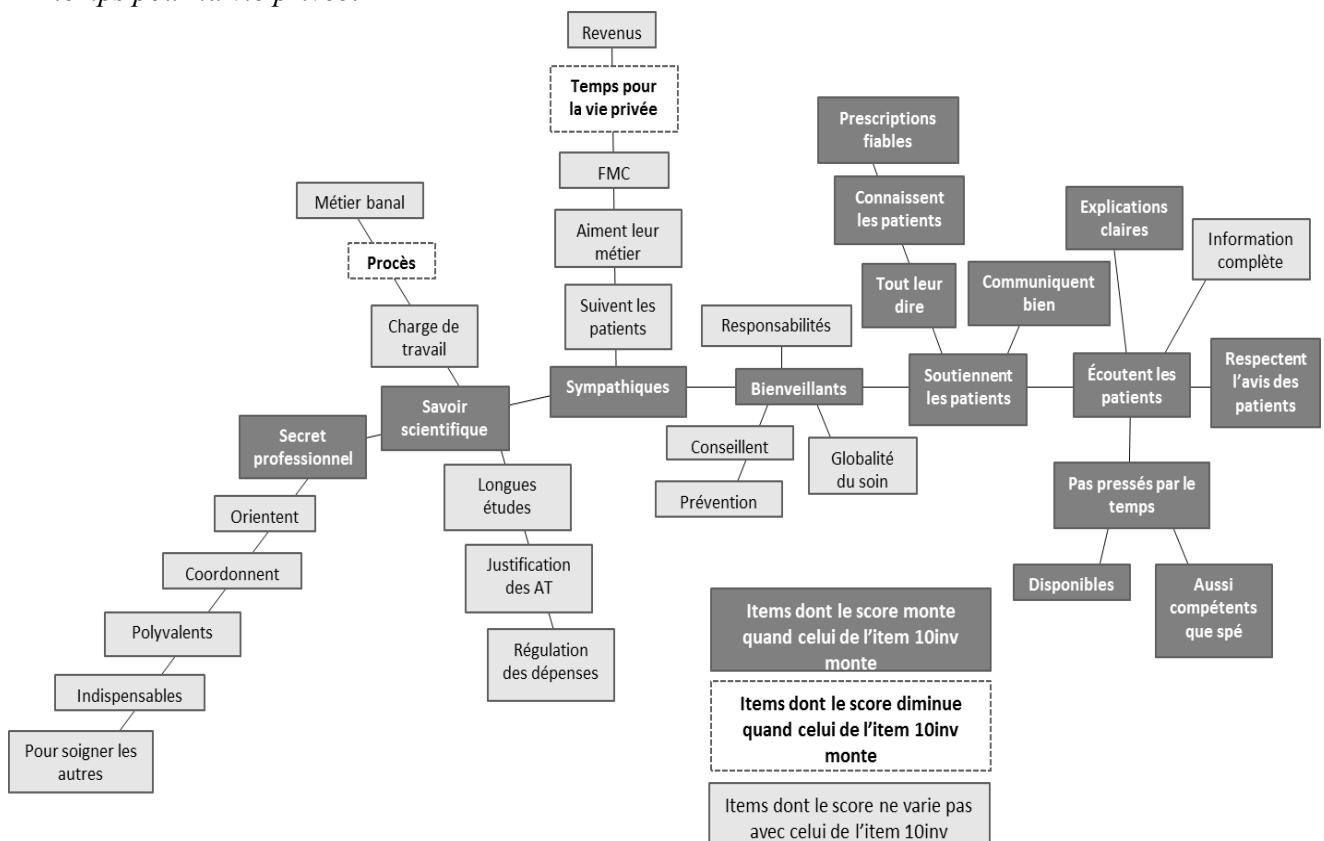


Figure 13 : Arbre maximal sur lequel sont mis en évidence les items corrélés à l'item 10inv *disponibles*. Les résultats des tests statistiques sont détaillés en annexe 7.

Pour confirmer une **différence** significative entre les deux sous-groupes au **niveau global** de la RS, un test du T^2 de Hotelling a été réalisé. Ce test compare entre deux groupes de sujets une variable à multiples composantes. La variable d'intérêt était ici la RS dans son ensemble, comme **système cohérent d'items**, et non pas chaque item de la RS séparément (considérés ici comme simples intermédiaires d'analyse). Le T^2 a donc été calculé sur 35 items (36 items de départ, dont on décompte l'item *disponibles*). Ce test était **significatif** pour nos données ($T^2 : \chi^2 (35 \text{ ddl}) = 102,5; p < 0,0001$).

Nous avons ensuite cherché à savoir si les structures représentationnelles étaient identiques entre les deux sous-groupes: en effet, pour W. Doise et l'école genevoise, un écart significatif entre deux sous-groupes de sujets dans un espace factoriel est interprété comme un « déplacement dans l'espace représentationnel » (7). Cette interprétation suppose un rapprochement des sujets de certains items,

et réciproquement un éloignement vis-à-vis de certains autres. Mais le deuxième présupposé de cette interprétation est qu'il n'y a pas de remaniement de structure de la RS entre les sous-groupes. Pour vérifier notre hypothèse, nous avons comparé les matrices de corrélation des deux sous-groupes calculées à partir des 36 items moins l'item *disponibles*, soit 35 items, par le test de Steiger. Ce test, adapté à ce type de comparaison, était largement non significatif (χ^2 (595 ddl)=545,3 ; $p = 0,93$). Aucune comparaison des coefficients de corrélation deux à deux n'est significative. Ces seuls tests sont suffisants pour confirmer l'hypothèse d'une **structure de RS identique** entre les sous-groupes, puisque la matrice de similitude résume l'essentiel de la structure de la représentation.

Nous en déduisons qu'il existe bien un **écart de position des sous-groupes** de sujets dans l'espace représentationnel, **sans remaniement de structure**. En d'autres termes, il n'y a pas de différence de RS selon la réponse à l'item *disponibles* mais seulement des prises de position différentes vis-à-vis des MG.

Objectif n°2 : repérage, identification et caractérisation de groupes de sujets

Nous avons d'abord classé tout l'échantillon selon les résultats de l'ACP, c'est-à-dire selon les réponses des individus aux items constitutifs des CP. 3 classes de sujets sont divisées sur les éléments de la CP1 (qualités et rôles du médecin) : les individus de la classe 1 sont en désaccord, ceux de la classe 2 d'avis neutre et ceux de la classe 3 en accord. Cette dernière classe se divisait en 2 sous-classes 3a et 3b correspondant respectivement à « les médecins sont assez disponibles » et « les médecins ne sont pas assez disponibles ».

Nous avons ensuite voulu vérifier si cette séparation de la classe 3 en 2 sous-classes selon l'élément relatif à la disponibilité des médecins (item 10) était transposable à l'ensemble de l'échantillon. L'analyse des réponses à l'item 10 montrait une répartition bimodale : nous avons bien identifié 2 sous-groupes de sujets au sein de notre échantillon. 51% de l'échantillon pensaient que les médecins n'étaient pas assez disponibles (sous-groupe appelé DispoMIN) et 49% pensaient au contraire qu'ils étaient bien disponibles (sous-groupe DispoMAX). La structure de la RS était la même entre les 2 sous-groupes mais les prises de positions des individus étaient différentes : les individus satisfaits de la disponibilité des médecins valorisaient davantage les éléments liés à la relation médecin-patient et à la confiance. Ce « déplacement » des individus satisfaits de la disponibilité vers les qualités relationnelles était cohérent dans l'ensemble de nos analyses. En revanche les éléments « les médecins sont exposés aux procès » et « ils ont du temps pour la vie privée » étaient inversement corrélés à la perception de la disponibilité.

C. Objectifs secondaires

1. Objectif n°3 : lien entre représentation sociale et distance à l'objet

Nous avons cherché à savoir si les patients ayant une RS similaire du médecin (donc le même positionnement sur les 2 axes issus de l'ACP) partageaient la même distance à l'objet, comme les modèles psychosociaux développés en introduction pouvaient nous le faire penser. Nous avons comparé l'appartenance des individus à une des 4 classes de sujets avec les scores recueillis pour les questions 5 à 14 de la 2^{ème} partie de notre questionnaire, à l'aide du test du khi deux.

Le test du khi deux est sensible aux nombres d'individus pour chaque choix possible. En raison d'un grand nombre de réponses incomplètes, nous avons effectué une étape supplémentaire de formation de profils de réponses pour les questions notées de 0 à 10, à savoir les questions 5, 8, 9, 10, 11, 12 et 13 :

- Profil A : désaccord (réponse 0-3)
- Profil B : avis neutre (réponse 4-6)
- Profil C : accord (réponse 7-10)

Les tests du khi deux ont révélé des différences statistiquement significatives (avec un risque d'erreur de 5%) pour 4 questions sur 10. Ces 4 questions correspondaient au **niveau de connaissance** (question 5), au **niveau de pratique** (question 7) et à la **capacité d'action perçue** (questions 11 et 12).

Les autres composantes de DO (implication circonstancielle, valorisation et identification) n'avaient pas de lien avec la RS.

Les figures 14 à 22 représentent la projection des sujets (point et numéro de la série de réponse) sur le plan des 2 CP, la couleur du point correspond à la réponse du sujet (correspondance indiquée en légende de chaque figure).

➤ Niveau de connaissance de la profession de médecin (question 5)

L'auto-évaluation du niveau de connaissance de la profession était statistiquement plus élevée (profil C) chez les individus de la classe 3b ($p=0,029$).

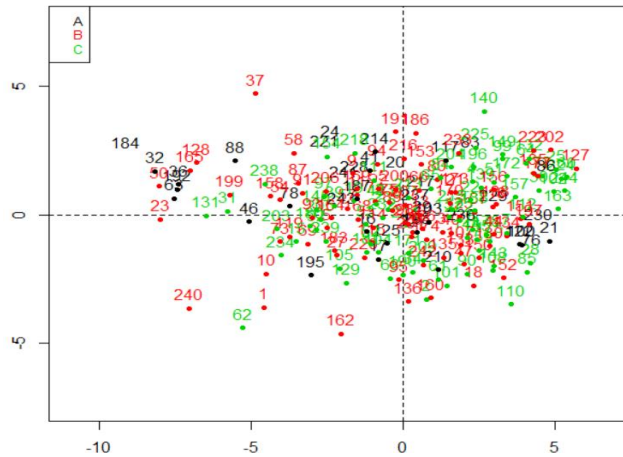


Figure 14 : Lien entre RS et niveau de connaissance.
Profil A (faible niveau de connaissance) : point noir
Profil B (niveau moyen) : point rouge
Profil C (niveau de connaissance élevé) : point vert

➤ Niveau de pratique : suivi régulier (question 7)

Les individus de la classe 1 avaient déclaré être suivis moins régulièrement chez le médecin, par rapport aux autres classes ($p=0,037$).

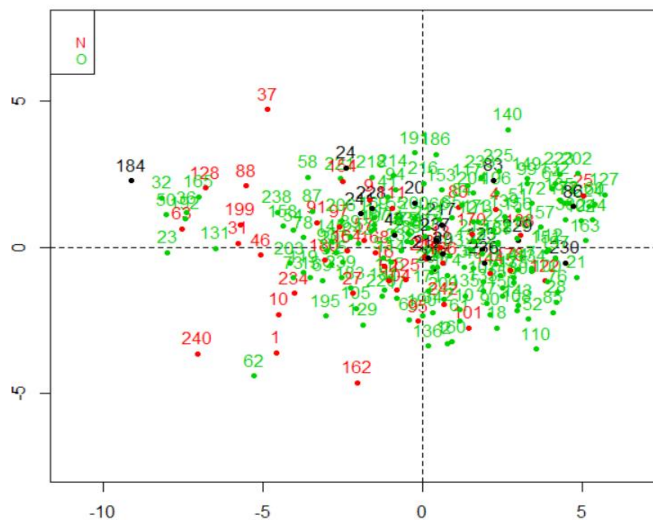


Figure 15 : Lien entre RS et suivi régulier.
Pas de suivi régulier : point rouge
Suivi régulier : point vert

- Capacité d'action perçue : délai d'obtention d'un rendez-vous et prise en compte de la parole des patients (questions 11 et 12)

Les individus appartenant aux classes 3a et 3b avaient davantage jugé les délais d'obtention d'un rendez-vous corrects (profil C). Au contraire, dans la classe 1 nous avons observé une large majorité de personnes jugeant les délais de rendez-vous trop longs (profil A) ($p=0,008$).

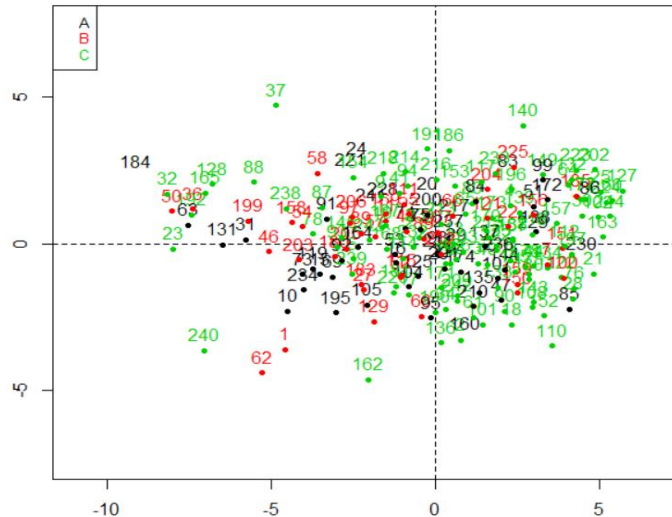


Figure 16 : Lien entre RS et délais d'obtention d'un rendez-vous.
Profil A (délais excessifs) : point noir
Profil B (neutre) : point rouge
Profil C (délais corrects) : point vert

Les individus appartenant aux classes 3a et 3b avaient davantage affirmé que la parole des patients était bien prise en compte (profil C) ($p<0,001$). En revanche les sujets de la classe 1 étaient neutres sur cette question (profil B). Nous n'avions observé que très peu de réponses négatives (profil A) sur cette question.

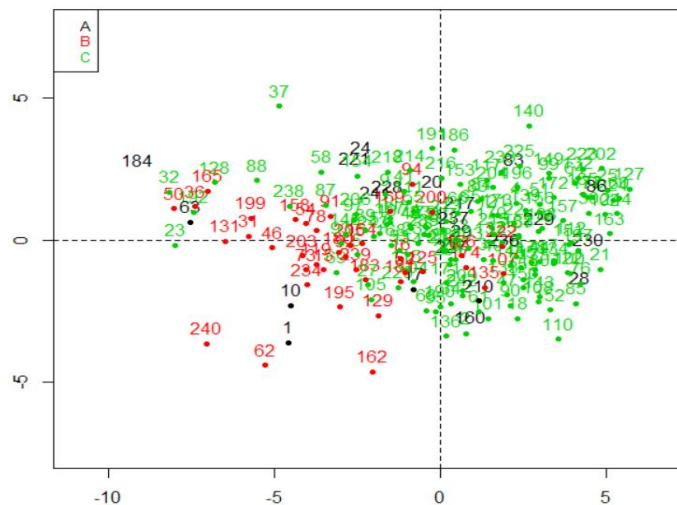


Figure 17 : Lien entre RS et degré perçue de prise en compte de la parole des patients.
Profil A (parole pas prise en compte) : point noir
Profil B (neutre) : point rouge
Profil C (parole bien prise en compte) : point vert

Objectif n°3 : lien avec la distance à l'objet

La RS était liée à certaines composantes de la DO : le niveau perçu de connaissance, le niveau de pratique et la capacité d'action perçue. Les individus proches de l'objet médecin généraliste étaient globalement plus d'accord avec les éléments de la CPI (qualités et rôles du médecin).

2. Objectif n°4: lien entre représentation sociale et comportements de santé

Nous avons cherché à savoir si selon le positionnement des individus dans le champ de la RS était lié à l'adoption de différents comportements de santé : existait-il dans les 4 classes obtenues à l'issue de la CAH, des variations dans les réponses aux questions 1 à 22 de la 3ème partie du questionnaire ?

De la même manière et pour les mêmes raisons que dans l'analyse utilisée pour l'objectif n°3, nous avons formé 3 profils de réponses pour les questions avec plus de trois possibilités de réponses (questions n°1, 2, 3, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20).

- Profil A_3 : désaccord (réponse=1-2)
- Profil B_3 : avis neutre (réponse=3)
- Profil C_3 : accord (réponse=4-5)

Les tests du khi deux effectués ont mis en évidence des différences significatives pour les questions 8, 9, 10, 12 et 15. Ces questions correspondaient respectivement à la **vaccination contre la grippe**, au **recours aux urgences** pour un motif relevant de la médecine générale, au **renoncement aux soins** à cause d'un **manque de disponibilité** du médecin, à la recherche d'avis ou **d'informations complémentaires** après une consultation, et à l'**automédication**.

Les autres questions relatives à la prévention primaire (diététique, addictions, vaccins obligatoires) n'avaient pas de lien avec la RS. Les questions relatives à l'observance (observance des consignes, des prescriptions), au renoncement pour motif financier, au refus des soins, à la préférence pour les médecines douces, à la déclaration de médecin traitant et à un éventuel changement antérieur de médecin n'avaient pas de lien avec la RS.

➤ Vaccination contre la grippe (question 8)

Les individus des classes 3a et 3b se vaccineraient davantage contre la grippe si cela leur était recommandé, par rapport aux autres classes ($p=0,020$).

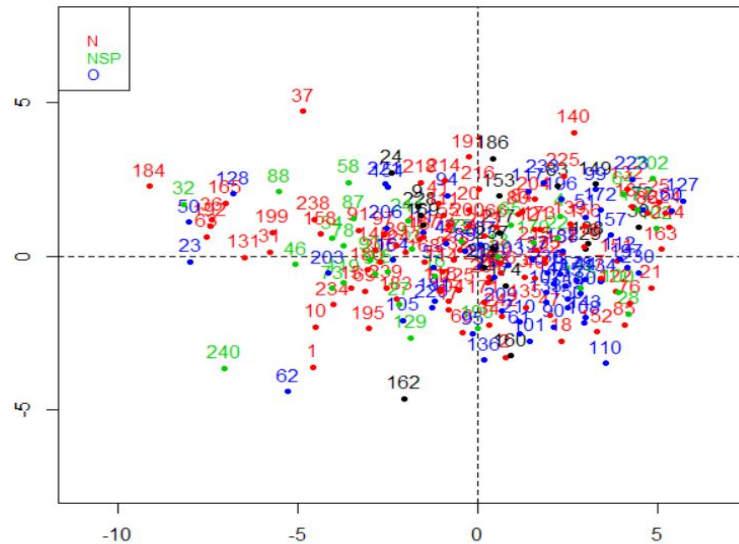


Figure 18: Lien entre RS et vaccination antigrippale.
 Refuserait le vaccin : point rouge
 Accepterait le vaccin : point bleu
 Ne sait pas : point vert

➤ Recours aux urgences (question 9)

Les individus avec une coordonnée relativement faible sur l'axe 1 (classe 1) avaient davantage consulté aux urgences car leurs médecins ne pouvaient pas les recevoir assez vite ($p<0,001$).

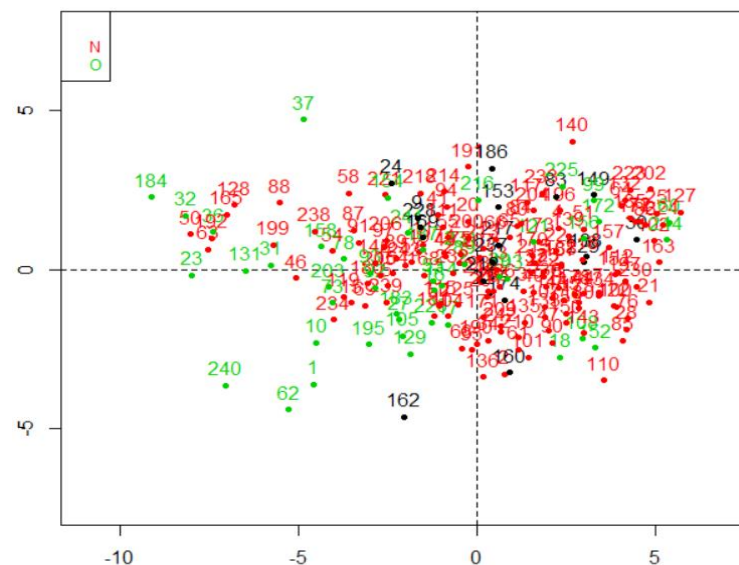


Figure 19 : Lien entre RS et recours aux urgences.
 Déjà eu recours aux urgences : point vert
 Jamais eu recours : point rouge

➤ Renoncement aux soins pour manque de disponibilité du médecin (question 10)

Les individus des classes 1 et 2 avaient plus souvent déjà renoncé à aller chez le médecin car il n'était pas disponible ($p=0,009$).

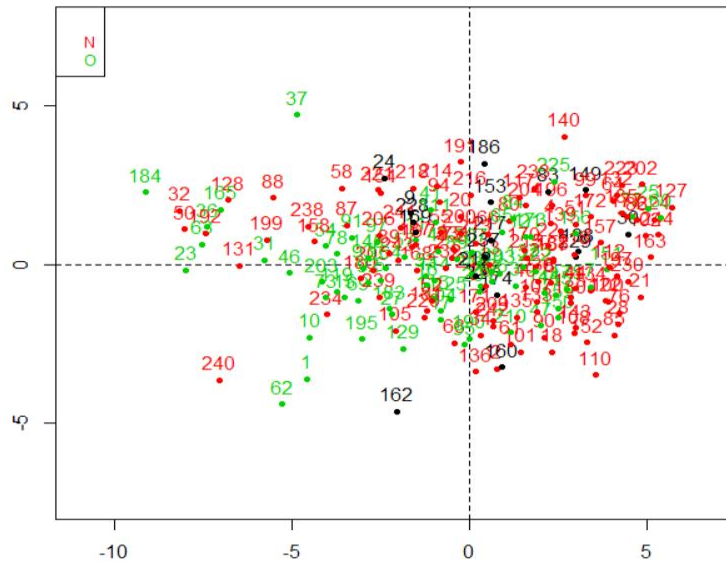


Figure 20 : Lien entre RS et renoncement aux soins.
Déjà renoncé aux soins : point vert
Jamais renoncé aux soins : point rouge

➤ Recherche d'avis ou d'informations complémentaires : auprès de professionnels ou sur internet (question 12)

Les individus des classes 2, 3a et 3b ont globalement déclaré qu'ils n'avaient pas recours à internet ou à d'autres professionnels pour confronter les informations après une consultation, contrairement aux individus de la classe 1 ($p<0,001$).

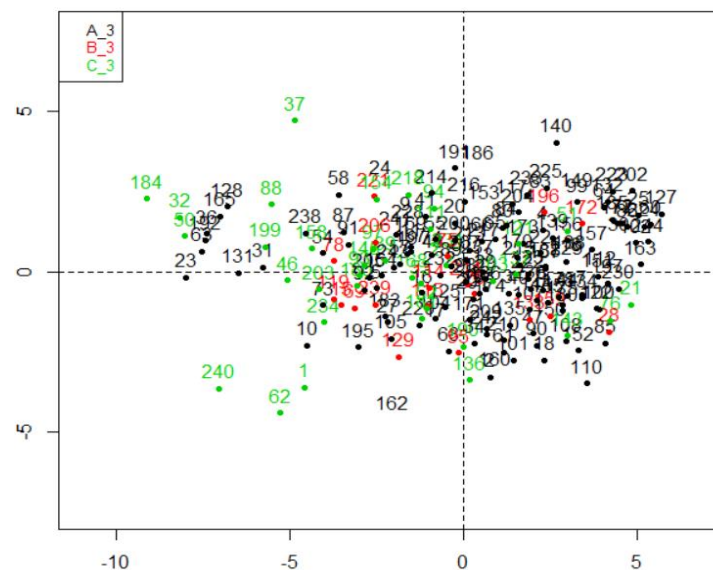


Figure 21 : Lien entre RS et recherche d'information complémentaire après une consultation.
Profil A_3 (ne cherche pas d'information) : point noir
Profil B_3 (neutre) : point rouge
Profil C_3 (cherche des informations) : point vert

➤ Automédication (question 15)

Les patients avaient en majorité **affirmé essayer de se soigner seuls** avant de consulter (majorité de profil C_3 sur la figure 17). Mais la classe 3a correspondait au taux d'**automédication déclaré le plus faible** ($p=0,001$).

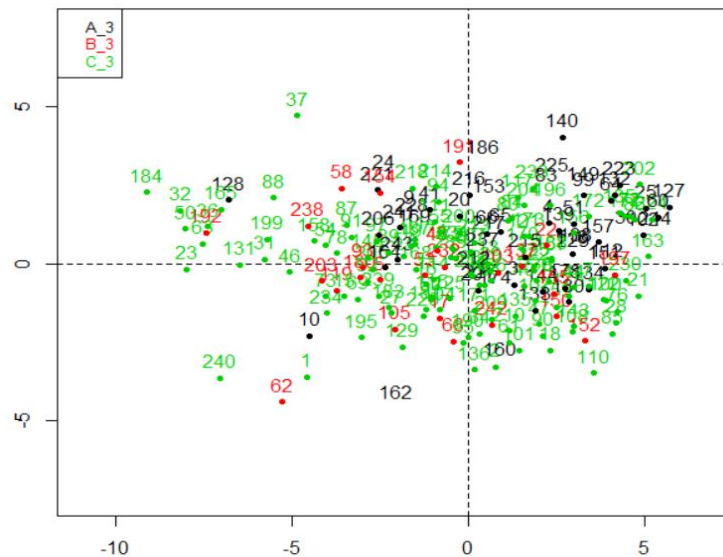


Figure 22: Lien entre RS et automédication sans consultation.
 Profil A_3 (pas d'automédication) : point noir
 Profil B_3 (neutre) : point rouge
 Profil C_3 (automédication) : point vert

Objectif n°4 : lien avec les comportements de santé

La RS était liée à certains comportements de santé. Les individus qui exprimaient un accord avec les éléments de la CPI (qualités et rôles du médecin) étaient davantage enclins à se faire vacciner contre la grippe. Les individus en désaccord avec la CPI avouaient avoir plus souvent recours aux services d'urgence ou bien renoncer à se soigner si le médecin n'était pas disponible. Ils recherchaient plus souvent des informations complémentaires après une consultation. Seuls les individus en accord avec la CPI et trouvant les médecins disponibles affirmaient ne pas pratiquer l'automédication.

IV. DISCUSSION

Les patients ont bien accueilli notre questionnaire comme en témoigne le taux de retours s'élevant à 81%. En revanche, ce taux ne reflète pas complètement l'acceptation du questionnaire car cela reviendrait à calculer combien d'individus ont rempli le questionnaire parmi tous ceux qui ont remarqué qu'il y avait une étude en cours. Notre base de données s'élevait à 238 séries de réponses exploitables. La représentation du médecin généraliste y était plutôt valorisante puisque les items de valence positive recevaient l'adhésion globale des sujets et inversement pour les items négatifs. L'ACP a permis de mettre en évidence l'organisation latente des données autour de 2 axes : l'axe 1 (ou CP1) regroupait les qualités et les rôles attribués au médecin (surtout les qualités relationnelles qui contribuaient le plus à la CP1), l'axe 2 (ou CP2) évaluait la disponibilité du médecin. Sur ce critère de disponibilité, l'échantillon était divisé en 2 sous-groupes dont la position sur l'axe 1 était également différente (objectif n°2). L'analyse de similitude a dévoilé l'organisation locale des éléments de la représentation, regroupés en 6 secteurs: rôle central du médecin dans le système de soins, responsabilité sociale, implication personnelle, relation thérapeutique optimale, relation d'échange optimale et relation bienveillante. Ces secteurs étaient situés le long d'un axe opposant le soi à l'autrui et la société à l'individu. Le premier plan factoriel a permis de schématiser de façon plus visuelle ces résultats en associant sur un même graphique les différentes structures de la RS et le positionnement des classes de sujets. Les individus ayant un niveau de connaissance plus important, ayant un suivi régulier, et dont la capacité d'action envers le médecin était perçue comme plus importante, étaient globalement plus d'accord avec les éléments de la CP1 (objectif n°3 : lien RS-DO). Ces mêmes individus qui exprimaient un accord avec les éléments de la CP1 étaient davantage enclins à se faire vacciner contre la grippe. Les individus en désaccord avec la CP1 avouaient avoir plus souvent recours aux services d'urgence ou bien renoncer à se soigner si le médecin n'était pas disponible. Ils recherchaient plus souvent des informations complémentaires après une consultation. Seuls les individus en accord avec la CP1 et trouvant les médecins disponibles affirmaient ne pas pratiquer l'automédication (objectif n°4 : lien RS-comportements de santé).

A. Profil de l'échantillon

La représentativité de notre échantillon était étudiée vis-à-vis de la population générale du département du Rhône pour ses caractéristiques sociodémographiques.

Le répondeur de notre étude était en moyenne **plus âgé** que dans la population générale (46,5 ans *vs* 38,5 ans) probablement en rapport avec la **sous-représentation des jeunes de moins de 30 ans** (12,6% *vs* 23,7% dans la population générale). Une enquête de la DREES publiée en 2004, portant sur 44000 consultations de médecine générale, montre que les jeunes de moins de 25 ans consultent relativement peu en médecine générale (65): la catégorie des 13-24 ans représentait 8%

des consultants. Tandis que les réponders de 18 à 25 ans représentaient 5,5% de notre échantillon, ce qui semble cohérent.

Les **femmes** étaient **plus représentées** dans notre étude que dans la population générale (71,0% vs 51,9%). Deux phénomènes pourraient expliquer cette prédominance féminine : d'une part l'accompagnement en consultation des jeunes enfants par leur mère et d'autre part la prévalence plus importante des femmes dans les populations âgées due à l'espérance de vie plus importante des femmes. Dans l'enquête de la DREES (65), les femmes représentent 55% des consultants, ce qui reste assez éloigné de notre chiffre.

Malgré l'absence de mode d'exercice particulier déclaré (notamment en gynécologie-obstétrique ou pédiatrie), 14 des 25 médecins travaillant dans les cabinets médicaux choisis pour notre étude étaient des femmes. L'étude norvégienne *Birds of a Feather Flock Together : A Study of Doctor-Patient Matching* publiée en 2009 (66) a montré un lien entre le sexe du médecin et celui de ses patients : 61% des patients choisissent un médecin du même sexe. En 2014, C. Favier a mis en évidence ce lien dans sa thèse de médecine générale *Quels patients pour quels médecins ?* (67) portant sur 20781 consultations : les médecins généralistes de sexe masculin reçoivent statistiquement plus de patients de sexe masculin que les médecins de sexe féminin. La majorité de médecins de sexe féminin de notre étude pourrait donc contribuer à expliquer la prédominance de femmes dans l'échantillon.

Les **profils d'activité professionnelle** étaient **différents** de ceux de la population générale. Cette différence portait surtout sur la catégorie des **professions intermédiaires** (42,9 vs 32,1%) et nous pensons qu'elle est due à la formulation des catégories socioprofessionnelles de notre questionnaire. Pour être compris de tous les réponders, nous avons divisé cette catégorie en deux sous-catégories « salarié » et « salarié de la fonction publique ». Or il est fort possible qu'une partie des personnes s'étant définies comme « salarié de la fonction publique » aient en réalité un statut de cadre, ce qui expliquerait la plus grande proportion de professions intermédiaires de notre étude au détriment des cadres et cadres supérieurs.

Nous n'avons pas comparé les caractéristiques sanitaires²⁷ (fréquence de consultation, déclaration de médecin traitant, auto-évaluation de l'état de santé, tabagisme, consommation d'alcool, taux de vaccination) avec celles de la population générale car les résultats pour les objectifs n°3 et 4 ont montré que ces caractéristiques n'avaient pas de lien avec la RS exprimée.

L'analyse de la représentativité de notre échantillon cherchait à s'assurer que nous n'avions pas sélectionné un sous-groupe, qui rendrait nos résultats sur la RS non extrapolables à la population générale. Les différences modestes des caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon avec la population générale ont probablement eu **peu d'influence** sur nos résultats. D'une part, nos résultats montraient que la RS du médecin est relativement **constante selon les individus**: nos

²⁷ Nous disposons de ces renseignements dans la population française grâce aux enquêtes Santé et Protection Sociale de l'IRDES aux adresses suivantes :

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>

conclusions sont donc peu susceptibles d'avoir été influencées significativement par ces différences. D'autre part, l'objectif de notre étude était de comprendre les relations entre éléments de la RS et variations selon les caractéristiques des sujets. La **diversité des sujets** dans l'échantillon importe donc plus qu'une représentativité au sens strict du terme.

La véritable limite de l'échantillonnage est que nous n'avons pas interrogé les personnes qui ne consultent que rarement. Or, il est probable que ces personnes aient un rapport au corps, à la santé et au système de soins nettement différent des patients dont le taux de recours aux soins se situe dans la moyenne. La catégorie des patients qui ne consultent que très rarement est difficilement accessible aux enquêtes sociologiques ou psycho-sociales, et serait pourtant intéressante à étudier.

Représentativité de l'échantillon

Notre échantillon montrait une sous-représentation des jeunes car ils consultent peu en médecine générale, une surreprésentation des femmes probablement due au recrutement majoritaire de médecins de sexe féminin, et une surreprésentation des professions intermédiaires qui peut être imputable à la formulation des catégories professionnelles dans notre questionnaire.

Au final il n'est pas représentatif de la population générale au sens strict, mais cela ne biaise pas nos conclusions concernant les relations entre items de la RS (même structure au sein d'un même groupe social). De plus la diversité des sujets est bien respectée : les logiques de variations des RS selon les individus restent donc analysables et interprétables. La principale limite de l'échantillonnage est liée à la difficulté d'interroger les personnes qui consultent très peu.

B. Interprétation et discussion des résultats

1. Objectifs n°1 et 2 : la représentation est structurée par les oppositions Soi/Autruï et Société/Individu

❖ Contenu de la représentation

L'analyse de similitude ne retrouve aucun coefficient nul, ce qui signifie qu'aucun des éléments proposés dans le questionnaire n'est complètement dissocié des autres. L'arbre maximum confirme que tous les éléments sont reliés entre eux.

En revanche certains items ne sont corrélés à un niveau significatif qu'à un très faible nombre d'autres éléments : c'est le cas de l'item 36 sur la vie privée des MG (3 éléments corrélés sur 35), de l'item 15 sur les revenus (2 éléments corrélés sur 35) et de l'item 13 sur la banalisation du métier (1 élément corrélé sur 35). Si nous ne pouvons conclure formellement que ces éléments sont exclus de la RS, leur incidence sur la structuration de la RS est très faible : il s'agit probablement d'éléments **très périphériques** auxquels une minorité d'individus accorde de l'importance.

Nous avons donc conclu que **tous les éléments** évoqués dans le questionnaire **appartiennent** bien à la RS du MG, à divers degrés d'importance et de consensus. Ceci valide *a posteriori* la construction de notre questionnaire et la pertinence de ses propositions. En revanche, rien ne permet d'affirmer que le questionnaire est exhaustif, c'est-à-dire que tous les aspects de la RS ont été abordés.

❖ Structure de la représentation : organisation globale

○ D'après le modèle central/périphérique (théorie du noyau de J.-C. Abric)

Les propriétés fonctionnelles, c'est-à-dire psycho-sociales, différenciées des éléments centraux et périphériques se traduisent par des propriétés statistiques particulières (60,61,68,69):

- L'importance des éléments centraux dans la signification globale de la RS se traduit par une forte valorisation des éléments centraux (scores de valorisation élevés).
- La fonction du système central de définition de l'objet se traduit par un consensus des sujets interrogés, donc par une faible variance de leurs réponses.
- La fonction centralisatrice du sens de l'ensemble de la RS par le système central se traduit par la corrélation de ces items avec la plupart des autres éléments :
 - nombreux coefficients de corrélation significatifs dans la matrice de similitude
 - appartenance à plusieurs cliques de seuil élevé

- faible indice d'excentricité²⁸ sur l'arbre maximal
- fort degré de voisinage²⁹ sur l'arbre maximal
- La fonction structurante de la RS par le noyau central se traduit par des contributions fortes aux CP lors d'une ACP, en particulier sur la 1^{ère} CP.

En combinant tous ces indices, nous pensons que le **système central** pourrait comporter les éléments *bienveillants, sympathiques, savoir scientifique, suivent, soutiennent, tout leur dire et écoutent*. La certitude d'une **attitude positive et bienveillante** (*sympathiques, bienveillants, soutiennent, ne jugent pas*) et de la **connaissance scientifique** (*savoir*) du médecin donne la possibilité au patient de s'exprimer librement (*tout leur dire, écoutent*). Alain Rey définit le soin comme l'acte de se préoccuper, de s'inquiéter du bien-être et des besoins de quelqu'un, et enfin d'agir « pour que cesse le souci ». Le sens premier du mot soin implique donc un « partage d'inquiétudes » (71).

Notons que l'ACP et l'analyse de similitude concordent sur la désignation des éléments centraux. En particulier l'examen des cliques (figure 10), issues de l'analyse de similitude, identifie les mêmes éléments potentiellement centraux que l'ACP : les éléments présents dans un grand nombre de clique, à savoir *bienveillants, tout leur dire, soutiennent, écoutent* et *sympathiques* (au moins 3 cliques au seuil 0,50) contribuaient aussi fortement à la 1^{ère} CP (tableau 5).

J. du Breuillac a retenu à l'issue des évocations libres hiérarchisées 4 catégories de termes qui peuvent faire partie du noyau central : « confiance », « médecin de famille/suivi », « compétence » et « maladie ». Ces catégories ne correspondent pas aux éléments repérés comme centraux dans notre travail, mais la formulation des items et la construction du questionnaire peuvent expliquer ces différences :

- Nous n'avons pas proposé d'item précisément sur cette notion de confiance, par exemple « on peut faire confiance aux généralistes ».
- De même la compétence du médecin est biaisée dans notre questionnaire par sa formulation : nous avons évoqué la comparaison de la compétence par rapport aux spécialistes. En inversant l'item de compétence, nous avons préjugé qu'une proposition de type « les médecins généralistes manquent de compétence » serait peut-être trop extrême pour faire apparaître des nuances de réponses.
- Les notions de médecin de famille et de maladie ne sont pas approfondies dans notre questionnaire.
- Les hypothèses interprétatives dans le travail de J. du Breuillac privilégiaient plutôt de lire l'élément "écoute" comme un élément périphérique proche du noyau, et non central comme

²⁸ L'excentricité d'un élément m est la valeur maximale de sa distance (nombre d'arêtes) aux autres éléments ($m-1$). Elle reflète donc la centralité globale : les éléments ayant la plus grande excentricité sont périphériques. (70)

²⁹ Le degré de voisinage d'un élément m est le nombre d'éléments voisins de m . Il s'agit donc d'un indice de centralité locale : tous les éléments ayant un degré de voisinage supérieur à un seuil fixé sont centraux. (70)

ici. En effet, il y avait une divergence entre la fréquence élevée de cet élément dans les réponses à l'épreuve d'association libre et la moyenne relativement faible de cet élément dans le questionnaire de caractérisation. Sous réserve des limites méthodologiques inhérentes aux questionnaires de caractérisation en général (20), cette divergence était compatible avec une position en proche périphérie de "écoute", mais elle n'excluait pas un statut d'élément central normatif à la notion d'écoute.

Les différences observées sur les éléments potentiellement centraux entre notre étude et celle de J. du Breuillac procèdent donc probablement des différences de construction de nos questionnaires, ce qui illustre bien la limite de cette méthodologie. Toutefois le sens global des 2 noyaux centraux est similaire : **la confiance est légitimée par l'attitude bienveillante du médecin et de sa compétence à soigner** (la connaissance scientifique). Grâce à cette **confiance**, le patient peut **s'exprimer librement** avec la **certitude d'être écouté**.

À l'inverse, les éléments suivants sont probablement **très périphériques** dans la RS : la **banalisation du métier** (item 13), les **revenus des médecins** (item 15) et la **vie privée** des médecins (item 36). D'abord, comme nous l'avons écrit dans le chapitre 'contenu de la représentation', il s'agissait des éléments les moins corrélés quantitativement au reste des éléments (au mieux 3 éléments significativement corrélés sur 35). Qualitativement, leur plus forte corrélation était très faible : ce sont les seuls items de la RS dont la plus forte corrélation est $< 0,20$. De plus, ils étaient tous trois structurellement situés en marge de l'arbre maximal, avec un faible degré de voisinage et une forte excentricité. L'examen des valorisations et des dispersions confirmait que les revenus (valorisation=0,93; écart-type=1,15) et la vie privée (valorisation=0,59; écart-type=1,08) des médecins étaient peu importants aux yeux des répondeurs.

Ces éléments apparaissent à la marge dans toutes les références bibliographiques (33,38–40), il n'est donc pas étonnant qu'ils soient situés en périphérie de la représentation. Le travail de J. du Breuillac place clairement les éléments relatifs à la vie privée du médecin comme très périphériques.

Notre étude illustre bien l'importance de **combinaison plusieurs indices** pour déterminer la centralité d'un élément. Le seul calcul de la valorisation et de la dispersion des réponses concluait que les éléments les plus **valorisés** par la majorité des sujets se référaient à la **vocation** du médecin (*pour soigner les autres, aiment leur métier*), au **rôle central** dans le **parcours** de soins (médecin *indispensable, polyvalent, qui oriente*), aux **contraintes** de la profession (*responsabilités, charge de travail, longues études*) et à la **responsabilité économique** du médecin généraliste (*justification des arrêts de travail*). Mais nous pensons que ces propositions ne sont pas obligatoirement centrales : volontairement placées au début du questionnaire car elles étaient « consensuelles », elles ont activé l'expression d'un **stéréotype**. À la différence des RS, les stéréotypes sont des images rigides, stables, issues de la communication sociale, contribuant à simplifier la perception de la réalité et à lui donner une orientation particulière (72). Nous avons émis l'hypothèse que les sujets, sans introduction préalable du thème de l'étude, ont tout d'abord eu recours aux modes de perception des médecins généralistes les plus simples et les plus rapidement accessibles, à savoir les stéréotypes. L'appartenance de ces items à la RS n'en est toutefois pas remise en cause car C.

Flament et L. Milland ont démontré que « les stéréotypes relatifs à un objet de RS peuvent être parties intégrantes de la RS elle-même » (41).

La présence de l'élément « *ils ne doivent pas faire d'arrêt de travail sans justification médicale* » parmi les autres éléments valorisés nous a surpris, car cet élément n'est pas souvent produit spontanément dans les enquêtes qualitatives. Nous l'avons justement introduit afin de tester son appartenance à la RS. Notre hypothèse est que cet élément a été valorisé sous la **pression de la norme sociale perçue** par les répondeurs : tout individu qui aurait affirmé que les arrêts de travail prescrits pour un motif non médical sont légitimes aurait été à l'encontre d'une certaine norme morale implicite. J.-P. Codol résume ainsi « plus un item est considéré par un sujet donné comme normatif, plus ce sujet a tendance à déclarer que cet item le caractérise lui-même plus que les autres » (73).

Interprétation de la structure selon la théorie aixoise du noyau central

La recherche des éléments centraux a été confortée par la cohérence des différents indices de centralité utilisés. Le noyau central putatif dans notre étude était globalement similaire à celui identifié par J. du Breuillac : la confiance légitimée par l'attitude bienveillante du médecin et sa compétence à soigner, la possibilité pour le patient de s'exprimer librement, avec la certitude d'être écouté.

Les éléments périphériques éloignés, relatifs à la banalisation du métier, à la vie privée et aux revenus confortables des médecins, étaient également cohérents avec les données de la littérature, où ils sont considérés comme peu importants par les patients. Nous ne pouvons affirmer si ces éléments sont très périphériques ou bien en dehors de la RS.

○ D'après la théorie des principes organisateurs de W. Doise

Le nombre de dimensions retrouvées à l'issue de l'ACP concorde avec les prévisions statistiques de W. Doise (57) : une ACP sur 10 à 40 variables doit réduire les données de départ en 2 à 6 dimensions. Dans notre étude, la représentation sociale du médecin s'organise autour de 2 dimensions (ou CP), au sein desquelles les patients se positionnent.

La plupart des auteurs admettent que les dimensions qui structurent le champ d'une RS peuvent se ramener à trois (ou quatre) types : **descriptive**, **évaluative** et **fonctionnelle** (et **affective** pour P. H. F. Campos et M.-L. Rouquette) (74). Les éléments descriptifs permettent de saisir la nature de l'objet, les éléments évaluatifs permettent de saisir sa qualité et les éléments fonctionnels permettent d'en saisir le rôle pratique.

La 1^{ère} dimension de la RS, globalement composée d'éléments **descriptifs et fonctionnels**, identifie le **médecin « typique »**. Le prototype³⁰ du médecin généraliste est un médecin sympathique et accueillant, qui possède un grand savoir, il apporte bienveillance et soutien à ses patients, qu'il connaît bien et qu'il suit, il sait communiquer avec eux, les écouter et recueillir leurs confidences. Enfin, il tient un rôle central dans le parcours de soin : il est polyvalent mais sait orienter les patients et coordonner les soins. Les éléments contribuant le plus à la signification de l'axe sont la bienveillance, le soutien et le savoir, caractéristiques les plus représentatives d'un MG « typique ». Le médecin qui valide tous ces critères serait le prototype du MG. La signification de la 1^{ère} dimension est donc la description, la typicité, le consensus.

La 2^{ème} dimension est **évaluative** : la disponibilité des médecins généralistes est un critère de jugement. Si la 1^{ère} dimension définit le médecin généraliste « typique », celle-ci désigne le médecin « souhaitable » : le médecin généraliste « souhaitable » est un médecin disponible pour ses patients, il ne survole pas la consultation. Bien que la valeur propre de cette 2^{ème} CP soit plus faible, elle est statistiquement significative et nous avons considéré que cette composante est signifiante sur le plan psychosocial car elle confirme les résultats de J. du Breuillac dans lesquels l'élément disponibilité est à l'origine de 2 sous-groupes.

En combinant ces 2 dimensions, nous pouvons supposer que le **principe organisateur** de la RS réside dans la **relation** du médecin généraliste au patient.

Interprétation de la structure selon la théorie genevoise des principes organisateurs

La 1^{ère} CP était composée d'éléments majoritairement descriptifs (qualités du médecin) et fonctionnels (rôles du médecin). Elle décrivait les caractéristiques d'un médecin « typique ».

La 2^{ème} CP était composée d'éléments évaluatifs de la disponibilité des médecins, critère désignant donc un médecin « souhaitable ».

Le principe organisateur de la RS semblait être la relation du médecin généraliste au patient.

³⁰ Le prototype d'un objet donné est l'exemplaire le plus représentatif de la catégorie qui regroupe ces objets (75), celui qui possède tous les attributs de la typicité.

○ Application du modèle bidimensionnel de P. Moliner

P. Moliner, Professeur de psychologie sociale à l'université de Montpellier, a proposé en 1994 le modèle bidimensionnel en superposant la dimension³¹ centrale/périphérique à la dimension descriptive/évaluative (64). Le modèle bidimensionnel (tableau 8) divise la RS en 4 champs cognitifs : les **définitions**, les **descriptions**, les **normes** et les **attentes**. La dimension centrale est qualitative et unipolaire, catégorisant les éléments comme centraux ou périphériques. Tandis que la dimension évaluative/descriptive est quantitative et bipolaire car chaque élément se situe sur un continuum allant du pôle évaluatif au pôle descriptif. Au croisement des 2 dimensions, 4 champs cognitifs recouvrent tous les éléments :

- Les définitions regroupent les éléments centraux descriptifs de l'objet, dont l'absence retirerait tout sens à la RS.
- Les descriptions sont les éléments périphériques qui rendent compte des formes les plus fréquentes et habituelles de l'objet mais pas forcément immuables.
- Sur l'autre dimension, les normes sont les éléments centraux investis d'une valeur sociale positive, qui permettent généralement de juger l'objet de la RS.
- Les attentes sont les éléments périphériques qui traduisent les craintes et les attentes individuelles vis-à-vis de l'objet.

	Pôle descriptif	Pôle évaluatif
Noyau	Définitions	Normes
Périphérie	Descriptions	Attentes

Tableau 8: modèle bidimensionnel de P. Moliner

Le modèle bidimensionnel décrit par P. Moliner a secondairement été critiqué, notamment par E. Rizkallah, Professeur de sociologie à l'université de Montréal, qui a réfuté les propriétés structurantes conférées à la dimension descriptive/évaluative. Il conclut : « La dimension évaluative-descriptive constitue une, ou plutôt, deux dimensions parmi d'autres (fonctionnelle et/ou affective) qui qualifient les relations sémantiques entretenues entre les cognèmes du champ représentationnel, alors que la dimension centrale est plus en amont parce que sa structure détermine toutes les relations du champ représentationnel, incluant et générant ces relations sémantiques » (74). Autrement dit, même si l'axe évaluatif-descriptif n'est pas structurant en soit comme l'est l'axe central-périphérique, les éléments d'une représentation peuvent être le plus souvent classés selon leur caractère plus évaluatif ou plus descriptif de l'objet.

³¹ Le terme « dimension » recouvre ici un axe structurant les éléments de la RS, et non les facteurs issus des techniques d'analyse de données comme l'ACP.

Nos analyses à elles seules ne pouvaient formellement conclure sur la position centrale ou périphérique d'un élément. Malgré cette incertitude, nous avons utilisé le modèle de P. Moliner comme une aide à l'interprétation de nos résultats, qui a été confortée par la prise en compte du sens spécifique des éléments de la RS.

La figure 23 schématise le modèle bidimensionnel appliqué à la RS des médecins généralistes. Nous n'avons pas fait apparaître les séparations entre les 4 champs car il n'est pas possible de tracer une frontière précise entre les champs avec les données dont nous disposons, sans une étude supplémentaire pour confirmer le statut de chaque élément. En effet, le classement d'un élément entre noyau central et périphérie s'effectue selon plusieurs critères et pas uniquement sur la corrélation de l'item avec la dimension : si nous voulions matérialiser la séparation centrale-périphérique sur la figure, il s'agirait non pas d'une ligne droite, mais plutôt d'une courbe passant entre les items. Concernant la dimension évaluative/descriptive, E. Rizkallah a démontré qu'il n'est pas possible de séparer clairement les éléments descriptifs des éléments évaluatifs : nous pouvons seulement les interpréter comme plus évaluatifs ou plus descriptifs selon leur position le long de la dimension. L'analyse met donc en évidence deux axes sur lesquels nous pouvons positionner chaque élément de la RS selon qu'il soit central ou périphérique et selon qu'il soit plus évaluatif ou plus descriptif de l'objet.

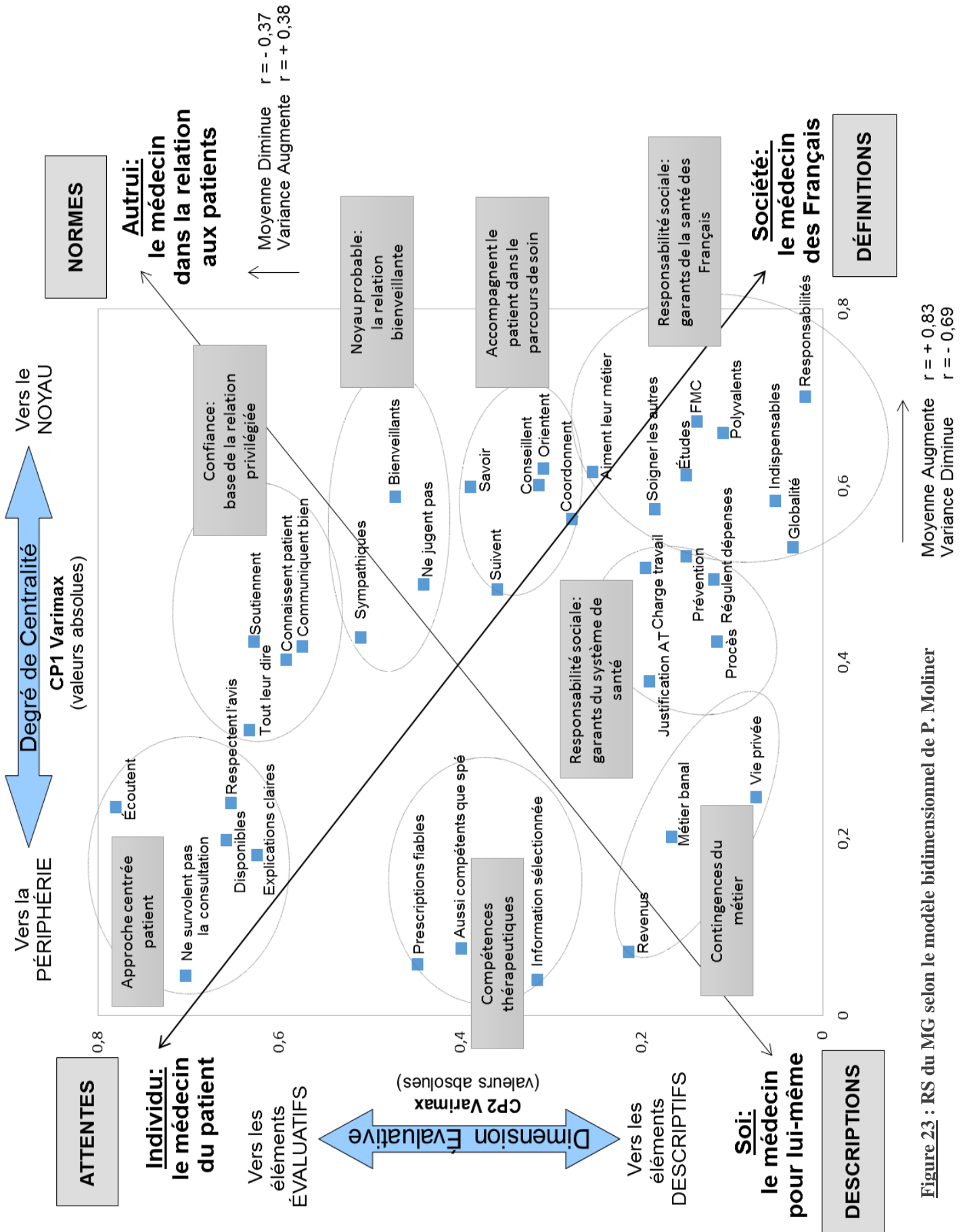


Figure 23 : RS du MG selon le modèle bidimensionnel de P. Moliner
 Moyenne Augmente $r = +0,83$
 Variance Diminue $r = -0,69$

Nous avons proposé une interprétation subjective de cette organisation en regroupant les éléments en fonction de leur sens.

Ainsi, les éléments centraux et descriptifs **définiraient** le médecin généraliste comme un professionnel **bienveillant** (*bienveillants*), qui **accompagne le patient** dans le parcours de soin (assure le suivi, l'orientation, la coordination, guide par ses conseils).

La **relation de confiance** constituerait la **norme** (centrale et évaluative) de la relation au médecin : ils *connaissent* les patients, savent recevoir leurs confidences sans les juger, mais au contraire en les soutenant quoi qu'il arrive. Les normes sont les éléments permettant de juger l'objet et investis d'une valeur sociale positive : ceci est cohérent avec les 2 types de confiance, institutionnelle et interpersonnelle³². La confiance institutionnelle est « normale », « innée », car elle procède de la dimension institutionnelle du médecin, représentant du système de santé. C'est elle qui explique pourquoi les patients font spontanément confiance à un nouveau médecin. La confiance est également l'expression d'un jugement du médecin à travers la confiance interpersonnelle, construite et acquise au fur et à mesure des échanges.

D'après les champs des définitions et des normes, le médecin est donc le **réfèrent bienveillant** qui bénéficie de la **confiance** du patient.

La périphérie est la concrétisation du noyau. En d'autres termes, la périphérie est faite d'éléments qui traduisent l'opérationnalisation, en termes d'actions et de descriptions concrètes, de cette relation de confiance, de guide et de bienveillance.

Cette **périphérie** peut être lue comme majoritairement orientée sur la **description des actions** concrètes, des missions du médecin, telles que les perçoivent les individus:

- Le médecin **soigne**, prescrit du soin (**compétences thérapeutiques** : ses prescriptions sont fiables, il est compétent, il fournit une information exhaustive).
- Le médecin **veille sur la santé des Français** (prévention, soigner les autres, peuvent tout soigner).
- Le médecin est le **garant du système de santé** français (il régule les dépenses, il justifie les arrêts de travail, il est indispensable).

Les 5 items réunis sous le terme « **approche centrée sur le patient** » appartiennent au champ des **attentes** (périphériques et évaluatifs). Pour justifier notre interprétation de ces items, nous avons essayé de définir « l'approche centrée patient », compétence centrale selon le CNGE.

³² La confiance institutionnelle ou systémique se fonde sur une structure sociale formelle indépendamment d'une relation d'échange ou d'une expérience antérieure. La confiance interpersonnelle est placée par un individu dans un autre, se construisant essentiellement sur des bases cognitives (confiance de compétence) et affectives (confiances intentionnelle et émotionnelle) (76).

G. Mead la définit en 5 dimensions (77) :

1. l'approche biopsychosociale du patient
2. le patient en tant que personne (ou comment le médecin comprend le patient, ses plaintes mais aussi son contexte de vie, ce qui implique une écoute active)
3. le partage de pouvoir et de responsabilité (information appropriée du patient pour la participation aux décisions)
4. l'alliance thérapeutique (attitude bienveillante, positive et empathique du médecin et l'accord des 2 parties sur le projet thérapeutique)
5. le médecin en tant que personne (reconnaissance de sa subjectivité, de sa sensibilité et nécessité d'introspection pour s'améliorer)

Les 5 items réunis dans le champ des attentes correspondent aux dimensions 2, 3 et 4 :

- Les items *écoutent, disponibles* et *ne survolent pas la consultation* (notion implicite d'accorder son attention au patient) réfèrent à l'**écoute active** (le patient en tant que personne).
- L'item *respectent l'avis des patients* renvoie à la compréhension commune et à la **décision partagée** (partage de pouvoir et de responsabilité, alliance thérapeutique).
- Les conseils et **explications adaptés** correspondent au partage de connaissance donc de pouvoir (item *explications claires*).

Ainsi les individus attendraient d'un « bon » médecin qu'il soit **disponible, à l'écoute, attentif**, qu'il **partage ses connaissances** de façon **adaptée**, dans l'optique de construire une **alliance thérapeutique** optimale où les **décisions** sont prises **conjointement**. Deux études ont exploré les critères de qualité de la relation médecin-malade, vus par les patients (thèse de M.-C. Dedienne en 2001 (78)), et du point de vue des médecins (thèse de L. Bornet-Sarassat en 2002 (79)). Sur le plan relationnel, les patients s'accordent sur l'importance de la collaboration, du respect et de la considération du patient, de l'écoute active, de l'adaptation du discours (conseils et explications adaptés, reformulations) et de la disponibilité, ce qui correspond aux attentes identifiées dans le modèle bidimensionnel de la RS du MG.

Les éléments *disponibles, pas pressés par le temps et écoutent*, étaient fortement contributifs de la 2^{ème} CP (saturations respectives 0,64, 0,52 et 0,46), ils constituaient donc la 2^{ème} source de variance des réponses. Les attentes étant les éléments les plus liés aux expériences individuelles (74), il était donc logique d'observer ces différences apparentes de réponses autour de la question de la disponibilité des médecins.

Les éléments relatifs à la banalisation du métier, aux revenus et à la vie privée sont les éléments les plus périphériques et nous pouvons encore une fois douter de leur appartenance à la RS. Dans tous les cas, ces éléments excentrés qui font référence au médecin généraliste en lui-même renforcent notre interprétation d'une **RS construite avant tout sur la relation médecin-patient**. Nous pensons que les modes de relation du médecin généraliste au patient sont la clef de lecture de la RS, et son principe de logique interne.

Ce modèle bidimensionnel met également en évidence une autre trame, une autre grille permettant de positionner les groupes d'éléments et donc d'interpréter le champ représentationnel. Ce sont les thémata Soi/Autruï et Société/Individu qui recourent tout le champ représentationnel. Le 1^{er} thème Soi/Autruï relie les descriptions (pôle Soi), c'est-à-dire les caractéristiques observées non obligatoires chez le médecin, aux normes (pôle Autruï), caractéristiques attendues et obligatoires (car centrales). Le 2^{ème} thème Société/Individu relie la définition (pôle Société) aux attentes (pôle Individu) : les individus attendraient un rapprochement des médecins.

Interprétation de la structure selon le modèle bidimensionnel

Ce modèle combine les 2 premiers modèles car il affirme que toute RS est structurée autour d'une dimension centrale (catégorise les éléments : soit centraux, soit périphériques), qui se rapproche de la théorie aixoise, et d'une dimension évaluative-descriptive (place les éléments sur un continuum : plutôt évaluatifs ou plutôt descriptifs), qui se rapproche de la théorie genevoise.

Appliqué à la RS du MG, ce modèle soulève plusieurs points essentiels :

- *La définition d'un MG est celle d'un référent bienveillant.*
- *La confiance investie dans le médecin correspond à la norme de la RS, car elle s'appuie sur la dimension institutionnelle du médecin (confiance institutionnelle), et résulte du jugement de l'efficacité du médecin (confiance interpersonnelle).*
- *Cette relation se traduit concrètement dans les descriptions du médecin, vu comme un professionnel compétent (compétence thérapeutique individuelle et collective : il soigne ses patients et veille sur la santé des français) et comme un garant du système de santé.*
- *L'approche centrée patient occupe le champ des attentes : les individus attendraient d'un « bon » médecin qu'il soit disponible, à l'écoute, adapte son discours dans l'optique de construire une alliance thérapeutique optimale où les décisions sont prises conjointement.*

○ Le concept des thémata

En psychologie sociale, un thème est défini comme un principe binaire, une idée-source, une opposition binaire fondamentale et universelle, aidant à catégoriser les éléments (80), telle que « juste »/ « injuste », « bon »/ « mauvais »... Les thémata sont des produits de la culture, des normes, des valeurs d'une société, ils relèvent donc du niveau idéologique (ou culturel) parmi les 4 niveaux d'analyse de W. Doise (56). Ils participent à la genèse des RS grâce à leur potentiel génératif et normatif mais comme ils sous-tendent la structure profonde des RS, ils ne sont pas exprimés verbalement et doivent être déduits de l'analyse des données.

Dans la RS du MG selon le modèle bidimensionnel (figure 23), le thème 1 Soi/Autruï oppose en bas à gauche le médecin pour lui-même (caractéristiques, contingences du métier) au médecin vu exclusivement dans sa relation à autrui (doit être bienveillant, soutenir...) en haut à droite. Le thème 2 Société/Individu croise le premier perpendiculairement : il oppose en bas à droite le médecin de la société (symbolisé par le rôle de régulation des dépenses, par les missions de santé publique) au médecin du patient en haut à gauche (qui exerce sa pratique avec et pour le patient).

L'arbre maximal de la RS (figure 9) fait apparaître les 2 thèmes comme un axe horizontal principal allant de *pour soigner les autres-indispensables-...* à *...écoutent les patients-respectent l'avis*. Nous avons séparé cet axe en son milieu entre *sympathiques* et *bienveillants*: tous les éléments à gauche de cet axe abordent le médecin pour lui-même (implication personnelle, responsabilités) ou bien le médecin « public », celui de la population générale (pivot du réseau de soins), tandis que les éléments situés à droite de cet axe évoquent le médecin pour le patient, à travers sa relation aux autres.

Nous avons donc observé la superposition des 2 thèmes :

- **Thème 1 : Soi/Autruï**, ou le médecin pour lui-même/le médecin pour les autres. Cette opposition est très fréquente dans le domaine de la santé (81). Elle montre en fait les 2 facettes du médecin : la personne et le professionnel de santé. L'opposition *sympathiques/bienveillants*, située au centre de l'axe horizontal sur la figure 9, cristallise ce thème élémentaire: d'un côté une configuration intellectuelle personnelle, naturelle (ils sont sympathiques « naturellement »), de l'autre une configuration intellectuelle qui ne peut s'exprimer que dans une relation d'échange (on ne peut être bienveillant qu'envers quelqu'un).
- **Thème 2 : Société/Individu**, ou le médecin de la population, le médecin « public »/ le médecin du patient. Ce thème oppose les intérêts collectifs aux intérêts individuels et résume l'ambivalence d'attitude fréquemment retrouvée dans les études sur la représentation du médecin : « les » médecins vs « mon » médecin (39). Le médecin généraliste se doit de prendre en compte au quotidien les intérêts de la collectivité aussi bien que ceux des patients : la régulation des dépenses de santé est un exemple d'intérêts économiques, donc collectifs (la survie du système de protection sanitaire et social en dépend) qui peuvent aller à l'encontre des intérêts individuels (ou du moins des intérêts perçus par les patients eux-mêmes, par exemple le souhait d'un examen complémentaire que le médecin ne trouverait pas justifié). Plus globalement les moyens de soin en médecine (que ce soit le temps passé avec un patient, les prescriptions, les actes techniques) ne sont pas illimités : tout soin apporté à un patient ne peut plus être apporté à un autre.

Les thèmes Soi/Autruï et Société/Individu seraient donc les principes élémentaires régissant l'**organisation profonde** de la RS des médecins généralistes.

Une autre opposition nous est apparue dans l'analyse de l'item 13 concernant la banalisation du métier. Il était difficile de repérer la formulation exacte de cet item dans le discours spontané des entretiens qualitatifs utilisés pour construire notre questionnaire : aussi avons-nous étudié ses corrélations avec les 2 valences « le métier s'est banalisé » et « il ne s'agit pas d'un métier comme

un autre ». Dans le premier cas, l'élément est relié à *procès* (coefficient 0,25), c'est-à-dire au pôle de responsabilité du médecin³³ tandis que dans le deuxième cas, il est relié à *fiabilité des prescriptions* (coefficient 0,19), appartenant lui-même au pôle de la relation optimale au patient. Cet élément met à jour une **opposition métier/profession**. Le terme de profession s'applique sous certaines conditions (82) : une communauté de membres, exerçant une expertise spécifique (et hermétique pour les personnes extérieures), liée par les mêmes valeurs et le même sentiment d'identification et répondant à un idéal de service à la communauté. Ici aux contingences d'un métier « comme un autre », banal, s'oppose la revendication d'une profession, unique (qui n'est pas banale), qui s'inscrit dans une relation au patient spécifique et optimale.

En revanche, nous n'avons pas observé l'opposition traditionnellement décrite de la relation opératoire/relation humaine. Nous pensons que l'opposition souvent reprise dans la littérature entre le médecin technicien et le médecin psychologue (83) ne reflète pas l'organisation psychosociale véritable de la RS des médecins généralistes. D'une part certains de ces travaux sont des sondages imposant un contenu aux réponders, dont l'aspect « technique » (biais de construction du questionnaire). D'autre part les analystes sont la plupart du temps des acteurs de santé (médecins, internes) qui transposent dans leur interprétation des résultats leurs propres représentations des tâches et des fonctions du médecin (biais d'interprétation). En dehors de tout biais, l'opposition médecine technique / médecine humaine pourrait s'expliquer : les patients déçus par des qualités relationnelles insuffisantes rationaliseraient leur frustration en donnant des exemples de ce que les médecins font à la place de les écouter et de leur parler. Ainsi les médecins préféreraient prescrire une prise de sang au lieu d'approfondir l'interrogatoire. Par conséquent, les actes « techniques », seraient perçus comme un défaut de relation de soin.

Les thèmes

Nos 2 analyses (ACP et analyse de similitude) montrent toutes deux l'organisation globale latente de la RS autour de 2 thèmes (oppositions binaires fondamentales).

Le thème Soi/Autruï oppose le médecin pour lui-même (son métier, sa vie privée) au médecin dans sa relation aux patients (il soigne les patients, il échange avec les patients).

Le thème Société/Individu oppose le médecin de la collectivité (investi d'une responsabilité sociale, il doit prendre en compte les intérêts collectifs) au médecin du patient (il adapte sa pratique au patient, le place au centre des soins).

³³ Nous avons détaillé les secteurs de l'arbre maximal dans le chapitre suivant 'Structure de la représentation/Organisation locale'.

❖ Structure de la représentation : organisation locale

Nous avons interprété l'organisation locale de la RS à partir de l'arbre maximal (figure 9) issu de l'analyse de similitude car celle-ci permet de regrouper localement et de façon visuelle les éléments de la RS selon un algorithme mathématique (algorithme de Kruskal et degré de similitude). Elle produit un regroupement automatique des données, donc des RS des sujets interrogés eux-mêmes, et non pas un regroupement thématique subjectif dépendant des analystes, qui constitue facilement un biais des analyses qualitatives.

Le regroupement des éléments en secteurs signifiants (dont la formation a un sens, une signification logique) a permis d'identifier au sein de l'arbre maximal 6 secteurs :

- Secteur A : le rôle central dans le parcours de soin

Situé à l'extrémité « Société » du thème Société/Individu, il est composé des éléments *soigner les autres, indispensables, polyvalents, coordonnent et orientent*. Il désigne les **missions** du MG dans le **système de santé**.

- Secteur B : la responsabilité sociale du médecin

Il regroupe sur la même branche la responsabilité socioéconomique avec *procès, charge de travail* d'une part et *justification des arrêts de travail, régulent les dépenses* d'autre part, les deux étant reliés par le savoir scientifique du médecin (*longues études, savoir scientifique*), qui justifie ces responsabilités. Ce savoir scientifique, qui constitue le pouvoir des médecins, légitime également l'élément qui lui est directement relié sur l'axe principal, le *secret professionnel*. Ainsi se dessine une sous-structure en étoile comportant sur ses branches la **responsabilité morale, socioéconomique et juridique** du médecin centrées par le **savoir scientifique qui les légitime**.

- Secteur C : l'implication personnelle

Il prend son origine sur l'élément *sympathiques* et regroupe *suivent leurs patients, aiment leur métier, FMC, temps pour la vie privée et revenus*. Ces éléments concrétisant l'implication personnelle du médecin, s'articulent avec les pôles précédemment cités pour décrire la façon dont le médecin se **conforme aux attentes de la société**.

- Secteur D : la bienveillance

Situé en plein centre de l'arbre, ce petit regroupement réunit 4 items les *responsabilités* et la *globalité du soin, conseillent et prévention*, centrés et reliés entre eux par *bienveillants*. Il décrit comment le médecin est investi de tâches, de missions, qui sont toutes sous-tendues par un principe de bienveillance. Toutes les **actions du métier** sont **orientées** de façon à assurer le **bien-être** du patient.

- Secteur E : la relation thérapeutique optimale

Il regroupe *soutiennent, tout leur dire, communiquent bien, connaissent les patients, et prescriptions fiables*. Il se situe juste à côté du pôle de l'échange centré sur le patient mais s'en distingue nettement par la position attribuée au médecin : dans ce pôle, le médecin ne s'efface pas au profit du patient mais au contraire il est actif, **acteur du soin**, prescripteur de soins. La distinction est visible à la racine de ces 2 branches : la branche relation thérapeutique est issue du soutien (processus émotionnel actif) alors que la branche relationnelle est issue de l'écoute (processus plus passif qui implique de se mettre en retrait).

Notons toutefois que ces 2 pôles ne s'opposent pas : comme nous l'avons remarqué dans le chapitre 'Le concept des thèmes', il n'y a pas d'opposition entre le soin technique et l'échange relationnel. Ces 2 pôles sont très proches, même entremêlés, avec des éléments relationnels au sein du pôle thérapeutique (*communication, tout leur dire, connaît les patients*).

- Secteur F : la relation d'échange optimale

Situé à l'extrémité « Autrui » du thème Soi/Autrui, il regroupe *disponibles, respectent l'avis des patients, information complète, explications claires, écoutent, et pas pressés par le temps*. Tous ces items décrivent comment le médecin doit s'adapter au patient : la relation d'échange optimale est une **relation centrée sur le patient**.

En se référant au tableau 2 établi pendant la phase de construction du questionnaire, nous constatons que 3 des 5 items du secteur E faisaient à l'origine référence à la confiance : la fiabilité des prescriptions correspondait à la confiance épistémique, le respect des décisions des patients et l'absence de jugement (*tout leur dire*) correspondaient à l'aspect moral de la confiance. Un **lien** sous-jacent apparaît ici entre la **confiance** (secteur E) et l'**approche centrée sur le patient** (secteur F) : la disponibilité, l'écoute et l'attention portée au patient renforceraient la confiance investie dans le médecin au sein de la relation médecin-patient. Ce lien est également mis en évidence dans la thèse de J. du Breuillac où la « confiance » est reliée à « l'écoute » dans la RAM issue de l'analyse de similitude.

Nous avons repéré dans cet arbre des éléments excentrés et dont la position sur l'arbre était de prime abord difficile à expliquer: la banalisation du métier, les revenus et la compétence équivalente aux spécialistes.

Nous avons précédemment montré comment l'item relatif à la banalisation du métier (item 13) peut s'articuler de façon signifiante au sein de l'arbre pour évoquer, selon sa valence, les contingences d'un métier banal, ou bien au contraire un métier unique dont la spécificité réside dans la relation au patient (*cf* chapitre 'Le concept des thèmes').

Les revenus des médecins (item 15) ont été classés en position périphérique par les sujets, mais, comme pour l'item 13, nous ne pouvions présumer du sens le plus souvent adopté dans les discours spontanés : les médecins gagnent-ils très bien leur vie, ou pas suffisamment ? En testant les corrélations de cet élément selon sa valence, nous avons remarqué que dans les 2 cas il était relié à

des items relatifs au temps (*disponibilité, pressés par le temps, écoutent les patients, et prennent le temps pour la vie privée*). Toutes ces corrélations sont faibles et similaires (0,16 +/- 0,02), ce qui laisse à penser que malgré la marge d'incertitude du coefficient ³⁴, les *revenus* restent significativement reliés à la notion de temps, et pas à l'élément *disponibilité*. Les médecins ne se montrent pas indisponibles précisément parce qu'ils veulent gagner beaucoup d'argent. Mais affirmer que les revenus des médecins sont inversement corrélés au temps qu'ils consacrent à chaque patient relève du bon sens. Toutefois, les corrélations très faibles de cet élément avec le reste de la RS laissent supposer qu'il ne fait pas partie de la RS. Par conséquent, les réponses des sujets à cet item ne sont que des prises de position aussi cohérentes que possible avec leur RS devant un élément extérieur. Notre questionnaire imposait aux sujets des idées qui ne faisaient pas partie de leur RS. Ils ne pouvaient donc que prendre position d'une façon ou d'une autre face à cette idée. Par conséquent, ce ne sont pas les moyennes qui portent l'essentiel du sens, mais la structure des réponses.

Nous n'avons pas pu explorer précisément la compétence des médecins à cause de la formulation de l'item qui correspond à la comparaison de compétence entre les généralistes et les médecins d'autres spécialités. L'item se situe dans le pôle relationnel, à côté de *pressés par le temps*. Mais il possède des corrélations similaires de 0,27 +/- 0,02 avec un sous-ensemble d'éléments relatifs à la communication (*tout leur dire, communiquent bien, écoutent, explications claires, respectent l'avis*). Nous pouvons déduire de l'analyse que d'une part, la comparaison aux spécialistes n'est pas un élément prépondérant de la représentation, il est au contraire assez marginal ; et d'autre part, que poussés à répondre sur ce sujet (questionnaire imposé), les individus ont de façon latente rattaché cet item à celui de la communication. Le médecin généraliste ne se distinguerait pas du spécialiste par sa moindre compétence mais par sa capacité à communiquer, il serait le **traducteur du discours scientifique**. Loin des anciens préjugés (6), il est fort possible que le MG ne se distingue pas des médecins spécialistes par des niveaux de compétence, mais par des rôles distincts, mais d'importance égale. Par l'importance de ses qualités relationnelles et d'échange, dans lesquelles s'inscrit la comparaison aux spécialistes, le médecin généraliste serait-il perçu comme un médiateur qui inscrit les conclusions du spécialiste dans la vie et le suivi médical des individus ? S. Pennec conçoit en effet la relation avec les autres spécialités comme une interdépendance et une complémentarité dans laquelle les généralistes revendiquent « la traduction de ces savoirs (savoirs experts détenus par les spécialistes) dans les situations concrètes » (6).

³⁴ Le coefficient de corrélation utilisé ici (coefficient de Bravais-Pearson) sous-estime la liaison entre variables lorsque la relation entre elles n'est pas monotone, pas linéaire ou encore que les variables n'ont pas une distribution normale, ce qui était le cas dans notre étude. Toutefois nos analyses restent valides malgré cette marge d'erreur en raison du grand nombre de réponses (théorème central limite).

Organisation locale de la RS

- Conformément au travail de J. du Breuillac, la confiance investie dans le médecin est liée à ses capacités d'écoute, et plus globalement à sa compétence Approche Centrée Patient.
- Le médecin généraliste ne se distinguerait pas du spécialiste par sa moindre compétence mais par sa façon de communiquer : il serait le traducteur du discours scientifique.

❖ Positionnement et regroupement des individus (objectif n°2)

La principale source de variance des réponses résidait dans la position des sujets vis-à-vis du médecin typique (1^{ère} CP). La classification des individus a permis de conclure que ceux-ci se positionnent selon leur adhésion globale à la représentation du médecin typique. Schématiquement, les sujets dont la RS était en accord avec le médecin typique étaient généralement d'accord avec toutes les caractéristiques du médecin typique. Inversement, les sujets qui n'adhéraient pas à cette image étaient en désaccord global avec toutes ces caractéristiques. Autrement dit le **prototype du médecin** est le **même dans toute la population**. G. Kleiber dans sa définition sémantique du prototype (75) affirme : « Le gradient de prototypie associé à une catégorie tire sa pertinence de cette stabilité interindividuelle ». La RS du médecin que les individus expriment varie sur un **continuum** (axe 1) allant du prototype parfait du médecin à l'opposé du prototype. Dans le détail, une courte majorité de notre échantillon (51,5%) exprimait une RS en accord avec le médecin typique tandis que 13,9% étaient en désaccord. Étant donné l'effectif limité de notre échantillon, il est difficile de dire si ces proportions sont transposables à la population générale.

Le second axe de division des individus, proportionnellement moins important, se situe autour de la disponibilité des médecins. Cette 2^{ème} CP était presque 4 fois moins importante que la 1^{ère} (valeur propre 2,7 vs 10,5), mais significative selon les critères statistiques et signifiante d'un point de vue psychosocial. La cohérence des résultats statistiques, du sens des items, avec la théorie des RS renforce l'hypothèse d'une **partition de l'échantillon** autour de la question de la **disponibilité** du médecin généraliste. Le modèle bidimensionnel de P. Moliner suggère que cette disponibilité est en fait une attente vis-à-vis des généralistes, commune à une majorité des sujets. La réalité exprimée dans notre étude révèle qu'une moitié de l'échantillon (49%) jugeait leur disponibilité satisfaisante. Nous avons cherché à caractériser précisément ces 2 sous-groupes de sujets.

Les prises de position des 2 sous-groupes vis-à-vis des 2 CP étaient statistiquement différentes : cela signifie que les caractéristiques évaluatives de la CP2 (disponibilité) s'actent alors dans des caractéristiques descriptives de la CP1, directement liées à cette disponibilité (les items significativement différents entre sous-groupes), à savoir l'écoute, le respect des décisions du patient, la connaissance du patient, la confiance. En plus de la relation médecin-malade, d'autres éléments de la RS étaient aussi moins valorisés lorsque les médecins étaient perçus comme moins disponibles: les compétences thérapeutiques et relationnelles (communication, connaissance du patient, soutien, confidentialité) et la configuration intellectuelle du médecin (sympathie, accueil, connaissances scientifiques).

Ces résultats confirment ceux de J. du Breuillac et vont au-delà: dans son étude, les médecins moins disponibles sont perçus comme moins compétents sur le plan thérapeutique (polyvalence et capacité d'orientation) et relationnel (soutien moral, connaissance des patients, dignes de confiance). Nos recherches se rejoignent donc sur le fait que les **qualités** attribuées au MG, tant **relationnelles** que **thérapeutiques**, sont **remises en cause** à un certain niveau lorsque celui-ci n'est **pas assez disponible**. Dans notre étude, le positionnement en faveur d'un médecin peu disponible est également associé à une remise en cause des **qualités intellectuelles** du médecin (moins sympathique et moins savant).

Les items qui n'étaient pas significativement différents entre les sous-groupes renvoyaient à des caractéristiques propres des médecins. Ceci traduit peut-être la **stabilité d'éléments de définition** ou de description formels, inconditionnels du MG.

Notons que les différentes prises de position sur l'axe 1 au sein des sous-groupes DispoMIN et DispoMAX étaient concordantes avec les résultats de la CAH pour les sous-classes 3a et 3b. La valorisation forte de l'élément *disponibles* (sous-groupe DispoMAX / sous-classe 3a) était associée à une activation préférentielle des éléments décrivant la relation médecin-malade. À l'inverse, la faible valorisation de cet élément (sous-groupe DispoMIN / sous-classe 3b), était associée à une activation des éléments de caractéristiques propres du médecin et non de sa relation au patient.

Objectif n°2 : sous-groupes de sujets

Chez les individus jugeant la disponibilité des médecins insuffisante, nous observons une remise en cause globale des compétences relationnelles et thérapeutiques du médecin, conformément au travail précédent de J. du Breuillac. Les éléments qui ne variaient pas avec la disponibilité des médecins traduisent probablement la stabilité de la RS du MG : malgré la diversité des expériences vécues par les individus en lien avec le MG, la RS construite s'adapte à ces différences.

2. Objectif n°3 : la représentation est liée à la distance à l'objet

Nous avons transposé le modèle de DO de L. Dany à la RS du médecin généraliste. Nous avons interrogé les répondeurs sur les différentes composantes pour estimer leur distance à l' « objet-médecin généraliste » : le **niveau de connaissance**, le **niveau de pratique** et la **capacité d'action perçue** sur l'objet avaient un lien significatif avec la représentation du médecin exprimée par les sujets.

Les questions 11 et 12 portant sur la même composante de distance à l'objet, à savoir la capacité d'action perçue, ont obtenu des résultats similaires : plus la **capacité d'action** sur le médecin était jugée **importante** par les patients (délais de **rendez-vous rapides** et **parole du patient bien prise en compte** par le médecin), plus ceux-ci partageaient une **représentation valorisante** des qualités de savoir-être et de savoir-faire du médecin (classe 3).

Les questions relatives à la capacité perçue d'action recoupent l'item 27inv de la RS *respectent l'avis des patients* et l'item 10inv *disponibles*. Cela pourrait être considéré comme un biais lié à la construction du questionnaire, mais la nature d'une RS est aussi de recouper la réalité vécue par les sujets. La fonction de « concrétisation » de la périphérie consiste à intégrer l'expérience vécue dans la périphérie de la RS pour assurer la cohérence du modèle représentationnel avec la réalité des pratiques. En effet, sur la figure 17, le profil de sujets C, en accord avec l'item « *prennent bien en compte la parole des patients* », a une coordonnée élevée sur l'axe 1, de la même manière que la sous-classe 3a (*les médecins sont bien disponibles*) sur le premier plan factoriel (figure 11).

En revanche, l'examen de la question « *délais de rendez-vous longs* », apparentée à une capacité d'action perçue sur le médecin, nous informe que notre comparaison entre DO et RS est tout de même appropriée : les profils A, B et C de réponses à la question « *délais de rendez-vous trop longs* » ont toutes la même coordonnée sur l'axe 2 (proche de 0), alors que le sens de cette question recoupe l'item 10inv sur la disponibilité des médecins, qui est le principal contributeur de l'axe 2 (saturation 0,60 sur l'axe 2 vs 0,17 sur l'axe 1). En résumé, le délai perçu de rendez-vous variait entre des classes de sujets, qui, pourtant, ne se distinguaient pas par leur perception de la disponibilité des médecins: ces deux variables ne recoupent donc pas exactement la même notion.

Ces analogies de sens entre items de la RS et questions de capacité d'action perçue apportent un éclairage sur l'organisation de la RS : sur l'arbre maximum, les éléments *disponibles*, *écoutent*, *respectent l'avis des patients*, sont situés dans le même secteur. Cet ensemble d'éléments situés à droite de l'arbre s'apparente à la **capacité d'action du patient sur le médecin**, tandis que les items situés à gauche de l'arbre réfèrent aux **capacités d'action du médecin** (rôles, fonctions, savoir, position dans le système de soins). La rencontre entre pouvoirs du patient et pouvoirs du médecin est **relayée au centre par la bienveillance**.

Nous n'avons pas constaté de lien entre la RS et les autres composantes de la DO, à savoir l'implication circonstancielle, la valorisation et l'identification. Cela pourrait être dû à un biais statistique mais aussi interprété comme un effet de la **stabilité de la RS**, donc de l'homogénéité dans la population : la RS serait suffisamment bien constituée pour supporter toutes les réalités vécues sans avoir à s'adapter beaucoup.

Limites de notre interprétation :

Les personnes proches de l'objet MG (bonne connaissance du métier, suivi régulier/niveau de pratique élevé, grande capacité d'action perçue) ont davantage exprimé leur accord avec les éléments de la 1^{ère} CP, qui regroupe majoritairement des éléments descriptifs et fonctionnels mais pas uniquement.

Rappelons les hypothèses théoriques de L. Dany et J.-C. Abric : les individus « proches » de l'objet activent des éléments fonctionnels, en lien avec leur expérience et qui servent une certaine finalité (transformation de la réalité dans laquelle ils se situent), alors que les individus « éloignés » privilégient l'activation d'éléments normatifs, en lien avec les modèles les plus fréquemment véhiculés au sein des communications collectives. **Nous ne pouvons tester formellement cette hypothèse**, car cela aurait nécessité de comparer chaque item avec la DO (soit avec chaque composante de la distance, soit avec un indice global de distance). Nous avons choisi de ne pas rajouter cette analyse à notre travail déjà dense, d'autant qu'il s'agissait d'un objectif secondaire.

Objectif n°3 : lien avec la distance à l'objet

Nous avons établi un lien entre RS et DO mais n'avons pas pu vérifier formellement le modèle proposé par L. Dany : plus un individu est proche du médecin généraliste, plus il exprime les éléments de la 1^{ère} CP, qui sont majoritairement descriptifs et fonctionnels. Mais pour affirmer qu'un individu proche active préférentiellement des éléments descriptifs ou fonctionnels et qu'un individu éloigné active des éléments évaluatifs, d'autres analyses statistiques auraient été nécessaires.

3. Objectif n°4 : la représentation est liée aux comportements de santé des patients

Nous avons comparé les habitudes de santé entre les classes de sujets. Notre hypothèse consistait à penser que les comportements de santé étaient assimilables à des pratiques sociales vis-à-vis du MG et étaient donc en lien avec la RS du médecin.

Les comportements de **prévention** primaire étaient globalement **identiques** dans tout l'échantillon, indépendamment des classes d'individus, à l'exception de la vaccination contre la grippe. Ceci est cohérent si l'on admet que ces habitudes quotidiennes de prévention ne sont pas pensées en lien avec le généraliste. Au contraire des pays anglo-saxons, la prévention primaire en France est essentiellement pensée à l'échelle globale, de la population (84). La plupart des campagnes de prévention sont des campagnes visant le grand public, diffusées par des médias non médicaux. Il n'y a pas de stratégie définie et réévaluée intégrant les médecins généralistes comme des acteurs de prévention (tout juste des prospectus et des posters dans les salles d'attente des cabinets).

La vaccination est le seul élément de prévention qui implique obligatoirement le médecin (prescription médicale et acte technique de l'injection). Or, seule la vaccination antigrippale a montré un lien avec la RS du médecin (pas la vaccination antitétanique). Nous avons expliqué ci-dessous que ce lien pourrait être le reflet d'une méfiance globale vis-à-vis du système de santé.

Les autres différences observées entre les classes concernaient le comportement des individus lorsqu'ils sont malades : **l'automédication, le recours aux urgences, le renoncement aux soins et la recherche d'avis complémentaires** faisant suite à la consultation.

Les individus qui avaient exprimé une RS à l'opposé du médecin typique (classe 1), ont déclaré qu'ils renonçaient davantage à consulter ou bien qu'ils allaient plus souvent aux urgences quand leur médecin ne pouvait pas les recevoir, et qu'après une consultation, ils recherchaient plus souvent une information médicale complémentaire. Nous pourrions supposer qu'ils accordent **moins de valeur au discours** du médecin généraliste.

Ces patients sont probablement plus **méfiant** envers le **système de soins** et susceptibles de remettre en question le discours médical. Leur RS du système de soins, filtre de perception de la réalité et guide pour l'action, agirait comme un élément déterminant leurs prises de position vis-à-vis des médecins en général. À l'inverse, les patients de la classe 3, confiants dans le système de soins, acceptent plus facilement de suivre le parcours de soins, d'écouter la parole du médecin et de suivre les recommandations (dont la vaccination). La méfiance vis-à-vis du système de santé s'oppose à la confiance envers le médecin généraliste : or nous avons démontré que cette confiance procède elle-même de la reconnaissance des médecins généralistes comme une institution sociale. La proximité sémantique des champs de la santé, du corps, du soin, des médecins, des autorités de santé renforce l'hypothèse d'un « **réseau représentationnel** ». N. Roussiau développe cet idée **d'interdépendance entre RS** : les RS sont reliées entre elles, elles n'ont pas la même importance et donc certaines en conditionnent d'autres (85). La RS du système de santé serait ici prioritaire sur

la RS du médecin généraliste et la conditionnerait, en même temps qu'elle conditionnerait les pratiques de santé.

Une autre explication serait que ces patients recherchent davantage une **performance technique** et ne souhaitent pas d'implication émotionnelle : ils pensent savoir ce qu'ils veulent et n'ont pas besoin de négociation, de conseil. Au contraire, les individus de la classe 3 sont plus conciliants quant aux délais de rendez-vous et recherchent cette relation privilégiée qu'ils entretiennent avec le médecin.

En réalité, il est très probable que ces **interprétations co-existent** : les prises de position seraient liées au thème société/individu et à son pouvoir «générateur» sur la RS (80). Parmi tous les individus de la classe 1 qui sont en désaccord avec la RS du médecin typique, certains expriment leur désaccord vis-à-vis de la « facette sociale » du médecin (pôle Société du thème Société/Individu) : les médecins ne seraient pas au service de la population, ils n'auraient pas cette mission sociale, globale et altruiste, ils ne seraient perçus que comme l'un des maillons défaillants d'une chaîne de soins non réellement bienveillante pour l'individu. Cette méfiance apparaît dans le travail de E. Mourton sous la forme d'une méfiance vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques qui orienteraient les prescriptions des médecins (33). Les autres individus de la classe 1 seraient en désaccord avec la « facette relationnelle » du médecin (pôle Individu du thème Société/Individu) : ce serait surtout de l'efficacité et de la compétence technique qu'ils attendraient du médecin, et non des aptitudes communicationnelles. Ce lien purement technique est mis en avant par certains répondants dans le travail de M.-H. Cavel : « la relation c'est un bonus », « je viens le voir pour qu'il me soigne c'est tout » (35).

Le modèle de méfiance expliquerait les résultats de la vaccination antigrippale qui est recommandée par les autorités de santé. La gestion de l'épidémie de grippe A H1N1 en 2009, jugée volontairement dramatisante a cristallisé la méfiance de la population à l'encontre d'un système de santé qui servirait les intérêts des laboratoires pharmaceutiques (86). Or, **le vaccin contre la grippe symbolise** sans doute davantage que les autres vaccins le **soutien au système de santé** : si les professionnels de santé et l'entourage des personnes fragiles sont vaccinés, ce n'est pas tant pour se protéger eux-mêmes que pour protéger les patients et l'effectivité du système de santé. La vaccination antigrippale représente un exemple parfait de l'opposition Société/Individu. M. Foucault parle de « biopouvoir », c'est-à-dire le contrôle des individus dans l'intérêt de la société, sous prétexte de bienveillance (87). Les réticences croissantes à l'égard des vaccins s'expliquent probablement par la sous-estimation des attentes des patients en termes de bénéfice individuel et de sécurité vaccinale (88). Du point de vue des médecins, la vaccination antigrippale constitue une exception parmi les vaccins : la délégation de compétence aux IDE et leur exclusion du dispositif de la pandémie de grippe A H1N1 les a privés de leur rôle déterminant de conseiller et de référent (89). Or F. Stefani affirme que « les patients ont certainement moins de confiance dans le corps médical, mais ils restent très confiants dans les praticiens qui les soignent » (54).

Le dernier lien avec la RS concerne l'automédication : les individus qui avaient le moins recours à cette pratique étaient ceux qui jugeaient la disponibilité des MG satisfaisante (CP2) et qui étaient en accord avec les qualités relationnelles des médecins (CP1). L'**automédication** n'est **pas** seulement une **pratique « par défaut »**, car le médecin ne peut pas recevoir son patient. Elle reflète tout autant la **qualité de la relation médecin-malade**. Plusieurs raisons peuvent justifier la pratique

de l'automédication, qu'elles soient circonstanciées (pas le temps d'aller chez le médecin, pas les moyens, médecin non disponible) ou symboliques (manque de confiance dans la parole du médecin, envie d'être responsable de sa santé (90)). Mais lorsque les individus entretiennent une relation de confiance, de proximité avec leur MG et qu'ils le savent disponible en cas de besoin, ils n'éprouvent pas le besoin ni l'envie de recourir à l'automédication.

L'existence de ces liens statistiques nous pousse à envisager ces comportements de santé comme des **pratiques sociales** exécutées **en lien avec l'objet** de la RS, le **médecin généraliste**, ce qui est cohérent avec notre hypothèse. Tout du moins l'examen des comportements de santé comparativement avec les RS du médecin généraliste est un moyen de saisir les **rapports** globaux des individus avec **la santé** et avec **le système de santé**.

Les questions relatives aux **thérapeutiques** (observance des consignes, du traitement, préférences pour les médecines douces ou les thérapeutiques alternatives) ne présentaient **pas de lien** avec la RS. Un biais statistique pourrait être à l'origine de cette absence de lien significatif. Nous pensons que ces questions **ne relèvent pas de la relation au généraliste** mais plutôt de croyances ou de représentations directement liées aux produits pharmaceutiques, à la science ou à la nature. G. Muraizin a montré le décalage entre la représentation du médicament chez le médecin et chez le patient (91) : pour les médecins, le médicament est bien le prolongement de la consultation et permet de matérialiser la relation de soin, alors que pour le patient le médicament est investi d'une valeur symbolique, presque magique, contre-balancée par une facette toxique et potentiellement néfaste. Les facteurs influençant l'observance sont d'ailleurs surtout liés aux caractéristiques de l'ordonnance, et à moindre échelle à la quantité d'informations données par le médecin et à la représentation de la maladie (90). Appuyant notre hypothèse, L. Brosset a montré dans son étude que la confiance accordée au médicament était indépendante du mode de recours à celui-ci, qu'il provienne d'un médecin, d'une pharmacie ou en automédication (92). Les études sur l'homéopathie ont montré que les avantages avancés par les utilisateurs étaient liés à un regard naturalisant sur ces thérapeutiques (constituent une meilleure garantie de santé), et/ou à une culpabilisation liée à l'utilisation de produits artificiels (honte de prendre des médicaments, signe de faiblesse), et/ou à une plus grande responsabilité du patient qui peut se soigner lui-même (90). La relation médecin-malade n'intervient pas dans les processus conscients ou inconscients d'observance. En réalité quand le médecin pense transmettre et matérialiser son savoir (prolongement de la relation), le patient lui perçoit la soumission à un ordre (ordonnance) et cela ne coïncide pas toujours avec sa propre représentation du médicament, de la science, de la nature, de la santé, et de la maladie.

Enfin l'absence de lien entre RS et déclaration de médecin traitant et changement de médecin traduit probablement un contexte d'offre de soins difficile : même si la relation avec son médecin n'est pas satisfaisante, il est de plus en plus difficile de trouver un nouveau médecin traitant. De plus, seuls 2,9% de notre échantillon n'avaient pas déclaré de médecin traitant, d'où une très faible puissance statistique du test du khi deux, qui décroît avec le déséquilibre des classes.

Nous devons à ce stade revenir aux théories de psychologie sociale pour expliciter la nature précise du lien entre pratiques et représentations. Toute RS provient à l'origine d'une situation d'interaction, donc de pratiques sociales, elle permet de se positionner vis-à-vis de l'objet et de choisir notre attitude et notre comportement vis-à-vis de celui-ci (12). Les pratiques actualisent et transforment les RS déjà existantes afin de rétablir la cohérence entre pratiques et représentation (rôle de la périphérie). Il s'agit bien d'une **relation circulaire d'interdépendance**.

La RS du médecin qu'expriment les individus provient, au moins en partie, des pratiques qu'ils ont mises en œuvre en lien avec le médecin : consultations antérieures, discours médiatique, échange avec un autre patient... Toutes ces interactions sociales ont amené l'individu à **prendre position** le long des principes organisateurs de la RS, la finalité étant **l'adéquation du modèle représentationnel avec la réalité vécue**. Ces prises de position vont à leur tour aider l'individu à **choisir les pratiques** qu'il va mettre en œuvre vis-à-vis du médecin : s'il n'est disponible, va-t-il attendre ou consulter ailleurs, va-t-il s'automédiquer ? Se satisfera-t-il de la consultation ou bien aura-t-il recours à d'autres avis ?

Objectif n°4 : lien avec les comportements de santé des patients

Les liens observés entre RS et comportements de recours aux soins pourraient s'expliquer par 2 phénomènes, qui co-existent probablement. D'une part la RS serait liée, voire conditionnée par la RS du système de santé (hypothèse cohérente avec la théorie psychosociale du réseau représentationnel) : certains patients transposeraient leur méfiance à l'égard du système de santé sur les médecins, dont la parole aurait donc moins de valeur. Le lien observé entre RS et vaccination antigrippale objectiverait cette méfiance à l'égard du système de santé. D'autre part, certains patients rechercheraient davantage une performance technique qu'une implication émotionnelle et seraient donc moins conciliants vis-à-vis d'un manque de disponibilité des médecins.

L'automédication n'apparaît pas ici comme une pratique par défaut mais comme le reflet de la qualité de la relation médecin-patient.

Conformément aux travaux sur l'observance thérapeutique et les médecines alternatives, nous n'avons pas mis en évidence de lien entre RS du médecin et attitudes à l'égard des thérapeutiques. Nous pensons que le médicament relève davantage de la RS de la science et de la nature (la guérison magique qui s'oppose à la toxicité du poison) que de celle du MG ou de la médecine en général.

C. Forces et limites

1. Forces

La principale force de notre étude réside dans la **rigueur de la méthodologie quantitative** qui nous a permis une interprétation fine mais fiable des données initiales, qui n'aurait pas été possible avec un entretien qualitatif. En dehors du regroupement d'éléments en secteurs, toutes les informations obtenues sur la structure de la RS proviennent d'analyses mathématiques et non de l'interprétation subjective d'un analyste. Le questionnaire est la technique la plus utilisée dans l'étude des représentations sociales (12) car il introduit l'aspect quantitatif nécessaire à l'exploration de la structure des RS, de facteurs explicatifs ou discriminants dans une population ou au repérage de groupes de sujets.

De plus, la **triangulation des sources de données** (3 études préalables ont constitué le socle de notre questionnaire) et des **méthodes d'analyses** (ACP et analyse de similitude) permet de recouper les résultats et renforcer la validité de notre interprétation.

Enfin, notre étude est à notre connaissance la seule avec celle de J. du Breuillac à aborder la RS des médecins généralistes **d'un point de vue psychosocial**. La médecine constitue pourtant un domaine d'étude attrayant pour la sociologie (16) mais la plupart des études portent sur des thèmes de santé publique. Par ailleurs, les études psychosociologiques réalisées par des acteurs de santé portent davantage sur la perception, l'image du médecin ou les attentes des patients vis-à-vis du médecin. En croisant ces 2 disciplines, notre étude a permis de mettre en lumière certains des processus sociocognitifs qui sous-tendent les attitudes et les comportements des individus vis-à-vis des médecins, du système de santé et de la santé en général.

2. Limites

Au fur et à mesure de l'analyse de nos résultats, nous avons réalisé l'ampleur du champ des recherches possibles dans notre thème: les phénomènes psychosociaux sont tous imbriqués et chaque nouveau résultat débouche sur une autre question de recherche. Notre étude de la RS des médecins généralistes a donné lieu à **de multiples questionnements** que nous n'avons pas pu explorer en détail avec nos données : quels sont les éléments différemment activés selon la distance à l'objet ? Comment expliquer les différentes prises de position observées sur l'axe principal organisant la structure de la RS entre les classes 1, 2 et 3 ?...

Sur le plan méthodologique, la méthode de recueil d'information par **questionnaire** implique une **sélection des items** par l'enquêteur, qui détermine à l'avance les thèmes qui vont être abordés. Pour pallier ce biais, nous nous sommes efforcés de respecter au maximum les contenus des entretiens qualitatifs disponibles dans la littérature : à la fois dans la sélection ou l'élimination de certains items, mais aussi dans la formulation de nos propositions. La diversité d'entretiens (individuels et de groupe) et leur caractère non ou semi-dirigé nous avaient permis de conclure

qu'ils avaient bien recueilli le contenu de la RS des médecins. Nous avons également choisi une échelle de Likert à 7 points permettant au sujet d'exprimer plus finement son degré d'accord ou de désaccord.

L'autre biais lié à la méthode du questionnaire réside dans la **formulation** de certains items qui peuvent être compris de différentes façons. Après la construction de l'arbre maximal nous avons attribué aux éléments des mots-clés pour renforcer l'interprétation des secteurs. Par exemple l'élément « *on peut se confier à eux car ils respectent le secret médical* » n'était pas relié au pôle relationnel mais aux responsabilités du médecin. C'est pourquoi nous l'avons interprété comme une obligation morale du médecin, le devoir du *secret professionnel*. Mais il peut tout aussi bien être compris comme une aptitude relationnelle du médecin qui est réceptif au discours du patient «*on peut se confier*». Ainsi, même avec une méthode quantitative il reste une part subjective d'interprétation dans notre analyse.

Toujours dans l'élaboration du questionnaire, nous avons **inversé la valence** de certains items en les reformulant : il s'agit d'une méthode connue en psychologie sociale, mais qui peut biaiser les résultats, car il n'est pas certain que la courbe des réponses à l'item en formulation négative soit l'exact symétrique de la courbe des réponses à l'item en formulation positive. En d'autres termes, nous n'avons peut-être pas exactement obtenu la même information que si les items avaient été formulés directement sous la forme positive. Toutefois, c'est un biais modeste et nécessaire pour limiter le biais, potentiellement plus important, d'un questionnaire en apparence trop « favorable » aux MG, et qui aurait alors suscité la méfiance des sujets.

Le coefficient de Bravais-Pearson utilisé comme **indice de similitude** entre les variables présente une **performance altérée** en cas de distribution anormale des variables. Cependant, l'objectif du travail était avant tout de repérer la structure de la RS par comparaison des similitudes entre items, ce qui limite l'impact du biais lié à ce choix de coefficient comme indice de similitude. Enfin, la taille relativement grande de l'échantillon contre-balance les limites de l'indice de similitude.

Le **recrutement des médecins** a pu constituer un biais de sélection. Nous avons choisi 10 cabinets médicaux dans des zones géographiques différentes (et des milieux sociaux différents), avec des fonctionnements divers (seuls ou de groupe, avec ou sans secrétaire) et dans lesquels exerçaient des médecins généralistes aux profils différents (sexe, âge, type de contrats, spécialisations informelles). Nous n'avons toutefois pas pu obtenir un strict équilibre de notre échantillon sur tous ces critères. D'autant que la participation à l'étude impliquait une certaine motivation de la part des médecins.

D'ailleurs notre **échantillon de patients** n'était pas représentatif de la population générale, ce qui était en partie expliqué par les biais de recrutement des médecins (surreprésentation des femmes). Nous n'avons probablement pas interrogé les sujets qui consultent très peu leur médecin car la durée de passation du questionnaire dans les cabinets était relativement courte, variant de 1 semaine à 1 mois. Le mode de passation libre du questionnaire a probablement sélectionné les patients les plus motivés et/ou ceux qui attendaient le plus en salle d'attente. Or une partie de notre

étude s'est déroulée dans un contexte de grève générale des médecins généralistes³⁵ ce qui peut laisser supposer une plus grande charge de travail pour les médecins, un temps d'attente plus long en salle d'attente et donc expliquer le fort taux de retours des questionnaires. En revanche, nous ne pouvons affirmer si l'effet de la grève des médecins a pu modifier les réponses des individus. Les circonstances de recueil d'une RS peuvent en effet aboutir à l'activation d'éléments différents. Mais la structure de la RS ne peut foncièrement changer que si la RS se transforme sous l'effet de pratiques contredisant fortement les éléments fondateurs de la RS. Il est très peu probable que la concomitance de la grève des MG ait eu un impact significatif sur le recueil des données. Au plus, cette circonstance aurait pu amener les sujets à surévaluer le score attribué à quelques items (comme la charge de travail, ou le fait que les MG gagnent bien leur vie), mais cela aurait concerné des éléments périphériques. Par ailleurs, la structure de la RS identifiée dans les données n'aurait pas été modifiée.

La **population cible** de notre étude était les Français. Nous aurions préféré nous adresser à de simples citoyens dans la rue et non aux patients dans les salles d'attente mais la méthode de recrutement aurait été longue et difficile (comment interpellier des personnes dans la rue pour leur faire remplir un questionnaire de 4 pages ?). De plus, nous pensons que l'intervention de l'enquêteur dans le recueil de données aurait pu altérer les réponses des individus (la présence de l'enquêteur renforce le phénomène de désirabilité sociale). Nous avons envisagé de distribuer le questionnaire dans les centres de santé dans la mesure où cela aurait permis de recueillir un grand nombre de réponses en peu de temps. Mais le recrutement aurait favorisé les personnes en activité professionnelle, nous aurions donc probablement observé une sous-représentation des personnes sans activité ou retraitées. Une méthode intermédiaire consisterait à distribuer les questionnaires à des personnes qui en distribueraient elles aussi à d'autres personnes de leur connaissance etc... À grande échelle, ce processus permet de cibler la population générale, sans intervention de l'enquêteur, en recueillant les données dans un lieu neutre et familier des répondants, mais le taux de retours serait probablement plus faible.

³⁵ Grève des médecins généralistes le 13 novembre 2015 contre le projet de loi santé de M. Touraine, comportant entre autres la généralisation du « tiers-payant ».

Forces et limites

Les principales forces de notre étude sont la rigueur de la méthodologie quantitative, la triangulation des données (entretiens préalables) et des méthodes (analyse de similitude et ACP), ainsi que son caractère confirmatoire de la RS des MG, puisqu'il s'agit de la 2^{ème} étude quantitative réalisée sur la RS des MG (la 1^{ère} était exploratoire).

Les limites sont d'abord inhérentes à la méthodologie par questionnaire (items choisis par l'enquêteur et non produits par les sujets eux-mêmes, formulation parfois ambiguë), à l'échantillonnage (recrutement des médecins non équilibré, recrutement de patients et non de simples citoyens, échantillon imparfaitement représentatif) et aux méthodes d'analyse statistique (coefficient de similitude de Pearson imparfait). Enfin nous avons dû limiter nos investigations et beaucoup de questions restent irrésolues.

D. Questions ouvertes et irrésolues

La lecture de nos résultats a conduit à de nombreuses questions irrésolues pour lesquelles un autre travail serait nécessaire.

Tout d'abord sur le contenu de la RS : nous nous sommes basés sur un contenu conversationnel issu d'entretiens non ou semi-dirigés. Nous pourrions également recueillir un **contenu textuel**, en analysant les discours de patients relatifs aux médecins généralistes (blogs de patients, sites d'associations d'usagers de soin, forums d'usagers...) ou bien le dictionnaire, comme le recommande S. Lahlou (93).

Une étape supplémentaire après l'analyse de la structure d'une RS est la confirmation de cette structure. Nous n'avons fait que suspecter la position centrale de certains éléments. Plusieurs méthodes sont disponibles pour **contrôler la centralité** d'un élément : le test de mise en cause, l'induction par scénarios ambigus, la technique de reconnaissance de l'objet et la technique des schèmes cognitifs de base (20). Cette dernière s'appuie sur la propriété de connexité du noyau central et permet d'identifier la valence fonctionnelle ou évaluative de chaque élément.

Pour comprendre les différences collectives et individuelles observées dans l'expression de la RS, nous pourrions combiner la méthode quantitative par questionnaire à une **méthode qualitative**: soit réaliser un entretien avec chaque répondeur après la passation du questionnaire, soit demander au sujet de justifier ses réponses au questionnaire par écrit pendant le recueil. Ce croisement des deux méthodes diminuerait la subjectivité de l'interprétation de l'analyste.

Sur un plan théorique, **l'effet activateur différencié** de la distance à l'objet sur les éléments de la RS devrait être mis en évidence par d'autres méthodes appropriées (classement des items évaluatifs, descriptifs ou fonctionnels puis comparaison entre ces items et un indice de DO).

Il serait également intéressant d'étudier d'autres déterminants intrinsèques des RS comme l'âge, l'origine sociale, culturelle ou confessionnelle.

Sur un plan pratique, la propriété de guide pour l'action de la RS des médecins généralistes et ses implications en termes de comportements de santé des patients méritent d'être approfondies. Une approche sociologique ou anthropologique permettrait de saisir les **rappports entre RS du système de santé et RS de la maladie**, en lien avec la perception des acteurs de santé. Il serait sans doute utile de former et de **sensibiliser les professionnels** de la santé à ces problématiques psychosociales.

Les ouvertures possibles pour des travaux ultérieurs concernent :

- *Le recueil d'un contenu textuel*
- *La confirmation du noyau central*
- *La conduite simultanée d'une méthode quantitative (type questionnaire) et qualitative afin de laisser les répondants expliquer eux-mêmes leurs réponses (permettrait de limiter le biais d'interprétation)*
- *La confirmation du modèle de distance à l'objet tel qu'énoncé par L. Dany*
- *L'approfondissement des rapports entre RS des médecins, du système de santé et comportements de santé (approche sociologique ou anthropologique)*

V. CONCLUSIONS

Nous avons montré que la représentation sociale des médecins généralistes est structurée autour du thème Société/Individu et qu'elle est liée, voire conditionnée, par un réseau de représentations sociales englobant la santé et le système de santé. Nous rejoignons les conclusions de C. Herzlich sur la représentation sociale de la maladie qui oppose la société agressive et porteuse de maladies à l'individu qui s'en défend (16). Le médecin généraliste serait à la fois un représentant du système de santé, dont la parole peut légitimement susciter la méfiance (il pourrait œuvrer davantage pour les intérêts de la communauté que pour ceux des patients), et un référent bienveillant, par ses capacités d'adaptation au patient et par la bienveillance qui sous-tend ses pratiques. Il est le **médiateur** entre **société et individus**. Nous pensons donc que les autorités de santé doivent s'appuyer davantage sur les médecins généralistes et leur pouvoir de médiation pour **relayer** les messages de santé aux individus. En particulier pour les messages de prévention, des études préalables ont montré que l'individu n'est réceptif à l'information que si elle répond à sa perception d'un besoin (86). Le médecin généraliste est le meilleur intermédiaire pour traduire les messages à caractère collectif en besoins de soin adaptés aux intérêts individuels de chaque patient.

La construction de la **confiance** dans la relation médicale symbolise cette ambivalence « les médecins » *vs* « mon médecin ». La confiance est d'abord institutionnelle, c'est une posture préalable à tout échange, qui procède de la dimension institutionnelle **des médecins**. Elle est donc fragile et peut-être remise en cause à tout moment. La confiance qui se construit ensuite dans la communication est bien plus solide: c'est la confiance interpersonnelle. Elle se fonde sur la certitude acquise par le patient que **son médecin** respectera ses engagements (confiance intentionnelle) et qu'il possède les compétences requises pour le soigner (confiance de compétence). Éventuellement, une confiance émotionnelle peut s'épanouir peu à peu si les échanges sont fréquents et empreints d'une implication émotionnelle forte. L'étude de M-C. Dedienne montre bien que les patients ne veulent pas « un médecin » mais « mon médecin », c'est-à-dire celui qui s'adaptera le mieux à lui (78). Sans la nommer, **ils attendent** tout simplement une compétence « **Approche centrée patient** », comme nous l'avons démontré dans notre travail. Conformément à l'étude exploratoire de J. du Breuillac, les différents aspects de la **confiance** apparaissent ici **reliés** à la compétence « **Approche centrée patient** ». Recentrer notre pratique quotidienne sur le patient, nous rendre disponibles, attentifs, à l'écoute, semble un moyen incontournable de répondre aux attentes fondamentales du patient, d'acquiescer sa confiance et de construire une relation forte et efficace dans le soin et l'accompagnement : l'**alliance thérapeutique**.

Ces implications pratiques de notre travail confirment les modèles et recommandations déjà proposés dans la littérature (concernant notamment la relation médecin-patient et la prévention). Mais notre étude présente un double intérêt : recueillir ces données auprès des patients eux-mêmes, et les formaliser par des méthodes quantitatives.

RÉFÉRENCES

1. **Gallois P, Vallée J-P.** Médecine générale : désenchantement et perspectives d'avenir. *Médecine: de la médecine factuelle à nos pratiques.* mar 2008; 4(3):100-1.
2. **Hermange M-T, Payet A-M.** Médicament : restaurer la confiance. Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales au Sénat; juin 2006. Rapport n°382.
3. **Gontard S, Perdrix C.** Les médias, les médicaments et les patients: étude qualitative à partir de 15 entretiens semi dirigés. [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2013.
4. **Sarradon-Eck A.** Colloque « Approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives ». *Bulletin Amades Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé.* 1 sept 2006.
5. **Winckler M.** La crise de la médecine générale. *Tribunes de la santé.* 10 avr 2009; 1(22):67-74.
6. **Bloy G, Schweyer F-X, Herzlich C.** Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010. 423 p.
7. **Doise W, Palmonari A.** L'étude des représentations sociales. Neuchâtel Paris Delachaux & Niestlé; 1986. 207 p.
8. **Glanz K, Rimer BK, Viswanath K.** Health behavior and health education : theory, research, and practice. 4th edition. San Francisco Jossey-Bass; 2008. 552 p.
9. **Werle C,** The Determinants of Preventive Health Behavior : Literature Review and Research Perspectives. Grenoble: Ecole de Management; 2012 14p.
10. **Stewart MA.** Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Ass J.* 1 mai 1995;152(9):1423-33.
11. **Sihvonen M, Käyhkö K, Kekki P.** Factors influencing the patient-provider relationship. *Vård Nord.* 1989;9(2):4-9.
12. **Abric J-C.** Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses universitaires de France; 1994. 251 p.
13. **Beauvois J-L, Joule R-V, Monteil J-M.** Perspectives cognitives et conduites sociales. 1. Théories implicites et conflits cognitifs. Cousset Fribourg Delval; 1987. 312 p.
14. **Morin M, Joule RV.** Représentations sociales et engagement : recherches psychosociales en milieu scolaire sur les modifications de conduites des jeunes en relation au sida. nov 1991; 106p.
15. **Esnard C.** Effet des représentations et des conditions d'activités sur l'épuisement professionnel des policiers français dans un contexte de réformes. Poitiers: Université de Poitiers et Centre de Recherche sur la Cognition et l'Apprentissage (CeRCA). 2009; rapport 2009/01/C.ESN.

16. **Herzlich C.** Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Paris: École des hautes études en sciences sociales; 1984.
17. **Moscovici S, Abric J-C, Billig M, Brehm SS.** Psychologie sociale. Paris Presses universitaires de France; 1984. 596 p.
18. **Lheureux F.** Entre Représentations Sociales et Intentions de Pratiques : l'Implication. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology.* 2011; 45(1):61-76.
19. **Jodelet D.** Les représentations sociales. 3e édition. Paris Presses universitaires de France; 1993. 424 p.
20. **Abric J-C.** Méthodes d'étude des représentations sociales. Toulouse: Eres; 2010.
21. **Blin J-F.** Représentations, pratiques et identités professionnelles. Paris: Harmattan; 1997. 223 p.
22. **Milland L, Flament C.** Les facettes d'une représentation sociale : nouvelle approche des effets de masquage. *Cahiers Internationaux de Psychologie sociale.* 1 juin 2010; 86(2):213-40.
23. **Dany L, Abric J-C.** Distance à l'objet et représentations du cannabis. *Revue Internationale de Psychologie Sociale.* 1 octobre 2007; Tome 20(3):77-104.
24. **Monaco GL, Guimelli C.** Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale.* 1 juin 2008; 78(2):35-50.
25. **Salesses L.** Rôle du niveau de connaissance dans le processus de structuration d'une représentation sociale. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale.* fév 2005 (66):25-42
26. **Baggio S, Rouquette ML.** La représentation sociale de l'inondation : influence croisée de la proximité au risque et de l'importance de l'enjeu. *Bulletin de psychologie sociale.* janv 2006 (481):103-117.
27. **Guimelli C, Abric J-C.** La représentation sociale de la mondialisation : rôle de l'implication dans l'organisation des contenus représentationnels et des jugements évaluatifs. *Bulletin de Psychologie sociale.* 1 janv 2007; 487(1):49-58.
28. **Moliner P.** Cinq questions à propos des représentations sociales. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale.* 1993; 20:5-14.
29. **Morin M.** Naissance et développements de la psychologie de la santé. *Sciences sociales en santé.* 2002; 20(4):129-40.
30. La bonne image des généralistes. Sondage IPSOS pour "ça m'intéresse". jan 2007.
31. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Sondage BVA pour l'Académie nationale de médecine. Paris. mar 2008; 1p.
32. Les Français aiment-ils encore leurs médecins? Sondage de l'institut CSA. février 2007 p. 15. Rapport n° 0700169B.
33. **Mourton E.** Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Nancy: Université de Lorraine; 2013.

34. **Olaya E.** Étude des mutations de la médecine générale. Étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. Étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. juil 2005; p. 123.
35. **Cavel M-H.** Le médecin généraliste en 2011: place et représentation du point de vue des patients [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Amiens: Université de Picardie; 2011.
36. **Bochaton R, Giraudon J.** How do the patients see their general practitioner in Europe? Have health systems an influence on that representation? [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2007.
37. **Berger-Perrin A.** Perceptions par les patients du rôle du médecin généraliste: enquête qualitative à partir de huit entretiens [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2011.
38. **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 [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Nantes: Université de Nantes; 2008.
39. **Corre S.** Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. [Thèse de doctorat, Médecine générale] Nancy: Université de Lorraine; 2013.
40. **De Vaugelade du Breuillac J.** Représentation sociale du médecin généraliste dans les Deux-Sèvres: Étude exploratoire [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Poitiers: Université de Poitiers; 2011.
41. **Flament C, Milland L.** La substitution dans les études de représentations sociales : quel processus impliqué ? Psychol Française; sept 2010; 55(3):195-210.
42. **Comte P.** Image du médecin chez les personnes détenues : enquête d'opinion chez les usagers des U.C.S.A. de la région pénitentiaire de Lyon. [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1. 2004.
43. **Ciancaleoni G, D'Houtaud A, Deschamps JP.** L'image du médecin en Lorraine. Médecine lorraine. 1983; 4(2):35-7.
44. **D'Houtaud A, Chau N, Chastaing J.** Représentations du médecin et de la médecine. Une enquête psychosociale à partir de recherches lorraines sur la population et sur des praticiens en Lorraine. In: Leçons d'économie médicale Collections de médecine légale et de toxicologie médicale. Paris: Masson; 1982. p. 73-97.
45. **Mousel C.** Le médecin généraliste en 2007: Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Nancy: Université Henri Poincaré-Nancy 1; 2009.
46. **Collin C.** Image du médecin et de la médecine en Lorraine. [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Nancy: Université de Lorraine; 1985.
47. **Chaled M.** Médecin généraliste et médecine générale : image sociale et représentation de la population. Tunisie Médicale. 2001; 79(8-9):401-407.

48. **Fezard P.** L'image du médecin généraliste et du cabinet médical dans la population d'Indre-et-Loire [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Tours: Université François Rabelais ; 1991.
49. **Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V.** L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. DREES; mar 2012. Rapport n°795.
50. Manuel d'éthique médicale. Développé par l'Association Médicale Mondiale. 3^{ème} édition [Internet]. 2015, [consulté le 5/01/2016]:Disponible sur: http://www.wma.net/fr/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_fr.pdf
51. **Vassy C, Keller R.** « Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales, et comment ? ». Mouvements. mar 2008; (55-56): 128-141.
52. **Flament C, Guimelli C, Abric J-C.** Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale. Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 1^{er} mar 2006; 69(1):15-31.
53. **Fiske S.** Psychologie sociale. De Boeck Supérieur; 2008. 768 p.
54. **Martin T, Quiviger P-Y.** Action médicale et confiance. Besançon: Presses universitaires de Franche-Comté; 2007.
55. **Fainzang S.** La relation médecins-malades: information et mensonge. Paris: Presses universitaires de France; 2006. 159 p.
56. **Doise W, Deschamps J-C, Mugny G.** Psychologie sociale expérimentale. Paris: A.Colin; 1978. 263 p.
57. Santé: des enquêtes à la prévention. La santé de l'homme. n° 365 [Internet]. mai-juin 2003, [consulté le 5/01/2016]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-365.pdf>
58. **Doise W, Clémence A, Lorenzi-Cioldi F.** Représentations sociales et analyses de données. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble; 1992. 261 p.
59. **Cibois P.** L'analyse factorielle: analyse en composantes principales et analyse des correspondances. Paris: Presses universitaires de France; 2000. 127 p.
60. **Degenne A, Vergès P, Vergès P.** Introduction à l'analyse de similitude. Revue Française de Sociologie. oct 1973; 14(4):471.
61. **Degenne A.** Présentation de l'analyse de similitude. Informatique et sciences humaines. 1985;(67):7-26.
62. **Vergès P, Bouriche B.** L'analyse des données par les graphes de similitude. Chapitres 1 et 2. [Internet]. [consulté le 28/01/2016]; 90 p. Disponible sur: <http://www.scienceshumaines.com/Bouriche.pdf>
63. **Bourque J, Poulin N, Cleaver AF.** Évaluation de l'utilisation et de la présentation des résultats d'analyses factorielles et d'analyses en composantes principales en éducation. Revue des Sciences de l'éducation. 2006;32(2):325.
64. **Moliner P.** Images et représentations sociales. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble; 1996. 276 p.

65. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. Enquête de la DREES pour le Ministère de l'emploi, du travail, et de la cohésion sociale et le Ministère de la santé et de la protection sociale. [Internet]. juin 2004, [consulté le 13/01/2016]. Disponible sur:
<http://onala.free.fr/drees315.pdf>
66. **Godager G.** Birds of a feather flock together: A study of doctor–patient matching. *Journal of Health and Economy*. jan 2012;31(1):296-305.
67. **Favier C.** Quels patients pour quels médecins ? étude de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français et celles de leurs patients par analyse multivariée [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Lille: Université du droit et de la santé; 2014.
68. **Aissani Y, Bonardi C.** Évolution différentielle des éléments d'une représentation sociale : les apports de l'analyse de similitude. *L'année psychologique*. 1991;91(3)397-418.
69. **Bouriche B.** L'analyse de similitude. In: Abric J-C. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse: Eres; 2010;221-52.
70. **Flament C.** Quand les éléments centraux d'une représentation sont périphériques-Note technique. [Internet]. [consulté le 1/02/2016]. Disponible sur:
http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1996/5_1996Flame.pdf
71. **Rey A.** Mots à maux. Recueil de mots d'Alain Rey. *Bulletin National de l'Ordre des Médecins*.
72. **Drozda-Senkowska E.** *Psychologie sociale expérimentale*. Paris: A.Colin/VUEF; 2002. 175 p.
73. **Codol J-P.** *Semblables et différents : recherches sur la quête de la similitude et de la différenciation sociale*. [Thèse d'exercice] Lille: Atelier national Université Lille 3; 1984.
74. **Rizkallah E.** (Université de Laval) *Le modèle bidimensionnel des RS : une critique théorique*. [Internet]. [consulté le 29/01/2016]. Disponible sur:
http://geirso.uqam.ca/jirso/Vol1_Sept03/RizkallahE.pdf
75. **Kleiber G.** *La sémantique du prototype : catégories et sens lexical*. Paris: Presses universitaires de France; 1990. 199 p.
76. **Simon É.** La confiance dans tous ses états. *Revue Française de Gestion*. 16 juil 2007;(175):83-94.
77. **Mead N, Bower P.** Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. [Internet] vol 51, 2000, p1087-1110 [consulté le 28/02/2016]. Disponible sur:
http://med.over.net/javne_datoteke/novice/datoteke/312-reading25cPatientcentrednessconceptualframework1.pdf
78. **Dedienne M-C.** *Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups*. [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2001.

79. **Bornet-Sarassat L.** Les critères de qualité de la relation médecin-patient définis et perçus par les médecins généralistes à l'aide de la méthode focus-group. [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2002.
80. **Negura L, Lungu O.** Les thémata et l'ancrage sociologique de la nostalgie d'un passé historique. Le cas de l'ostalgie. Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 1 fév 2011; 89-90(1):87-105.
81. **Moloney G, Gamble M, Hayman J, Smith G.** Without anchor: Themata and blood donation. Papers on Social Representation. [Internet] volume 24, 2015, [consulté le 16 février 2016]. Disponible sur:
<http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>
82. **Tourmen C.** Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion. Santé Publique. 1 fév 2007; 19(hs):15-20.
83. **Legeron P, Allaf B, Laroche F.** Médecin-patient : quelles attitudes relationnelles ? Revue du praticien médecine générale. [Internet] vol. 21, n° 786-787, 2007/11/06, p 998-1000 [consulté le 11/02/2016]. Disponible sur:
<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/366828/>
84. **Etienne JC, Corne C.** Les enjeux de la prévention en matière de santé. Avis du conseil économique, social et environnemental. [Internet] 2012, [consulté le 17/02/2016]. Disponible sur:
http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf
85. **Roussiau N, Valence A.** Interdépendance et transformation des représentations sociales en réseaux. CES Psicología. [Internet] vol. 6, n° 1, janvier-février 2013, pp. 43-59, [consulté le 22/01/2016]. Disponible sur:
<http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539419004.pdf>
86. Compte-rendu de la session "la vaccination, des clés pour convaincre". Journées de la Prévention. INPES. 19 et 20 mai 2011 [Internet]. [consulté le 17/02/2016]. Disponible sur:
<http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2011/session6/synthese.pdf>
87. **Zancarini JC.** Lectures de Michel Foucault. [Internet] Volume 1 - ENS Éditions, 104p, [consulté le 22/01/2016]. Disponible sur:
<http://books.openedition.org/enseditions/1772>
88. **Sardy R, Ecochard R, Lasserre E, Dubois J-P, Floret D, Letrilliart L.** Représentations sociales de la vaccination chez les patients et les médecins généralistes : une étude basée sur l'évocation hiérarchisée. Santé Publique. 29 jan 2013;24(6):547-60.
89. **Mailheau Plard C.** Les médecins généralistes et la vaccination antigrippale. Enquête d'opinion et de pratique menée auprès des médecins généraliste de Midi-Pyrénées pendant l'hiver 2013-2014. [Thèse d'exercice]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2014.
90. **Fainzang S.** Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris: Presses universitaires de France; 2001. 156 p.

91. **Mauraizin G.** La prescription médicamenteuse en médecine générale: attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2007.
92. **Brosset L, Verdon F.** La confiance du patient en son médicament: poids du médecin traitant et influence des médias dans cette relation. [Thèse de doctorat, Médecine générale]. Nantes: Université de Nantes; 2013.
93. **Lahlou S.** L'exploration des représentations sociales à partir des dictionnaires. In: Abric J-C. Méthodes d'étude des représentations sociales. Toulouse: Eres; 2010; 37-58.

GLOSSAIRE

- Accessibilité potentielle localisée :

Mesure objective de l'accessibilité aux médecins généralistes combinant l'offre de soins (nombre de médecins généralistes et leur niveau d'activité) et la demande (recours aux médecins différenciés selon l'âge des habitants) et prenant en compte les communes environnantes. Son unité est le nombre d'équivalents-temps-plein de médecin pour 100 000 habitants.

- Activation :

Processus par lequel un individu va exprimer préférentiellement certains éléments de la représentation en fonction d'éléments extrinsèques (contexte d'énonciation, finalité de la situation) et intrinsèques (distance entre l'individu et l'objet). L'enjeu de l'activation est de servir les intérêts de l'individu.

- Analyse de similitude :

Méthode d'analyse spécifiquement élaborée pour l'étude des représentations sociales, qui permet d'appréhender la structure locale de la représentation. Elle hiérarchise les similitudes par l'algorithme de Kruskal entre les éléments de la représentation pris 2 à 2 et dresse ainsi l'arbre maximal, reflet de l'organisation topologique des éléments de la représentation.

- Analyse en composantes principales :

Méthode d'analyse statistique qui consiste à étudier la covariance de différentes variables. Très utilisée en sociologie, elle permet d'explorer la structure des représentations sociales en identifiant les principes organisateurs des différences entre les réponses individuelles, qui correspondent aux composantes principales (ou dimensions).

- Capacité d'action perçue :

Portée des actions que le sujet pense pouvoir exercer sur l'objet. C'est une des composantes de l'implication culturelle.

- Classification ascendante hiérarchique :

Méthode statistique de séparation d'un échantillon : formation de classes en agrégeant dans chaque classe les individus qui font le moins varier l'inertie intra-classe. C'est le critère de Ward pour la distance Euclidienne : à chaque étape, l'analyste cherche à obtenir la plus petite inertie intra-classe ou la plus grande inertie inter-classe.

- Clique :

Ensemble d'éléments tous reliés entre eux avec un indice de similitude au moins égal à une valeur seuil donnée. Une clique est dite 'maximale' si elle est le plus grand ensemble d'éléments reliés deux à deux à un seuil fixé par l'analyste. Le filtrant des cliques désigne l'ensemble des

cliques maximales qui s'incluent les unes dans les autres au fur et à mesure de la décroissance du seuil.

- Désirabilité sociale :

Phénomène par lequel un individu poussé à s'exprimer sur un sujet adaptera son discours de façon à présenter la meilleure image de lui-même.

- Distance à l'objet :

Degré de proximité (ou d'éloignement) perçu par un sujet entre lui et l'objet de la représentation, qui est fonction de 3 composantes : la connaissance de l'objet, l'implication circonstancielle (à quel point le sujet se perçoit concerné par l'objet) et le niveau de pratique en lien avec l'objet. Plus le sujet est proche, plus il active des éléments fonctionnels (descriptifs), plus il est éloigné, plus il active des éléments évaluatifs (de l'ordre du jugement) de la représentation.

- Implication culturelle :

Matérialise le lien que le sujet perçoit entre lui et l'objet de la représentation. Elle se compose de l'identification à l'objet, de la valorisation (importance accordée à l'objet) et de la capacité d'action perçue (portée des actions que le sujet pense pouvoir exercer sur l'objet).

- K-means :

Méthode de consolidation d'une classification qui consiste à calculer le centre d'inertie de chaque classe et recentrer ce point lorsqu'un individu change de classe.

- Masquage/démasquage (ou masquage/affichage) :

Processus de sélection des éléments « exprimables » d'une RS en fonction de l'enjeu normatif que les sujets perçoivent de la situation où ils se trouvent : chaque élément peut être classé à un niveau différent sur un axe unidimensionnel de masquage/affichage selon l'enjeu de la situation. Ce modèle a remplacé celui de la zone muette, considéré comme trop monolithique.

- Pratiques sociales :

Ensemble des communications, attitudes, actions, comportements menés par un individu vis-à-vis d'un objet à partir de la représentation sociale de l'objet. Le lien entre représentation et pratiques sociales est relayé par l'implication culturelle (ou socio-symbolique).

- Prototype :

Exemplaire le plus représentatif, le plus typique de sa catégorie.

- Représentation sociale :

Savoir de sens commun (croyances, informations, opinions, valeurs...) partagé par un groupe social à propos d'un objet donné. Elle constitue une reconstruction cognitive et sociale de l'objet réel, qui participe à maintenir l'identité sociale et l'équilibre sociocognitif du groupe (grille de lecture de la réalité commune aux membres du groupe), et d'orienter les conduites et les

communications vis-à-vis de cet objet (guide pour l'action). Les éléments (ou schèmes ou cognèmes) qui la composent sont structurés en une organisation spécifique.

- Stéréotype :

Images socialement élaborées et partagées à propos d'un objet donné, mais qui se distinguent de la représentation sociale par leur rigidité, leur stabilité, et leur fonction de simplification de la réalité qui associe à l'objet une orientation particulière.

- Théma/thêmata :

Opposition binaire fondamentale et universelle servant à catégoriser les éléments d'une RS, par exemple 'bon'/mauvais', 'soi?/'autrui'...

- Valence :

Connotation positive, neutre ou négative attribuée à un élément ou à une facette de la RS.

- Zone muette :

Sous-ensemble spécifique d'éléments de la RS qui sont disponibles mais non-exprimés car allant à l'encontre des valeurs morales ou des normes valorisées par le groupe. J.-C. Abric les distingue des schèmes dormants qui ne sont tout simplement pas activés. Un élément non exprimé peut donc être non-activé (dormant) ou non-exprimable (zone muette). Ce terme a par la suite été jugé trop rigide et a été remplacé par le phénomène de masquage/démasquage. Dans tous les cas, la mise en évidence de ces éléments nécessite des méthodes spécifiques qui consistent à diminuer la pression normative pour faciliter leur verbalisation.

ANNEXES

Annexe 1 : Répartition, distribution et retour des questionnaires	127
Annexe 2 : Source des items retenus dans le questionnaire	128
Annexe 3 : Questionnaire final.....	129
Annexe 4 : Exemple d'une ACP dans l'étude d'une représentation sociale	133
Annexe 5 : Matrice de similitude	134
Annexe 6 : Arbre de CAH et classes de réponders dans le plan factoriel	135
Annexe 7 : Comparaison des moyennes des items entre les sous-groupes	136

Annexe 1 : Répartition, distribution et retour des questionnaires dans les 10 cabinets médicaux

	Questionnaires distribués	Questionnaires récupérés	Date de dépôt	Date de retour	APL (ETP/100.000 habitants)	Milieu (nombre d'habitants)	Nombre de médecins titulaires	Secrétaire	Mode d'exercice particulier
Cabinet n°1	30	21	22/10	27/10	34,51	rural (1.400)	1	sur place	non
Cabinet n°2	30	24	21/10	02/11	74,64	urbain (30.100)	2	téléphonique	non
Cabinet n°3	30	25	2/10	02/11	68,13	urbain (2.200.000)	4	téléphonique	non
Cabinet n°4	30	25	26/10	06/11	42,12	suburbain (5.800)	3	téléphonique	non
Cabinet n°5	30	20	22/10	10/11	90,40	urbain (36.200)	5	sur place	non
Cabinet n°6	30	22	26/10	13/11	87,87	urbain (42.500)	4	téléphonique	non
Cabinet n°7	30	24	22/10	13/11	69,44	urbain (25.900)	1	téléphonique	non
Cabinet n°8	30	29	22/10	17/11	25,12	rural (700)	1	non	non
Cabinet n°9	30	30	02/11	01/12	69,58	urbain (146.300)	3	sur place	non
Cabinet n°10	30	24	06/11	01/12	46,27	suburbain (13.600)	1	non	homéopathie
	total 300	total 244							

Annexe 2 : Source des items retenus pour la construction du questionnaire et leurs occurrences dans les 3 thèses références

Catégorie	Élément de RS	J. du Breuilleac 2011	J.-B. Bonnet	S. Corre 2013
Dispositions intellectuelles	Accueillants	Oui	Oui	Non
	Savants	Oui	Oui	Non
Vie privée	Aménagement d'une vie privée	Oui	Oui	Oui
Confiance	épistémique Confiance dans les prescriptions médicamenteuses	Oui	Oui	Oui
	sentimentale Rôle de conseiller	Oui	Oui	Oui
	morale Respect de l'avis du patient	Non	Non	Non
	morale Impartialité, absence de jugement	Oui	Oui	Oui
	morale Confidentialité	Oui	Oui	Oui
Communication	Communication au sens large	Oui	Oui	Oui
	Aspect superficiel de la prise en charge	Oui	Oui	Non
	Écoute	Oui	Oui	Oui
	Explications, traduction du discours médical	Oui	Oui	Oui
	Exhaustivité de l'information	Non	Oui	Non
Bienveillance	Bienveillance	Oui	Non	Non
Proximité/connaissance	Proximité/connaissance du patient	Oui	Oui	Oui
Soutien	Soutien	Oui	Oui	Oui
Suivi, continuité des soins	Suivi	Oui	Oui	Oui
Premier recours	Indispensables	Oui	Oui	Oui
	Disponibilité	Oui	Oui	Oui
Rôle spécifique	Polyvalence	Oui	Oui	Oui
	Orientation	Oui	Oui	Oui
	Coordination des soins	Oui	Oui	Oui
	Prévention	Oui	Oui	Oui
	Compétence biomédicale	Oui	Oui	Oui
	Approche globale	Oui	Oui	Oui
Responsabilité socioéconomique	Régulation des dépenses de santé	Non	Oui	Non
	Justification des arrêts de travail	Non	Oui	Non
Formation	Formation initiale	Oui	Non	Oui
	Formation continue	Oui	Non	Oui
Vocation/Implication	Altruisme	Oui	Oui	Oui
	Amour du métier	Oui	Oui	Oui
Responsabilités juridiques	Responsabilités	Oui	Non	Oui
	Judiciarisation	Non	Non	Oui
Marchandisation	Banalisation du métier, prestation de services	Non	Non	Oui
Conditions de travail	Charge de travail importante	Oui	Oui	Oui
	Revenus corrects	Oui	Oui	Non

Annexe 3 : Questionnaire final distribué dans les cabinets de médecine générale

Enquête sur la médecine générale

Travail de recherche en Sociologie (Valentine CATHERINE)

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'une **enquête sur le fonctionnement du système de santé** en France. Il est **anonyme et confidentiel** et les données recueillies seront analysées sous forme de **statistiques**. Cela prend environ **7 minutes**, puis vous pourrez déposer le questionnaire complété dans l'urne située dans la salle d'attente. Merci pour votre participation.

1^{ère} partie : représentation des médecins généralistes

Voici une série de propositions concernant **l'image que vous avez des médecins généralistes** : êtes-vous d'accord ou non avec ces propositions ? (merci d'entourer le chiffre correspondant) |

	pas du tout d'accord	pas d'accord	plutôt pas d'accord	neutre	plutôt d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
1. Les médecins généralistes sont indispensables pour bien soigner la population	1	2	3	4	5	6	7
2. Ils font leur métier pour soigner les autres	1	2	3	4	5	6	7
3. Ils sont polyvalents: ils peuvent prendre en charge une grande diversité de pathologies	1	2	3	4	5	6	7
4. Si nécessaire, ils orientent correctement les patients vers les spécialistes	1	2	3	4	5	6	7
5. Ils coordonnent les soins entre les différents professionnels de santé	1	2	3	4	5	6	7
6. Un de leurs rôles est d'éviter les dépenses de santé inutiles	1	2	3	4	5	6	7
7. Ils ne doivent pas faire d'arrêt de travail sans justification médicale	1	2	3	4	5	6	7
8. Ils suivent de longues études difficiles	1	2	3	4	5	6	7
9. Ils mettent régulièrement à jour leurs connaissances par des formations continues	1	2	3	4	5	6	7
10. Ils ne sont globalement pas assez disponibles pour leurs patients	1	2	3	4	5	6	7
11. Ils aiment leur métier	1	2	3	4	5	6	7
12. Leur métier implique de grandes responsabilités	1	2	3	4	5	6	7
13. C'est un métier comme un autre : ils apportent leur expertise contre une rémunération	1	2	3	4	5	6	7
14. Les médecins généralistes sont davantage exposés à des poursuites judiciaires	1	2	3	4	5	6	7
15. Ils gagnent très bien leur vie	1	2	3	4	5	6	7
16. Ils jouent un rôle essentiel dans la prévention des maladies	1	2	3	4	5	6	7
17. Ils sont moins compétents que les spécialistes pour traiter les maladies	1	2	3	4	5	6	7
18. Leur spécificité est de savoir traiter une personne dans sa globalité	1	2	3	4	5	6	7
19. Ils travaillent beaucoup	1	2	3	4	5	6	7

	pas du tout d'accord	pas d'accord	plutôt pas d'accord	neutre	plutôt d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
20. On ne peut pas toujours se fier à leurs prescriptions de médicaments	1	2	3	4	5	6	7
21. Ils communiquent bien avec leurs patients	1	2	3	4	5	6	7
22. Un de leurs rôles est de donner des conseils	1	2	3	4	5	6	7
23. Souvent ils « survolent » la consultation car ils sont pressés par le temps	1	2	3	4	5	6	7
24. Ils sont toujours bienveillants envers les patients	1	2	3	4	5	6	7
25. Leurs explications sont difficiles à comprendre	1	2	3	4	5	6	7
26. Ils soutiennent leurs patients quelle que soit la situation	1	2	3	4	5	6	7
27. Ils ne respectent pas assez les décisions des patients	1	2	3	4	5	6	7
28. Ils ne jugent pas les patients : on peut tout leur dire	1	2	3	4	5	6	7
29. Ils connaissent bien leurs patients	1	2	3	4	5	6	7
30. Ils n'écoutent pas assez les patients	1	2	3	4	5	6	7
31. Un médecin généraliste suit ses patients une grande partie de leur vie	1	2	3	4	5	6	7
32. On peut se confier à eux car ils respectent le secret médical	1	2	3	4	5	6	7
33. Concernant leur santé, les médecins choisissent ce qu'ils vont dire aux patients ou bien garder pour eux	1	2	3	4	5	6	7
34. Ce sont généralement des personnes sympathiques et accueillantes	1	2	3	4	5	6	7
35. Ils possèdent un grand savoir	1	2	3	4	5	6	7
36. Ils prennent le temps d'avoir une vie privée	1	2	3	4	5	6	7

2^{ème} partie : données personnelles

- 1) Etes-vous ? Un homme Une femme

- 2) Quel est votre âge ? _____ ans

- 3) En ce moment quelle est votre activité ?

<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/> Commerçant, artisan	<input type="checkbox"/> Profession libérale, chef d'entreprise
<input type="checkbox"/> Cadre, cadre supérieur	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Salarié de la fonction publique
<input type="checkbox"/> Ouvrier	<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> En recherche d'emploi
<input type="checkbox"/> En retraite	<input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) : _____	

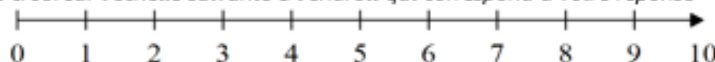
- 4) Habitez-vous en milieu ?

<input type="checkbox"/> Urbain (>Plus de 20.000 habitants)
<input type="checkbox"/> Suburbain (3000 à 20.000 habitants)
<input type="checkbox"/> Rural (<moins de 3000 habitants)

5) Globalement, pensez-vous **bien connaître la profession de médecin généraliste** ?

(la nature de leur travail, leur formation, leurs horaires de travail, les difficultés rencontrées par les médecins ...)

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

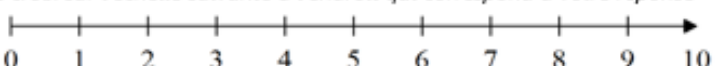
« pas du tout »  « parfaitement »

6) Avez-vous **récemment consulté** (avant aujourd'hui) un médecin généraliste, pour vous-même ou pour accompagner un proche ? Oui Non

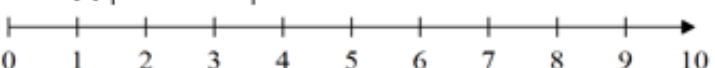
7) Avez-vous un **suivi régulier** chez le médecin généraliste ? Oui Non

8) Auriez-vous **aimé être médecin généraliste** ?

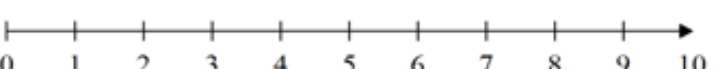
⇒ Mettez une croix sur l'échelle suivante à l'endroit qui correspond à votre réponse

« pas du tout »  « énormément »

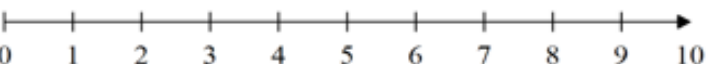
9) Etes-vous **intéressé(e)** par tout ce qui touche à la **médecine** ?

« pas du tout »  « totalement »

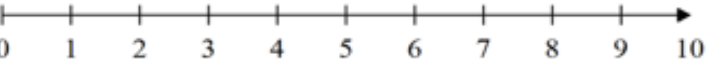
10) D'après vous, quelle est l'**importance** accordée à la médecine générale **dans notre société** ?

« aucune importance »  « très grande importance »

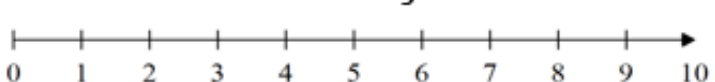
11) D'après votre expérience, estimez-vous que les **délais de rendez-vous** chez les médecins généralistes sont **corrects** ?

« pas du tout »  « tout à fait »

12) Lors d'une consultation, la **parole des patients** est-elle **prise en compte par le médecin** avant de prendre une décision ?

« pas du tout »  « tout à fait »

13) Comment évaluez-vous **votre état de santé en général** ?

« très mauvais »  « excellent »

14) A quelle **fréquence consultez-vous** le médecin généraliste, **pour vous** ou pour **quelqu'un de votre foyer** ?

- 0 à 2 fois par an (maximum tous les 6 mois)
- 3 à 6 fois par an
- 7 à 11 fois par an
- 12 fois par an ou plus (minimum tous les mois)

3^{ème} partie : habitudes sanitaires

Voici une dernière série de propositions concernant **vos habitudes de santé** : merci de cocher la case ou bien d'entourer le chiffre correspondant à votre réponse.

	pas du tout d'accord	plutôt pas d'accord	neutre	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
1. Je mange sainement <i>Rappel des recommandations nutritionnelles :</i> <i>Au moins 5 fruits et légumes par jour</i> <i>3 produits laitiers par jour</i> <i>1 portion de féculents à chaque repas</i> <i>Viande, poisson ou œufs 1 à 2 fois par jour en alternance</i> <i>Sucres, Graisses et Sel en quantités limitées</i>	1	2	3	4	5
2. Je pratique une activité physique régulière <i>Activité MINIMALE recommandée :</i> <i>Activité physique d'intensité modérée (marche rapide, natation, vélo...)</i> <i>au moins 30 minutes par jour, 5 jours par semaine</i>	1	2	3	4	5
3. Je bois de l'alcool avec modération <i>Si vous n'en buvez pas du tout, merci d'entourer le chiffre 5</i> <i>Consommation d'alcool modérée :</i> <i>Pas plus de 2 verres d'alcool par jour pour les femmes</i> <i>OU 3 verres pour les hommes</i> <i>ET au moins 1 jour par semaine SANS alcool</i>	1	2	3	4	5
4. Je suis fumeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
5. Si vous êtes fumeur : j'aimerais arrêter de fumer	1	2	3	4	5
6. Je consomme des drogues illicites <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
7. Je suis à jour des vaccinations obligatoires (tétanos) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas					
8. Si on me conseille de me vacciner contre la grippe, je le ferai <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas					
9. Je suis déjà allé(e) aux urgences car mon médecin traitant ne pouvait pas me recevoir assez vite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
10. J'ai déjà renoncé à aller chez le médecin généraliste car il n'était pas disponible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
11. J'ai déjà renoncé à aller chez le médecin généraliste car je n'en avais pas les moyens financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
12. Après avoir consulté le médecin généraliste, j'aime bien me renseigner sur internet, ou bien consulter d'autres professionnels pour confronter les informations	1	2	3	4	5
13. J'évite d'aller chez le médecin quand je suis malade, je préfère les médecines 'douces' : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, mésothérapeute ou autre	1	2	3	4	5
14. Je respecte la prescription du médecin et prends les médicaments comme il l'a écrit	1	2	3	4	5
15. Quand c'est possible, j'essaie de me soigner tout seul, sans passer par le médecin	1	2	3	4	5
16. J'applique à la lettre les conseils de mon médecin	1	2	3	4	5
17. Je prends des médicaments pour les nerfs (psychotropes) type tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas					
18. Si vous en prenez : je gère moi-même ma consommation, indépendamment de ce qui est écrit sur l'ordonnance	1	2	3	4	5
19. J'évite de consulter quand je suis malade, je préfère attendre que ça passe tout seul	1	2	3	4	5
20. Quand j'ai le choix, je préfère l'homéopathie aux médicaments « classiques »	1	2	3	4	5
21. J'ai effectué ma déclaration de médecin traitant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas					
22. J'ai déjà changé au moins une fois de médecin traitant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

Annexe 4 : Exemple d'une ACP dans l'étude d'une représentation sociale :

Effet des représentations et des conditions d'activités sur l'épuisement professionnel des policiers français dans un contexte de réforme, C. Esnard

La première étape du travail visait à explorer les représentations professionnelles³⁶ des Policiers français. Une phase préliminaire de 40 entretiens a permis d'établir un questionnaire de 38 items sur la représentation professionnelle. Puis 143 policiers ont été amenés à exprimer leur accord avec ces items sur une échelle de Likert en 6 points. L'ensemble des réponses a été soumis à une ACP qui a permis d'obtenir 4 facteurs, ou dimensions, expliquant les variations du contenu :

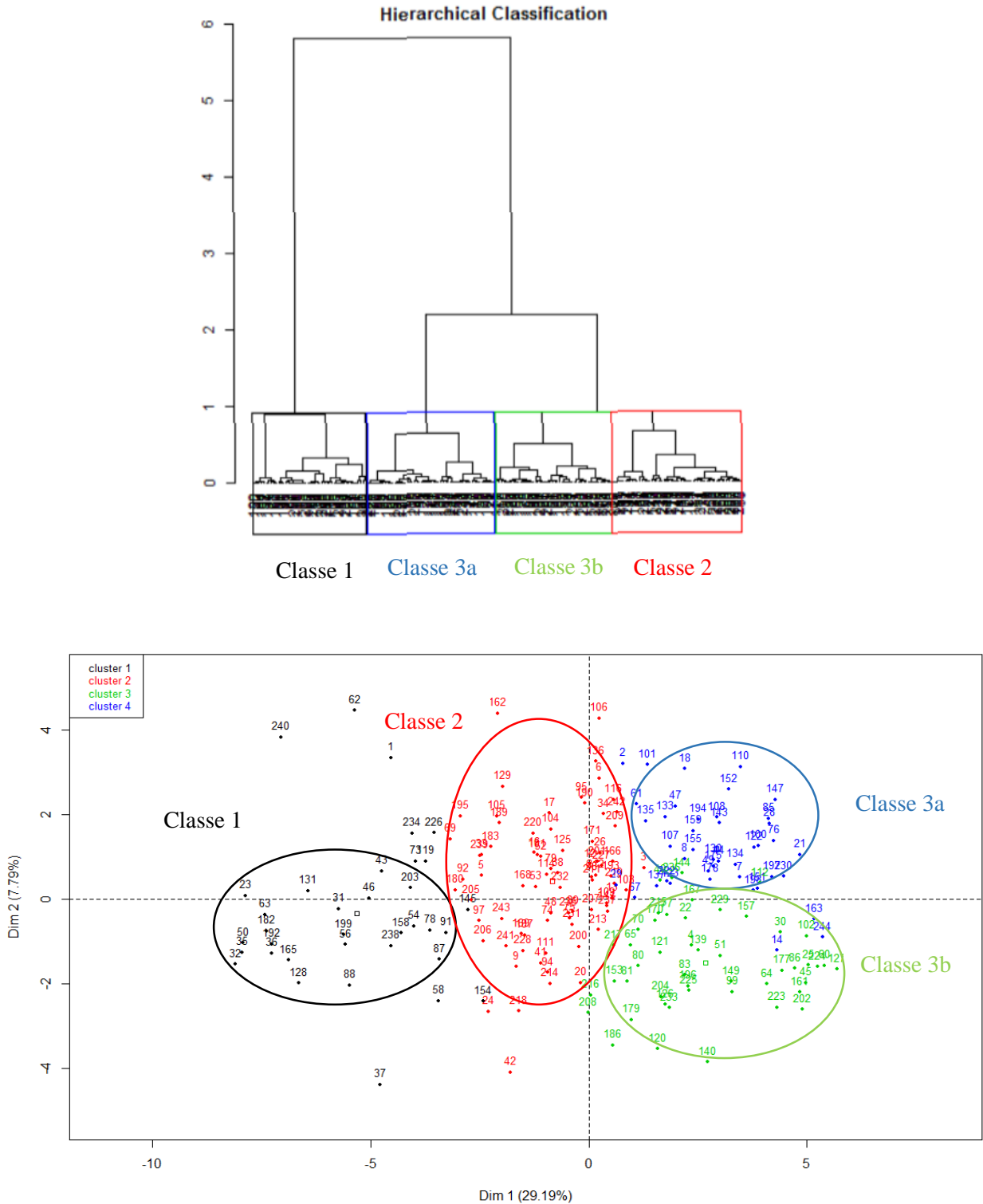
- ✓ Le 1^{er} facteur rendait compte de l'évaluation des réformes de la Police et notamment le problème de la reconnaissance professionnelle
- ✓ Le 2^{ème} facteur renvoyait à l'image de la police de proximité
- ✓ Le 3^{ème} facteur traduisait l'appréciation des réformes Corps et carrières et du code pénal
- ✓ Enfin le 4^{ème} facteur rendait compte des exigences relationnelles du métier

Il est important de souligner que ces dimensions ne correspondaient pas aux catégories établies à l'issue des entretiens pour construire le questionnaire.

La deuxième hypothèse de l'étude était que les représentations professionnelles différaient selon la position statutaire du policier. Pour la vérifier, elle a utilisé une ANOVA avec comme variable indépendante la position statutaire du policier et comme variables dépendantes les dimensions de la représentation. Elle a obtenu une différence significative sur la 2^{ème} dimension de la représentation, l'image de la police de proximité, qui était perçue différemment chez les agents et brigadiers par rapport aux officiers et commissaires. Elle a ensuite détaillé ses résultats en confrontant la position statutaire avec chaque item de la représentation.

³⁶ C'est-à-dire les représentations sociales que partagent les policiers sur leur profession. (21)

Annexe 6 : Arbre de CAH et classes de sujets dans le plan factoriel



Annexe 7 : Comparaison des moyennes des items entre les sous-groupes

Item (numéro et mot-clé)	DispoMIN	DispoMAX	Différence	p
10inv. Disponibles	2,19	5,55	3,36	<0,00001
23inv. Pas pressés par le temps	3,67	4,93	1,26	<0,00001
30inv. Écotent les patients	4,69	5,69	1,00	<0,00001
25inv. Explications claires	4,88	5,55	0,67	<0,00001
27inv. Respectent l'avis des patients	4,46	5,24	0,78	0,00002
21. Communiquent bien	5,35	5,99	0,64	0,0002
17inv. Aussi compétents que les spécialistes	4,40	3,56	-0,84	0,0009
32. Secret professionnel	6,12	6,57	0,45	0,001
14. Procès	4,92	4,30	-0,62	0,003
29. Connaissent les patients	5,31	5,82	0,51	0,004
35. Savoir scientifique	5,87	6,25	0,38	0,005
26. Soutiennent les patients	5,03	5,55	0,52	0,008
28. Tout leur dire	5,43	5,95	0,52	0,009
20inv. Prescriptions fiables	4,63	5,15	0,52	0,01
24. Bienveillants	5,44	5,79	0,35	0,01
34. Sympathiques	5,56	5,94	0,38	0,03
36. Temps pour la vie privée	4,63	4,31	-0,32	0,04
15. Revenus	5,13	4,80	-0,33	0,07
7. Justification des AT	6,20	6,43	0,23	0,10
4. Orientent	6,22	6,49	0,27	0,11
31. Suivent les patients	5,75	5,94	0,19	0,16
22. Donnent des conseils	5,99	6,12	0,13	0,16
19. Charge de travail	6,19	6,31	0,12	0,16
16. Prévention	5,79	5,92	0,13	0,19
33. Information sélectionnée	3,96	4,29	0,33	0,20
5. Coordonnent les soins	5,64	5,90	0,26	0,25
18. Globalité du soin	6,03	5,69	-0,34	0,30
8. Longues études	6,46	6,52	0,06	0,38
13. Métier banal	4,07	3,82	-0,25	0,55
12. Responsabilités	6,65	6,51	-0,14	0,56
2. Pour soigner les autres	6,53	6,52	-0,01	0,64
3. Polyvalents	6,01	6,06	0,05	0,68
11. Aiment leur métier	5,92	5,96	0,04	0,70
9. FMC	5,58	5,5	-0,08	0,71
1. Indispensables	6,73	6,67	-0,06	0,76
6. Régulation des dépenses	5,67	5,61	-0,06	0,78

BEAUDENUIT épouse CATHERINE Valentine

Représentation sociale des médecins généralistes dans le Rhône et lien avec les comportements de santé des patients.

23 f., 8 t., 93 réf.

Th. de Med. : Lyon 2016 ; n°

RÉSUMÉ :

La masse d'informations, de discours parfois contradictoires au sujet des médecins généralistes nous a poussés à nous interroger sur la réalité de leur représentation auprès des Français. Les représentations sociales constituent une approche sociocognitive innovante pour appréhender cette image. Sur un plan instrumental, elles permettent de faire le lien avec les comportements de santé des patients à travers la notion de pratiques sociales.

Pour mettre en évidence le contenu et la structure de la représentation, nous avons élaboré un questionnaire recueillant l'accord des patients consultant dans 10 cabinets de médecine générale répartis dans le Rhône, sur une série de 36 items issus d'entretiens préalables, rigoureusement sélectionnés dans la littérature. Nous avons traité ces données par une analyse en composantes principales et une analyse de similitude.

Conformément au modèle bidimensionnel de P. Moliner, le champ représentationnel était organisé autour d'une dimension centrale/périphérique et d'une dimension évaluative/descriptive. Le médecin était défini comme un professionnel bienveillant, guidant les patients dans le parcours de soin. La confiance, base de la relation, constituait la norme. Les éléments relatifs à la compétence thérapeutique et à la responsabilité sociale du médecin constituaient des éléments de description périphériques, qui traduisaient les qualités relationnelles en actions concrètes. La disponibilité, l'attention portée au patient et l'écoute appartenaient au champ des attentes et déterminait les prises de position globales des individus dans la représentation. Enfin, les éléments relatifs aux contingences du métier, s'ils n'étaient pas exclus de la représentation, apparaissaient très périphériques. La structure de la RS semblait également sous-tendue au niveau idéologique par les thèmes Soi/Autruï et Société/Individu. Nos résultats montraient une différence de positionnements des sujets selon certaines composantes de la distance à l'objet. Nous avons mis en évidence un lien entre la représentation et certains comportements de santé, probablement pensés et exécutés en lien avec le médecin généraliste (pratiques sociales) ou tout du moins en lien avec le système de santé (vaccination antigrippale et modes de recours au soin).

Notre travail rejoignait la représentation de la maladie de C. Herzlich dans l'opposition Société/Individu et situait le médecin généraliste comme un médiateur entre ces 2 entités. Enfin, il formalisait l'aspect fondamental de « l'approche centrée patient » dans l'établissement d'une relation de confiance, socle d'une alliance thérapeutique optimale.

MOTS CLÉS : représentation sociale, sociologie de la santé, comportement de santé, relation médecin patient

JURY :

Président : Professeur Alain MOREAU

Membres : Professeur Philippe MICHEL

Professeur Yves ZERBIB (Co-directeur)

Docteur Marc CHANELIERE

Docteur Jean DE VAUGELADE DU BREUILLAC (Directeur)

Docteur Gabriela CIUPERCA

DATE DE SOUTENANCE : 5 avril 2016

ADRESSE DE L'AUTEUR : 27 rue du petit pont, 45000 ORLEANS
bahmon@hotmail.com