



HAL
open science

Représentation sociale et stéréotypes autour du médecin anesthésiste-réanimateur parmi la classe médicale : première étude exploratoire transversale française

Anaïs Charon

► To cite this version:

Anaïs Charon. Représentation sociale et stéréotypes autour du médecin anesthésiste-réanimateur parmi la classe médicale : première étude exploratoire transversale française. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03963455

HAL Id: dumas-03963455

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03963455>

Submitted on 30 Jan 2023

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

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

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2022

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES d'Anesthésie-Réanimation

par

Anaïs CHARON

Présentée et soutenue publiquement le 19 Décembre 2022

Représentation sociale et stéréotypes autour du médecin
anesthésiste-réanimateur parmi la classe médicale :
première étude exploratoire transversale française

Président : Monsieur le Professeur Bertrand ROZEC

Directeur de thèse : Dr Nawale HADOUIRI

Membres du Jury : Pr Karim ASEHNOUNE
Dr Charlotte GARRET

Table des matières

ABRÉVIATIONS	9
1. INTRODUCTION	10
1.1. DÉMOGRAPHIE ET ATTRACTIVITÉ DE LA SPÉCIALITÉ ANESTHÉSIE-RÉANIMATION	12
1.2. LES STÉRÉOTYPES SUR LA SPÉCIALITÉ ANESTHÉSIE-RÉANIMATION, VESTIGES D'UN IMPORTANT BAGAGE HISTORIQUE	15
1.3. ABORD DES THÉORIES SOCIOLOGIQUES ENCADRANT LA NOTION DE STÉRÉOTYPES	17
1.4. PROJECTION DE CES STÉRÉOTYPES AUJOURD'HUI DANS L'UNIVERS MÉDICAL	20
2. MÉTHODOLOGIE	21
2.1. CONTEXTE	21
2.2. DESIGN	22
2.3. PARTICIPANTS	22
2.4. DÉMARCHE D'INVESTIGATION	22
2.4.1. <i>Modèle du questionnaire</i>	22
2.4.2. <i>Diffusion du questionnaire</i>	24
2.4.3. <i>Traitement et gestion des données avant analyses statistiques</i>	24
3. ANALYSES STATISTIQUES DES DONNÉES	25
3.1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES	25
3.2. STATISTIQUES QUALITATIVES	26
3.2.1. <i>Analyse du contenu du corpus par approche lexicométrique</i>	27
3.2.2. <i>Analyse de la structure du corpus par approche prototypique</i>	28
4. RÉSULTATS	30
4.1 STATISTIQUES QUANTITATIVES	30
4.1.1. <i>Caractéristiques socio-démographiques des répondants</i>	30
4.1.2. NOTES DE RS ET ANALYSES UNIVARIÉES	32
4.1.3. NOTES DE RS ET ANALYSES MULTIVARIÉES	33
4.2. STATISTIQUES QUALITATIVES	34
4.2.1. NUAGE DE MOTS	34
4.2.2 ANALYSE DU CONTENU DU CORPUS DE MOTS	35
4.2.3 <i>Analyse de la structure du corpus de mots</i>	40
5. DISCUSSION	43
5.1. UNE REPRÉSENTATION SOCIALE SIMILAIRE JUSQU'AU-DELÀ DES FRONTIÈRES	44
5.2. AMBIVALENCE D'UNE DUALITÉ DE DISCIPLINES COMPLÉMENTAIRES	45
5.3. RECHERCHE DE DÉTERMINANTS DE CETTE RS ET DES LEVIERS POUVANT PERMETTRE SON AMÉLIORATION	46
5.3. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ÉTUDE	51
CONCLUSION	53
ANNEXES :	55
SOURCES :	70

Remerciements

A ceux qui me font l'honneur de constituer mon jury,

A Monsieur le Professeur Bertrand Rozec, Chef de service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale à l'Hôpital Nord Laennec, coordinateur local du DESAR, merci d'accepter de présider mon jury. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue durant ces quatre années, notamment dans mes divers revirements de situation, sans (trop) vous départir de votre calme, voire d'y ajouter un peu de votre humour et votre poésie. Soyez assuré de toute mon estime.

A Monsieur le Professeur Karim Asehnoune, merci de me faire l'honneur de juger ma thèse malgré votre emploi du temps chargé, du fait de vos multiples missions de Président de la Commission Médicale d'Établissement du CHU de Nantes, de Chef du service d'Anesthésie et Réanimation Chirurgicale à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital Mère-Enfant-Adolescent. Je connais votre appétence pour les sujets sociétaux et votre dynamisme dans les projets d'attractivité de notre spécialité, c'est donc naturellement que mon choix s'est porté vers vous pour la composition de mon jury. Recevez mon plus profond respect et toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Charlotte Garret, professionnelle aux multiples casquettes, tour à tour médecin réanimatrice et hépatogastroentérologue, titulaire d'un master en Business Administration en communication en santé, fervente défenseuse des sujets d'éthique... une véritable experte dans tous les domaines. Tu es une personne que j'admire beaucoup, je te trouve aussi brillante que profondément humaine. Réussir à devenir un médecin tel que toi est un de mes objectifs les plus chers.

A Madame le Docteur Nawale Hadouiri, médecin et Cheffe de Clinique de Médecine Physique et Rééducation au CHU de Dijon, Doctorante en Thèse de sciences à l'École Doctorale de Dijon, Consultante bénévole Recherche à l'Intersyndicale Nationale des Internes, où nous nous sommes initialement rencontrées. Merci de m'avoir permis d'intégrer ce projet inédit sur une thématique sociologique à propos de ma spécialité, me donnant la possibilité de réaliser un travail suscitant mon intérêt et ma curiosité. Merci d'avoir si bien dirigé cette thèse avec tes conseils, ta réactivité et ta disponibilité. Ta rigueur et ta méthodologie m'ont été d'une grande aide.

Aux équipes médicales et paramédicales, aux internes et aux amis,

À tous les médecins séniors et CCA d'Anesthésie et de Réanimation rencontrés au cours de mon internat à Nantes, Saint-Nazaire, la Roche-sur-Yon, ou encore Grenoble. Merci de m'avoir guidée, transmis les connaissances et les pratiques me permettant de construire cette boîte à outils constituant mon savoir médical dans mes expériences professionnelles à venir.

Un merci tout particulier à ceux qui auront pris plus de temps encore, pour chercher à comprendre la personne sous l'étiquette d'interne un peu (trop) dynamique et virevoltante, et qui m'auront alors plus apportée encore. Je parle de toi Isabelle, de toi Jérôme, de toi Tobias, ou encore de toute l'équipe de MIR. Merci pour votre bienveillance, votre humanité et votre grande ouverture d'esprit. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir œuvré à me le montrer, me permettant alors de reprendre confiance dans les moments nécessaires.

Merci aussi à toutes les équipes paramédicales des réanimations et blocs opératoires dans lesquels je suis passée, à l'occasion d'un stage ou d'une garde. Merci pour votre accueil, votre sympathie et votre accompagnement dirigé de mes premiers pas à mes premiers remplas.

A toute cette promo DESAR 2018 : Amandine, Benoit, Charlotte, Chelsy, Clément, Emeline, Erwan, Florent, Hugo, Léo, Marie, Victoire, Vincent. Vous êtes indéniablement la meilleure des promos que l'on puisse espérer avoir dans cette demi décade que l'on nomme internat. Qu'il paraît loin ce week-end à Quiberon au cours duquel on s'est tous rencontrés, entre huîtres et cocktails loufoques ! Qu'il est long le chemin parcouru depuis... vous avez été tour à tour des collègues, des copains, des oreilles attentives, des partenaires de conneries ... et toujours présents pour de mémorables soirées voire des nuits entières endiablées. Vous êtes à jamais dans ma tête et ces souvenirs me suivront tout au long de ma carrière à venir.

A tous les autres internes rencontrés sur ce chemin, dont certains sont devenus des amis : à toi Alexiane qui est tout bonnement la première interne nantaise rencontrée, et probablement la rencontre qui m'a le plus marquée. Merci d'avoir répondu à ce coup de téléphone deux mois plus tard, puis d'avoir toujours répondu présent à mes côtés ensuite. Tu me fais grandir par ta confiance, ton écoute et ton franc parler bien à toi. A la team réa de Saint Naz : Momo mon idole de Maman qui déchire tout, ma

Juju qui me fait tant rire avec ta façon de rendre si simples les choses, PAP et nos inoubliables conversations perchées, et toi Gauthier, qui m'aura vue grandir de réa en réa... quel plaisir d'avoir passé cette dernière avec toi ! A la team réa de La Roche, ou « team Covid » : Alice, Amandine, Antoine, Aurélie, Erwan, Jérôme, Marie, Max, Ugo. Quel semestre (rallongé) fort en émotions ! Éprouvant pour ma part... Je ne vous remercierai jamais assez de votre indulgence et votre intelligence qui a permis que le contact perdure jusqu'à aujourd'hui, sous de meilleurs augures ! À la grande équipe de MIR : Amandine, Angélique, Chelsy, Clarisse, Florentin, Irène, Jeanne, Lucien, Margot, Nathanaëlle, Orlane, Stanislas, Thomas. Cette dernière réa en tant qu'interne restera un superbe souvenir, entre cafés et mots croisés, oserai-je même le désormais célèbre IN-CRO-YA-BLE ?

Et à vous autres, rencontrés au cours de mon internat nantais ou entre deux échanges de plumes ou de mousquetons, durant mes DU très conventionnels de secours en montagne ou de journalisme médical : Ylan, Camille, Inès, Aude, Romain, Charlotte, Marine, Violette, Rodolphe, Quentin, Rémy, Manu Merci de m'avoir permis de partager, débattre, festoyer ou m'évader.

Et à tous les matelots que je n'ai pas nécessairement cités mais qui ont contribué, de près ou de loin, à enjoliver cette croisière dans ce grand navire commun, de par un sourire, un coup de main, une attention, un conseil... ou bien plus encore.

A tous ceux que j'ai rencontrés lors de mes épisodes de Globe Trotteuse médicale : Matthew et ton inconditionnel flegme sous les palmiers (et les pré-fabriqués) de Guadeloupe, c'est grâce (à cause ?) de toi que j'ai embrassé l'Anesth Réa ! A mes Grenoblois préférés : Florian, Diana, les deux Juliette et Axel le grand fou. On rehausse les skis quand vous voulez, avant d'aller ambiancer la Bobine ! Et enfin à la team Kilimandjaro : Elsa, Cécile, Farès, Thomas, Vincent : on aura perdu les vidéos, et de fait un peu l'essence du projet, mais qu'est-ce qu'on aura ri !

A mes amis de maternelle, collègue, lycée qui m'ont suivie de près ou de loin dans cette aventure : Alizée, Noémie, Mylène, Maudus, Clémence, Thomas, Guigui, Pierrot, JC, Clément...et les + 1 ! Désolée pour ces soirées à vous faire peur ou à vous dégoûter avec mes « histoires d'horreur » qui sont au fait des tranches de quotidien ! Merci de m'avoir tour à tour permis de me changer les idées, me faire

dédramatiser, me faire garder les pieds sur Terre. Et toujours me permettre de conserver grands ouverts mes horizons, pour toujours plus d'aventures !

Et à toi mon Jordan, mon meilleur ami depuis toujours et pour toujours, de la couche culotte au costume ou à la toge, de Châteaubriant à Angers puis Nantes ou Paris... Dieu qu'on en aura connu des aventures tous les deux ! Les mots sont faibles mais les souvenirs forts, de Léon le pigeon à la gardienne de l'Enchanteur. Comme dirait Céline : On ne change pas. Et tes précieux conseils, ton analyse si fine, ton fidèle soutien et le permanent amour qui façonnent notre amitié ne changeront jamais.

Cet internat m'a été accessible notamment grâce au soutien de mes amis d'Angers, rencontrés au cours de l'externat : Emeline, Charles, Robin, Marie Julie, Élise, Jules, Albane ... A ma douce et raisonnée pédiatre préférée qui alterne avec une folie peu contrôlée, et qui sauve ma thèse à point nommé, j'ai cité ma Manon. Et à toi Anne-Laure, ma folle dingue de future témoin (lorsque l'on se sera enfin calmées), mon alliée, tu m'auras autant accompagnée que dévergondée. Merci pour tout, j'ai hâte de vivre les prochaines péripéties qui nous attendent au tournant !

A ces deux inoubliables années de colocation à vos côtés : Emeline la féline, merci pour tes talents de médiatrice comme de femme de ménage. Victoire notre bout d'tendresse, notre maman au grand cœur. Léo mon colocataire attiré, enfant-roi dans son harem, nudiste - menteur - voleur de salle de bain. Ma fidèle Marie et ton oreille attentive en toutes circonstances, en heures ouvrables entre trois siestes ! Je garde d'exceptionnels souvenirs de ces années qui ont pris une saveur bien particulière grâce à vous. Les courses marathoniennes, la cuisine avec Céline, le (non) ménage, les disputes pour du jambon ou la baignoire, les fiestas dont le parquet se souvient, Trois Cafés Gourmands, les dramas et les explosions de joie, et j'en passe : le quotidien tumultueux d'une petite famille que l'on aurait choisie. Vous êtes pour toujours les colocataires de mon cœur.

A ces rencontres faites au sein de l'ISNI : Thibaut, MichGab, Xavier, Nejm ... pour ne citer qu'eux. Merci pour ces échanges passionnants qui m'ont tant apportée et élevée, merci de m'avoir donné la verve de croire en mes valeurs. Et merci pour toutes les troisièmes mi-temps d'AG aussi ... ça édulcorait agréablement tous ces week end balisés associatifs.

A ma famille,

A vous, papy Albert et mamie Renée, d'avoir toujours été présents tout au long des étapes. La Bruère aura connu les révisions de P1 comme celles des ECN. Votre oreille attentive, les bons repas et les sorties en vélo ont contribué à les égayer !

A toi mamie Huguette, et à toi papy Jean, qui m'accompagne de là-haut.

A toi mon petit papa aux manettes d'une sacrée tribu de quatre filles qui lui en auront fait voir de toutes les couleurs. Notre papa cow-boy, tu as été mon premier modèle médical. Et même si les dernières années ne sont pas toujours synonymes de compréhension commune, je te remercie pour cela et pour ton indéfectible soutien. Un simple appel et de suite tu réponds, tu es là et tu me retires de beaux draps, avec tout ton amour de papa.

A toi ma belle maman. Comment est-il possible de résumer en quelques lignes notre lien si fort, tellement puissant, résistant à tous les ouragans. Nous avons deux personnalités similaires, c'est bien pour cela que l'on se comprend tant, à fortiori dans les difficultés. Tu représentes l'Amour d'une mère telle qu'on le métaphorise, un amour inconditionnel, constant et intangible, si fort qu'il relève tout sur son passage, y compris moi. Je mesure à peine tes sacrifices, je le sais. Mais ta présence jusqu'à la "mission culotte" pendant le concours P1, je me souviens.

Bien consciente que cela ne soit pas toujours facile, vous avez toujours été d'un soutien inconditionnel. Ces études sont éprouvantes pour des parents. Vous les avez vécues avec moi et je vous les dois. Je ne vous en remercierai jamais assez.

A ma Lauranne, merci pour ton soutien lors de la première vague, en maintenant la tempête. Tu as été là sans te poser de question. C'étaient des moments forts, tant à l'échelle du pays que de ma vie alors. J'ai également toujours pu compter sur ton soutien de par ton expertise sur les domaines qui me font tant défaut, jusqu'à Pornic, jusqu'à la deadline ! J'espère que ces séances "iodées et crustacées" ne seront que le début d'une longue série à refaire le monde !

A ma Manon, ma petite sœur fusion. Une de mes plus grandes supportrices. Je garde gravées à jamais ces incroyables années angevines : la rue Thiers renferme bien des souvenirs ! Tu m'as tant apporté : tes talents de chanteuse, cuisinière, psychologue, fashion-victime mais aussi dresseuse animalière (jusqu'aux croquettes du dernier jour !). Tu m'as portée jusque-là je le sais. Tu m'as toujours soutenue,

écoutée et comprise mieux que personne. Merci d'être la si belle personne, fidèle, généreuse et juste, que tu es.

A ma Zaza et son chat diabolique, tu les auras vus (trop ?) tôt les sacrifices de ces études, ça ne t'aura pas empêché de suivre le même chemin. Je suis tellement fière de toi. Et si heureuse de commencer à partager profondément nos instants de vie depuis ta venue sur Nantes, j'espère que ce n'est que le début. Je te promets de toujours t'accompagner du mieux possible dans ce chemin que tu entreprends. Il est parfois tordu, parfois pentu, mais promis il vaut le coup d'être parcouru !

A vous tous, je vous dois tout. Vous avez été tour à tour des entraîneurs qui me donnaient des stratégies quand j'en étais à court, des supporters qui m'encourageaient dans les temps clés, la tribune fidèle qui ne se détourne jamais dans les défaites et qui acclame plus que de raison les réussites. Je n'en serais tout simplement pas là aujourd'hui sans tout cela.

J'ose à peine mesurer la chance que j'ai de vous avoir. Merci d'être cette si merveilleuse famille dont je suis si fière. Je vous aime tant.

Je n'oublie évidemment pas les "Jules" de ces mesdames, Hugo et Jordan, qui font pleinement partie de l'équipe, et qui m'ont également coachée dans les attaques, les défaites et les mi-temps.

Et surtout, les deux nouvelles recrues qui rendent depuis peu ce match mille fois plus beau, Raphaël et Lylio : bienvenue à vous deux. Vous allez voir, ça crie, ça piaille, ça gesticule, ça peut paraître impressionnant au premier abord : l'expression de l'amour à travers le théâtre de la vie d'une famille unie.

Abréviations

MAR : Médecin Anesthésiste – Réanimateur

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESAR : Diplôme d'Études Spécialisées en Anesthésie-Réanimation

DESARMPO : Diplôme d'Études Spécialisées en Anesthésie Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

AR : Anesthésie-Réanimation

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

MIR : Médecine Intensive et Réanimation

DESMIR : Diplôme d'Études Spécialisées en Médecine Intensive et Réanimation

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

ECN : Épreuves Classantes Nationales

iECN : Épreuves Classantes Nationales informatisées

CNG : Centre National de Gestion

SESAME : StEreotypes Specialties Among MEdical class

ISNI : Inter-Syndicale Nationale des Internes

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

ISNAR IMG : Intersyndicale Nationale Représentative des Médecins Internes en Médecine Générale

JM : Jeunes Médecins

CNCEM : Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine

CDH : Classification Hiérarchique Descendante

AFC : Analyse Factorielle par Correspondance

SCB : Schémas Cognitifs de Base

DJ : Docteur Junior

MSI : Médecine de Soins Intensifs

SAU : Service d'Accueil des Urgences

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

1. Introduction

L'anesthésie et la réanimation sont deux composantes d'une pratique médicale commune faisant appel à un même bagage théorique et technique. La réanimation regroupe les patients les plus critiques du système de santé, nécessitant parfois une prise en charge chirurgicale en urgence, ou bien en état précaire du fait même d'une intervention chirurgicale récente. De fait, les échanges entre le bloc opératoire et la réanimation sont depuis nombre d'années constants, intenses et fructueux. Ainsi, le Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) a également vu en 2017 sa spécialité se compléter de la dénomination de Médecine Péri-Opératoire (actuellement DES ARMPO pour Diplôme d'Études Spécialisées en Anesthésie Réanimation et Médecine Péri-Opératoire), afin de mettre l'accent sur l'acquisition d'une expertise en pré-, per- et post-opératoire de patients, du moins critique au plus instable.

On a pour habitude de distinguer trois types de réanimation en France :

- **Les réanimations péri-opératoires** : elles concernent les patients avant ou après une prise en charge chirurgicale urgente (par exemple les polytraumatisés) ou programmée (par exemple les pontages coronariens en chirurgie cardiaque). Ce sont des services en lien direct avec le bloc opératoire et le service d'urgences.

- **Les services de médecine intensive réanimation**, anciennement appelés réanimation médicale, prennent en charge les patients critiques relevant de spécialités médicales. Ils travaillent principalement avec les services d'urgence et de spécialité médicale.

- **Les réanimations polyvalentes**, aussi appelées médico-chirurgicales, regroupent des patients relevant de réanimation péri-opératoire ou de médecine intensive.

Jusqu'à présent, deux types de diplômes permettaient de travailler dans ces réanimations : le DES d'Anesthésie Réanimation (AR) et un DES de spécialité médicale complété d'un DESC (C pour Complémentaire) : le DESC de Réanimation.

Avec la réforme du troisième cycle de 2017, on assiste à la suppression du DESC de réanimation et la naissance d'un nouveau DES : le DES de Médecine Intensive de Réanimation (MIR).

Pour devenir réanimateur, l'étudiant néo-interne doit alors choisir entre deux DES : le DESARMPO ou le DESMIR.

Les maquettes sont différentes, celle du DESARMPO alterne entre stages d'anesthésie et stages de réanimation tandis que celle du DESMIR fluctue entre plusieurs spécialités médicales et stages de réanimation (**Figures 1 et 2**) (1) :

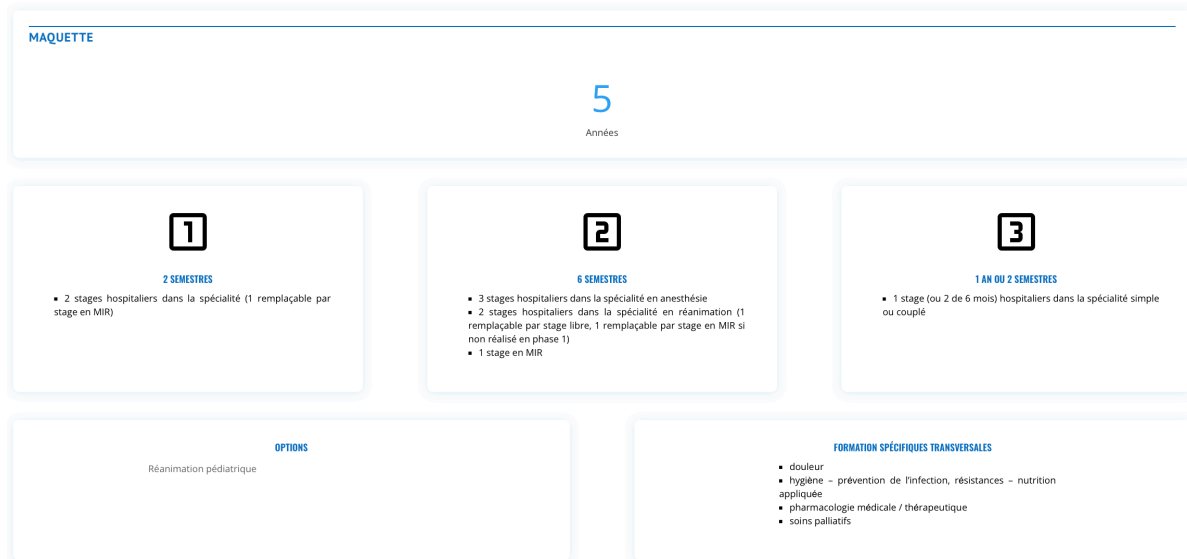


Figure 1 - Maquette de l'internat de DESARMPO *Futur Interne* (1)

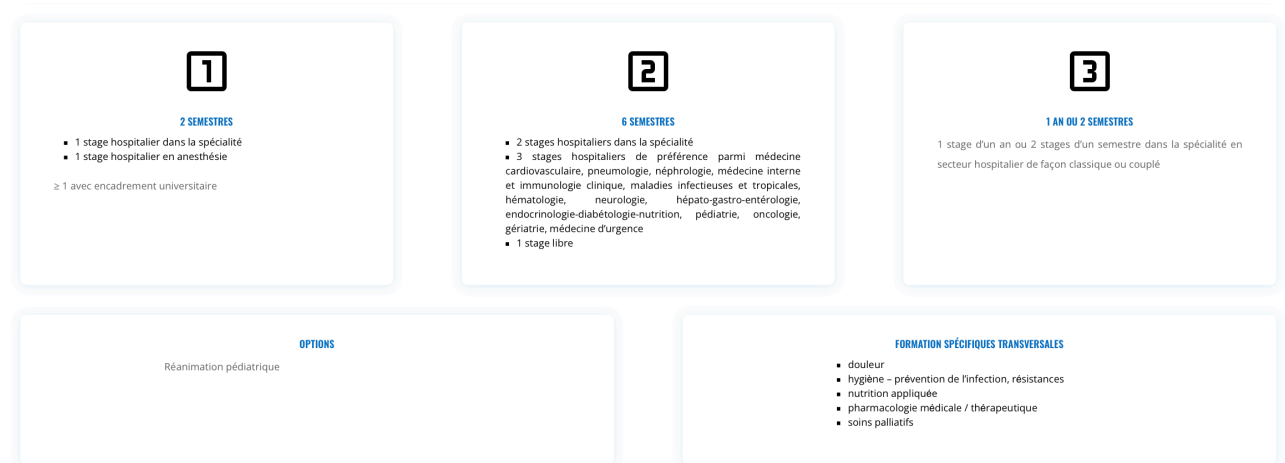


Figure 2 - Maquette de l'internat de DESMIR *Futur Interne* (2)

Il a été annoncé lors de cette réforme que cette scission orienterait différemment les ressortissants des deux DES, les DESMIR seraient alors préférentiellement conduits du côté des services de médecine intensive et réanimation ; tandis que les

DESARMPO n'auraient plus accès qu'aux réanimations chirurgicales ou polyvalentes. Cette décision avait fait l'effet d'un tollé à l'intérieur même de la communauté des réanimateurs. Ces derniers se questionnaient sur le bienfondé de ce choix, alors qu'un système insistant sur la nécessité de la pluridisciplinarité de la spécialité semblait être reconnu à travers le monde, mettant en avant les multiples compétences apportées par la complémentarité des différents spécialistes. Ils ont justifié leur impression d'ineptie de cette réforme par le nombre important de droits au remords des internes de la spécialité MIR, notamment la première année (21,3% de l'ensemble de la cohorte issue des iECN de l'année 2018). (3)

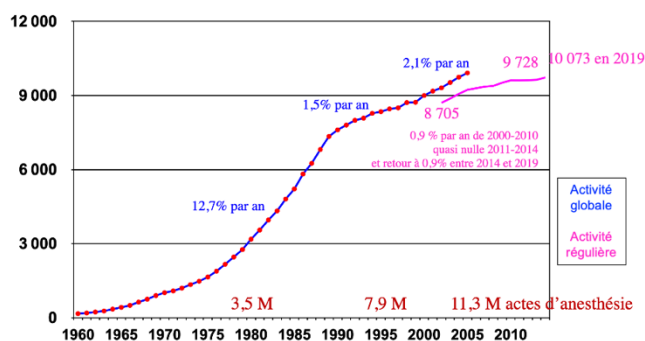
Ce schisme avait plutôt eu une répercussion bénéfique sur la démographie médicale des DESAR, avec 54 postes entrants issus de droits au remords cette même année. (4)

1.1. Démographie et attractivité de la spécialité Anesthésie-Réanimation

De façon plus générale, l'effectif des anesthésistes réanimateurs a connu une croissance exponentielle de 1960 à 1990. On observe un infléchissement de la courbe depuis, avec toujours toutefois environ +1% d'effectif chaque année jusqu'en 2015 (Figure 3). Depuis 2016, il est toutefois mis en évidence une stagnation des MAR en activité régulière, avec un exercice remplaçant en progression constante et un exercice « retraité-actif » (Figure 4) fluctuant, notamment du fait d'un vieillissement des acteurs de la profession (Figure 5). En outre, l'évolution sociologique contemporaine, s'orientant vers une plus forte volonté de concilier vie privée et vie professionnelle, conditionne le mode d'exercice actuel des MAR et entraîne une hausse des besoins de formation, malgré l'arrivée de jeunes diplômés.

Effectifs des anesthésistes réanimateurs de 1960 à 2015

Pontone S, Brouard N, Ann Fr Anesth Réanim 2010 ; 29 : 862-867



Métropole et DOM-TOM en 2017 : 10 092 AR (dont 34% libéraux et mixtes)

Évolution des anesthésistes réanimateurs entre 2016 et 2020

Stagnation des AR en activité régulière de 2017 à 2019, et une amélioration en 2020, avec un exercice « remplaçant » en constante progression et un exercice « retraité-actif » fluctuant

	France									
	2016		2017		2018		2019		2020	
	n	Taux variation /an	n	Taux variation /an	n	Taux variation /an	n	Taux variation /an	n	Taux variation /an
Activité régulière	10 135	0,6%	10 127	-0,1%	10 141	0,1%	10 147	0,1%	10 210	0,6%
Remplaçants	823	7,2%	904	9,4%	975	7,6%	1 041	6,5%	1 083	4,0%
Sous / Total	10 958		11 031	0,7%	11 116	0,8%	11 188	0,6%	11 293	0,9%
Retraités-actifs	414	12,6%	472	13,1%	478	1,3%	448	-5,5%	467	4,2%
Total	11 372	1,4%	11 503	1,1%	11 594	0,8%	11 636	0,4%	11 760	1,1%

Figures 3 et 4 : Effectifs des MAR de 1960 à 2015 en France (**Figure 3**) et Évolution des MAR entre 2016 et 2020 en France, selon le CNOM (**Figure 4**) (4)

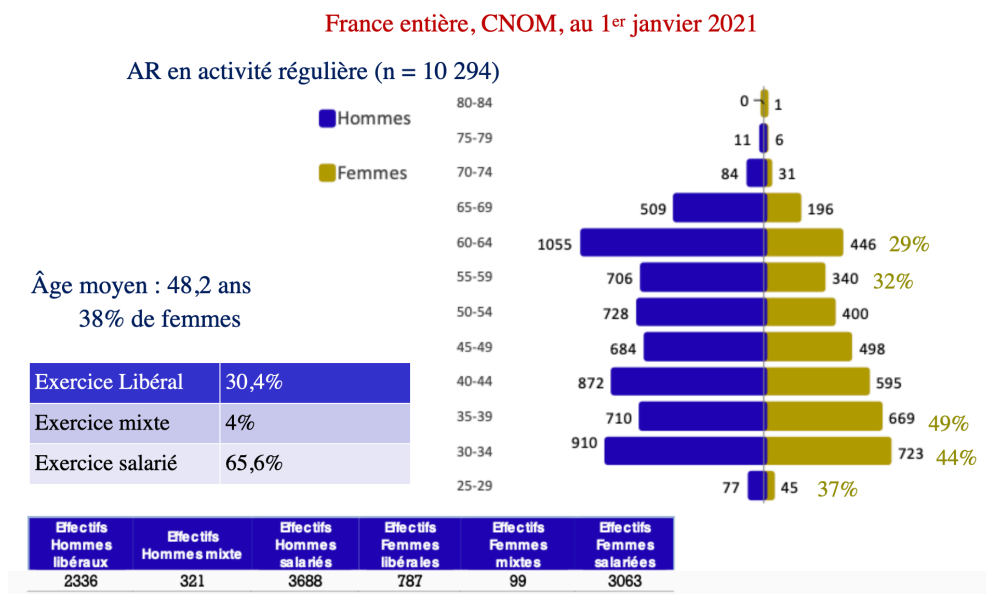


Figure 5 : Pyramides des âges des AR en activité régulière et remplaçants en 2021 selon le CNOM (4)

De plus, devant une augmentation constante de la demande d'actes d'anesthésie, allant de pair avec des besoins croissants, il a été décidé d'augmenter l'offre de postes en AR, avec un véritable bon l'année 2015, offrant alors 487 postes après les Épreuves Classantes Nationales (ECN), contre 433 l'année précédente (Figure 6)

Évolution du nombre de postes offerts en Anesthésie-réanimation (hors CESP)

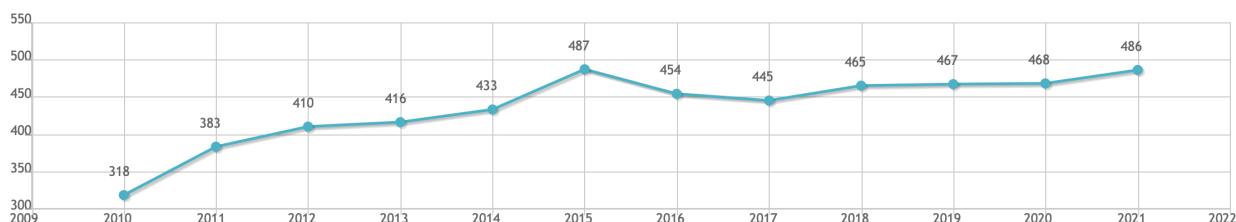


Figure 6 : Évolution du nombre de postes offerts aux DESAR. Medshake (5)

Les iECN, c'est le sigle pour la version informatisée des Épreuves Classantes Nationales. Organisées par le Centre National de Gestion (CNG), ces épreuves

remplacent depuis 2004 le concours de l'internat. Depuis 2017, elles sont effectuées sur cinq demi-journées, de façon dématérialisée sur tablette tactile. Elles clôturent le second cycle des études de médecine en France et tous les étudiants de sixième année (8 286 en 2020, 9 547 en 2021) se doivent de les réaliser afin d'accéder au troisième cycle des études médicales, et ainsi pouvoir à un poste d'interne des hôpitaux sur le territoire français.

Le nombre de postes d'internes à pourvoir chaque année dans les différentes spécialités est établi par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, ainsi que celui de la Santé, et est défini par un arrêté du gouvernement, publié au Journal Officiel. La répartition du nombre de postes dans ces spécialités, répartis dans les différentes villes, est régie par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Chaque étudiant choisit alors, à l'issue des épreuves et après réception de son classement, la spécialité et la ville en fonction des offres de postes restantes, de façon déroulante sur plusieurs jours, du premier au dernier, grâce à la plateforme dématérialisée CELINE.

L'anesthésie-réanimation est une des spécialités qui a le plus évolué depuis ces vingt dernières années, et l'attractivité a été dans ce sens. En 2017, elle était la quatrième spécialité choisie sur les 1000 premiers aux ECN, la deuxième en 2018, et cette augmentation n'a cessé de progresser en ce sens depuis (**Figure 7**).

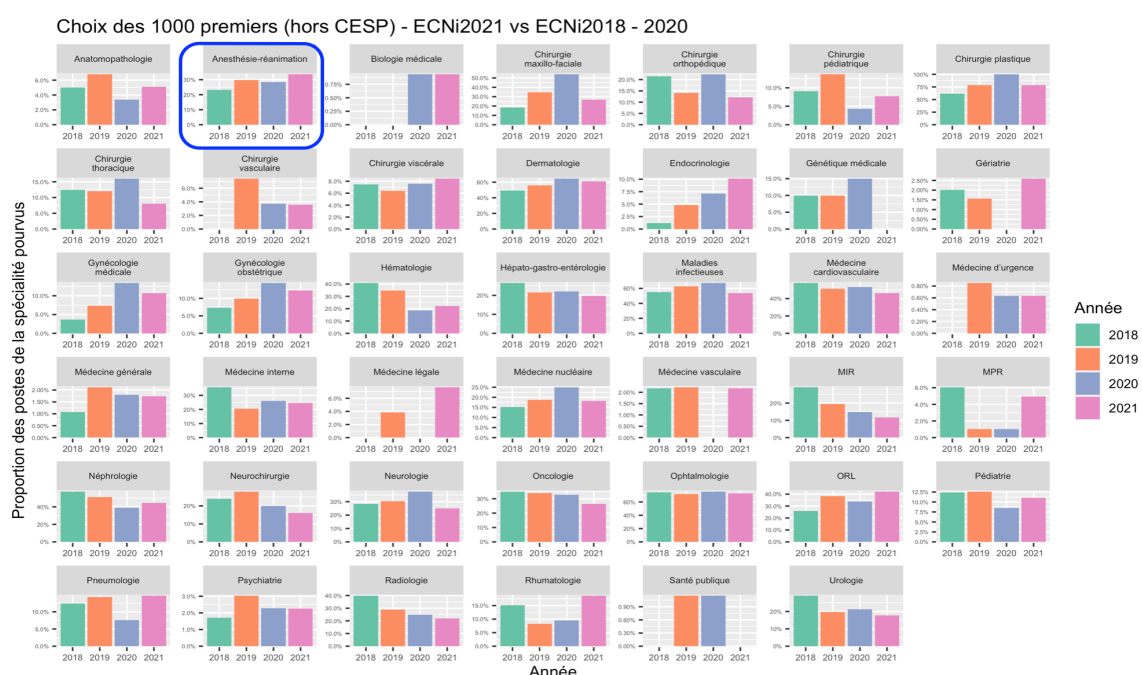


Figure 7 : Graphique du choix des 1000 premiers aux ECNi de 2018 à 2021 en proportion des postes de la spécialité pourvus. *Medshake* (6)

1.2. Les stéréotypes sur la spécialité Anesthésie-Réanimation, vestiges d'un important bagage historique

On en plaisante à l'hôpital : « *Qu'est-ce qu'un médecin anesthésiste ? – Un médecin qui dort à côté d'un patient qui ne dort pas !* » « *Que fait un anesthésiste entre deux cafés ? Il boit un café.* ». « *Qu'est-ce qu'une intubation difficile pour un anesthésiste réanimateur ? Une intubation après 14h* ».

Voici des exemples de stéréotypes que l'on peut trouver à propos des anesthésistes réanimateurs sur les réseaux sociaux ou la presse, qu'elle soit spécialisée médicale ou généraliste. Un travail de thèse, réalisé en 2013, s'intéressait aux représentations sociales de la profession médicale au XXI^e siècle, véhiculées par la blague médicale.

Il en est ressorti que l'anesthésiste était perçu par ses pairs comme incompetent et fainéant, inefficace. « *Le comble de la fainéantise était symbolisé par sa boisson préférée : le café. Il entretiendrait une relation de meilleur ennemi avec le chirurgien : plus intellectuel, mais à son service ; les anesthésistes étant perçus comme « les larbins » des chirurgiens* » (7).

Il est en effet difficile de parler de l'AR sans faire de comparaison avec la chirurgie, tout simplement parce que ces spécialités sont historiquement liées. En effet, en France, l'anesthésie-réanimation n'est devenue une spécialité médicale autonome qu'en 1966. (8)

Ainsi, on utilisait successivement « *suc de pavot, chanvre, mandragore, éponges somnifères* » puis des « *cocktails d'opium et alcool à haute dose* », avant optimisation par l'inhalation d'éther ou de protoxyde d'azote, afin d'apaiser la douleur jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle. Et surtout, ces techniques ont été mises en place par des chirurgiens ou des dentistes. (9) Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, ce travail « d'assistance opératoire » revenait à n'importe quelle personne disponible – chauffeur du chirurgien, étudiant externe, garçon de salle ou religieuse – !

C'est à côté des champs de bataille, au contact des équipes médicales des armées alliées, que les armées françaises vont acquérir un savoir-faire et des connaissances

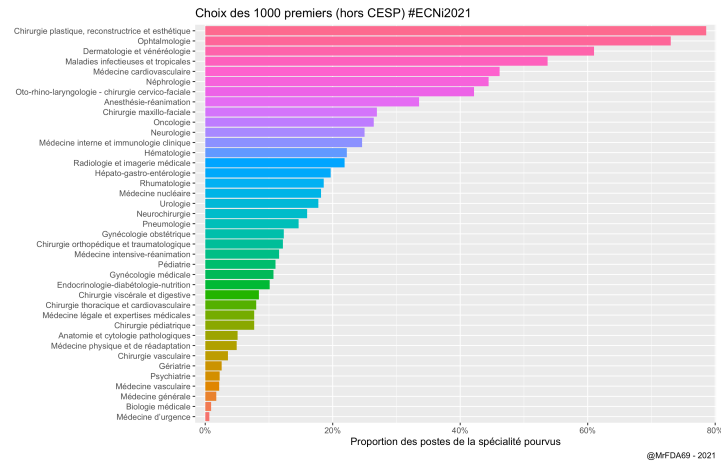
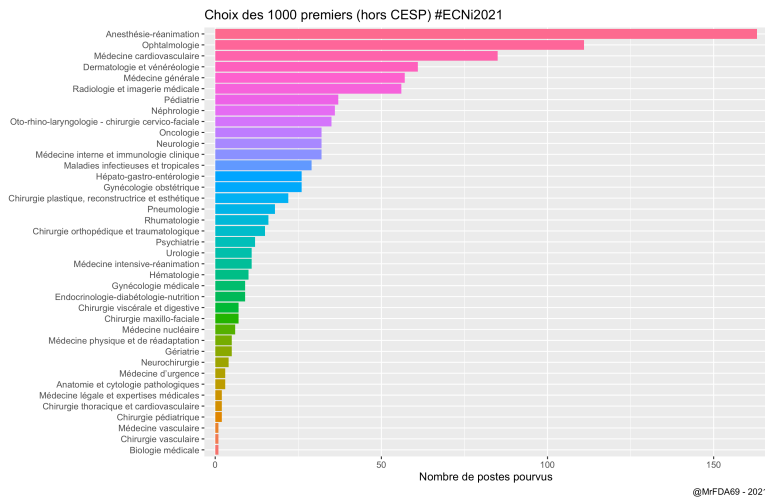
plus pointues sur la gestion de la douleur, motivant la création d'une Société française d'anesthésiologie et d'analgésie. La complexification des techniques et du matériel, ainsi que la maîtrise des procédés transfusionnels et des techniques d'assistance respiratoire, vont finalement permettre de circonscrire un domaine spécifique de « suppléance des fonctions vitales dont la défaillance menace à court terme la vie du malade ». Cela formera peu à peu un substrat intellectuel propice à l'exclusivité de l'activité anesthésique par des médecins attirés, permettant ainsi de créer une nouvelle spécialité alors nommée "anesthésiologie" à l'Ordre des médecins. (8)

Cette précision historique, soulignant le fait que l'anesthésie n'a pas toujours été une profession médicale, est importante pour permettre de comprendre les stéréotypes persistants de la querelle « chirurgiens / anesthésistes », qui semble avoir un véritable socle historique. Des écrits sociologiques, retraçant l'histoire de l'anesthésie, évoquent ainsi « *le dédain initial du monde médical pour l'anesthésie, activité perçue comme d'une simplicité ridicule* » (8). En outre, elle a, par la suite, été longtemps considérée comme une sous-spécialité du fait de l'internat tardif : « faire l'internat » était réservé à l'accès à la chirurgie.

Ainsi, l'anesthésie, toute jeune spécialité médicale, semble donc souffrir encore d'une « crise de crédibilité » auprès de ses pairs, notamment de son « binôme chirurgical ».

Il est utile de mentionner toutefois qu'en vingt-cinq ans, à la suite des différentes réformes de l'internat (1982 – 2004), soumettant d'abord tous les spécialistes au concours, puis inscrivant la médecine générale en tant que spécialité médicale, on observe une modification de la représentation de celui-ci. De domaine réservé à l'élite étudiante, il devient une étape commune pour tous les médecins en formation. Et si, jusqu'au début des années 2000, les meilleurs candidats reçus au concours de l'internat, en très grande majorité de sexe masculin, ont continué de choisir la chirurgie en priorité, on aperçoit une diminution du phénomène à partir de la première moitié des années 2000, concomitamment à la féminisation des étudiants en médecine, et à leur meilleure réussite au concours classant. Progressivement, les spécialités médicales deviennent les plus prisées par les meilleurs étudiants reçus, bien devant les « spécialités chirurgicales », qui perdent alors de leur prestige. (10)

En particulier, l'anesthésie réanimation est dorénavant plus choisie parmi les premiers classés, devant les différentes spécialités chirurgicales – hors chirurgie plastique et reconstructrice – (Figures 8 et 9).



Figures 8 et 9 : Choix des 1000 premiers à l'ECN, en fonction du nombre de postes pourvus (Figure 8) et en proportion des postes de la spécialité pourvus (Figure 9) Medshake (6)

1.3. Abord des théories sociologiques encadrant la notion de stéréotypes

On définit les **stéréotypes** par une « tentative de formater le réel, selon une vision que l'on sait pertinemment biaisée, mais dont on escompte que l'autre va l'accepter ». Ils sont caractérisés par trois composantes en psychologie. (11)

La **première composante** est **cognitive**, correspondant à ce que l'on perçoit de façon générale sur une entité ou un groupe social. Le fait que les anesthésistes boivent beaucoup de café en est une, unanimement admise entre pairs. La **seconde composante** est **affective**, dans le contexte abordé ci-dessus elle oscille entre hostilité et confraternité, mettant en évidence la notion de pouvoir et de hiérarchie entre professions médicales. La **dernière composante**, **comportementale**, pose la question de ce que produit sur nous ces stéréotypes, ou représentations sociales.

En effet, on assimile souvent sous la même notion représentations sociales et stéréotypes, bien que ces derniers soient connotés plus péjorativement.

Les **représentations sociales**, quant à elles, sont initialement nées du concept sociologique de représentations collectives énoncé par Durkheim en 1898. Elles se définissent alors par « *le corps de représentations qui exprime la façon dont le groupe se pense dans ses rapports aux autres à propos des objets qui l'affectent* ». (12)

C'est le premier auteur qui souligna l'importance fondamentale du social par rapport à l'individuel.

Les représentations sociales ont évolué par la suite au cours des années à travers le travail réflexif de nombreux autres sociologues.

Selon Moscovici (1976), fondateur de la psycho-sociologie, elles permettent aux individus de disposer, à propos d'un sujet donné, de croyances communes nécessaires à la compréhension mutuelle lors d'interactions sociales.

Il lui octroie trois dimensions : **l'attitude**, **l'information** et **le champ de représentation**.

Celui-ci décrit **l'attitude** comme « *un positionnement, une orientation générale, qu'elle soit positive ou négative* » par rapport à l'objet de la représentation.

L'information regroupe « *les connaissances sur l'objet de la représentation* » : c'est l'ensemble des croyances et opinions, potentiellement stéréotypées, qui sont produites par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social donné.

Ces « *connaissance de sens commun* » construisent toutes ensemble **un champ de représentation**.

À cette étape, l'individu n'est pas conscient qu'il s'agit d'une création. Dans un deuxième temps, le concept d'ancrage intervient, et alors « *une connaissance dite de sens commun se crée et devient une construction autonome, distincte de la réalité qui l'a suscitée et rendue possible* ». (13)

Ce découpage se construit et s'articule autour de prismes individuel et collectif. (Figure 10).

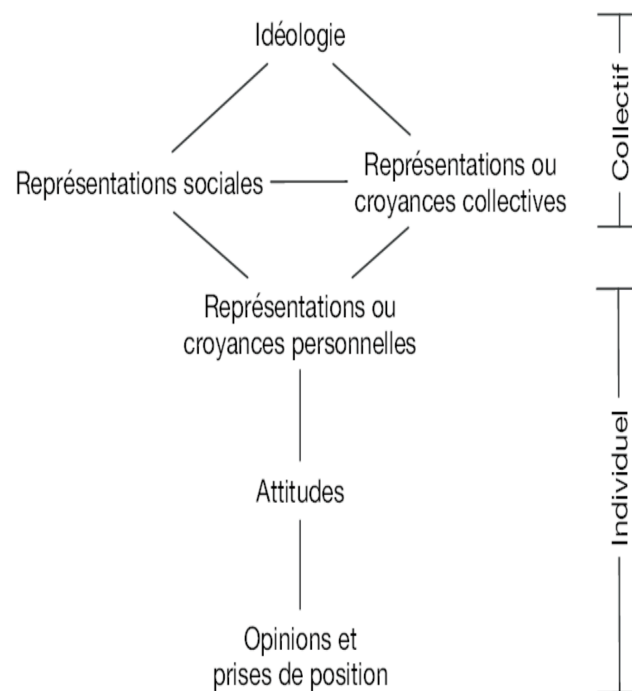


Figure 10 : La schématisation des représentations sociales selon Moscovici (13)

Abric les modélise ensuite en 1994, dans son œuvre Pratiques sociales et représentations, en trois autres fonctions. La **fonction « savoir »** tente d'expliquer une réalité à travers des savoirs dits « naïfs », qui sont des constructions qui s'opposent à celles de l'expert ou du scientifique. S'y ajoute la **fonction « identitaire »**, qui permet le processus de socialisation d'un individu au sein d'un groupe. Enfin, elles revêtent une **fonction « d'orientation »**, permettant « *au sujet de produire des attentes mais également de se fixer ce qu'il est possible de faire dans un contexte social particulier* ». (14)

Aussi Abric propose-t-il la **théorie du noyau central** (Figure 11) :

Selon ce modèle, une représentation sociale s'organise autour d'un **noyau central**, composant fondamental qui détermine la signification et l'organisation de la représentation. Ce noyau est consensuel et collectivement partagé. Il se caractérise par une cohérence et une stabilité qui lui permettent de résister aux changements.

D'autres d'éléments sont dits « **périphériques** » parce qu'ils sont plus instables et moins prégnants dans la représentation : ces éléments s'organisent autour du noyau central.

- On a donc d'un côté : Le **système central** qui est le fruit des déterminismes historiques, symboliques et sociaux et qui structure les pensées relatives à l'objet.
- Et d'un autre côté : Le **système périphérique**, en prise avec les contingences quotidiennes, qui permet l'adaptation de la représentation à des contextes sociaux plus variés.

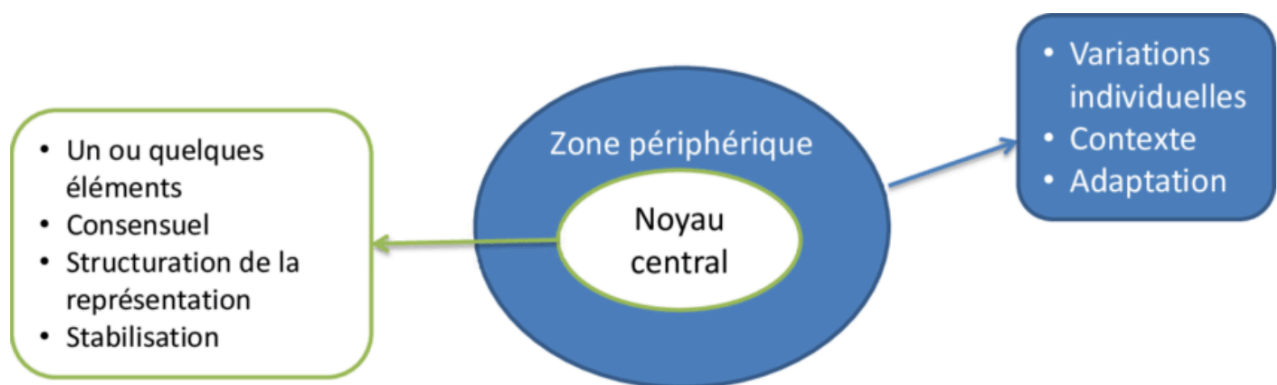


Figure 11 : Modélisation de la théorie du noyau central selon J-C Abric (15)

De nombreux scientifiques contemporains, telle que Denise Jodelet, s'accordent pour conclure aujourd'hui sur une définition plus moderne des représentations sociales, désormais « *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* ».

1.4. Projection de ces stéréotypes aujourd'hui dans l'univers médical

C'est de là qu'est venue l'idée, élaborée initialement par six chercheurs (Dr Ariel Frajerman, Dr Evan Gouy, M. Franck Rolland, Dr Linh Nam Truong, Dr Florent Vinchon et Dr Nawale Hadouiri (coordinatrice principale du projet)), de créer pour le réseau de

l'Intersyndicale Nationale des Internes (ISNI) un protocole sous la forme d'un questionnaire en ligne nommé : « ***Stéréotypes, perceptions des différent.e.s spécialistes en Médecine par les étudiants, internes et praticiens en Médecine de France : état des lieux et facteurs déterminants*** ».

En effet, beaucoup d'éléments entrent en compte dans le choix de la spécialité d'exercice future, ainsi que dans les relations entre spécialistes de spécialités différentes. Parfois ceux-ci sont pragmatiques, mais d'autres semblent plus abstraits. L'étude des représentations sociales pourrait donner des pistes de réflexion et de compréhension supplémentaires. Par ailleurs, il est probable que les stéréotypes que l'on se fait (à tort ou à raison) sur une spécialité aient un impact sur notre pratique au quotidien dans les relations inter-spécialités.

L'objectif principal de cette étude était d'effectuer un état des lieux national sur les représentations sociales et stéréotypes autour des spécialistes en Anesthésie Réanimation par la classe médicale elle-même, à savoir les étudiants, internes/docteurs juniors et médecins séniors en France. L'objectif secondaire était de tenter de définir les principaux déterminants de ces représentations sociales.

2. Méthodologie

2.1. Contexte

Ce travail de thèse a été possible grâce à l'exploitation d'informations contenues à l'intérieur de la base de données SESAME (StEreotype Specialties Among MEdical class). Cette dernière collecte des stéréotypes sur les 44 différentes spécialités médicales, recueillis par et à travers la classe médicale elle-même. Notre production s'attelle à la spécialité Anesthésie – Réanimation (AR).

Dans le cadre de ce projet, et pour la réalisation de ma Thèse d'exercice en médecine, je me suis chargé de la gestion des données concernant le Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR).

2.2. Design

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale, empruntant le format d'un questionnaire numérique, diffusé par réseaux sociaux et mails du 15 mars 2021 au 18 avril 2021, en France métropolitaine et ultra-marine.

2.3. Participants

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

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

Si l'un des répondants ne présentait pas la totalité de ces critères, alors celui-ci n'était pas inclus dans l'étude *in fine*. Les étudiants ou professionnels ayant effectué leur première année commune d'études de santé mais s'étant dirigé vers une filière de santé autre que médecine (pharmacie, kinésithérapie, sage-femme, dentaire etc.), ou n'ayant pas poursuivi dans cette voie au décours, n'étaient pas concernés par cette étude.

2.4. Démarche d'investigation

2.4.1. Modèle du questionnaire

Pour répondre à l'objectif principal de l'enquête, les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire numérique. Nous décrivons ici sa composition mais tous les détails de cet outil peuvent être retrouvés dans l'[Annexe 1](#).

Le questionnaire se composait de 2 parties :

- **La première partie** avait pour objectif de renseigner les **caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des participants**. Ils devaient y renseigner

leur âge, leur statut d'étudiant en premier ou deuxième cycle des études médicales, ou bien leur situation de médecin interne ou docteur junior, ou bien encore médecin sénior.

Si le répondant était étudiant, il devait indiquer en quelle année d'étude médicale il était et quelle spécialité (médicale, chirurgicale ou médico-chirurgicale) il envisageait de choisir à l'issue de la 6ème année du deuxième cycle des études médicales.

S'il était médecin interne ou docteur junior, il devait indiquer en quel semestre d'internat il se trouvait, quelle était sa spécialité actuelle, s'il avait fait un droit au remord (et si oui, quelle était sa spécialité d'origine), en quelle année il s'était soumis aux ECN et à quelle tranche correspondait son rang de classement aux ECN.

Si le participant était un praticien en exercice, il devait indiquer son niveau d'ancienneté, quelle était sa spécialité actuelle, s'il avait effectué un changement de spécialité au cours de son exercice (et si oui, quelle était sa spécialité d'origine).

- La **seconde partie** s'intéressait au cœur du sujet, à savoir **l'étude des perceptions et des stéréotypes à propos de la spécialité *Anesthésie - Réanimation***. Pour ce faire, il a été utilisé la méthode de l'évocation hiérarchisée, dans laquelle on demandait au participant d'écrire et de classer - par ordre d'importance - quatre mots ou expressions lui venant à l'esprit lorsqu'il pensait au « *Médecin Anesthésiste – Réanimateur* ». En parallèle, on a cherché à préciser les rapports du participant avec cette spécialité au niveau de son histoire personnelle, notamment s'il avait déjà eu une expérience professionnelle ou un apprentissage théorique dans cette spécialité, si un membre de son entourage ou de sa famille pratiquait cette spécialité, afin d'enrichir la base de données à la recherche de déterminants pouvant faire influencer les représentations sociales et stéréotypes étudiés.

Cette méthode d'évocation hiérarchisée, théorisée par Abric en 2003 à partir du modèle des schémas cognitifs de base, est régulièrement utilisée dans les études sur les représentations sociales. Son fondement part du principe qu'en croisant les deux indicateurs que sont la fréquence d'évocation et l'importance accordée (ordre dans lequel les termes sont évoqués), il est possible de formuler des hypothèses de centralité. Dès lors que l'élément étudié présente de façon conjointe une fréquence et

une importance accordée élevées dans la verbalisation des sujets, il lui est imputé un caractère consensuel et un « statut d'évidence », assimilé au « noyau central » de la RS. (16)

2.4.2. Diffusion du questionnaire

Ce questionnaire numérique a été diffusé via différents canaux de réseaux sociaux et par listes de publi-postage pendant 4 semaines, grâce à l'outil Limesurvey.org, support logistique de l'Inter-Syndicale Nationale des Internes (ISNI) :

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

2.4.3. Traitement et gestion des données avant analyses statistiques

Pour être retenues, les réponses des participants devaient regrouper trois mots et ne pas comporter de répétition. Afin d'être analysées par les logiciels ad hoc (présentés dans la partie **3. Statistiques**), ces données brutes se devaient d'être retravaillées sur le plan sémantique : c'est ce qu'on a appelé le « nettoyage du corpus ».

Une première étape consistait en leur uniformisation, grâce à une première relecture par Nawale Hadouiri (NH, chercheuse à l'origine du projet) et Anaïs Charon (AC, interne réalisant la thèse d'exercice). Il s'agissait alors de corriger l'orthographe et de standardiser l'écriture : par exemple, "Anesthésie-Réanimation", "anesth-réa" devenaient "anesthésie-réanimation". Puis on a regroupé les mots synonymes entre

eux sous un même terme, en tâchant de préserver le sens originel : ainsi, les mots "relax", "cool" et "détendu" étaient rassemblés sous le terme "détendu".

La seconde étape consistait à créer une variable « Représentation Sociale » (RS), de par l'attribution d'une note à chacun des groupes de mots en double aveugle (NH, AC). Cette note devait être le reflet global de la RS, en termes de positivité ou négativité, selon les mots donnés par chaque répondant à propos du MAR. On attribuait la note de 1 à 5, correspondant à :

- 1 : une RS très positive : « élite, brillant, sauver des vies, passionnant »
- 2 : une RS positive : « intéressant, stimulant, réflexion, varié »
- 3 : une RS neutre : « intubation, ventilation, physiologie, hospitalier »
- 4 : une RS négative : « fatiguant, chronophage, prenant, ennuyeux »
- 5 : une RS très négative : « condescendant, planqué, Candy Crush, se prend pour Dieu »

3. Analyses statistiques des données

3.1. Statistiques descriptives

Les analyses statistiques quantitatives de cette étude ont été réalisées en utilisant SAS version 9,4. (SAS Inc., NC, USA). Concernant les variables sociodémographiques et professionnelles des participants, ainsi que les notes de Représentation Sociale (RS), des calculs d'effectifs et de fréquences ont été effectués. On a établi la médiane avec le 1er et le 3ème quartile. Des calculs de moyenne et d'écart-type (ET) pour les notes de RS ont été effectués après s'être assurés qu'elles étaient normalement distribuées (à l'aide du test de Shapiro-Wilk) et que leur variance était homogène (à l'aide du test de Levene).

Des analyses univariées ont été réalisées entre les notes de RS et les variables socio-démographiques et professionnelles, selon la nature de celles-ci. Le but étant de tenter de déterminer des facteurs pouvant influencer les notes de RS. Par exemple, un test d'Anova à un facteur a été réalisé pour comparer les notes de RS entre étudiants, internes et médecins seniors. Un test de student a été réalisé pour comparer les notes de RS entre hommes et femmes. Un calcul de coefficient de Pearson a été réalisé afin de voir s'il existait une corrélation entre notes de RS et la volonté ou non de considérer le choix (futur pour les étudiants, ou passé pour les internes et médecins seniors) de l'AR comme spécialité à l'issue de la 6ème année de médecine.

Une analyse multivariée par régression linéaire a été réalisée dans un même but, avec comme variable à expliquer la note de RS. Dans le modèle, les variables explicatives étaient les variables socio-démographiques et professionnelles, en s'étant assuré au préalable qu'il n'y ait pas de colinéarité majeure entre les différentes variables (avec un facteur d'inflation de la variance $< 1,1$).

3.2. Statistiques qualitatives

Les analyses qualitatives de ce travail de thèse ont été réalisées en utilisant le logiciel IRaMuTeQ (acronyme d'*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires*) version 0,7, alpha 2. Créé par P. Ratinaud et distribué de façon libre (sur le site internet www.python.org), il est aujourd'hui largement utilisé pour développer des analyses lexicales. Son fonctionnement se base sur l'environnement statistique du logiciel R et du langage python pour effectuer différentes analyses statistiques sur un corpus textuel.

L'étape initiale, et obligatoire, est basée sur la segmentation d'un corpus (ici le regroupement des mots et expressions des participants), et le rassemblement des termes après un processus appelé **lemmatisation**. Cette technique vise à ramener tous les mots d'un corpus à leur racine (également dite forme canonique, ou lemme). Pour se faire, on réduit des verbes à l'infinitif, on met les noms au singulier et on accorde les adjectifs au masculin singulier. Ce traitement lexical a ainsi pour but de réorganiser les données pour rendre le corpus de données synthétique et leur donner

du sens, en vue de leur classement et de leur analyse. En effet, ces termes alors appelés **lexèmes** (pour unité lexicale d'un lemme) renvoient alors à une entrée lexicale commune que l'on peut ainsi analyser : compter leurs occurrences, les regrouper, les opposer, etc.

Ces statistiques comportaient ensuite deux rangs de lecture : une **analyse lexicographique** et une **analyse prototypique**.

3.2.1. Analyse du contenu du corpus par approche lexicométrique

L'approche lexicométrique est définie comme un : « *ensemble de méthodes permettant d'opérer des réorganisations de la forme d'une séquence de texte, ainsi que des analyses statistiques sur le vocabulaire d'un corpus de texte* ». Elle a connu un essor grâce au développement des capacités de calcul des ordinateurs, permettant de réaliser des statistiques dites « textuelles ». Des concepteurs tels que Max Reinert, membre du CNRS, ont ainsi permis l'automatisation des calculs relevant de la lexicométrie, notamment dans le champ des sciences humaines. Plus récemment, des logiciels libres sont apparus comme TXM développé à partir de 2007, ou Iramuteq à partir de 2009. (17)

En ce qui concerne notre travail, nous avons tout d'abord réalisé une **Classification Hiérarchique Descendante (CDH)**. Celle-ci est définie par son concepteur (Reinert, 1983) comme le processus permettant de distinguer des classes en fonction d'une distribution de différenciation du vocabulaire. Autrement dit, la méthode de Reinert consiste à décrire les lois de distribution du vocabulaire dans les textes. L'objectif est alors de « regrouper des mondes lexicaux communs ».(18)

Schématiquement, il s'agit d'une procédure par itération : la première classe analysée comprend toutes les unités retenues. Ensuite, à chaque pas, on cherche la partition en deux de la plus grande des classes restantes, maximisant un certain critère (grâce à un test de Chi 2). La procédure s'arrête lorsque le nombre d'itérations demandé est épuisé.(19)

Cette classification revêt la forme d'un arbre à plusieurs branches. Ces branches figurent des classes de mots plus ou moins liées entre elles, en fonction d'un

pourcentage qui correspondent à la part d'information qu'elles représentent à l'intérieur du corpus intégral.

Puis IRaMuTeQ permet de se représenter ces résultats sous la forme d'une figure plus détaillée, appelée **dendrogramme**. Cette figure permet de donner la liste des mots les plus fréquemment associés à chaque classe via un test de Chi-2 : chaque mot devait être significativement associé à sa classe ($p < 0.05$) pour y figurer. Des mots peuvent toutefois apparaître dans plusieurs classes différentes - un terme pouvant avoir un lien avec différents thèmes -. Les mots sont classés, de haut en bas, en fonction de leur dépendance à la classe.

Ce regroupement de mots permet ainsi de définir pour chaque classe un thème sur la représentation du MAR que nous détaillerons dans la partie **4. Résultats**.

Enfin, le logiciel IRaMuTeQ permet de réaliser ce que l'on appelle une **Analyse Factorielle par Correspondance (AFC)**. L'AFC représente un graphique composé de différents nuages de mots issus du corpus lexicologique, qui se répartissent selon une ordonnée et une abscisse. Les mots, colorés en fonction de leur classe d'appartenance au dendrogramme, sont opposés en fonction de ces deux axes, nommés arbitrairement Facteur 1 et Facteur 2 (pas de correspondance concrète d'une signification patente à ces deux facteurs). Cela nous permet d'analyser les thèmes, les uns en fonction des autres, et de comprendre ce qui les oppose ou les rapproche en fonction du contexte de la question posée. Dans notre étude il s'agissait de la Représentation Sociale du Médecin Anesthésiste Réanimateur auprès de la classe médicale.

3.2.2. Analyse de la structure du corpus par approche prototypique

La deuxième étape de notre travail a été d'effectuer une **analyse prototypique**. En effet, selon Abric, toute représentation sociale est un « ensemble organisé », qui a donc deux composantes : un contenu et une structure.(20) Deux procédés sociologiques permettent de préciser cette structure : la **méthode d'évocation**

hiérarchisée qui aboutit au **modèle des Schémas Cognitifs de Base (SCB)** (Vergès, 1992 ; Rouquette et Rateau, 1998 ; Guimelli et Abric, 2003).(16)

Dans la méthode d'évocation hiérarchisée, on demande aux participants de fournir spontanément des mots qu'ils associent à un objet, et de classer ces mots selon un rang d'importance. On peut alors classer les réponses obtenues selon leur fréquence et leur rang d'apparition. (**Figure 12**).

Le modèle des SCB appartient aux techniques associatives. Il permet, à partir du classement obtenu, de préciser le contenu d'une représentation sociale selon une zone de noyau, deux périphéries (première et seconde) et des éléments contrastés (Théorie du Noyau Central d'Abric, tel qu'explicité dans la partie **1. Introduction**).

La zone de noyau regroupe les termes regroupant une fréquence et un rang d'apparition maximale : c'est le cœur de la RS. Les éléments contrastés ont un rang d'importance élevé selon les répondants, mais sont moins fréquemment retrouvés. Les périphéries contiennent des termes pouvant être fréquemment retrouvés (première périphérie), ou non (seconde périphérie) ; mais n'ayant dans tous les cas qu'un rang d'importance moindre dans les réponses des participants. (**Figure 12**)

		< Importance >	
< Fréquence >	Zone Centrale de la Représentation	Première Périphérie	
	Fréquence élevée	Fréquence élevée	
	Importance élevée	Importance faible	
	Eléments Contrastés	Seconde Périphérie	
	Fréquence faible	Fréquence faible	
	Importance élevée	Importance faible	

Figure 12 - Tableau de synthèse d'une analyse prototypique.

« Recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales »

(Abric, 2005 (20))

On peut résumer cette analyse lexicale appliquée à une question ouverte à l'aide d'IRaMuTeQ, et donc les étapes de notre méthodologie, à l'aide de la figure suivante (**Figure 13**) :

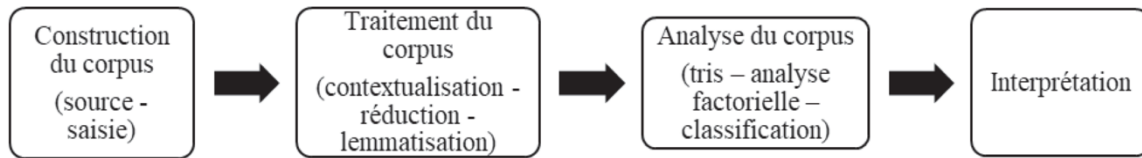


Figure 13 : Les quatre moments de l'analyse (Lion, Lahlou, 1991) (21)

4. Résultats

4.1 Statistiques quantitatives

4.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des répondants

Au total, 4701 personnes ont répondu à l'étude SESAME. Parmi ces participants, les réponses de 405 personnes ont été analysées autour de la Représentation Sociale du Médecin Anesthésiste Réanimateur.

Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de ces participants sont présentées dans le **Tableau 1**.

Parmi ces répondants, 126 (soit 31,11%) étaient des étudiants de premier cycle (10 PCEM) ou de deuxième cycle (116 DCEM), 193 (soit 47,65 %) étaient internes ou docteur junior, et 86 (soit 21,23%) étaient des médecins séniors.

Notre cohorte est majoritairement féminine, avec 64.7% de femmes, pour 262 répondantes, contre 34,1% d'hommes avec 138 répondants. Les deux tranches d'âge les plus représentées sont les tranches 23-27 ans et 28-32 ans, comptant respectivement 49,6% et 27,9% des répondants.

Ces répondants représentent toutes les villes (avec toutefois une surreprésentation de Paris et Lyon, respectivement 21% et 8,4% de la population totale) et toutes les spécialités (**Annexe 2**).

On note que les trois spécialités médicales les plus représentées chez les internes et les médecins dans notre population d'étude étaient la Médecine Générale (61 médecins et internes soit 15,06 % de l'effectif total de répondants), la Psychiatrie (25 médecins et internes soit 6,1 %) et la Médecine d'Urgence (16 médecins et internes soit 3,9 % de l'effectif total de répondants) (**Annexe 3**).

Il est à noter que l'échantillon n'était pas biaisé par la surreprésentation des Médecins Anesthésistes Réanimateurs parmi les répondants, puisqu'ils représentaient, avec 40 répondants, moins de 10 % de la population totale des internes, docteurs juniors et médecins séniors.

On met en évidence un contact non prépondérant avec un MAR dans leur sphère relationnelle : 7.7% de répondants déclarant avoir un membre de leur famille AR, et 36.5 % dans leur entourage (non professionnel et non familial).

Nous remarquons que notre cohorte n'était pas naïve de la spécialité, car 83% des répondants déclarent avoir eu un enseignement théorique sur la discipline, et 68.1% en ont une expérience professionnelle (cela signifie qu'ils y sont déjà passé en stage par exemple).

Enfin, concernant le fait de pouvoir considérer la spécialité AR comme choix de spécialité à l'issue des ECN, à la question : « Choisissez la proposition la plus pertinente selon votre opinion actuelle : J'aurais pu choisir (ou je choisirai) l'Anesthésie Réanimation à l'issue de la validation de ma 6ème année d'études médicales », le choix majoritaire s'orientait vers « tout à fait d'accord », avec 29.4% des répondants. L'AR fait ainsi partie des spécialités les plus envisagées comme choix après l'ECN, avec 43 répondants, soit 34,1% de la cohorte, encadrée par la Médecine Générale (47 répondants, soit 37,3%), la Médecine d'Urgence (35 répondants, soit 27,8%) et la Pédiatrie (21 répondants, soit 16,7% des répondants de notre échantillon).

4.1.2. Notes de RS et analyses univariées

La note de Représentation Sociale (RS) de l'Anesthésie-Réanimation retrouvée est neutre, avec une note médiane de 3 [2 - 4] avec 34.3% de note =3, (moyenne à 2.93, écart-type 1.055).

De façon plus exhaustive : on a attribué, à partir des mots en lien avec la RS du MAR de 8,1% des répondants, la note de 1 (soit très positive). A 27,9% la note de 2 (soit positive), à 34,3% la note de 3 (soit neutre), à 22,5% la note de 4 (soit négative) et à 7,2% la note de 5 (soit très négative).

Nous avons ensuite réalisé des analyses univariées, afin de déterminer s'il existait des facteurs socio-démographiques et professionnels significativement liés à une amélioration ou détérioration de la note de RS.

On a ainsi mis en évidence que la note RS semblait bien corrélée positivement avec l'accord sur le choix de l'AR comme spécialité (coefficients modérés de Sperman à 0,380 ; $p < 0,001$ et de Pearson à 0,374 ; $p < 0,001$, donc plus la personne était en accord avec le fait de considérer le choix de l'AR comme spécialité, plus sa note de RS était satisfaisante).

Il existait une différence significative de note de RS entre les répondants ayant eu une expérience professionnelle dans la spécialité (ex : stage d'externe ou d'interne en AR) et ceux qui n'en ont pas eu (respectivement note moyenne de 2,78 (1,048) contre 3,24 (1,007) ; $p < 0,001$).

On ne retrouvait toutefois pas de différence significative concernant l'enseignement théorique de la spécialité.

Il n'y avait pas de différence significative parmi les différents groupes sur la note de RS entre les étudiants en médecine, les internes/DJ et les médecins séniors, la médiane se situant à 3 dans les trois groupes (ANOVA à un facteur $F=2,012$; $p=0,135$).

Il n'existait pas non plus de différence significative entre le groupe n'ayant pas de médecin en AR dans son entourage familial ou non familial, par rapport à ceux qui en avait un (respectivement $p=0,055$ et $p=0,169$).

4.1.3. Notes de RS et analyses multivariées

Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse multivariée par régression linéaire.

On a pu se rendre compte que les deux variables apparaissant significatives dans le modèle univarié conservaient leur significativité dans le modèle de régression linéaire. Il s'agissait de la volonté de choisir MAR à la fin de la 6^{ème} année (coefficient Beta positif à 0,239 ; $p = 0,023$) ce qui signifie que plus le répondant était d'accord avec le fait de choisir MAR à l'issue du 2ème cycle, plus la RS était positive.

Il en est de même au sujet du passage en stage d'AR (autrement appelé "expérience professionnelle") avec un coefficient Beta négatif à - 0,453, $p=0,001$: on en conclut que la note de RS diminuait significativement (la RS était donc plus positive) chez ceux qui avaient réalisé un stage en AR.

Variables	Population d'étude totale (N=405)	Etudiants de 1er et 2ème cycle médical (N=126)	Internes en médecine (N=193)	Médecins séniors (N=86)
Age^a				
<i>Entre 18 et 22 ans</i>	41 (10,1)	41 (32,5)	0 (0,00)	0 (0,00)
<i>Entre 23 et 27 ans</i>	201 (49,6)	77 (61,1)	124 (64,2)	0 (0,00)
<i>Entre 28 et 32 ans</i>	113 (27,9)	5 (4,0)	67 (34,7)	41 (47,7)
<i>Entre 33 et 37 ans</i>	19 (4,7)	3 (2,4)	2 (1,0)	14 (16,3)
<i>Entre 38 et 45 ans</i>	11 (2,7)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (12,8)
<i>Entre 46 et 60 ans</i>	12 (3,0)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (14,0)
<i>Entre 61 et 70 ans</i>	7 (1,7)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (8,1)
<i>Plus de 71 ans</i>	1 (0,2)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,2)
Genre^a				
<i>Femme</i>	262 (58,225)	47 (37,3)	118 (67,40)	26 (30,2)
<i>Homme</i>	138 (34,07)	79 (62,7)	56 (32,00)	56 (65,1)
<i>Autre</i>	5 (1,23)	0 (0,00)	1 (0,5)	4 (4,7)
Avez-vous déjà eu un enseignement théorique de cette spécialité dispensé au cours de vos études médicales ou dans le cadre de votre expérience professionnelle ?				
<i>Non</i>	69 (17,03)	36 (28,6)	16 (8,3)	17 (19,8)
<i>Oui</i>	336 (82,96)	90 (71,4)	177 (91,7)	69 (80,2)
Avez-vous déjà eu une expérience professionnelle dans cette spécialité (stage par exemple) ?				
<i>Non</i>	129 (31,9)	51 (40,5)	52 (26,9)	26 (30,2)
<i>Oui</i>	276 (68,1)	75 (59,5)	141 (73,1)	60 (69,8)
Avez-vous un membre de votre famille qui est médecin AR ?				
<i>Non</i>	374 (92,3)	119 (94,4)	180 (93,3)	75 (87,2)

<i>Oui</i>	31 (7,7)	7 (5,6)	13 (6,7)	11 (12,8)
Avez-vous quelqu'un de votre entourage (non professionnel et non familial) qui est médecin AR ?				
<i>Non</i>	257 (63,5)	105 (83,3)	105 (54,4)	47 (54,7)
<i>Oui</i>	148 (36,5)	21 (16,7)	88 (45,6)	39 (45,3)
"J'aurais pu choisir (ou je choisirai) gériatrie à l'issue de la validation de ma 6ème année d'études médicales."				
<i>Tout à fait d'accord</i>	119 (29,4)	42 (33,3)	57 (29,5)	20 (23,3)
<i>D'accord</i>	78 (19,3)	24 (19,0)	39 (20,2)	15 (17,4)
<i>Neutre</i>	31 (7,7)	14 (11,1)	12 (6,2)	5 (5,8)
<i>En désaccord</i>	84 (20,7)	25 (19,8)	37 (19,2)	22 (25,6)
<i>Tout à fait en désaccord</i>	93 (23,0)	21 (16,7)	48 (24,9)	24 (27,9)
Note^a				
1	33 (8,1)	13 (10,3)	15 (7,8)	5 (5,8)
2	113 (27,9)	41 (32,5)	49 (25,4)	23 (26,7)
3	139 (34,3)	40 (31,7)	67 (34,7)	32 (37,2)
4	91 (22,5)	26 (20,6)	46 (23,8)	19 (22,1)
5	29 (7,2)	6 (4,8)	16 (8,3)	7 (8,1)
Note^b	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]

Légende

^a : effectif et fréquence n(%)

^b : médiane [1er-3eme quartile]

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des participants

4.2. Statistiques qualitatives

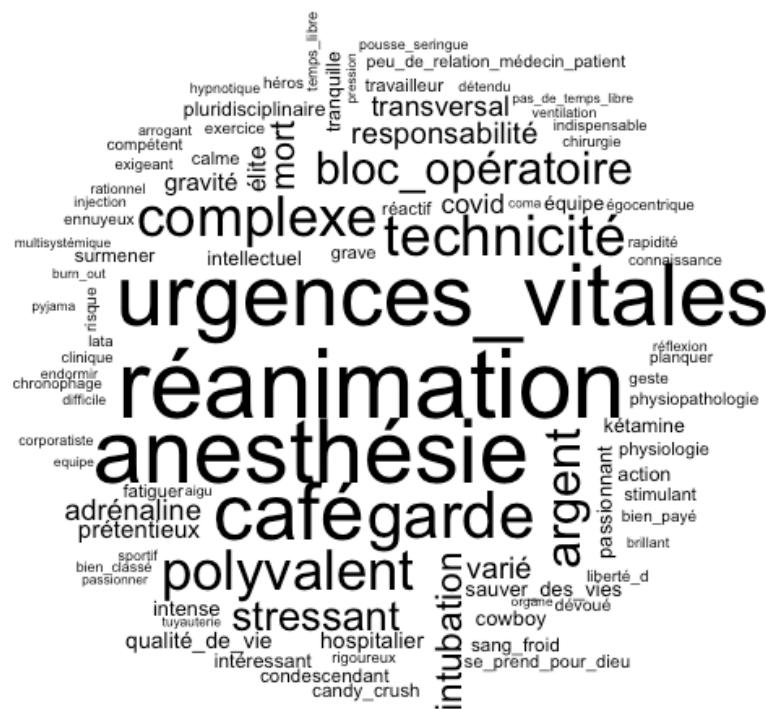
Après avoir effectué le nettoyage des données colligées, tel que nous l'avons décrit dans la partie **3. Méthodologie**, nous avons analysé les mots et expressions qui composaient le corpus étudié. Au total, le corpus de mots se composait de 1620 mots, avec 302 formes différentes.

4.2.1. Nuage de mots

Les réponses recueillies et conservées ont permis de réaliser un nuage de mots, où tous les mots ou expressions figurent avec une taille proportionnelle au nombre de fois où ils sont évoqués. Cette présentation descriptive non statistique permet d'avoir une

vision d'ensemble des résultats et de mettre en relief les expressions qui reviennent le plus fréquemment (**Figure 14**).

C'est ainsi que l'on peut se rendre compte, de façon illustrée, que les mots les plus souvent retrouvés sont : urgences vitales (83 occurrences), anesthésie-réanimation (82 occurrences), café (75 occurrences), gardes (60 occurrences), technicité (51 occurrences), complexe et polyvalent (tous deux 50 occurrences).



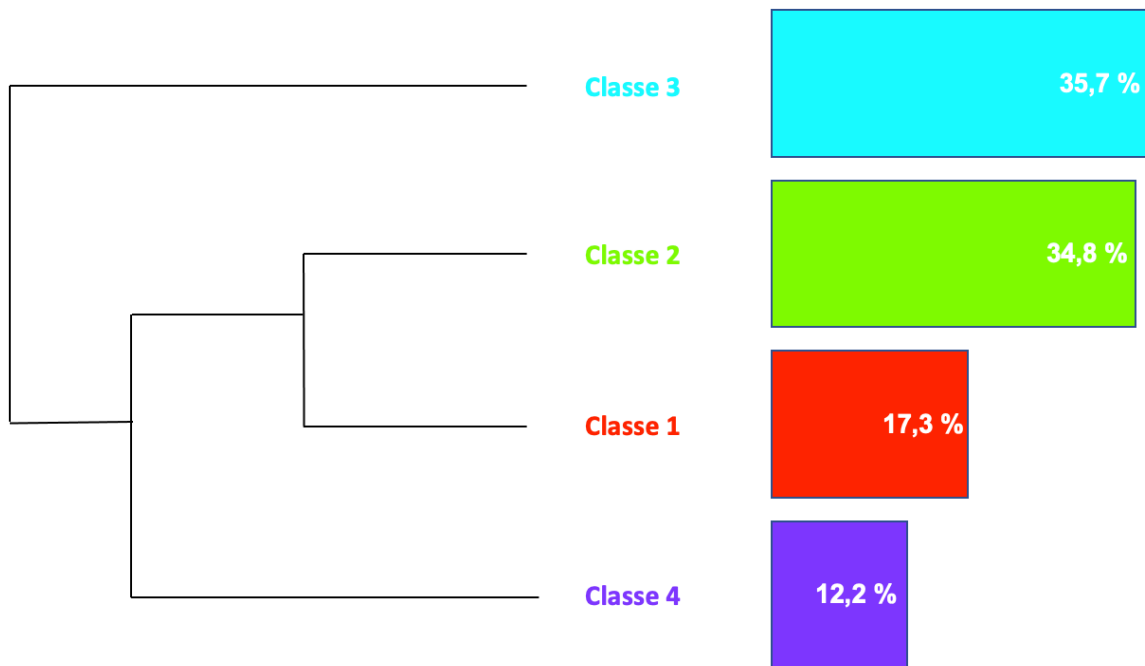


Figure 15 : Classification descendante hiérarchique

Ces classes sont ensuite représentées sous la forme d'un dendrogramme (**Figure 16**). Nous avons pu utiliser ce dendrogramme et les mots qui le composent pour en déduire le thème de chaque classe, puis pour déterminer la thématique de chaque ramification de l'arbre, afin de pouvoir procéder à une interprétation de notre corpus, selon la méthode dite de Reinert.

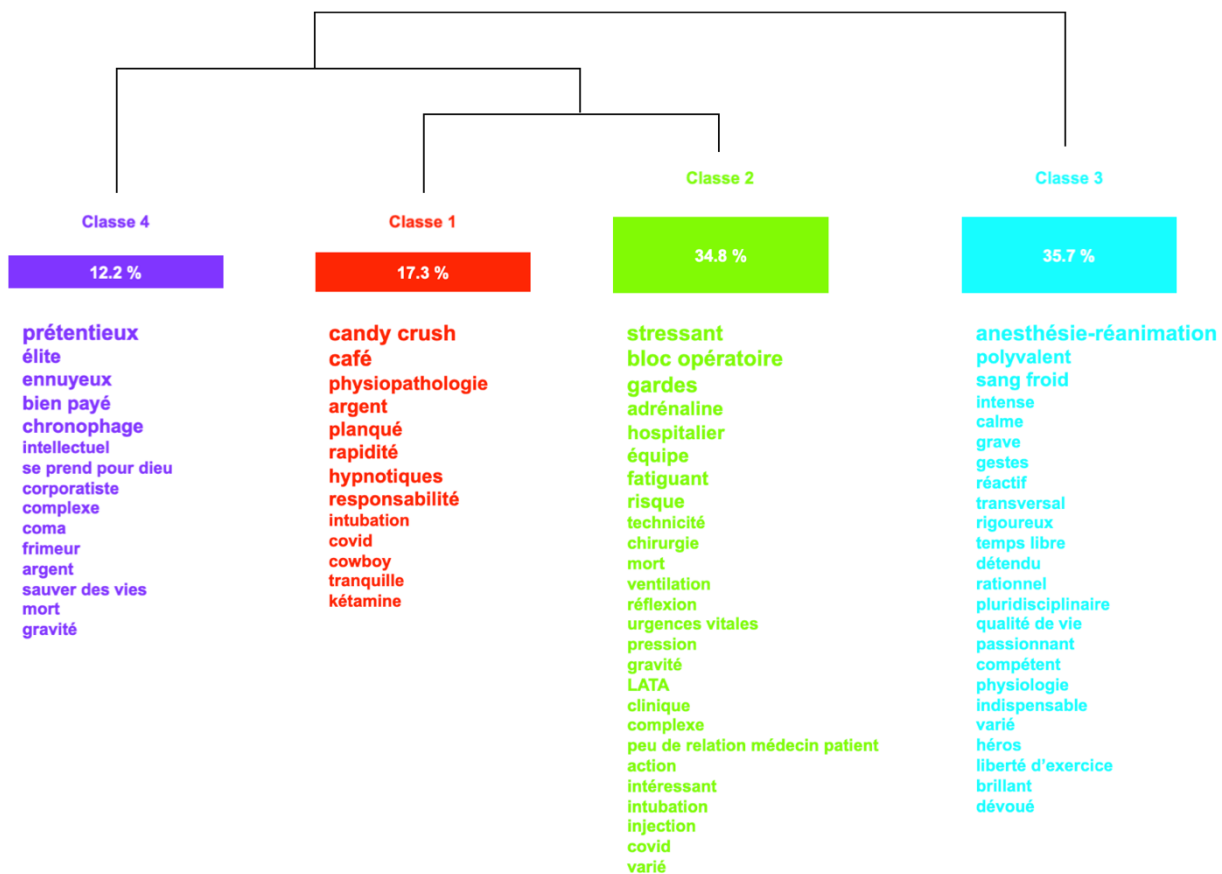


Figure 16 : Dendrogramme des classes, produit par la méthode de Reinert

La **classe 1** regroupe des mots et expressions que l'on interprète comme la **satire subjective du quotidien du MAR**. "Café", "Candy Crush", "Argent", mais aussi "Planqué" sont des stéréotypes relativement négatifs que l'on entend facilement dans notre quotidien, notamment à travers les blagues vindicatives des autres spécialités vis - à - vis du MAR.

La **classe 2** est plus neutre, et représente de façon plus nuancée le **pragmatisme objectif du quotidien du MAR**. Celui-ci oscille entre "gardes" et "urgences vitales", "clinique" ou "hospitalier", variant entre "l'action" amenant de "l'adrénaline" et des

situations "complexes" telles les "LATA", pouvant dessiner un quotidien parfois "fatigant", même si "intéressant" et "varié".

La **classe 4** se veut rassembler les **clichés et stéréotypes du comportement général du MAR**. Celui-ci serait "prétentieux", "frimeur", aurait le sentiment d'appartenir à "l'élite", potentiellement du fait d'être "bien classé". Plus marquant encore, il "se prendrait pour dieu", un droit qu'il s'octroie parce qu'il a le sentiment de "sauver des vies" ?

Et enfin, la **classe 3**, se dissociant de toutes les autres, dans laquelle on a le sentiment de voir regroupées les **qualités professionnelles, personnelles et humaines du MAR**, décrit comme "compétent" voire "indispensable", "transversal" et "polyvalent", "compétent" et "dévoué", le rendant "indispensable", tel un véritable "héros".

Les classes 1, 2 et 4 se détachent nettement de la classe 3. La classe 1 (17,3% du corpus) et la classe 2 (34,8%) sont les plus proches dans notre dendrogramme, parce qu'elles représentent toutes deux un thème secondaire commun, à savoir une vision différente d'un même quotidien. On peut relever le fait que la satire prend statistiquement moins de place que la conception plus objective et pragmatique.

Moins proche mais se ramifiant tout de même avec les classes précédentes, la classe 4, la moins importante en terme numérique (12,2% du corpus de mots), se présente sur une note plutôt comportementale du MAR tel qu'il est perçu à travers les stéréotypes négatifs de ses pairs.

La plus grande branche de la CDH est la classe 3, elle représente 35,7 % du corpus et se démarque très franchement des autres classes. Il est intéressant de remarquer que, si elle est la plus éloignée des trois autres classes, du fait de comporter exclusivement des mots et expressions positives du MAR, elle reste la plus importante en termes de lemmes (35,7% du corpus de mots).

Pour finir notre analyse du contenu, IRaMuTeQ nous permet d'effectuer une Analyse Factorielle par Correspondance (AFC) (**Figure 17**).

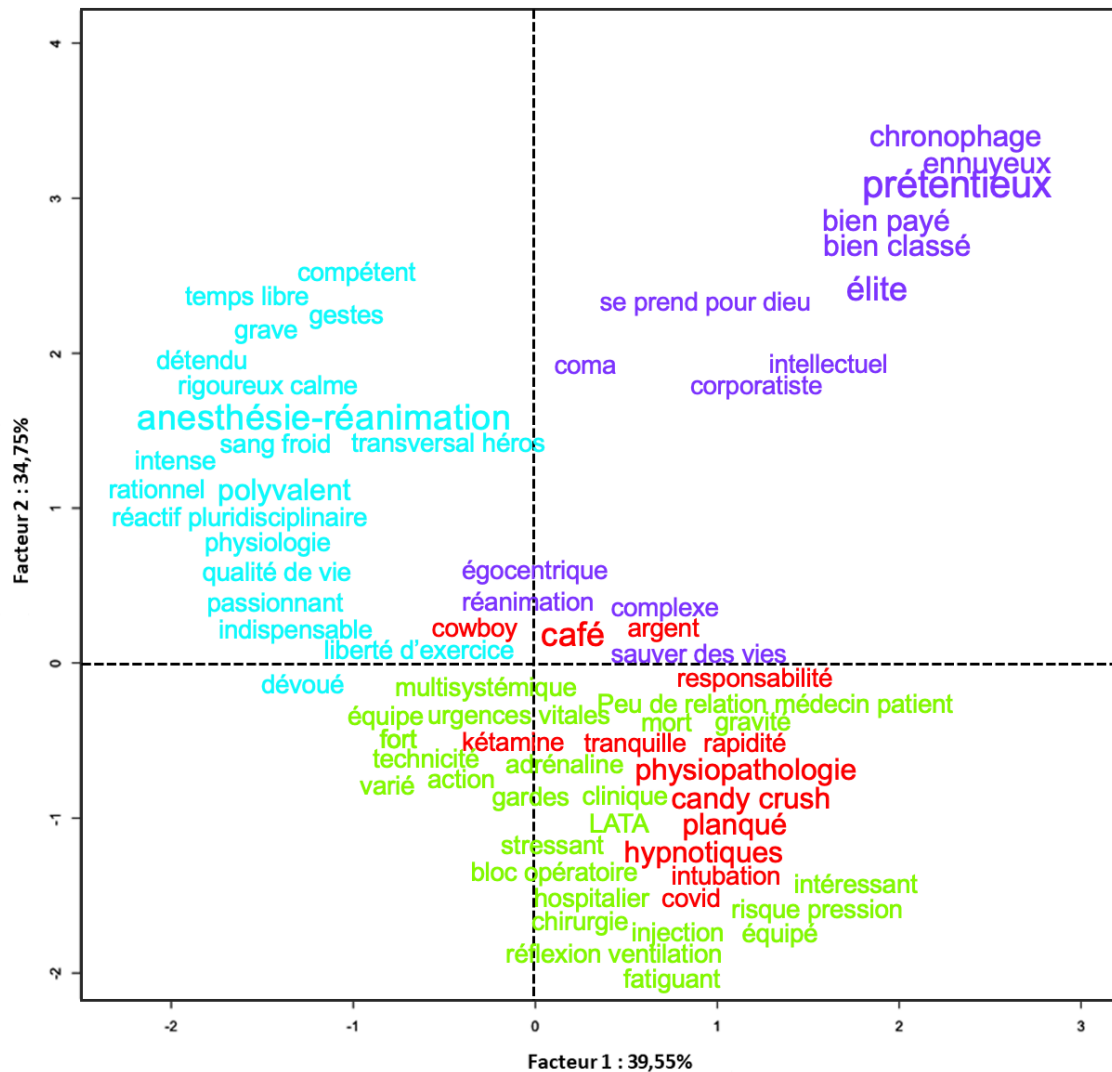


Figure 17 : Analyse factorielle par correspondance et positionnement des classes de mots

Cette figure correspond à ce que l'on appelle un plan factoriel, qui permet de visualiser à la fois le contenu des différentes classes (où les formes et expressions associées au MAR sont représentées de différentes couleurs selon la classe à laquelle elles sont les plus associées dans le dendrogramme), et également la distance ou la proximité de ces termes entre eux, afin de rendre visuellement compte de liens entre certains nuages de mots.

On peut voir sur cette figure le pourcentage d'informations résumées par chaque facteur, de façon équilibrée. Pour rappel, il n'y a pas de définition concrète de ces facteurs. Le facteur 1, en abscisse, comporte 39,55 % de la masse du corpus et le facteur 2, en ordonnée, regroupe 34,75 % de la masse du corpus. La somme de ces facteurs, retenue à l'issue de cette analyse, représentait 74,3 % de la variance totale, ce qui montre une bonne pertinence de l'AFC pour l'étude du corpus.

Cette analyse permet de mettre en évidence, de façon globale, une répartition cohérente avec la CDH. Elle confirme en effet l'analyse du dendrogramme en illustrant les oppositions selon une abscisse et une ordonnée. On a le sentiment que ce sont les classes 3 et 4 qui s'opposent le plus, les classes 1 et 2 donnant plutôt l'impression de se mélanger. Il est alors intéressant de se focaliser sur les abscisses. Plus l'abscisse se situe sur la droite, et plus les termes sont négatifs. A l'inverse, plus on se situe vers la gauche et plus l'on va sur le positif. Cela correspond bien à ce que l'on notifiât déjà d'après le visu du dendrogramme : les classes 1 et 2 se partageant différentes facettes d'un même quotidien. Toutefois la classe 1, plutôt à droite, représentait le quotidien dit "satirique", tandis que la routine plus appréciative se retrouvait à gauche. Concernant l'ordonnée, on a l'impression que les ordonnées basses concernent des compétences, un savoir-faire du quotidien, tandis que les ordonnées hautes s'articulent autour d'un savoir-être, d'une personnalité. Ces dernières regroupent donc les classes 3 et 4 : en haut à droite pour les évocations d'un comportement négatif, en haut à gauche pour les représentations d'attitudes flatteuses.

4.2.3 Analyse de la structure du corpus de mots

Dans un deuxième temps, le logiciel IraMuTeQ nous permet d'effectuer une analyse prototypique afin de préciser la structure de la RS, correspondant à la **Figure 18**.

<= 2.47 Rangs > 2.47

	Zone du noyau	Première périphérie
< 6.57 Fréquences >= 8.57	urgences_vitales-83-2.2 anesthésie-réanimation-82-1 café-75-1.9 complexe-50-2.4 polyvalent-50-2.2 bloc opératoire-39-2.4 adrénaline-21-2.2 élite-17-2.4 hospitalier-14-2.3 intense-12-2.4 sauver_des_vies-12-2.2 tranquille-11-2.3 action-11-2 condescendant-10-2.2 se_prend_pour_dieu-9-2.1 travailleur-9-2	gardes-60-2.6 technicité-51-2.7 argent-43-2.5 stressant-34-2.5 intubation-29-2.7 mort-27-2.8 varié-22-2.8 transversal-20-2.5 responsabilité-20-2.5 covid-19-2.5 gravité-16-3.1 prétentieux-16-2.5 qualité_de_vie-14-2.9 réanimation-12-2.7 passionnant-12-2.6 cowboy-12-2.7 intellectuel-11-2.9 kétamine-11-2.8 équipe-11-2.7 intéressant-11-3 surmené-10-2.5 candy_crush-10-2.9 sang_froid-10-2.7 pluridisciplinaire-10-2.5 fatigant-9-2.7 stimulant-9-2.6 physiologie-9-2.7
	Elements contrastés	Seconde périphérie
	planqué-7-2.1 ennuyeux-7-2.3 bien_payé-7-2 égocentrique-6-2 exigeant-6-1.8 rigoureux-6-2.3 chirurgie-6-2.3 arrogant-5-1.6 sportif-5-2 aigu-5-1.2 hypnotiques-5-2 réflexion-5-1.6 fort-5-1.8 pas_de_temps_libre-4-2.2 spécialiste-3-1.3 anticipation-3-2 prenaant-3-1 respirateur-3-2.3 efficace-3-2 sciences-3-1.7 pénurie-3-2.3 dynamique-2-1 palpitant-2-2 santé_mentale-2-2 bleu-2-1 courageux-2-1 assurance-2-2 temps-2-2 pause-2-2 liberté_d'exercice-2-1 sommeil-2-2 visites-2-1	peu_de_relation_médecin_patient-8-3.6 physiopathologie-8-3.4 dévoué-8-2.8 gestes-7-3.1 héros-7-3.3 compétent-7-2.7 risque-7-2.7 rapidité-6-2.5 lata-6-3.2 clinique-6-3 indispensable-6-3.3 connaissances-6-2.5 temps_libre-6-3 chronophage-6-3.8 injection-5-3 difficile-5-3 endormir-5-2.6 ventilation-5-3.6 bien_classé-5-3 brillant-5-2.8 détendu-5-2.6 corporatiste-5-3.4 rationnel-5-2.8 liberté_d'exercice-5-3 pousse_seringue-5-3.4 pression-4-2.8 tuyauterie-4-2.8 burn_out-4-2.5 coma-4-3.5 multisystémique-4-2.5 passionné-4-3

Figure 18 : Analyse prototypique du corpus de mots

Le corpus de mots est ainsi découpé en quatre groupes, en fonction de deux paramètres :

- leur fréquence relative (de très fréquemment cité à rarement mentionné, la fréquence moyenne d'occurrence de mots étant de 8,57)

- leur rang relatif parmi les quatre mots (rang élevé versus rang faible, le rang médian des mots parmi les 4 mots cités étant de 2,47).

Cela crée 4 cases que nous qualifions successivement de zone centrale (la plus fréquente et hautement classée), de première périphérie (fréquente mais de faible rang), d'éléments contrastés (rares mais de haut rang) et de seconde périphérie (rare et de faible rang, d'importance relativement limitée).

Dans notre étude, la **case 1** ou **zone centrale**, regroupant les termes ayant à la fois une moyenne de fréquence supérieure à 8,57 et un rang d'importance supérieur à 2,47, est composée de 16 mots (soit 3,9% du corpus). Elle représente ce que l'on appelle le noyau central de la représentation sociale de l'AR. Elle regroupe des termes très positifs personnalisant le MAR comme "super-héros" de l'urgence. En effet, le terme « urgences vitales » arrive en première position (83 évocations, et une moyenne d'importance de 2,2), encadré par d'autres tels que « adrénaline, sauver des vies, action, élite, intense ». Un MAR "super-héros" toutefois indissociable du monde dans lequel il évolue avec la notion de « hospitalier », « bloc opératoire ». Et ceci grâce à son breuvage notoire, le célèbre « café » de l'anesthésiste (le troisième mot le plus cité, avec 75 évocations). Pour rester dans l'allégorie du héros, celui-ci reste toutefois à la frontière de l'arrogance, en étant « condescendant », avec la fâcheuse tendance de se « prend[re] pour Dieu ».

La **case 2** représente **les éléments périphériques** de la représentation sociale du MAR, dont la fréquence est supérieure à 8,57, mais d'importance moindre (rang d'évocation supérieur à 2,47). Elle regroupe quant à elle des termes parfaitement neutres et objectifs de la routine professionnelle du MAR tels que « technicité, intubation, covid, réanimation, kétamine, pluridisciplinaire, physiologie » mais également une dimension plus péjorative des contraintes du quotidien du MAR, comme on peut le voir à travers les termes « gardes, stressant, mort, responsabilité, gravité, surmené, fatigant » et, de façon intéressante, une relative occurrence des termes railleurs « cow-boy » et « Candy Crush », respectivement cités 12 et 10 fois.

La **case 3** regroupe **les éléments dits contrastés**, à savoir des évocations à la fréquence d'évocation faible mais au rang d'importance élevé. Elle ne met pas en avant de thématique particulière, mais une dichotomie semble s'en dégager. Des traits ayant trait à un quotidien professionnel du MAR stéréotypé de façon négative « planqué, ennuyeux, prenant, pas de temps libre ») s'opposent à des adjectifs plutôt mélioratifs (« Rigoureux, Dynamique, Palpitant, Fort, Sportif, Courageux »), encadrés par termes plutôt neutres tels que « chirurgie, hypnotiques, respirateur, sciences,

sommeil, visites ». Cette catégorie semble indiquer qu'il existe une grande variété dans l'image que renvoie le MAR à la classe médicale française.

La **case 4** représente la **seconde périphérie** et recense les termes à fréquence et rang d'importance faible. Ces réponses peuvent donc soit refléter de façon lointaine la représentation que se font ses pairs du MAR, soit être alléguées par défaut du côté des répondants.

5. Discussion

Notre étude est la première à rendre compte de la RS et des stéréotypes des MAR de la part de leurs pairs en France, et la première à l'échelle nationale par rapport à ce qui est retrouvé dans la littérature.

C'est l'occasion de se rendre compte que la représentation sociale du MAR n'est pas particulièrement bonne parmi ses confrères. Une note de RS "neutre", construite avec des termes très ambivalents, regroupant à la fois des qualificatifs élogieux, contrebalancés par des adjectifs assez hostiles.

Nous avons mis en évidence que le contenu de la représentation sociale du MAR s'articulait autour de 2 grands thèmes.

D'un côté un quotidien tantôt satirisé, tantôt énoncé de façon purement factuelle.

D'un autre côté, une façon d'être qui semble s'articuler entre qualités professionnelles et personnelles reconnues, mais également attitudes déplaisantes voire clichés tournés au ridicule, formant une vision du MAR à travers deux prismes bien distincts.

La structure de la RS du MAR, d'après les analyses prototypiques et l'analyse du noyau central de la RS serait le médecin des « urgences vitales », de « l'action » et de « l'adrénaline ». Il est glorifié par son action de « sauver des vies ». Toutefois, il est important de mettre en exergue les éléments contrastés de la RS, pointant le fait qu'une fraction des pairs attribue en premier plan aux MAR un côté « égocentrique » et « arrogant » ; tandis que d'autres assimilent de façon forte son activité à un travail « ennuyeux » et « planqué ».

Il semble donc exister des éléments positifs dans la RS des MAR, mais aussi des stéréotypes, pouvant nuire à l'attractivité de la spécialité.

5.1. Une représentation sociale similaire jusqu'au-delà des frontières

Dans la littérature internationale, on retrouve deux enquêtes qualitatives récentes s'intéressant également à la représentation sociale des médecins anesthésistes. La première, réalisée en à Hambourg, recueillait les stéréotypes d'étudiants en médecine germaniques, entre le 1^{er} et le 12^{ème} semestre, de 2014 à 2017. Selon eux, les anesthésistes « *seraient toujours en pause* », « *un peu lents "à la détente"* », « *souvent oisifs* ». (Voir **Figure 19**) (22)

Characteristics per specialty

Anesthetists

are always on a break.
often appear to be idle.
are a bit slow on the uptake.
only look at patients with "algorithms".
keep patients alive.
administer treatments that are wearing on the patient.

Figure 19 : Termes rapportés par l'étude de Sigrid Harendza et al., 2017 (22)

Dans la seconde, on demandait à 63 étudiants en médecine anglais le premier adjectif qui leur venait à l'esprit lorsqu'ils pensaient à un médecin travaillant dans plusieurs spécialités, dont l'AR.(23)

On retrouve Outre-Manche des termes similaires à ceux de notre corpus de mots (voir **Figure 20**) : « *paresseux, cool, détendu, endormi, passif, ennuyeux* ».

des Soins Intensifs (MSI), c'est un complément de spécialité à laquelle peuvent postuler de nombreuses spécialités médicales (dont l'anesthésie), selon des critères propres à chaque pays (le nombre d'années supplémentaires dépendant de la spécialité d'origine aux Etats-Unis, fixées à 2 ans pour tous en Allemagne, etc.) (24) (25). C'est un fonctionnement similaire à celui qui prévalait sur notre territoire avant l'abolition des DESC, notamment celui de réanimation médicale.

L'autre facteur explicatif que l'on semble percevoir est une différence de notoriété entre Anesthésie et Réanimation, asymétrique, avec un prestige plutôt porté vers la Réanimation, comme on peut le voir dans un témoignage d'un essai sociologique sur l'AR (8) : « *Les réanimateurs avaient une aura. Chez les anesthésistes, celui qui réussissait, il était réanimateur ; celui qui ne réussissait pas, il était anesthésiste. Là, on ne jouait pas dans la même cour, c'est sûr* ». On peut facilement avancer le postulat que dans notre étude également, il est possible que l'on retrouve cette opposition de thématiques entre paresse et condescendance également du fait de l'attribution respective à l'un ou l'autre de ces deux domaines composant la spécialité du MAR, qui veut pourtant s'unifier sur cette double compétence.

5.3. Recherche de déterminants de cette RS et des leviers pouvant permettre son amélioration

Comment expliquer la véhémence retrouvée dans les connotations péjoratives à l'encontre de l'AR, contradictoire avec son attractivité à l'examen national classant ?

En effet, dans la classe 4 de notre dendrogramme, qui se veut rassembler les clichés et stéréotypes du comportement général du MAR, on soulève une attitude de supériorité qui semble résonner de façon déplaisante. Celui-ci se sentirait dans « l'élite » voire « se prendrait pour Dieu » parce que « bien classé » ?

Il est intéressant d'y relever une originalité bien singulière. En effet, on a pour habitude de craindre, dans la majorité des études qualitatives avec évocation spontanée, ce que l'on appelle un biais de désirabilité sociale. Celui-ci est défini comme la tendance qu'ont les individus à vouloir se présenter sous un jour favorable (Hays, 1989) et à ne pas reporter des informations qui les feraient mal voir (Fisher, 1993).(26)

On a l'impression ici qu'à l'inverse, les répondants souhaiteraient faire remonter ce comportement entraînant un sentiment d'asymétrie relationnelle avec d'autres spécialités médicales. Nous rappelons qu'il existe une forte proportion de médecins généralistes, de médecins urgentistes et de psychiatres dans notre population (Voir **Annexe 2**). Or, on retrouve dans de nombreux témoignages des relations conflictuelles entre MAR et médecin urgentistes, ces derniers étant souvent qualifiés « d'incompétents » (23) par le médecin réanimateur évaluant le patient en SAU, qui oublie par ailleurs fréquemment que le flux de patients y est autrement différent qu'en réanimation, laissant moins de temps pour la méticulosité et la rigueur... Pour ce qui est de celle entre MAR et médecins généralistes, il est souvent évoqué le sentiment de toute puissance technologique du MAR, possédant un vaste plateau technique à l'hôpital, en totale opposition avec un médecin généraliste dans un cabinet plus ou moins isolé. Et enfin, concernant les psychiatres, on peut mentionner l'exemple frappant du retour de ces derniers concernant les patients ayant fait une IMV - et qui peuvent alors se retrouver en réanimation pour coma médicamenteux - arguant une ignorance du statut psychologique de la victime par le MAR.(27)

Enfin, la classe 1, qui évoque la satire du quotidien, regroupant la perception de l'anesthésiste comme étant fainéant et inefficace (« Planquer, Détendu, Tranquille ») accumulant les « pauses, café », un professionnel « pousse-seringue » allant même jusqu'à jouer à « Candy Crush » sur son temps de travail... Par similitude à la thèse de Maurin et al., le parallèle avec sa fonction d'endormir les gens est rapidement fait avec la notion d'être « *payé à ne rien faire* » (7), En effet, le terme argent est revenu assez régulièrement dans notre verbatim, avec 43 occurrences. Il est intéressant de relier cette notion à une réalité démographique et politique : la pénurie provoquant la cherté, l'anesthésie promet aujourd'hui les meilleurs revenus moyens de toutes les spécialités médicales, juste après la radiologie mais devant la chirurgie. (8) Cela peut notamment contribuer à des velléités provoquant une certaine défiance vis à vis de cette spécialité décrite comme très lucrative, d'autant plus que la richesse est généralement considérée en France comme un trait relativement négatif. (28)

En outre, on retrouve dans la littérature médico-sociale la théorie selon laquelle la genèse des stéréotypes proviendrait souvent de la méconnaissance (29).

C'est le cas, à l'hôpital et en dehors, des anesthésistes français, couramment désignés sous le sobriquet de « machines à café » ou « gaziers ». Alors qu'ils étaient souvent interpellés par la presse et la télévision dans les années 1980, à la suite des « accidents d'anesthésie » (30), la sécurisation des procédures les a relégués dans l'oubli médiatique, avant le récent « coup de projecteur » rendu possible par la pandémie de Covid.

En 2003, J-F. Lamberto et al. publient dans le MAPAR un essai au titre provocateur Je ne me souviens plus du nom de mon anesthésiste ! (31), dans lequel ils étudient ce problème de la méconnaissance de l'identité de l'anesthésiste. Il est ainsi mis en évidence que les patients mémorisent le nom du chirurgien nettement plus fréquemment (60 %) que celui de l'anesthésiste (15 %). (32)

Tendance retrouvée chez nos voisins européens : un sondage anglais publié dans le Lancet révèle même qu'un tiers du public ignorait en 2010 que l'anesthésie était pratiquée par un médecin ! (33)

Cela peut avoir une certaine logique dans le sens où le patient n'est, à priori, pas appelé à revoir l'anesthésiste puisque son mode d'exercice ne suppose pas de suivi. En raison d'une organisation tournante, un anesthésiste consulte, un deuxième endort et un troisième effectue les soins de suite, confirmant ainsi l'impression d'interchangeabilité et de « substituabilité » du MAR, contrairement au chirurgien. On retrouve ainsi ces notions dans la classe 2 de notre dendrogramme, représentant le pragmatisme du quotidien, comportant « peu de relation médecin-patient ».

On peut donc facilement supputer qu'à leur entrée dans les études médicales, les futurs internes ne connaissent pas vraiment le rôle de l'anesthésiste. A la différence d'autres spécialités plus médiatisées dans des films ou séries médicales, telles que la Médecine d'Urgence ou la Médecine Interne, respectivement incarnées par Doug Ross ou Dr House ! (29)

Qu'est-ce qui pousse alors pourtant les étudiants à être pourtant de plus en plus nombreux à choisir cette spécialité ? Dans notre population d'étude, l'AR fait ainsi partie des spécialités les plus envisagées comme choix après l'ECN, avec 43 répondants, soit 34,1% de la cohorte.

Une étude observationnelle et transversale réalisée en 2014, interrogeant quelques 1821 internes DESAR sur le territoire national avec la question suivante : « *Pourquoi avoir fait le choix de la spécialité Anesthésie-Réanimation à l'issue de l'examen classant national ?* » (34), nous donne quelques éléments de réponse, en dressant un "portrait" de l'interne DESARMPO.

Il en ressort que le choix de l'AR est voulu et assumé, résultant de représentations réelles ou supposées qu'avait l'étudiant à propos de l'AR avant de faire son choix, mais avec une certaine méconnaissance initiale du milieu médical et de la discipline anesthésique. En effet, seulement 6 % ont des parents médecins anesthésistes-réanimateurs, ce qui est parfaitement concordant avec les résultats de notre étude, où 7,7% des répondants déclarent un MAR dans leur famille.

Cette même étude met en lumière le poids de l'expérience pratique dans la spécialité en amont : 86% de leur population de DESAR avaient été externes en réanimation, 44 % en anesthésie ; et 90 % ont fait des rencontres décisives les motivant pour l'AR. Ces résultats sont plutôt en accord avec notre étude, où 68.1% des répondants y relatent une expérience professionnelle.

On a donc le sentiment que le fait de passer en stage est un premier élément de réponse, avec une bonne corrélation significative sur la note de RS, et donc par extension le fait de possiblement vouloir choisir la spécialité. Et cela se retrouve également dans la littérature internationale, où l'on objective que, de nos jours, les stéréotypes sont plus susceptibles d'exister dans les spécialités auxquelles les étudiants sont peu exposés au cours de leur formation. (29)

Il peut être utile de mentionner toutefois que l'association entre la note de RS et la formation théorique n'est pas retrouvée significative, alors même que 83% des répondants déclarent avoir eu un enseignement théorique sur la discipline. L'occasion de rappeler que l'anesthésie ne représente que 3 items de compétences ... sur les 362 opposables aux ECN ! Réinvestir autrement et de façon plus optimale la sensibilisation théorique sur notre spécialité à l'heure de la réforme du deuxième cycle et de la reconstruction des modalités des épreuves classantes pourrait être également une piste d'avenir.

Enfin, un levier permettant d'améliorer la RS nous a été apporté par l'actualité récente, à savoir la projection médiatique de la spécialité dans le contexte de la pandémie de Covid. Celle-ci a fait « sortir des blocs opératoires » des MAR ayant jusqu'alors une activité exclusive d'anesthésie, venant prêter main forte à leurs collègues réanimateurs. Dans cette tribune du Monde : Covid 19, le jour d'après : l'anesthésie-réanimation, l'une des spécialités au cœur du système de soins (35), il est évoqué le fait que « *l'anesthésie-réanimation est une spécialité souvent mal identifiée du grand public, parfois restreinte à sa portion anesthésique alors qu'elle est anesthésie et réanimation* » et que cette crise a permis une meilleure information de la population à ce propos. Mais cela aurait également permis un autre regard sur les MAR vis-à-vis de leurs confrères médecins, qui ont pu s'apercevoir de leur « *polyvalence, qualitative et fonctionnelle, quel que soit le contexte – urgent ou programmé* ». Un MAR qui ne se fonde pas uniquement « *dans le décor des blocs opératoires, des salles d'endoscopie, des salles de réveil et des réanimations* ». Mais qui, tour à tour, « *endort, réveille, analgésie et réanime les patients* », permettant une « *plasticité de notre système de soins en cas de besoin, grâce à ses fonctions transversales* ». C'est par ailleurs dans une volonté de mettre à profit ces multiples compétences que la réforme de 2017 a officialisé la valence Médecine Péri Opératoire, incitant les MAR à aller plus fréquemment dans les services, pour retrouver cette historique casquette de « *médecin généraliste de l'hôpital, avec un rôle indispensable dans la continuité des services par l'appropriation des savoirs relatifs à l'étiologie générale du malade sur lequel s'accomplit une série d'actes fragmentés* ». (8)

Cette image de MAR « salvateur » se retrouve bien dans le noyau central de la RS personnifiant le MAR en super-héros qui « sauve des vies ». En outre, la classe 3 regroupant les termes élogieux sur le MAR est la plus importante en termes de pourcentage de mots, ce qui peut finalement corroborer l'idée d'une vision finalement plutôt méliorative de la spécialité Anesthésie Réanimation !

L'année 2020 et la mise en avant des MAR s'est très nettement fait ressentir sur le choix de la spécialité sur les années suivantes, le nombre d'étudiants la choisissant dans les 1000 premiers aux ECN étant passé de 92 en 2016 à 164 en 2022. (6)

En effet, on retrouve en 2021 dans le portrait des néo-DESAR cette volonté de gestion des urgences vitales médico-chirurgicales, ainsi que la transversalité des

connaissances, qu'ils assimilaient au fait de « faire une activité passionnante au quotidien ». (34)

5.3. Forces et Limites de notre étude

Concernant les forces de notre étude, il s'agit tout d'abord de la première étude qualitative avec un nombre important de participants sur le sujet de la RS et des stéréotypes du MAR en France.

En outre, ces participants regroupaient à la fois des étudiants de premier et deuxième cycle, mais également des internes et docteurs juniors, ainsi que des médecins séniors, permettant d'avoir accès à une vision plutôt globale, et le plus exhaustive possible, sur l'opinion des pairs. Cela a également deux autres avantages : permettre de lisser une possible modification de la RS du MAR au fil des années et générations en confrontant internes et séniors (cela est d'autant plus vrai que l'AR est une spécialité jeune ayant beaucoup évolué, sur le plan de l'activité, du champ de compétences ou des technicités sur les dernières années, et sa représentation ainsi que ses pratiquants ont évolué en parallèle). L'autre avantage est le fait qu'interroger des étudiants en médecine donne accès à une vision plus "naïve" de participants n'étant pas encore pleinement entrés dans le milieu hospitalier et permettant d'extrapoler la représentation du MAR en dehors des murs de l'hôpital.

On remarque par ailleurs une similarité démographique de notre population par rapport au territoire national. Ainsi, l'AR n'échappe pas à la tendance, désormais pérenne, de la féminisation du corps médical. Au 1^{er} Janvier 2021, le CNOM décomptait 38% de femmes (elle est de 49,8% pour l'ensembles des autres disciplines), ce qui est cohérent avec la part importante de femmes dans notre cohorte. (36)

De la même façon, ce qui a été trouvé dans la littérature antérieure en ce qui concerne le fait d'avoir un proche pratiquant de l'AR (34) est semblable à notre étude (respectivement 6 % contre 7.7%). C'est une notion bien convenante : le fait de pouvoir supposer que la représentation sociale qu'ils ont du MAR est bien façonnée par leurs études médicales et/ou leur pratique professionnelle, sans être (trop) influencée par des contacts personnels avec la spécialité.

Par ailleurs, sur les 405 répondants, seulement 40 sont anesthésistes-réanimateurs soit un peu moins de 10% des répondants totaux. Parmi eux, 8 ont choisi sciemment

de répondre aux questions en rapport avec la RS du MAR et tous les autres se sont vu attribuer de répondre aux questions de RS du MAR de façon aléatoire. Le biais de sélection de cette part qu'on aurait pu redouter est donc minime.

Enfin, la méthode de l'évocation que nous avons utilisée est déjà reconnue, et utilisée de nombreuses fois pour étudier la représentation sociale de divers sujets.

Les méthodes statistiques utilisées étaient cohérentes, et la somme des facteurs 1 et 2 dans l'AFC représente 74,3 %, soit plus de 70% de la variance du phénomène, ce qui est un critère de qualité.

Une fois ces forces énoncées, il s'agira d'avancer également les faiblesses propres à la méthodologie de notre étude, ainsi que des biais difficilement affranchissables. Tout d'abord, la majorité de notre population est composée d'internes et d'étudiants en médecine. On peut aisément l'expliquer, notamment par le caractère de diffusion de notre questionnaire, sur différents réseaux sociaux ou par mail via les réseaux des instances de l'ANEMF et de l'ISNI, qui sont toutes deux des syndicats composés et s'adressant respectivement aux étudiants médicaux et internes. Cela représente un biais d'échantillonnage de notre population d'étude. En outre, les réponses aux questionnaires étant effectuées sur la base du volontariat, cela laisse présupposer un quelconque intérêt des répondants sur cette thématique particulière, et donc un biais à la représentativité de l'échantillon d'étude, ce qui est une limite bien connue dans ce type d'étude. Dans les études citées précédemment (23) (37), la recherche des stéréotypes se faisait à l'aide de questionnaires imposés à l'intérieur des facultés de médecine, permettant un calcul de taux de réponses et augmentant ainsi la validité externe en rendant l'échantillon plus représentatif.

Par ailleurs, différentes étapes dans la construction de notre étude faisaient appel à notre subjectivité : il s'agit du « nettoyage » de la base de données, avec une recherche de synonymes pour homogénéiser les réponses (et ainsi procéder à la lemmatisation), l'attribution de la note de RS de 1 à 5 pour en créer une variable selon l'échelle de Lickert, et l'attribution de thèmes aux différentes classes du dendrogramme et aux facteurs de l'AFC. Il est difficile, à l'heure actuelle, de s'épargner cet octroi de partialité dans une étude qualitative, qui pour le reste bénéficie de l'objectivité de recherches d'occurrences via un logiciel dédié. En outre, nous rappelons la volonté de limiter le plus possible cette part de subjectivité en procédant

au traitement du corpus de mots et à l'attribution des notes par deux relectrices (l'une étant en DESAR et l'autre issue d'un autre DES pour plus d'objectivité), de façon séparée. S'il y avait discordance dans le management des données, un troisième relecteur pouvait être sollicité.

Enfin, notre étude est limitée aux intervenants français et est probablement assez spécifique du système médical français. Il est d'autant plus important de le souligner que la spécialité anesthésie-française telle que nous le connaissons sur notre territoire est une véritable spécificité assez unique en Europe et au-delà, comme nous l'avons explicité précédemment, attestant qu'un processus social, déterminé par une série de variables propres au contexte français, a contribué au développement de cette spécialité sous les formes que nous lui connaissons. (38)

CONCLUSION

Notre étude a montré que la RS du MAR auprès de ses pairs comportait des éléments positifs, principalement en lien avec les qualités intrinsèques personnelles et professionnelles du MAR, décrit comme quelqu'un d'intellectuel et polyvalent. Celles-ci se confrontent toutefois à certains stéréotypes plus négatifs en lien avec un quotidien souffrant de beaucoup de clichés, sous le thème principal de la fainéantise, et des critiques comportementales sur un versant privilégié de condescendance. Ces traits négatifs semblent donc surtout liés à une mauvaise connaissance et la persistance de nombreux préjugés sur la spécialité. Cette observation est contradictoire avec une forte attractivité de l'AR aux Examens Classants Nationaux, montrant une ambivalence vis à vis de notre discipline. Il est nécessaire de trouver des moyens d'actions pour améliorer la connaissance de la richesse d'exercice du MAR, jeune spécialité dynamique semblant toutefois souffrir encore d'une « crise de crédibilité », notamment de par son histoire. Cette première étude du genre en France à évaluer la représentation sociale et les stéréotypes autour du MAR par les étudiants, internes en médecine et médecins séniors, nous aura donc permis d'imaginer plusieurs leviers d'actions possibles pour combattre ces idées préconçues. On retiendra le fait de favoriser le passage en stage d'AR pour les étudiants de premier ou deuxième cycle d'études médicales, mais également d'étoffer les apports théoriques dispensés au

cours de ces cycles. L'actuelle réforme de second cycle peut présenter une occasion idéale de ré-organisation et d'enrichissement de ces enseignements. Il s'agira également d'augmenter sa visibilité via l'augmentation des moyens de communication sur la spécialité, de façon locale mais aussi nationale, auprès des pairs mais également du grand public. Cela peut être rendu possible par le dynamisme de nos sociétés savantes et de nos syndicats, mais également par l'intermédiaire de supports plus médiatiques. L'actualité récente, au travers de la Pandémie de SARS Cov-2, a en effet bien souligné notre place centrale au cœur de notre système de soins français. Nous devons, en tant que MAR, montrer la richesse et la transversalité de notre discipline auprès des jeunes étudiants comme de nos confrères.

ANNEXES :

Annexe 1 : Modèle du Questionnaire Numérique de la RS du MAR

Partie I : caractéristiques socio-démographiques des participants

A/ Quel âge avez-vous ?

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

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

Étudiant en premier cycle des études médicales

Étudiant en deuxième cycle des études médicales

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

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

Médecin retraité

Puis question selon le statut :

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

A/En quelle année êtes-vous ?

Liste déroulante : 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} ; 4^{ème} ; 5^{ème} ou 6^{ème} année

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

Allergologie

Anatomie et cytologie pathologiques

Anesthésie-réanimation

Biologie médicale

Chirurgie maxillo-faciale

Chirurgie orale

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Chirurgie pédiatrique
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologie et vénéréologie
Endocrinologie-diabétologie-nutrition
Génétique médicale
Gériatrie
Gynécologie médicale
Gynécologie obstétrique
Hématologie
Hépatogastro-entérologie
Maladies infectieuses et tropicales
Médecine cardiovasculaire
Médecine d'urgence
Médecine et Santé au travail
Médecine générale
Médecine intensive-réanimation
Médecine interne et immunologie clinique
Médecine légale et expertises médicales
Médecine nucléaire
Médecine physique et de réadaptation
Médecine vasculaire
Néphrologie
Neurochirurgie
Neurologie
Oncologie et Radiothérapie

Ophthalmologie

Oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale

Pédiatrie

Pneumologie

Psychiatrie

Radiologie et imagerie médicale

Rhumatologie

Santé publique

Urologie

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

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

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

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

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

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

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

Entre 0 et 1000

Entre 1000 et 2999

Entre 3000 et 4999

Entre 5000 et 6999

Supérieur à 7000

3) Si Médecin en exercice

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

<4 ans

Entre 4 et 10 ans

Entre 10 et 20 ans

Entre 20 et 30 ans

>30 ans

A la retraite actuellement

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

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

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

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

Liste déroulante

Amiens

Angers

Antilles-Guyane

Besançon

Bordeaux

Brest

Caen

Clermont-Ferrand

Dijon

Grenoble

Lille

Limoges

Lyon

Marseille

Montpellier

Nancy

Nantes

Nice

Océan-Indien

Paris-Ile-de-France

Poitiers

Reims

Rennes

Rouen

Saint-Etienne

Strasbourg

Toulouse

Tours

Partie II : études des perceptions et stéréotypes

Spécifique pour spécialiste en Anesthésie - Réanimation (AR)

A/ Citez 4 mots/adjectifs/expressions par ordre d'importance qui vous viennent à l'esprit quand on vous parle du spécialiste en AR

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

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

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

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

Tout à fait d'accord

D'accord

Sans avis

En désaccord

Tout à fait en désaccord

E/ Avez-vous un membre de votre famille qui est spécialiste en AR ? oui ou non

F/ Avez-vous quelqu'un de votre entourage qui est spécialiste en AR ? oui ou non

G/ Commentaires libres sur le questionnaire global

Annexe 2 : Tableau de la répartition par subdivision de la population d'étude

<i>Dans quelle ville (ou région de la ville parmi celles proposées) résidez-vous actuellement ?</i>	
	Fréquence
Amiens	6 (1,5)
Angers	12 (3,0)
Antilles-Guyane	3 (0,7)
Besançon	10 (2,5)
Bordeaux	25 (6,2)
Brest	8 (2,0)
Caen	7 (1,7)
Clermont-Ferrand	21 (5,2)
Dijon	21 (5,2)
Grenoble	13 (3,2)
Lille	19 (4,7)
Limoges	4 (1,0)
Lyon	34 (8,4)
Marseille	18 (4,4)
Montpellier	13 (3,2)
Nancy	7 (1,7)
Nantes	9 (2,2)
Nice	4 (1,0)
Océan-Indien	3 (0,7)
Paris-Ile-de-France	85 (21,0)
Poitiers	17 (4,2)
Reims	15 (3,7)
Rennes	7 (1,7)
Rouen	7 (1,7)
Saint-Etienne	7 (1,7)
Strasbourg	12 (3,0)
Toulouse	11 (2,7)
Tours	7 (1,7)
Total	405 (100,0)

Annexe 3 : Tableau des spécialités des Médecins Internes, Docteurs Juniors, et Seniors

Spécialité	Médecins Internes et Docteurs Juniors (N=193)	Médecins séniors (N=86)
Allergologie	1 (0,5)	5 (5,8)
Anatomie et cytologie pathologiques	1 (0,5)	1 (1,2)
Anesthésie-réanimation	31 (16,1)	9 (10,5)
Biologie médicale	2 (1,0)	1 (1,2)
Chirurgie maxillo-faciale	1 (0,5)	0
Chirurgie orthopédique et traumatologique	3 (1,6)	0
Chirurgie pédiatrique	1 (0,5)	0
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	0	0
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	2 (1,0)	0
Chirurgie vasculaire	0	0
Chirurgie viscérale et digestive	2 (1,0)	1 (1,2)
Dermatologie et vénéréologie	2 (1,0)	2 (2,3)
Endocrinologie-diabétologie-nutrition	1 (0,5)	2 (2,3)
Génétique médicale	3 (1,6)	1 (1,2)
Gériatrie	4 (2,1)	0
Gynécologie obstétrique	7 (3,6)	1 (1,2)
Hématologie	1 (0,5)	1 (1,2)
Hépto-gastro-entérologie	2 (1,0)	0
Maladies infectieuses et tropicales	1 (0,5)	1 (1,2)
Médecine cardiovasculaire	1 (0,5)	1 (1,2)
Médecine d'urgence	13 (6,7)	3 (3,5)
Médecine et Santé au travail	1 (0,5)	2 (2,3)
Médecine générale	38 (19,7)	23 (26,7)
Médecine intensive-réanimation	3 (1,6)	1 (1,2)
Médecine interne et immunologie clinique	4 (2,1)	2 (2,3)
Médecine légale et expertises médicales	0	0
Médecine nucléaire	0	1 (1,2)
Médecine physique et de réadaptation	9 (4,7)	4 (4,7)
Médecine vasculaire	0	0
Néphrologie	1 (0,5)	0
Neurochirurgie	0	0

Neurologie	0	1 (1,2)
Oncologie et Radiothérapie	5 (2,6)	3 (3,5)
Ophthalmologie	3 (1,6)	1 (1,2)
Oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale	3 (1,6)	1 (1,2)
Pédiatrie	5 (2,6)	2 (2,3)
Pneumologie	5 (2,6)	2 (2,3)
Psychiatrie	19 (9,8)	6 (7,0)
Radiologie et imagerie médicale	7 (3,6)	3 (3,5)
Rhumatologie	4 (2,1)	0
Santé publique	2 (1,0)	2 (2,3)
Urologie	1 (0,5)	1 (1,2)
Données manquantes	2 (1,0)	2 (2,3)
Total	193 (100)	86 (100)

Annexe 4 : Liste des mots évoqués après nettoyage des données

	Fréquence	Pourcentage
urgences_vitales	83	5,1
anesthésie-réanimation	82	5,1
café	75	4,6
gardes	60	3,7
technicité	51	3,1
complexe	50	3,1
polyvalent	50	3,1
argent	43	2,7
bloc_opératoire	39	2,4
stressant	34	2,1
intubation	29	1,8
mort	27	1,7
varié	22	1,4
adrénaline	21	1,3
responsabilité	20	1,2
transversal	20	1,2
covid	19	1,2
élite	17	1,0
gravité	16	1,0
prétentieux	16	1,0
hospitalier	14	,9
qualité_de_vie	14	,9

cowboy	12	,7
intense	12	,7
passionnant	12	,7
réanimation	12	,7
sauver_des_vies	12	,7
action	11	,7
équipe	11	,7
intellectuel	11	,7
intéressant	11	,7
kétamine	11	,7
tranquille	11	,7
candy_crush	10	,6
condescendant	10	,6
pluridisciplinaire	10	,6
sang_froid	10	,6
surmené	10	,6
calme	9	,6
fatigant	9	,6
grave	9	,6
physiologie	9	,6
réactif	9	,6
se_prend_pour_dieu	9	,6
stimulant	9	,6
travailleur	9	,6
dévoué	8	,5
peu_de_relation_médecin_patient	8	,5
physiopathologie	8	,5
bien_payé	7	,4
compétent	7	,4
ennuyeux	7	,4
gestes	7	,4
héros	7	,4
planqué	7	,4
risque	7	,4
chirurgie	6	,4
chronophage	6	,4
clinique	6	,4
connaissances	6	,4
égoцентриque	6	,4
exigeant	6	,4
indispensable	6	,4
lata	6	,4

rapidité	6	,4
rigoureux	6	,4
temps_libre	6	,4
aigu	5	,3
arrogant	5	,3
bien_classé	5	,3
brillant	5	,3
corporatiste	5	,3
détendu	5	,3
difficile	5	,3
endormir	5	,3
fort	5	,3
hypnotiques	5	,3
injection	5	,3
liberté_d'exercice	5	,3
pousse_seringue	5	,3
rationnel	5	,3
réflexion	5	,3
sportif	5	,3
ventilation	5	,3
burn_out	4	,2
coma	4	,2
equipe	4	,2
multisystémique	4	,2
pas_de_temps_libre	4	,2
passionné	4	,2
pression	4	,2
pyjama	4	,2
tuyauterie	4	,2
anticipation	3	,2
autiste	3	,2
efficace	3	,2
éthique	3	,2
glandeur	3	,2
hautain	3	,2
libéral	3	,2
multidisciplinaire	3	,2
noble	3	,2
pénurie	3	,2
prenant	3	,2
réfléchi	3	,2
répétitif	3	,2

respirateur	3	,2
samu	3	,2
sciences	3	,2
spécialiste	3	,2
technicité_	3	,2
vacances	3	,2
vital	3	,2
admiration	2	,1
anesthésie	2	,1
assurance	2	,1
autonome	2	,1
bleu	2	,1
bloqué	2	,1
catécholamines	2	,1
choc	2	,1
compétences	2	,1
confiant	2	,1
consultation_pré_anesthésique	2	,1
contrôle	2	,1
courageux	2	,1
curares	2	,1
décès	2	,1
dernier_recours	2	,1
désagréable	2	,1
don_d'organes	2	,1
douleur	2	,1
dynamique	2	,1
empathique	2	,1
évolution	2	,1
exercice_mixte_	2	,1
fatigant	2	,1
fun	2	,1
garde	2	,1
important	2	,1
induction	2	,1
intensif	2	,1
intéressé	2	,1
la_meilleure_spécialité	2	,1
liberté_d'exercice	2	,1
machine	2	,1
matinal	2	,1
mécanique	2	,1

méprisé	2	,1
motivé	2	,1
mystère_sur_le_monde_de_l'anesthésie	2	,1
ordonné	2	,1
organisé	2	,1
palpitant	2	,1
patriarcat	2	,1
pause	2	,1
perfusion	2	,1
pharmacologie	2	,1
pointilleux	2	,1
prestigieux	2	,1
remplacements	2	,1
responsabilités	2	,1
salaire	2	,1
santé_mentale	2	,1
sommeil	2	,1
soulager	2	,1
suicide	2	,1
surf	2	,1
sympathique	2	,1
téléphone	2	,1
temps	2	,1
urgence	2	,1
valorisant	2	,1
visites	2	,1
48h	1	,1
accident	1	,1
accompagnement	1	,1
acharnement_thérapeutique	1	,1
activité_irrégulière	1	,1
adaptation	1	,1
aime_les_patients_qui_ne_parlent_pas	1	,1
anesthésie_loco_régionale	1	,1
anesthésiste	1	,1
assurances	1	,1
base	1	,1
bibliographie	1	,1
bière	1	,1
bloc	1	,1

branleur	1	,1
challenge	1	,1
charge de travail	1	,1
colérique	1	,1
conflit	1	,1
conscience	1	,1
consommable	1	,1
constantes	1	,1
dangereux	1	,1
débrouillard	1	,1
déchocage	1	,1
décisions	1	,1
déconnexion de la réalité médicale	1	,1
défaillance d'organes	1	,1
déshumanisant	1	,1
détaché	1	,1
discret	1	,1
disponibilité	1	,1
doses	1	,1
efficacité	1	,1
égo surdimensionné	1	,1
égoïsme	1	,1
éprouant	1	,1
éthique	1	,1
expert	1	,1
force tranquille	1	,1
froid	1	,1
général	1	,1
gestes techniques	1	,1
hôpital	1	,1
horaires décalés	1	,1
horaires tranquilles	1	,1
humaniste	1	,1
insomniaque	1	,1
intensité	1	,1
irrespectueux	1	,1
liberté exercice	1	,1
loisirs	1	,1
lui, sait de quel côté l'ortho doit opérer	1	,1
magazine	1	,1
maltraité	1	,1

marrant	1	,1
maternité	1	,1
mécanicien	1	,1
méconnu	1	,1
médecine_de_pointe	1	,1
médicaments	1	,1
mixte	1	,1
multi-organes	1	,1
narcos	1	,1
ne_pas_réanimer	1	,1
ombre	1	,1
optimisme	1	,1
ordinateur	1	,1
pas_de_dialogue	1	,1
pas_de_suivi_patient	1	,1
pas_empathique	1	,1
patience	1	,1
patient	1	,1
patient_recusé	1	,1
patients_calmes	1	,1
pauses	1	,1
péridurale	1	,1
peu_accessible	1	,1
peu_clinicien	1	,1
peu_clinique	1	,1
peu_confraternel	1	,1
peu_de_discussion/contact_avec_les_patients	1	,1
peu_de_relations_humaines	1	,1
physique	1	,1
plaintif	1	,1
pluridisciplinaires	1	,1
pointu	1	,1
pragmatique	1	,1
prestataire_de_service	1	,1
programmation	1	,1
protocoles	1	,1
protocolisé	1	,1
recherche	1	,1
relation_avec_les_familles	1	,1
remplissage	1	,1
repos_compensateur	1	,1

rigueur	1	,1
satisfaction	1	,1
scientifique	1	,1
scope	1	,1
sécurité	1	,1
solide	1	,1
soutien	1	,1
staff	1	,1
stressé	1	,1
stupéfiants	1	,1
supérieur	1	,1
surspécialisé	1	,1
surveillance	1	,1
surveillance_rapprochée	1	,1
survie	1	,1
susceptible	1	,1
synthèse	1	,1
thérapeutiques_difficiles	1	,1
tout_puissant	1	,1
transversalité	1	,1
travail	1	,1
truffaut	1	,1
tuyaux	1	,1
utile	1	,1
vie	1	,1
violence	1	,1
vitesse	1	,1
volontaire	1	,1
zen	1	,1
Total	1620	100,0

SOURCES :

1. Anesthésie Réanimation - Futur Interne [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <http://www.futur-interne.com/guide/anesthesie-reanimation/>
2. Médecine intensive et réanimation [Internet]. Futur Interne. [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <http://www.futur-interne.com/guide/medecine-intensive-et-reanimation/>
3. DEVENIR ANESTHESISTE REANIMATEUR | cnear [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.cnear.fr/devenir-anesthesiste-reanimateur>
4. Diaporama démographie pour Réunion CNP 10032022.pptx [Internet]. Dropbox. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.dropbox.com/s/mig2nzb8vcwr26c/Diaporama%20d%C3%A9mographie%20pour%20R%C3%A9union%20CNP%2010032022.pptx?dl=0&unfurl=1>
5. Statistiques ECN : Anesthésie-réanimation [Internet]. [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/anesthesie-reanimation/>
6. Statistiques ECN : Anesthésie-réanimation [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/anesthesie-reanimation/>
7. Pacault C, Maurin D. Représentations sociales de la profession médicale au XXIe siècle véhiculées par la blague médicale: enquête auprès des médecins. :88.
8. Faure Y. L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. Actes Rech En Sci Soc. 2005;156-157(1-2):98-114.
9. Histoire de l'anesthésie [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: http://www.cmarl.lu/online/www/menu_vert/11/6/FRE/index.html
10. Bercot R, Horellou-Lafarge C, Mathieu-Fritz A. Les transformations récentes de la chirurgie française. Spécialisation, féminisation, segmentation. Rev Fr Aff Soc. 2011;(2-3):104-22.
11. Guimelli C, Abric JC. La représentation sociale de la mondialisation : rôle de l'implication dans l'organisation des contenus représentationnels et des jugements évaluatifs. Bull Psychol. 2007;Numéro 487(1):49-58.
12. Delouée S, Wagner-Egger P. Manuel visuel de psychologie sociale - 3e éd. Dunod; 2022. 316 p.
13. Gaymard S. Chapitre 2. Ce qu'est une représentation sociale, à quoi elle sert, comment elle naît. In: Les fondements des représentations sociales [Internet]. Paris: Dunod; 2021 [cité 8 nov 2022]. p. 51-72. (Univers Psy). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-fondements-des-representations-sociales--9782100822195-p-51.htm>
14. Pratiques sociales et représentations [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/Pratiques_sociales_et_repr%C3%A9sentations_0
15. Modélisation de la théorie du noyau central selon J-C Abric – Recherche Google [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=Mod%C3%A9lisation+de+la+th%C3%A9orie+du+>

noyau+central+selon+J-C+Abric&sxsrf=ALiCzsYNYqdm_g-Lpc3qR6CpVKDKdl15rg:1667945795186&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiFslGlzp_7AhWv4IUkHTcED2kQ_AUoAXoECAIQAw&biw=1440&bih=661&dpr=2#imgsrc=GAwUruOeXYuztM

16. Lo Monaco G, Lheureux F. Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'étude. Rev Électronique Psychol Soc. 2007;1-55.
17. Pélissier D. Comment préparer l'analyse de textes de sites Web grâce à la lexicométrie et au logiciel Iramuteq ? [Internet]. Présence numérique des organisations. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://presnumorg.hypotheses.org/187>
18. Partie 2 : Les types d'analyses (iramuteq) [Internet]. 2017 [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=ErUr0xvMPhk>
19. Max R. Les « mondes lexicaux » et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. Lang Société. 1993;66(1):5-39.
20. Abric JC. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In: Méthodes d'étude des représentations sociales [Internet]. Toulouse: Érès; 2005 [cité 18 nov 2022]. p. 59-80. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238-p-59.htm>
21. Six C. Analyse lexicale appliquée à une question ouverte à l'aide d'IRaMuTeQ. :29.
22. Harendza S, Pyra M. Just fun or a prejudice? – physician stereotypes in common jokes and their attribution to medical specialties by undergraduate medical students. BMC Med Educ. 26 juill 2017;17:128.
23. Hunter H. Specialty Stereotypes held by Medical Students. Camb Med J. 11 nov 2018;
24. Burchardi H. Structures, modalités de formation et exercice de la réanimation en Allemagne. Ranimation. janv 2005;14(1):3-13.
25. Moine P. La réanimation aux États-Unis. Grandeur et vicissitudes. Réanimation. déc 2014;23(S3):530-5.
26. Désirabilité sociale dans les enquêtes de santé [Internet]. Unisanté. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/desirabilite-sociale-dans-enquetes-sante>
27. Heyward DC. PSYCHIATRIE ET RÉANIMATION. :13.
28. La violence des riches - Michel Pinçon, Monique Pinçon-Charlot - Éditions La Découverte [Internet]. [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: https://www.editionsladecouverte.fr/la_violence_des_riches-9782707182678
29. Oxtoby K. Do the classic specialty stereotypes still hold true for today's doctors? BMJ. 17 déc 2013;347:f7454.
30. L'historique – e-ADARPEF [Internet]. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <http://e-adarpef.fr/page-d-exemple/presentation/lhistorique/>
31. Lamberto J, Larmignat P, Baillard C. JE NE ME SOUVIENS PLUS DU NOM DE MON ANESTHÉSISTE. 8 nov 2022;
32. Baillard C, Lamberto JF, Martinez C, Le Toumelin P, Fournier JL, Cupa M, et

- al. [Patient's perspectives with regard to anesthesia services]. *Can J Anaesth J Can Anesth.* juin 2001;48(6):526-8.
33. Simini B. Anaesthetist: the wrong name for the right doctor. *Lancet Lond Engl.* 27 mai 2000;355(9218):1892.
34. Peyrache J, Agaesse V, Lorne E, Dupont H. Pourquoi avoir fait le choix de la spécialité anesthésie-réanimation à l'issue de l'examen classant national ? *Anesth Réanimation.* 1 sept 2015;1:A368.
35. « Veillons à préserver la plasticité, salvatrice, de notre système de soins ». *Le Monde.fr* [Internet]. 22 avr 2020 [cité 15 nov 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/22/veillons-a-preserver-la-plasticite-salvatrice-de-notre-systeme-de-soins_6037423_3232.html
36. atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
37. Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. *Br Med J Clin Res Ed.* 20 déc 1986;293(6562):1607-10.
38. Masson E. Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France en 1999 Premiers résultats de l'enquête démographique nationale Cfar-Sfar-Ined [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/13010/les-medecins-anesthesistes-reanimateurs-en-france->

Vu, le Président du Jury,



Pr ROZEC Bertrand

Vu, le Directeur de Thèse,



Dr HADOUIRI Nawale

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : CHARON

PRENOM : Anaïs

Titre de Thèse :

Représentation sociale et stéréotypes autour du médecin
anesthésiste-réanimateur parmi la classe médicale :
première étude exploratoire transversale française

RESUME

Objectif : De nombreux éléments entrent en compte dans le choix de la spécialité d'exercice future, ainsi que dans les relations entre confrères de spécialités différentes. L'étude des représentations sociales offre des pistes de compréhension les expliquant. Nous avons donc cherché à décrire et interpréter la Représentation Sociale (RS) des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs (MAR) français auprès de leurs pairs médicaux.

Matériel et méthodes : Une enquête nationale en ligne a été envoyée à la communauté médicale française (étudiants, internes/DJ ou médecins séniors) pour recueillir les données sociodémographiques et professionnelles des répondants, leur expérience et leur connaissance de l'AR. Nous avons utilisé une méthodologie basée sur le concept de l'évocation sociale pour étudier les composantes de la RS des MAR. Les analyses statistiques qualitatives étaient basées sur la méthode validée de Reinert.

Résultats : Au total, 405 réponses ont été analysées. Notre étude retrouve une RS du MAR qualifiée de neutre, quel que soit le statut médical des répondants. Elle comporte à la fois des éléments positifs en lien avec les qualités personnelles et professionnelles du MAR, mais également certains clichés plus négatifs en lien avec le quotidien et des particularités d'exercice perçues à propos du MAR, ainsi que des stéréotypes comportementaux. Deux variables semblaient indépendamment influencer cette RS : l'expérience professionnelle antérieure en AR ($p < 0,001$) et le fait d'envisager ou d'avoir pu envisager de choisir l'AR en 6ème année de médecine ($p < 0.001$).

Conclusion : Notre étude est la première étude française à évaluer les stéréotypes du MAR par l'ensemble de la classe médicale, regroupant des qualificatifs élogieux, contrebalancés par des adjectifs assez hostiles. L'AR étant une spécialité plutôt

attractive à l'examen national de classement français, cette dichotomie s'explique par la persistance de stéréotypes négatifs, probablement liés à une mauvaise connaissance de la spécialité et du métier. Ces résultats soulignent l'importance de donner aux étudiants en médecine français plus d'opportunités professionnelles pour découvrir la discipline AR. Nous devons, en tant que MAR, montrer la polyvalence et la transversalité de notre discipline auprès des jeunes étudiants comme de nos confrères. L'actualité récente, au travers de la Pandémie de SARS Cov-2, a bien souligné notre place centrale au cœur du système de soins français.

MOTS-CLES

Représentations sociales, stéréotypes, déterminants socio-démographiques, anesthésie-réanimation, DESARMPO, classe médicale, statistiques qualitatives.