



## Les blagues sont des vecteurs de stéréotypes. Exemple de la profession médicale à partir de 220 blagues

Damien Maurin, Clément Pacault, Briec Galès

Université Joseph-Fourier, faculté de médecine de Grenoble, département universitaire de médecine générale, domaine de la Merci, place du commandant Nal, 38706 La Tronche cedex, France

Reçu le 5 décembre 2013  
Accepté le 27 mai 2014

Disponible sur internet le :  
3 octobre 2014

### Correspondance :

**Damien Maurin**, université Joseph-Fourier, faculté de médecine de Grenoble, département universitaire de médecine générale, domaine de la Merci, place du Commandant-Nal, 38706 La Tronche cedex, France.  
[damien.maurin@cegetel.net](mailto:damien.maurin@cegetel.net)

### ■ Summary

#### The jokes are vectors of stereotypes. Example of the medical profession from 220 jokes

*Introduction > Sociological studies have shown the link between humor and unconscious ideas that we have of the society in which we evolve. We conducted a survey to answer the question: "What were the stereotypes of our medical profession that emerge from a transcript of jokes collected in a medical population?"*

*Methods > Recruitment of the source population (doctors and medical students) was done through different personal and professional mailing lists, Twitter, Facebook, medical press. The inclusion period was six weeks (from June 6 to July 14, 2013). Each physician recruited received the link to our blog: <http://humourmedical.overblog.com> which contained a link to the questionnaire. Physicians responded to the following proposition: "tell the joke involving doctors you laugh the most". Analysis of jokes was made by three investigators. Firstly, two investigators (DM and CP) and pooled of results to generate a stereotype for each joke. Then a triangulation was made with a third investigator (BG), to determine the final stereotype.*

### ■ Résumé

*Introduction > Des travaux sociologiques ont montré le lien existant entre l'humour que l'on pratique et les idées inconscientes que l'on se fait de la société dans laquelle on évolue. Nous avons réalisé un questionnaire pour répondre à la question : quels sont les stéréotypes sur notre profession de médecin qui se dégagent d'un verbatim de blagues recueillies au sein d'une population médicale ?*

*Méthodes > Le recrutement de la population-source (médecins et futurs médecins) s'est fait par différents médias : listes de courriels personnelle et professionnelle, Twitter, Facebook, presse spécialisée médicale, presse généraliste. La période d'inclusion était de six semaines (du 6 juin au 14 juillet 2013). Chaque médecin recruté recevait le lien vers notre blog : <http://humourmedical.overblog.com> qui contenait un lien vers le questionnaire. Les médecins répondaient à la proposition suivante : « racontez la blague impliquant des médecins qui vous a le plus fait rire ». L'analyse des blagues s'est faite en plusieurs temps. D'abord avec les deux investigateurs séparément (DM et CP), puis mise en commun des résultats afin de dégager un stéréotype pour chaque blague. Puis une triangulation avec un troisième investigateur (BG) à partir de ce travail, pour statuer sur le stéréotype final.*

**Results** > Five hundred and twelve jokes have been collected on the site and 448 were included in the analysis, representing 220 jokes. The gender of respondents was 284 men (63%) and 164 women (37%), a ratio of 1.7. One hundred and fifty-six different stereotypes were classified into six themes: 46 stereotypes 'the vicissitudes of the medical profession'; 45 'hospital', the war of the block; 34 'personality traits doctor'; 14 'psychiatrist'; 12 'physician and sexuality'; 5 'medical studies and carabin woes'. Anesthetists were represented as lazy, inveterate coffee drinkers and less awakened than their sleeping patients. Surgeons were seen as megalomaniacal, tyrannical with other professions, operating without thinking, as their brain down to a neuron. Medical students appeared docile and absurd. Psychiatrists were as crazy as their patients, sometimes passing them to the consultation and looking only at their past relationship. Other stereotypes of doctors were used: the venality, the salacious, cynicism.

**Conclusion** > We showed that the stereotypes contained in the medical jokes were quite caricatured and portrayed an unflattering picture of doctors in general. These traits were necessarily marked to emphasize the humorous effect of a joke. We have not entered into the reality of these stereotypes or their social role in the relationship between doctors.

**Résultats** > Cinq-cent-douze blagues ont été recueillies sur le site et 448 ont été incluses dans l'analyse, représentant 220 blagues. La répartition par sexe des répondants était de 284 hommes (63 %) et 164 femmes (37 %), soit un ratio de 1,7. Cent cinquante-six stéréotypes différents ont été classés en six thèmes : 46 stéréotypes avec « les vicissitudes du métier de médecin » ; 45 avec « hôpital, la guerre du bloc » ; 34 avec « traits de personnalité du médecin » ; 14 avec « psychiatre » ; 12 avec « médecin et sexualité » ; 5 avec « études médicales et malheurs du carabin ». Les anesthésistes étaient représentés comme fainéants, buveurs invétérés de café et moins bien réveillés que leurs patients endormis. Les chirurgiens étaient vus comme mégalomanes, tyranniques avec les autres professions, opérant sans réfléchir, tant leur cerveau se résume à un neurone. Les étudiants en médecine apparaissaient dociles jusqu'à l'absurdité. Les psychiatres étaient aussi fous que leurs patients, se passant parfois d'eux pour la consultation et s'intéressant uniquement à leur passé relationnel. D'autres stéréotypes sur les médecins étaient utilisés : vénalité, salacité, cynisme.

**Conclusion** > Nous avons montré que les stéréotypes contenus dans les blagues médicales étaient assez caricaturaux et dépeignaient un tableau peu flatteur des médecins en général. Ces traits étaient nécessairement marqués pour accentuer l'effet humoristique de la blague. Nous n'avons pas conclu sur la réalité de ces stéréotypes ni sur leur rôle social dans les rapports entre médecins.

L'humour envahit le quotidien des médecins, que ce soit à la faculté de médecine, à l'hôpital ou dans toutes circonstances où des médecins collaborent. L'humour permet de se dire des choses qui ne se diraient pas autrement. D'après le dictionnaire étymologique de la langue française, l'humour est une forme d'esprit railleuse « qui s'attache à souligner le caractère comique, ridicule, absurde ou insolite de certains aspects de la réalité » [1]. Le mot blague est dérivé du Néerlandais « balg » signifiant enveloppe, désignant la poche à tabac utilisée pour stocker le tabac à pipe. Le mot fut par la suite associé à la plaisanterie reprenant son aspect « gonflé » « boursofflé » [2]. L'effet d'une blague est déterminé par trois facteurs : le locuteur, l'auditeur et l'objet de la blague [3]. Les représentations sociales sont décrites comme l'étude de la pensée « naïve », du « sens commun ». C'est la « vision du monde » que les individus ou les groupes portent en eux et utilisent pour agir ou prendre position [4]. La différence entre représentations sociales et stéréotypes n'est pas unanime, bien que les stéréotypes soient connotés plus péjorativement. Par stéréotypes, on entend « cette tentative de formater le réel, selon une vision que l'on sait pertinemment biaisée, mais dont

on escompte que l'autre va l'accepter » [5]. C'est une « croyance qui ne se donne pas comme une hypothèse confirmée par des preuves, mais est plutôt considérée, entièrement ou partiellement à tort, comme un fait établi ».

Les bienfaits du rire sont connus sur le plan de la santé [6]. Sur le plan relationnel, le rire permet une approche des relations humaines avec une certaine distance. L'humour a « quelque chose de libérateur », disait Sigmund Freud mais « aussi de sublime et d'élevé », et aux divers bénéfiques physiques et psychologiques, s'ajoutent des bénéfiques sociaux et cognitifs, et une certaine philosophie de vie [7]. L'humour, pour être efficace, doit s'appuyer sur des stéréotypes et permet d'accéder aux représentations sociales concernant notre profession. Ces stéréotypes n'épargnent pas la communauté médicale [8,9]. Des travaux sociologiques ont souligné le lien fort existant entre l'humour que l'on pratique et les idées inconscientes que l'on se fait de la société dans laquelle on évolue [5]. Plusieurs professions ont déjà fait l'objet d'études de ce genre : infirmières, artisans, étudiants... Dans la profession médicale, nous n'avons pas identifié d'étude sur les stéréotypes médicaux que se font les médecins à travers les blagues qu'ils se racontent. Nous avons réalisé un questionnaire pour répondre à la question suivante : quels sont les stéréotypes sur notre

profession de médecin qui se dégagent d'un verbatim de blagues recueillies au sein d'une population médicale ?

## Méthodes

Nous avons choisi d'étudier l'ensemble de la population médicale française, en formation ou en exercice (médecins et futurs médecins). Le recrutement de la population-source s'est fait par différents médias : listes de courriels personnelle et professionnelle, Twitter, Facebook, presse spécialisée médicale, presse généraliste. Nous avons relancé les inclusions tous les 15 jours. L'objectif était d'être le plus représentatif et d'obtenir le maximum de blagues, nous n'avons pas limité le nombre d'inclusions. La période d'inclusion prévue était de six semaines (du 6 juin au 14 juillet 2013). Chaque médecin recruté recevait le lien vers notre blog : <http://humourmedical.overblog.com>. Ce blog, mis à jour régulièrement, contenait un lien vers le questionnaire et des articles de promotion de notre travail. Aucune question n'était facultative. L'élaboration du questionnaire a fait appel à des méthodes sociologiques validées [10,11]. Le questionnaire initial comprenait une partie démographique/sociologique, et une partie libre où les médecins répondaient à la proposition suivante : « Racontez la blague impliquant des médecins qui vous a le plus fait rire ». Une définition précise de nos critères d'inclusion et d'exclusion de blague était disponible sur le blog. Les critères d'exclusion étaient les suivants : récit d'une situation clinique vécue, aucun médecin partie prenante de la blague, répondant n'exerçant ou n'étudiant pas la médecine. Pour les spécialités médicales, nous avons utilisé la liste fournie par le Conseil national des concours de l'examen national classant. Nous avons ajouté les spécialités médecine d'urgence, chirurgie digestive et gériatrie, non présentes dans la liste. Lorsqu'un même participant nous racontait plusieurs blagues, la première par ordre chronologique était considérée comme sa préférée.

Nous n'avons retouché ni le corps des blagues, ni l'orthographe. Les résultats étaient directement insérés dans un tableur Excel. L'analyse des blagues s'est faite en plusieurs temps. D'abord avec les deux investigateurs séparément (DM et CP), puis mise en commun des résultats afin de dégager un stéréotype pour chaque blague. Puis une triangulation avec un troisième investigateur (BG) à partir de ce travail, pour statuer sur le stéréotype final. La triangulation est une méthode des sciences sociales qui fait référence à l'usage croisé de techniques de recueil de données. Quatre niveaux d'analyses ont permis un consensus précis pour chaque représentation sociale. Nous avons classé chacune d'entre elles en grands thèmes afin de généraliser les données.

L'objectif principal était d'énumérer les représentations sociales issues d'une analyse qualitative de blagues médicales. Notre travail ne comportait pas de limites éthiques. Il ne nécessitait pas d'autorisation particulière, les questionnaires étant anonymes.

## Résultats

Le questionnaire a été relayé par d'autres blogs ou site, en particulier celui du Quotidien du médecin, France 5 (Michel Cymès) et Egora. Le verbatim des blagues est disponible en [annexe électronique](#). Nous avons repris quelques blagues comme exemples (en italiques dans le texte). Nous ne sommes pas arrivés à saturation des données.

### Analyse quantitative

Cinq cent douze blagues ont été recueillies sur le site et 448 ont été incluses dans l'analyse (*figure 1*). La répartition par sexe des répondants était de 284 hommes (63 %) et 164 femmes (37 %), soit un ratio de 1,7 ; 252 réponses ont été faites par des médecins ayant entre 21 et 35 ans (*figure 2*). Les répondants étaient des médecins généralistes (47 %), des spécialistes médicaux (21 %), des chirurgiens (11 %), des anesthésistes réanimateurs (10 %), des urgentistes (7 %), les 4 % restants correspondaient à d'autres catégories ou étaient non renseignés. Cent cinquante-six stéréotypes différents ont été classés en six thèmes : 46 avec « les vicissitudes du métier de médecin » ; 45 avec « hôpital, la guerre du bloc » ; 34 avec « traits de personnalité du médecin » ; 14 avec « psychiatre » ; 12 avec « médecin et sexualité » ; 5 avec « études médicales et malheurs du carabin ».

### Analyse qualitative des 6 thèmes

#### Les vicissitudes du métier de médecin

Dans sa relation avec le patient les médecins sont décrits comme : incompetents, en décalage avec sa demande, iatrogènes, faisant des erreurs médicales parfois mortelles (*un gériatre attend en consultation son prochain patient avec son infirmière. Il lui dit : je ne sais pas comment tuer le temps. L'infirmière répond : vous n'en avez pas assez avec vos malades ?*). Les médecins étaient perçus comme protégeant leurs décisions malgré les évidences diagnostiques (en demandant par exemple des avis ou des examens inutiles). Ils n'étaient pas indispensables à la guérison et ne pouvaient pas tout régler rapidement. Ils étaient aussi perçus comme plus malins que leurs patients (blague 490). Dans l'exercice de la médecine : métier difficile, utilisant un langage médical parfois complexe. Notre profession apparaissait dirigée par les protocoles de recherche et les laboratoires pharmaceutiques. Les disparités entre spécialités apparaissaient dans de nombreuses blagues (particulièrement la « blague du canard » ; blague 111). Ces disparités ont été compilées dans l'*encadré 1*.

#### Le monde de l'hôpital : la guerre du bloc

Les blagues sur l'hôpital, majoritaires, concernaient presque exclusivement deux spécialités. Une blague sortait de ce cadre et critiquait la confusion des rôles et le côté « On ne sait pas qui fait quoi à l'hôpital » (blague 231).

L'anesthésiste était perçu comme incompetent, fainéant, inefficace. Le comble de la fainéantise était symbolisé par sa

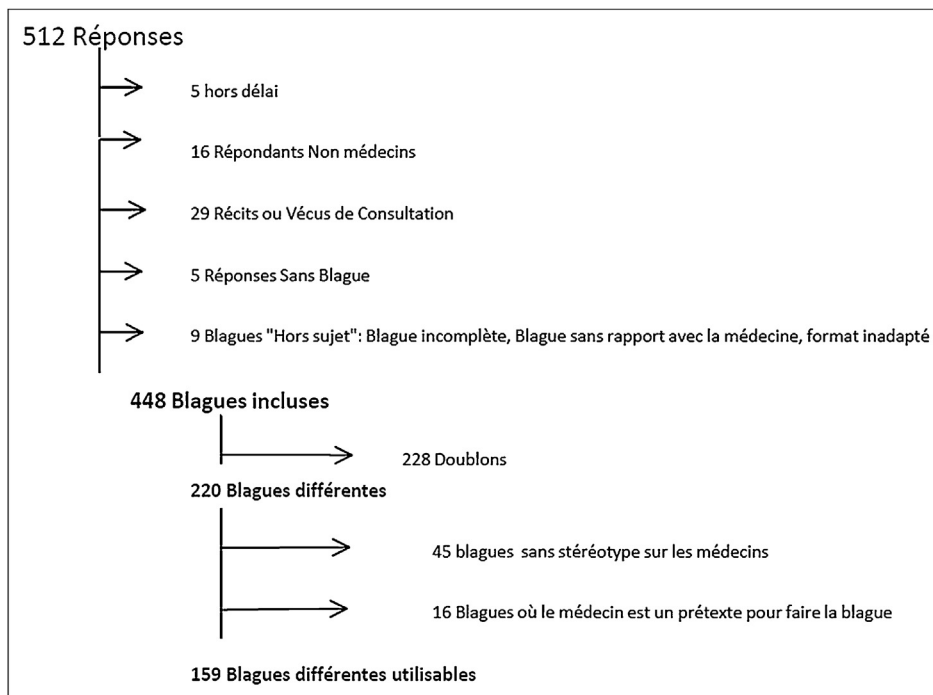


FIGURE 1  
Diagramme d'inclusion des blagues médicales recueillies par questionnaire électronique

boisson préférée : le café, qu'il boit et renverse à outrance sur ses vêtements (Que fait un anesthésiste entre deux cafés ? Il boit un café). Le parallèle avec sa fonction unique d'endormir les gens (ce qui lui pose parfois problème lors de ses relations sexuelles, blague 6) est également utilisé lorsqu'il est décrit comme payé à ne rien faire, en passant, par exemple, son temps à rêvasser par la fenêtre, ou encore comme mal réveillé

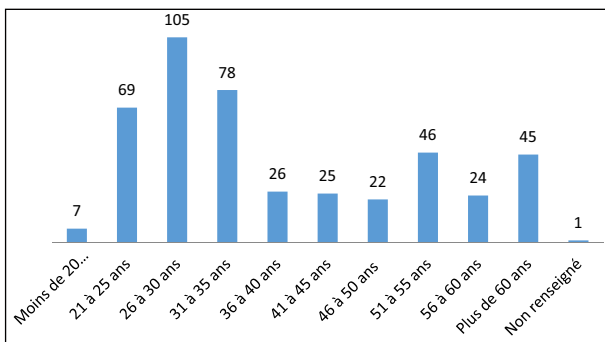


FIGURE 2  
Répartition des réponses selon les classes d'âges des répondants

(À quoi reconnaît-on un anesthésiste au bloc ? C'est la seule personne qui dort). Il entretenait une relation de meilleur ennemi avec le chirurgien : plus intellectuel (blague 12 « du champ opératoire »), mais à son service ; les anesthésistes sont les larbins des chirurgiens.

La chirurgie était la spécialité générant le plus de blagues (11 %). La plupart décrivaient les chirurgiens comme idiots (n'ayant qu'un seul neurone, blague 79 « de la synapse ») ou mégalomanes (se prenant pour Dieu). Véritables têtes brûlées et dénués de réflexion, ils ont une fâcheuse tendance à avoir le bistouri facile et parfois ravageur. D'autre part, ils ont des connaissances médicales limitées (Quelle est la différence entre Dieu et un chirurgien ? Dieu ne se prend pas pour un chirurgien !, blague la plus reçue avec 45 occurrences). L'orthopédie était la spécialité la plus raillée, tant sur le plan à négliger patient, dossier médical et confrères d'autres spécialités, que sur leur manque de connaissances médicales (Qu'est-ce que deux chirurgiens orthopédistes devant un ECG ? Une étude en double insu). Des méthodes de travail propres aux chirurgiens étaient relevées : dépendants des autres spécialités mais tyranniques envers ses confrères ; ils ne lisent pas le dossier médical ni n'entendent la souffrance du patient. Quelques blagues rapportaient la notion de prestige chirurgical.

ENCADRÉ 1

**Disparités observées entre les spécialités médicales**

- Médecins généralistes : pragmatiques, prenant en compte la personne et non l'organe ou la maladie, professionnels en toute circonstance, faisant peu de séméiologie.
- Internistes : trop méticuleux, sachant tout mais ne faisant rien.
- Neurologues : complexifiant trop leur raisonnement (blague 70).
- Urgentistes : incompetents, voire idiots ou agissant avant de réfléchir (blague 59).
- Gériatres : prescrivant plus dans l'intérêt de l'équipe que du patient.
- Ophthalmologues : refusant le rapport au corps humain et ne s'intéressant qu'à leur spécialité.
- Réanimateurs médicaux : s'intéressant uniquement à la maladie et non au patient.
- Radiologues : vénaux, demandant des compléments d'exams inutiles, et ne s'intéressant qu'au diagnostic et non à la finalité du soin.
- Pédiatres : blasés par leur métier.

**Les traits de personnalité du médecin**

Les défauts évoqués étaient : mégalomanes, prétentieux, moqueurs, cyniques, facétieux, moralisateurs, sans conscience professionnelle. À cela s'associait un côté tout puissant avec un manque d'explication envers le patient (comme dans la blague 100 proposant un traitement original d'un parasite digestif), décidant tout à leur place ou bien oubliant parfois leur présence. Ils étaient également bêtes, salaces, immoraux, pervers. Le médecin avait également une fâcheuse tendance à être méprisant envers ses patients ou ses confrères et moqueur vis-à-vis des médecines parallèles.

Les qualités étaient : ayant de l'humour (blague 44 « de la charade »), dévoué pour ses patients, travailleur, consciencieux, bon vivant, non reconnu (blague 22 « du remplacement par Jésus »), compétent. Sa capacité de communication et son professionnalisme en toute circonstance étaient reconnus.

**Le psychiatre**

Les stéréotypes sur la psychiatrie concernaient la relation avec le patient et la méthode de travail. Les psychiatres ne centraient pas la consultation sur le patient, avaient choisi de ne pas avoir de rapport au corps de l'autre, se retranchaient à outrance derrière la volonté du patient, ne devaient pas écouter leurs patients afin de se protéger (*Que fait un psychiatre quand son patient est absent à son RDV ? Il commence sans lui*). Les psychiatres ne travaillaient que sur le ressenti et pas sur le problème, ramenaient tout au sexe ou à un conflit parental,

travaillaient sur le passé douloureux des patients, ne prenaient pas de décisions malgré une analyse approfondie (*Un type qui a des incontinences d'urine terribles va voir un psy sur le conseil de ses amis. Ceux-ci le retrouvent 3 mois plus tard et lui demandent des nouvelles. Le type répond : cela va beaucoup mieux ! Ses amis lui demandent : tu n'as plus d'incontinences ? Il répond : Si, mais maintenant je m'en fous !*). Comme pour les autres spécialités, il apparaissait des stéréotypes sur la personnalité des psychiatres : ils deviennent fous, sont vénaux, frustrés sexuellement et tout puissants (*Quelle différence entre un train et un psychiatre ? Le train finit par s'arrêter quand il déraile*).

**Médecine et sexualité**

Les blagues étiquetées sans stéréotype ou utilisant le médecin comme prétexte pour faire la blague avaient fréquemment une connotation sexuelle, renforçant la notion largement admise « d'humour médical potache ». Les médecins étaient perçus comme pervers, salaces, obsédés sexuellement voire immoraux, n'hésitant pas à coucher avec leur patiente ou leur secrétaire (*Une jeune femme arrive chez le médecin : voilà, docteur, à chaque fois que je suis seule dans une pièce avec un homme, j'éprouve une irrésistible envie de faire l'amour avec lui. . . Est-ce que ça porte un nom ? Mais bien sûr mademoiselle, répond le docteur en dégrafant sa ceinture, ça s'appelle une excellente nouvelle !*). Les gynécologues étaient une cible privilégiée des blagues liées aux secrets du corps, ayant un accès privilégié à l'intimité féminine (*Comment reconnaît-on les gynécologues à un congrès ? Ce sont les seuls à porter leurs montres sur le bras. . .*). Cet humour pouvait également prendre des formes salaces (blague 10) voire très noires (blague 198).

**Les études médicales et les malheurs du carabin**

Les étudiants en médecine apparaissaient trop obéissants et studieux. Ils étaient vus de ce fait comme les martyrs de l'hôpital (*On demande à un futur ingénieur et un futur médecin d'apprendre l'annuaire. L'ingénieur demande « pourquoi ? » et le médecin répond « pour quand ? »*). Cette candeur se rapprochait plus de la docilité, comme sur la blague 7 « du toucher rectal ». Les enseignants universitaires étaient perçus comme pédants, ambitieux et séniles mais pouvant continuer d'exercer en toute impunité. Ils se caractérisaient par l'absence de remise en cause de leurs diagnostics (*Monsieur, dit l'interne à son patron lors de la visite du matin, le simulateur est mort cette nuit*).

**Discussion**

Nous avons montré que les stéréotypes contenus dans les blagues médicales étaient assez caricaturaux et dépeignaient un tableau peu flatteur des médecins en général. Ces traits étaient nécessairement marqués pour accentuer l'effet humoristique de la blague. Nous n'avons pas conclu sur la réalité de

ces stéréotypes ni sur leur rôle social dans les rapports entre médecins.

Travailler sur les blagues était atypique pour une thèse de fin d'études médicales. L'originalité de ce sujet qui prête à polémique a nécessité d'adopter une grande rigueur méthodologique. Après une étude préalable que nous avons réalisée sur des blagues recueillies sur Internet, c'est l'axe des représentations sociales qui nous est apparu le plus pertinent. La bibliographie sociologique montrait parfaitement l'existence d'un lien entre ce qui nous fait rire et l'image que l'on se fait de notre environnement [5]. L'idée de travailler sur les blagues médicales nous permettait donc d'accéder à une certaine connaissance sur notre métier. Des publications existaient sur les influences des stéréotypes sur notre pratique [12,13]; mais nous n'avons pas identifié de travaux sur les stéréotypes des médecins entre eux.

L'étude et le recueil de représentations sociales n'étaient faisables que par un travail qualitatif, impliquant au moins trois investigateurs afin de limiter les biais [4]. Compte-tenu de la relative absence de données solides sur le sujet, nous avons voulu recueillir le maximum de blagues. En travaillant à partir d'un questionnaire et en élargissant le panel de répondant, nous avons fait sortir un maximum de représentations sociales. La médiatisation de notre travail a fait partie intégrante de notre méthodologie. Nous avons pris en compte les deux principaux biais : la triangulation a limité la subjectivité dans l'interprétation des résultats ; le biais d'échantillonnage a été limité par la représentativité de quasi toutes les spécialités, régions et tranches d'âge. Les données démographiques de notre échantillon étaient superposables aux données de la population médicale française selon les statistiques de l'IRDES [12].

La plupart des blagues étaient très courtes. Est-ce dû à un biais de recueil car les répondants devaient écrire leur blague ? Il est aussi plus facile de se souvenir d'une blague courte. Le nombre de stéréotypes différents (156) était quasiment identique au nombre de blagues analysées (220). Au vu de l'objectif principal de l'étude, la triangulation a bien rempli son rôle.

Une des premières questions à s'être posée est l'adéquation du stéréotype à la réalité. Notre travail ne permet pas de répondre à cette question, et certains éléments laissent penser que la réalité est complexe. Des exemples montrent que les stéréotypes ne collent pas parfaitement à la réalité :

- les chirurgiens apparaissent comme particulièrement bêtes, presque dénués de neurones, avec des compétences médicales réduites ; pourtant, ils ont réussi l'examen classant national nécessitant des connaissances et des capacités de travail intellectuel ;
- les anesthésistes seraient incompetents, incapables d'endormir leurs patients, pourtant les patients opérés sont de plus en plus complexes et poly-pathologiques, et il est rare de voir un patient se réveiller en pleine opération ;
- les carabins sont dénoncés comme étant dociles et dénués de critique par leurs aînés ; or la pédagogie médicale oriente les

étudiants vers une plus grande réflexivité, mais surtout, les médecins écrivant ces blagues ont eux-aussi connu ces années d'études. Sont-ils sortis de cette docilité, quand est arrivé l'heure de leur plein exercice ?

- les médecins sont pervers : portés sur le sexe, vénaux, cyniques, et mégalomanes ; l'image globale des médecins est peu reluisante. Des travaux ont observé une image plus positive du médecin [14] ;
- les psychiatres ont représenté un cas à part dans cette étude ; ils apparaissaient comme « isolés » des autres pratiques médicales et souffrant parfois des maux qu'ils sont censés soigner.

Vouloir déterminer une certaine réalité au travers de notre étude est impossible voire dangereux. Pour les sciences humaines, les stéréotypes peuvent se propager en dehors de toute base objective [5]. L'évolution des sciences sociales amène à sortir les stéréotypes du champ de la réalité. Il faut les analyser au travers de leur utilité : « Il ne faut pas considérer les stéréotypes comme corrects ou incorrects, mais comme utiles ou nocifs ». Cette réflexion amène donc à se poser la question du rôle de ces stéréotypes dans les rapports entre médecins.

Les stéréotypes possèdent trois composantes en sociologie :

- la composante cognitive (ce que l'on sait) correspond à ce qui est admis généralement sur une entité ou un groupe social. Le fait que les anesthésistes boivent beaucoup de café renforce leur image de fainéants. Un psychiatre qui boirait la même quantité de café serait-il vu comme fainéant ? Donnerait-il l'image d'une spécialité de fainéant ? « Le stéréotype serait ainsi principalement le fait d'un apprentissage social [...] : face à une personne ou un groupe, les traits qui confirment un savoir déjà acquis sont retenus de façon plus massive que les autres » [5]. Les médecins entre eux se déterminent par leurs spécialités. Mais, face aux patients, se déterminent-ils comme « simples médecins » ou comme « spécialistes en psychiatrie » ? Cela va-t-il influencer l'image que s'en feront leurs patients ?
- La composante affective (hostilité et confraternité) a été observée avec des stéréotypes « négatifs ». La notion de pouvoir et de hiérarchie entre professions médicales était souvent présente. Aux chirurgiens était associée l'image de tyrannie, d'exploitation de leurs larbins (anesthésistes et anatomo-pathologistes). Les stéréotypes sont nécessaires à la formation de ces « groupes sociaux ». Les rapports de ces groupes sociaux entre eux sont justifiés par les stéréotypes : en rejetant a priori les autres groupes sociaux, l'identité de notre propre groupe est renforcée, de même que notre propre estime de soi. L'hostilité envers un autre groupe social est utilisée pour renforcer sa propre présentation sociale. Pour Amossy et Herschberg-Pierrot, « Ce ne sont pas les attributs du groupe qui entraînent une attitude défavorable à leur égard, mais le rejet a priori qui se cherche des justifications en mobilisant tous les stéréotypes disponibles » [5]. Bien que

connotés négativement, les stéréotypes peuvent être une marque de confraternité, les médecins se moquant d'eux même, renforçant ainsi leur appartenance au corps médical ;

- la composante comportementale (ce que l'on fait) est la question fondamentale de ce travail : comment ces stéréotypes peuvent influencer notre pratique ? Quelle est leur utilité, au-delà de renforcer notre appartenance à un groupe social ? Les stéréotypes influencent notre relation au patient [13,15]. La prétendue perversité ou salacité du médecin telle qu'elle se conçoit dans les stéréotypes n'est-elle pas en soi un exutoire entre confrères pour éviter de déraiper devant le patient ? La fainéantise supposée des anesthésistes serait-elle un prétexte à la tyrannie de certains chirurgiens ? La soi-disant incompetence des urgentistes n'est-elle pas une marque de jalousie d'autres spécialités ? Ces stéréotypes ne guident-ils pas certains de nos comportements ? L'image qu'on se fait des autres ou même de sa profession a-t-elle une influence sur nos comportements ou notre travail ?

Nous avons été étonnés par la négativité générale des stéréotypes, mais n'est-ce pas la réalité d'une certaine dérision commune dans le monde médical ? Quels facteurs pourraient justifier ces comportements négatifs, et est-ce une particularité du monde médical, ou une pratique professionnelle répandue ? Nous n'avons pas pu conclure sur ces hypothèses, mais la compétitivité des études d'abord, puis la compétitivité permanente, notamment pendant la carrière professionnelle, peuvent expliquer ces visions négatives. Notre système éducatif basé sur les notes, le rendement, pousserait à ces comportements. Il serait plus logique de s'attendre à un corporatisme pour défendre la profession, et de ce fait véhiculer des messages positifs qui peuvent ensuite être relayés par des vecteurs de communication dans le public.

Une réflexion troublante est celle de savoir si les relations confraternelles sont influencées par ces stéréotypes. Est-ce que les malades seraient affectés par ces stéréotypes en n'étant pas

adressés correctement aux confrères ou autres spécialistes ? Si certains médecins expriment une dérision, des stéréotypes négatifs envers leurs confrères, vont-ils considérer ces confrères de manière positive et constructive lorsqu'il s'agit de demander un avis, ou de transférer un malade ? Nous pensons que ces stéréotypes restent dans le domaine de l'imaginaire et n'ont pas d'impact sur la pratique médicale, mais cette position mérite discussion. Par exemple, il a été montré que des soins étaient liés au médecin prenant en charge le malade. Une étude américaine a analysé les stratégies thérapeutiques proposées à des malades ayant un cancer de la prostate, et a montré qu'il existait une association forte entre le type de spécialiste consulté et le choix thérapeutique initial [16,17]. Ces études suggèrent que les réunions de concertations pluridisciplinaires, avec aussi le médecin généraliste représentant le patient, apporteraient des choix éclairés concernant les stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Outre les conflits d'intérêts, est-ce que les stéréotypes influenceraient les prises en charge des malades ?

Nous ne savons pas si ces comportements entre médecins sont observés dans d'autres professions médicales ou paramédicales, voire dans d'autres milieux professionnels (juristes, architectes, experts comptables, ou tout autre domaine professionnel). Est-ce que la défense des intérêts corporatifs des professions a un impact sur ces stéréotypes, en limitant les visions négatives et la dérision ? Notre opinion est de penser que nos observations ne sont pas spécifiques du monde médical, mais des études adaptées sont nécessaires pour conclure. Ce travail peut être un préalable à de plus larges études sur l'importance des stéréotypes dans le monde médical, et dans d'autres domaines professionnels.

**Déclaration d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

**Remerciements :** À tous ceux qui ont participé à cette étude, en diffusant notre questionnaire et en y répondant, et au jury de la thèse de médecine soutenue à Grenoble le 11 octobre 2013 (Thierry Bougerol, Hervé Maisonneuve, Philippe Kahane, Olivier Casez).



Complément électronique disponible sur le site Internet de *La Presse Médicale* (<http://www.em-consulte.com/revue/lpm>).

Annexe 1 - Énoncé des blagues et stéréotypes.

## Références

- [1] Bloch O, Wartburg Wvon. Dictionnaire étymologique de la langue française. Paris: Presses universitaires de France; 2008.
- [2] Howe N. The origin of humor. *Med Hypotheses* 2002;59:252-4.
- [3] Charaudeau P. Des catégories pour l'humour – Patrick Charaudeau. Nancy: Presses universitaires de Nancy; 2006 [Accès au site le 11/02/2013]<http://www.patrick-charaudeau.com/Des-categories-pour-l-humour.html>.
- [4] Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses universitaires de France; 2011 .
- [5] Amossy R, Herschberg-Pierrot A. Stéréotypes et clichés langue, discours, société. Paris: A. Colin; 2011.
- [6] Cousins N. Anatomy of an illness (as perceived by the patient). *N Engl J Med* 1976;295:1458-63.

- [7] Freud S. Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient. Paris: Gallimard; 1988.
- [8] Spence D. Medical stereotypes. *BMJ* 2011;342: d3235.
- [9] Woolf K, Cave J, Greenhalgh T, Dacre J. Ethnic stereotypes and the underachievement of UK medical students from ethnic minorities: qualitative study. *BMJ* 2008;337:a1220.
- [10] Passmore C, Dobbie AE, Parchman M, Tysinger J. Guidelines for constructing a survey. *Fam Med* 2002;34:281-6.
- [11] Ghiglione R, Matalon B. Les enquêtes sociologiques : théories et pratique. Paris: A. Colin; 1992.
- [12] Woo JKH, Ghorayeb SH, Lee CK, Sangha H, Richter S. Effect of patient socioeconomic status on perceptions of first- and second-year medical students. *CMAJ* 2004;170:1915-9.
- [13] Johnson SM, Kurtz ME, Tomlinson T, Howe KR. Students' stereotypes of patients as barriers to clinical decision-making. *J Med Educ* 1986;61:727-35.
- [14] Guntz Guiberteau C. Le médecin dans les séries télévisées françaises des années 70 à nos jours. [Thèse d'exercice en médecine] Grenoble, France: Université Joseph-Fourier; 2011. Disponible sur : [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/index.php?view\\_this\\_doc=dumas-00618718&extended\\_view=1&version=1&halsid=0sjp86qeatm7n8vpjtnbte3fl6](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/index.php?view_this_doc=dumas-00618718&extended_view=1&version=1&halsid=0sjp86qeatm7n8vpjtnbte3fl6).
- [15] IRDES (Institut de recherche en économie de la santé). Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins; 2013 [Accès au site le 02/09/2014] <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>.
- [16] Jang TL, Bekelman JE, Liu Y, Bach PD, Basch EM, Elkin EB *et al.* Physician visits prior to treatment for clinically localized prostate cancer. *Intern Med Arch* 2010;170: 440-50.
- [17] Vallée JP. Le « bazar » du traitement du cancer de la prostate. *Medecine* 2010;6:193.