



HAL
open science

La médecine générale : un choix par défaut aux Épreuves Classantes Nationales ? Étude multicentrique sur la concrétisation des souhaits des étudiants aux ECN

Anne-Sophie Rouger

► To cite this version:

Anne-Sophie Rouger. La médecine générale : un choix par défaut aux Épreuves Classantes Nationales ? Étude multicentrique sur la concrétisation des souhaits des étudiants aux ECN. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00910158

HAL Id: dumas-00910158

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00910158>

Submitted on 27 Nov 2013

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

ROUGER Anne-Sophie

Née le 10/01/1985 à Evreux (Eure)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 OCTOBRE 2013

La médecine générale : Un choix par défaut aux Epreuves Classantes Nationales ?

Etude multicentrique sur la concrétisation des souhaits des étudiants aux ECN.

PRESIDENT DU JURY : Professeur Benoît VEBER

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Joël LADNER

MEMBRES DU JURY : Professeur Jacques BENICHOU

Professeur Jean DOUCET

Docteur Francis ROUSSEL

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-**

J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -, DESHAYES - C. FESSARD – J.P. FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU médicale	HCN	Biostatistiques et informatique

M. Jean-Paul BESSOU vasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-
Mme Françoise BEURET-BLANQUART réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW santé	HCH	Epidémiologie, économie de la
M. Jean - Nicolas DACHER Médicale	HCN	Radiologie et Imagerie
M. Stéfan DARMONI Médicale/Techniques de communication	HCN	Informatique
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET Interne - Gériatrie.	HB	Thérapeutique/Médecine –
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -
M. Fabrice DUPARC Orthopédique et Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie
M. Bertrand DUREUIL chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie

M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
Mme Annie LAQUERRIERE pathologiques	HCN	Anatomie cytologie
M. Vincent LAUDENBACH chirurgicale	HCN	Anesthésie et réanimation
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépat - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON maxillo-faciale	HCN	Stomatologie et chirurgie
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie

M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES et de la reprod.	HCN	Biologie et méd. du dévelop.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>) Médecine d'urgence	HCN	Réanimation Médicale,
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER chirurgicale	HCN	Anesthésiologie Réanimation
M. Pierre VERA l'image	C.B	Biophysique et traitement de
M. Eric VERIN réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSENS moléculaire	HCN	Biochimie et biologie
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER chirurgicale	HCN	Anesthésie - Réanimation
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER santé	HCN	Epidémiologie, économie de la
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB la santé	Législation pharmaceutique et économie de
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT Minérale	Chimie Générale et
M. Thierry BESSON thérapeutique	Chimie
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB Economie de la Santé	Législation,
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA Galénique	Pharmacie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH moléculaire	Biochimie et biologie (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE moléculaire	Biochimie et biologie (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (Néovasc)	Neurosciences
Mme Pascaline GAILDRAT moléculaire humaine	Génétique (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD Inserm 1076)	Physiologie (Unité
Mme Isabelle TOURNIER 1079)	Biochimie (UMR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV ADEN)	Physiologie (Groupe
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Merci au Professeur Veber d'avoir accepté de juger mon travail et de présider mon jury.

Merci aux Professeurs Benichou et Doucet et au Docteur Roussel d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Merci au Docteur Ladner d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir aidée et soutenue dans cette écriture.

Merci aux Docteurs Morgan Jaffrelot à Brest, Chantal Kohler à Nancy, Pierre Pottier à Nantes et au Professeur Jean-Paul Fournier à Nice d'avoir coordonné cette étude.

Merci aux étudiants d'avoir accepté et pris le temps de répondre au questionnaire.

Merci à François pour ces années de vie ensemble qui ont été un réel bonheur et pour ton soutien pendant cette période plus difficile. Merci pour les deux enfants que nous avons eu ensemble.

Merci à Noé pour ta joie de vivre et ta bouille de clown. Merci aussi à ta future petite sœur dont le prénom est gardé secret.

Merci à maman pour toutes ses années de privation pour réaliser nos rêves. Merci de toujours avoir été présente et de ton soutien sans faille.

Merci à mamie pour ta motivation dans les études et pour ton soutien.

Merci à Amélie pour ta relecture attentive, ta présence et ton aide. Merci aussi au futur parrain.

Merci à tout le reste de famille pour votre présence et notamment tonton qui m'a donné envie de faire ce métier.

Merci à Lucie et Halima pour votre soutien à toute épreuve et à nos moments privilégiés passés ensembles.

Merci à tous les médecins que j'ai rencontrés dans mon cursus et qui ont participé à mon apprentissage. Merci aussi au Département Universitaire de Médecine Générale.

Table des matières

Table des matières	15
Liste des abréviations utilisées.....	18
Introduction	20
Etudes de médecine	20
Déroulement des études de médecine ¹	20
Epreuves Classantes Nationales	21
La filière de médecine générale.....	21
Les différentes réformes.....	21
Aujourd'hui	22
La dévalorisation de la médecine générale ?.....	22
Evolution des postes pourvus en médecine générale à l'issue des ECN ¹⁰	23
Féminisation de la médecine	24
Sujets et Méthodes	26
Lieu de l'étude	26
Type de l'étude et organisation	26
Les informations recueillies	27
Analyse statistique.....	28
Résultats.....	31
Description de la population de l'étude	31
Analyse globale	31
Analyse par faculté	32
Analyse par sexe	37
Attractivité des filières.....	40
Analyse globale	40
Analyse par faculté	40
Analyse par sexe	43
Attractivité géographique.....	45
Analyse globale	45
Analyse par faculté	46

Analyse par sexe	48
Caractéristiques des étudiants ayant choisi la filière de médecine générale à l'issue des ECN.....	49
Analyse globale	49
Analyse par faculté	50
Analyse par sexe	51
Détermination des facteurs de choix de la médecine générale	52
Description des facteurs attractifs de la médecine générale pour les étudiants ayant choisi cette filière.....	54
Analyse globale	54
Analyse par faculté	55
Analyse par sexe	58
Corrélation de Kendall entre le souhait pré-ECN et le choix post-ECN.....	61
Analyse globale	61
Analyse par faculté	62
Indicateur d'espérance atteinte	64
Analyse globale	64
Analyse par faculté	65
Analyse par sexe	66
Discussion	68
Points forts et limites de l'étude	68
L'attractivité de la médecine générale	68
La mobilité des étudiants.....	69
Le choix de la médecine générale.....	70
Un choix volontaire.....	70
L'amélioration de l'image de la médecine générale	70
Désir des étudiants réalisant ce choix	71
Relation malade/ médecin.....	71
Diversité des pathologies.....	72
Exercice en groupe	72
Préparation plus légère pour les ECN	72
Indicateur d'espérance atteinte :	73
Conclusion.....	74

Liste des abréviations utilisées

AR : anesthésie-réanimation

Bio. : Biologie

CNCI : centre national des concours d'internats

CSCT : certificat de synthèse clinique et thérapeutique

DCEM 3/4 : deuxième cycle d'études médicales, 3^{ème}/4^{ème} année

DU : diplôme universitaire

DUMG : département universitaire de médecine générale

ECN : épreuves classantes nationales

ET : écart-type

F : femme

GO : gynécologie-obstétrique

H : homme

HU : hospitalo-universitaire

IEA : indicateur d'espérance atteinte

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

MT : médecine du travail

MG : médecine générale

N : nombre de participants à l'analyse

PCEM : premier cycle d'études médicales

Ped. : Pédiatrie

Psy. : Psychiatrie

SP : santé publique

SC : spécialité chirurgicale

SM : spécialité médicale

Introduction

Etudes de médecine

Déroulement des études de médecine¹

Le Premier Cycle des Etudes Médicales est composé de 2 ans : une année qui aboutit sur un concours très sélectif qui permet d'atteindre la maïeutique, la médecine ou l'odontologie (nous ne prendrons pas en compte l'arrêté du 28 octobre 2009², qui a été promulgué après notre étude).

Une deuxième partie des études de médecine est basée sur l'enseignement théorique et les stages d'observation. Elle est composée de la deuxième année du PCEM et de la première année du DCEM. Il y a un premier stage où l'étudiant suit un infirmier dans ses soins. Le deuxième lui permet d'observer l'examen clinique.

Lors des deuxième, troisième et quatrième années du DCEM, l'étudiant en médecine est amené à faire des stages dans les différents services du centre hospitalier universitaire. Il devient « étudiant hospitalier »³ dans le but d'apprendre et d'appréhender la relation avec le patient, ses responsabilités et son rôle dans une équipe médicale et les différentes spécificités de chaque spécialité médicale et chirurgicale et de l'aider dans le choix de ce qu'il voudra faire ou pas dans son exercice futur. Peu de spécialités ne sont pas présentées. Il s'agit de la médecine générale (bien que cela soit en train de changer), la santé publique, la médecine du travail et la biologie. Pendant ces trois années sont dispensés des enseignements transversaux afin de préparer les futurs médecins à une prise en charge globale du patient.

Chaque année d'étude est validée par des examens théoriques et par la réussite des stages. La DCEM 4 est marquée par le passage de deux examens : le CSCT en milieu d'année qui valide le deuxième cycle et les ECN.

Epreuves Classantes Nationales

Les ECN se déroulent dans cinq villes qui centralisent l'ensemble des étudiants inscrits. Tous les étudiants ayant validé leur DCEM passent les ECN constitués de plusieurs cas cliniques et d'un dossier de lecture critique d'article. Chaque dossier reçoit une note sur cent, la correction est basée sur l'utilisation de mots clés. A l'issue de cet examen les étudiants sont classés en fonction de leur note. Le classement est publié au journal officiel. Puis ils participent à la procédure nationale de choix de la discipline et du centre hospitalier universitaire⁴. Ils rentrent enfin dans le TCEM.

Une réforme des ECN, qui devrait prendre effet en 2016, prévoit de les transformer en i épreuves, c'est-à-dire sous forme numérique. De plus, elle envisage de simplifier et donc de rendre plus objective la correction de cet examen en remplaçant les questions ouvertes par des QCM (questions à choix multiples) et QROC (questions rédactionnelles ouvertes courtes). Les enseignants et les étudiants semblent y être plutôt favorables.

La filière de médecine générale

Les différentes réformes

Dans les années 70, les étudiants qui souhaitaient devenir médecin généraliste devaient réaliser, après un tronc commun de 6 ans (PCEM1 au DCEM 4), un stage hospitalier de douze mois. En 1975, le gouvernement décida de créer un troisième cycle d'étude de médecine générale, composé « d'une formation hospitalière de dix-huit mois, un stage extrahospitalier sous la forme de vingt à quarante demi-journées réparties sur trois à six mois et un enseignement théorique de 150 heures »⁵.

En 1984, est créé le résidanat qui consiste en deux ans de troisième cycle spécifique de la médecine générale. L'étudiant peut y participer s'il refuse de passer le concours de l'internat (qui donne accès aux spécialités) ou s'il échoue. Progressivement avec l'ajout d'un stage obligatoire chez le praticien, la durée du résidanat est de trois ans en 2001.

En 2002, la loi instaure, à la place du concours de l'internat, les ECN⁶. Celles-ci impliquent que chaque étudiant, qu'il veuille être spécialiste ou généraliste, passe ce concours à la fin des six années de tronc commun. Et en septembre 2004, la médecine générale est enfin reconnue par un diplôme d'études spécialisées et considérée comme une spécialité, au même droit que la cardiologie, la chirurgie digestive, la médecine du travail, la santé publique....

Aujourd'hui

La formation de médecine générale dure trois ans. Quatre stages sont obligatoires : 3 sont hospitaliers : médecine adulte (médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie de court séjour), gynécologie ou pédiatrie, urgences et 1 semestre chez un praticien généraliste agréé.

Elle se termine par la soutenance de la thèse pour le doctorat en médecine qui doit se faire pendant l'internat et jusqu'à trois ans après la fin de l'internat. Après avoir validé leur stage en médecine générale les étudiants sont autorisés à remplacer. Leur licence de remplacement n'est pas renouvelée si leur thèse n'est pas soutenue en temps et en heure.

La dévalorisation de la médecine générale ?

Depuis plusieurs années, des écrits sont publiés sur la sensation de dépréciation de la médecine générale.

- Une première étude datant de la médecine générale en tant que spécialité à part entière, en 2004, montrait une méconnaissance profonde de cette filière par les étudiants et donc une attractivité faible. Pourtant l'idée qu'ils se faisaient de celle-ci était plutôt positive d'un point de vue de qualité de vie et pécuniaire⁷.
- Une deuxième étude de 2008 pour une thèse, 4 ans après la mise en place des ECN, ne montrait pas une dévalorisation de la médecine générale, mais elle n'apportait pas de solution au désintérêt porté à cette spécialité⁸.

- Une troisième étude menée par le département de médecine générale de la faculté de Paris Descartes montrait que le choix de la médecine générale serait peut-être un choix positif⁹.
- Une dernière étude réalisée à Rouen, sur quatre ans (entre 2005 et 2008) a permis l'expérimentation d'un indicateur d'espérance atteinte (IEA) et tendait à prouver que le choix de la médecine générale était une volonté. Mais la principale limite concernait le caractère uni-centrique de l'étude. C'est pourquoi nous avons décidé de mener une nouvelle étude de plus grande ampleur, multicentrique, afin de mieux évaluer l'IEA et apprécier le caractère volontaire du choix de la filière de médecine générale.

Evolution des postes pourvus en médecine générale à l'issue des ECN¹⁰

Au début de la mise en place de l'ECN, la médecine générale arrivait en dernière position de choix pour le taux de poste pourvus, loin derrière la médecine du travail et la santé publique. Les autres filières avaient un taux de choix à 100%.

L'évolution au cours des années est stable pour toutes les spécialités, sauf pour la médecine générale, où ce taux est en légère augmentation mais reste plus bas que dans les autres filières.

Disciplines	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Ouverts	Pourvus	Ouverts	Pourvus	Ouverts	Pourvus	Ouverts	Pourvus	Ouverts	Pourvus	Ouverts	Pourvus	Ouverts	Pourvus
Anesthésie - Réanimation médicale	243	100%	243	100%	243	100%	250	100%	260	100%	294	100%	318	100%
Biologie médicale	58	100%	58	100%	58	100%	60	100%	40	100%	60	100%	86	100%
Gynécologie médicale	16	100%	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%	27	100%	24	100%
Gynécologie obstétrique	158	100%	150	100%	150	100%	155	100%	155	100%	164	100%	177	100%
Médecine générale	1841	67%	2400	59%	2353	86%	2866	84%	3200	81%	3333	82%	3632	82%
Médecine du travail	61	92%	56	100%	60	88%	60	90%	54	85%	105	60%	120	73%
Pédiatrie	196	100%	196	100%	196	100%	200	100%	200	100%	253	100%	274	100%
Psychiatrie	200	100%	300	100%	300	100%	300	100%	280	100%	350	100%	367	100%
Santé publique	75	93%	70	100%	70	100%	70	97%	60	95%	80	83%	80	91%
Spécialités chirurgicales	380	100%	550	100%	550	100%	550	100%	550	100%	570	100%	557	100%
Spécialités médicales	760	100%	760	100%	760	100%	835	100%	885	100%	950	100%	1204	100%
Ensemble des disciplines hors médecine générale	2147	99%	2403	100%	2407	100%	2500	100%	2504	100%	2853	98%	3207	98%
Ensemble des disciplines	3988	84%	4803	80%	4760	93%	5366	91%	5704	89%	6186	89%	6839	90%

Figure 1 : Répartition des postes ouverts et pourvus par discipline de 2004 à 2010¹⁰

Féminisation de la médecine

Cette évolution est connue depuis des années mais le changement récent concerne l'exercice de ces femmes médecins. L'IRDES publie régulièrement des données sur la féminisation et sur l'activité des médecins. La féminisation est passée progressivement en 26 ans de 25% à 40%.

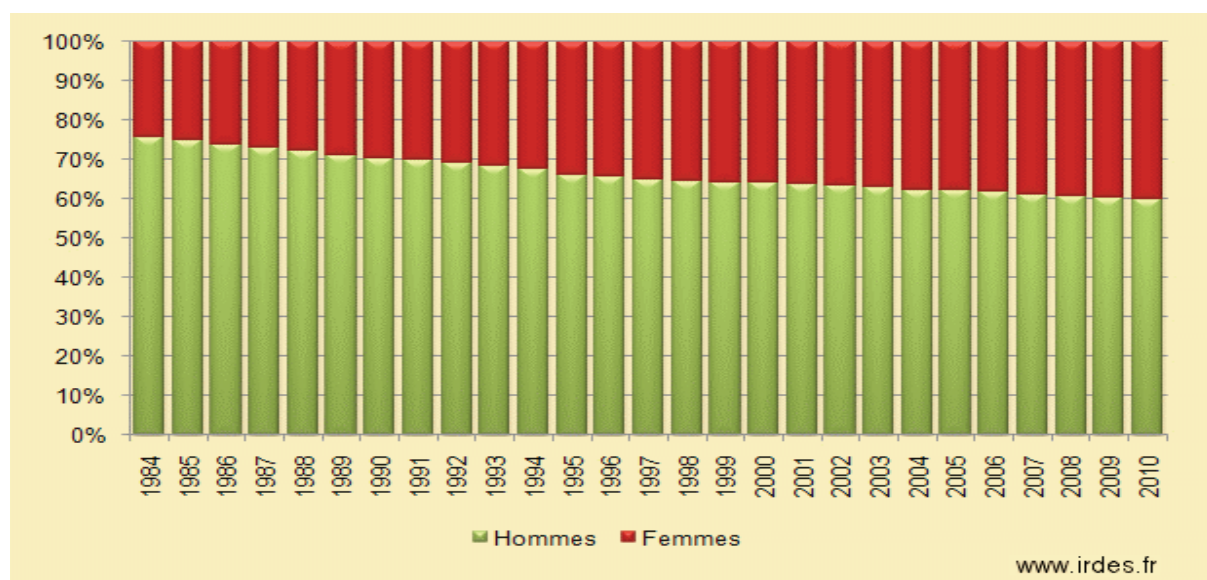


Figure 2 : Répartition par sexe de la démographie médicale¹¹.

Comme le montre cet histogramme, les effectifs de femmes libérales augmentent beaucoup plus vite que chez les hommes, il en est de même pour les femmes salariées.

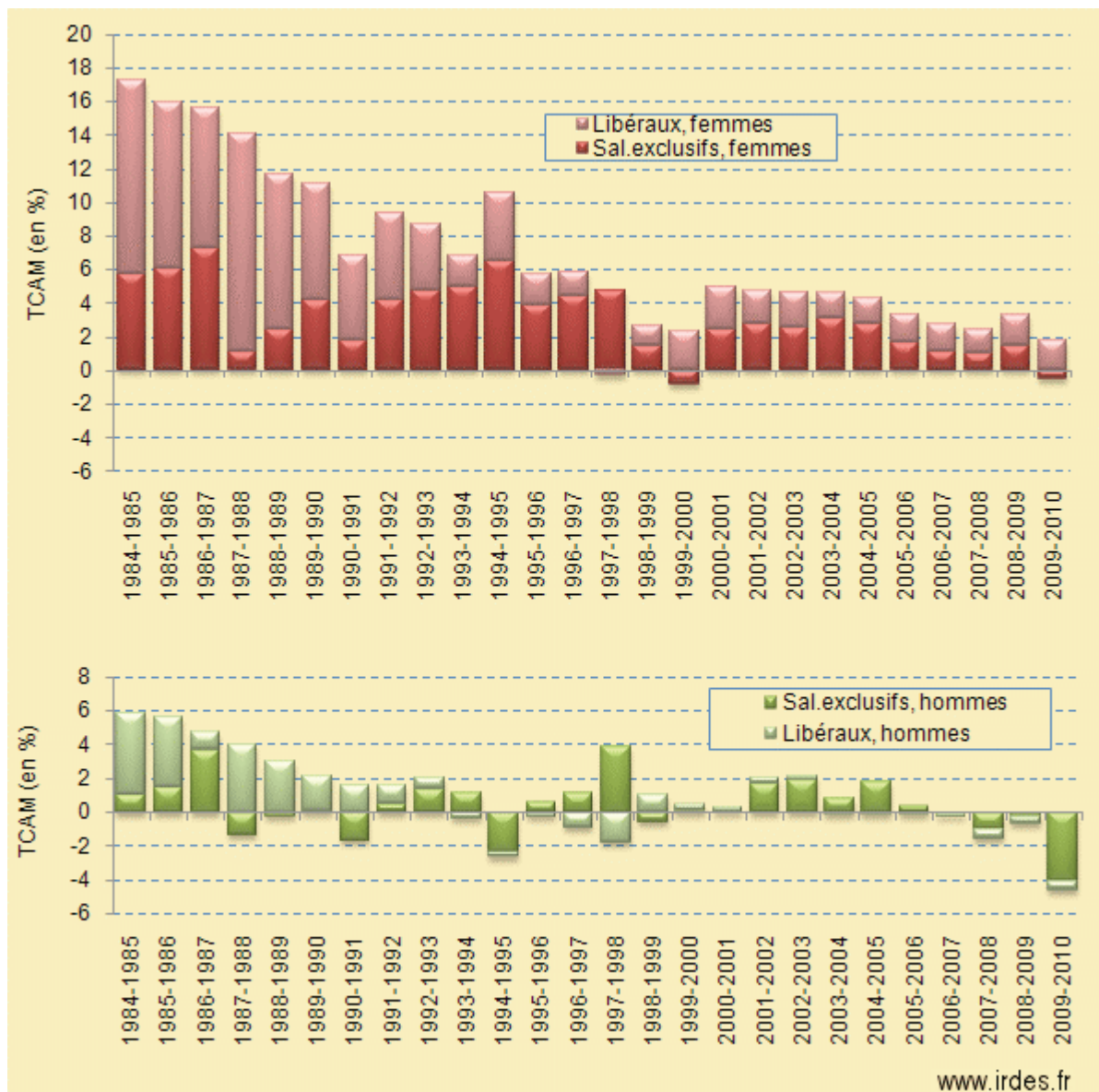


Figure 3 : Evolution de la démographie des médecins par sexe et mode d'exercice¹¹.

Sujets et Méthodes

Lieu de l'étude

Notre étude s'est déroulée pendant l'année universitaire 2010-2011, dans cinq facultés de médecine sous la coordination de cinq médecins: Dr Morgan Jaffrelot à Brest, Dr Chantal Kohler à Nancy, Dr Pierre Pottier à Nantes, Pr Jean-Paul Fournier à Nice et Dr Joël Ladner à Rouen.

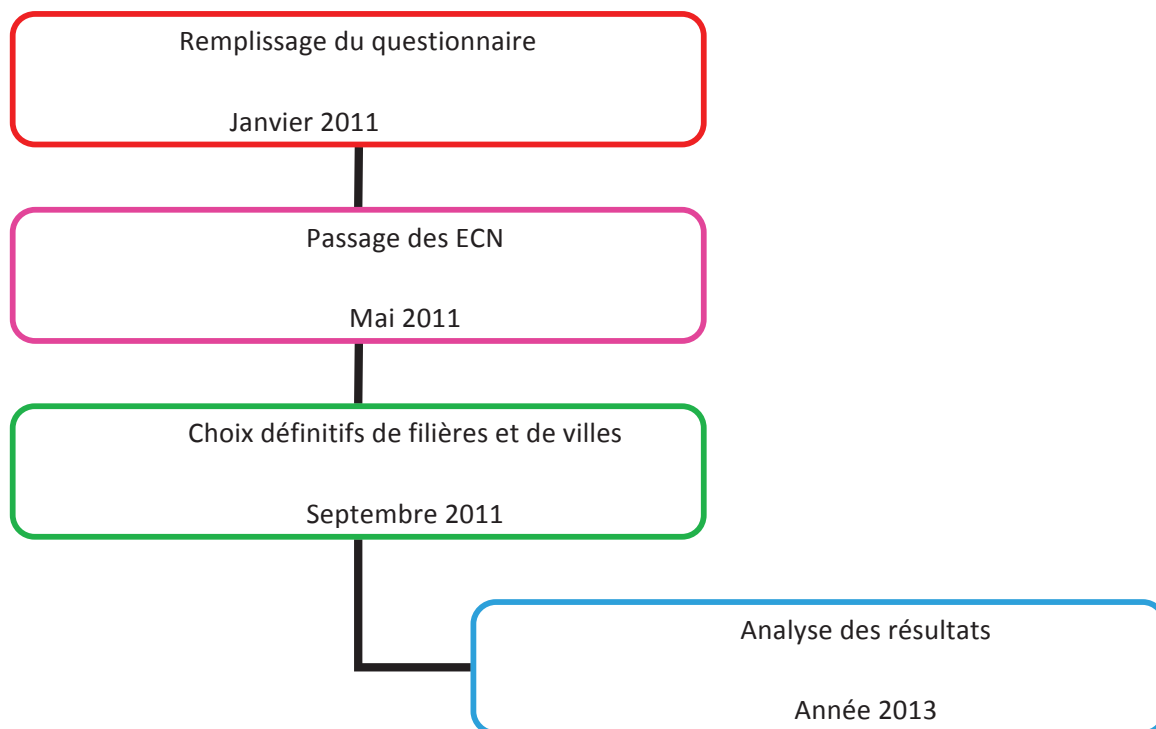
Type de l'étude et organisation

Il s'agissait d'une étude transversale, multicentrique, conduite dans cinq facultés de médecine en France.

Avant les ECN en juin 2011, un recueil des souhaits des étudiants, par un auto-questionnaire nominatif, s'est déroulé lors du CSCT. Celui-ci avait lieu en janvier- février 2011 soit 6 mois avant les ECN.

A l'issue des ECN les affectations ont été récupérées lors de leurs publications dans le Journal Officiel, une fois la procédure de choix nationale finie.

Une analyse statistique a été menée avec l'aide du Dr Joël LADNER du département d'Epidémiologie et de Santé Publique du CHU de Rouen.



Les informations recueillies

Une première partie du questionnaire (présenté en annexe) portait sur la description de l'étudiant : nom, prénom, date de naissance, redoublant ou pas. Puis, il lui était demandé si son choix de spécialité était déjà réalisé, et si tel était le cas il devait dire quelle spécialité il souhaitait exercer, à quel moment ce choix s'était fait et quel mode d'exercice il envisageait. Enfin il y avait une question sur l'inscription ou non à un cycle de conférence de préparation à l'ECN, en la citant et sur l'optique de redoublement si la filière et/ou la ville souhaitée n'était pas obtenue.

Une deuxième partie interrogeait les étudiants sur leurs espérances de spécialité et de ville après leurs ECN, sous la forme d'une échelle de Likert à 5 points qui étaient : « refus catégorique », « refus a priori », « indifférent », « intérêt », « Intérêt majeur ». Il existait une possibilité de cocher une case nommée « La seule filière/ville que je souhaite intégrer », dans ce cas l'étudiant devait remplir uniquement cette case.

L'utilisation d'une échelle de Likert permettait une catégorisation des souhaits des étudiants.

Les choix des filières proposaient : Anesthésie-Réanimation, Biologie, Gynécologie médicale, Gynécologie Obstétrique, Médecine générale, Médecine du travail, Pédiatrie, Psychiatrie, Santé publique, Spécialité Chirurgicale et Spécialité Médicale.

Les choix de villes s'étaient sur: Aix Marseille, Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, St Etienne, Strasbourg, Toulouse, et Tours.

Ces choix n'étaient pas cités au hasard, il s'agissait de ceux proposés lors de la procédure nationale de choix. Ils étaient cités par ordre alphabétique afin d'éviter les biais de suggestions.

En dernière partie, une liste non-exhaustive de facteurs attractifs pour la médecine générale était proposée avec une échelle de Likert à 5 points aussi. Pour chacun des critères suivants, les étudiants pouvaient nuancer l'impact sur leur choix de « pas d'impact » à « impact très fort » : la diversité sociologique des patients, la diversité des pathologies vues, le mode d'exercice libéral, la relation avec le patient, la préparation plus légère pour l'ECN, l'intérêt pour l'exercice en milieu rural, l'intérêt pour l'exercice en milieu urbain, la liberté d'installation, une éventuelle incitation financière, les revenus moindres (comparés à un spécialiste), la possibilité d'exercice en groupe, la difficulté de faire une carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire, la possibilité d'exercice solitaire et la qualité de vie moins bonne (comparée à un spécialiste). Les différentes graduations étaient : « aucun impact », « impact faible », « impact moyen », « impact fort » et « impact très fort ».

Le temps pour remplir ce questionnaire a été estimé à 10 minutes. Ce questionnaire est volontairement nominatif afin de permettre une corrélation au listing du CNCI.

Analyse statistique

Toutes les informations recueillies ont été saisies dans Excel® et analysées par le logiciel Epi Info Version 3.5.3® et le logiciel R version 2.15.3®.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse descriptive de la population de l'étude en globalité, puis en fonction de la faculté d'origine et enfin en fonction du sexe.

Une deuxième partie décrivait l'attractivité des différentes villes et filières. Pour l'analyse de l'échantillon global et par sexe nous avons regardé l'attractivité des grandes régions de France : le Centre (Clermont, Limoges, Tours), l'Est (Besançon, Dijon, Lyon, Saint-Etienne), le Nord (Amiens, Lille), le Nord-Est (Nancy, Strasbourg, Reims), le Nord-Ouest (Brest, Caen, Rennes, Rouen), l'Ouest (Angers, Nantes, Poitiers), Paris, le Sud-Est (Aix-Marseille, Grenoble, Montpellier, Nice) et le Sud-Ouest (Bordeaux, Toulouse). Pour l'analyse par faculté nous avons raisonné différemment. Nous nous sommes intéressés à l'attractivité de la ville d'origine, de la grande région de France, de Paris, du Sud (et du Nord pour Nice) et un autre groupe réunissant l'ensemble des autres villes.

La troisième partie analysait les étudiants ayant choisi la médecine générale au choix définitif réalisé à l'issue des ECN. Nous avons réalisé une description de cet échantillon puis une analyse multi-variée avec régression logistique, afin de déterminer les facteurs associés à l'attractivité de la médecine générale.

Une quatrième partie étudiait les facteurs influençant le choix de la filière de médecine générale. Cette partie n'a inclus que les étudiants intégrant l'internat de médecine générale à l'issue des ECN.

Dans la cinquième partie, nous avons analysé chez ces étudiants la correspondance entre le souhait de filière au moment du CSCT et le choix définitif à l'issue des ENC ainsi que le taux d'espérance atteinte. Pour la corrélation, nous avons réalisé deux études différentes :

- Parmi ces étudiants nous avons compté le nombre de ceux qui avaient coté la médecine générale à 6 sur l'échelle de Likert au moment du CSCT.
- et combien avaient coté la médecine générale entre 4 et 6 sur l'échelle de Likert.

Une sixième partie s'intéressait à la corrélation entre les souhaits pré-ECN et les choix post-ECN dans l'ensemble de la population de l'étude. Pour cela, nous avons utilisé un test Tau de Kendall. Nous avons fait deux analyses : une regroupant les Likert 5 et 6 (soit intérêt majeur et seule filière que je souhaite intégrer) et une deuxième qui les séparait.

Une septième et dernière partie présentait l'indicateur d'espérance atteinte. Celui-ci était obtenu en faisant un rapport entre les étudiants ayant confirmé leur choix pré-ECN au moment du choix définitif et la totalité des étudiants qui souhaitaient cette filière au moment du CSCT. Pour cette analyse, étaient comptabilisés comme souhaitant cette spécialité les étudiants qui avaient côté la filière Likert 5 (intérêt majeur) ou 6 (seule filière que je souhaite intégrer).

Par exemple pour la médecine générale :

$$\text{IEA} = \frac{\text{Nombre d'étudiants ayant choisi la médecine générale au choix définitif}}{\text{Nombre d'étudiants ayant côté Likert 5-6 la médecine générale au moment du CSCT}}$$

Résultats

Description de la population de l'étude

Analyse globale

Au total, 542 étudiants ont été inclus dans l'étude. Le sexe ratio (H/F) était de 0,50. L'âge moyen était de 23,9 ans (ET=1,7). Seulement 4,4% des étudiants étaient redoublants. Les étudiants brestois étaient au nombre de 61 (soit 11,3% de l'échantillon), les nancéens 97 (soit 17,9% de l'échantillon), les nantais 129 (soit 23,8% de l'échantillon), les niçois 96 (soit 17,9% de l'échantillon) et les rouennais 159 (soit 29,3% de l'échantillon).

387 étudiants, soit 74,3% ont décidé d'assister à des cycles de conférences préparant au passage de l'ECN. Le principal motif de non-participation était le coût de revient (61,8%). Pour d'autres, il s'agissait du manque d'information (8,8%), du manque d'utilité (2,9%), du manque de temps (11,8%) ou d'intérêt (11,8%) et de conférences déjà réalisées en DCEM 3 (2,9%). Certains étudiants (12%) se sont même inscrits dans plusieurs conférences. Les cycles privés et payants comptaient le plus grand nombre d'adhésions : 73,4% versus 26,6% pour les conférences gratuites organisées par les différentes facultés.

Sur la population d'étude, 51,7% des étudiants avaient déjà choisi leur spécialité au moment du questionnaire. Il existait une nette prédominance de la médecine générale (28,7%), des spécialités chirurgicales et médicales (20,5%). Au contraire la médecine du travail et la santé publique (0,4%) attiraient peu. Pour la plupart (84,1%), ce choix se faisait lors de l'externat.

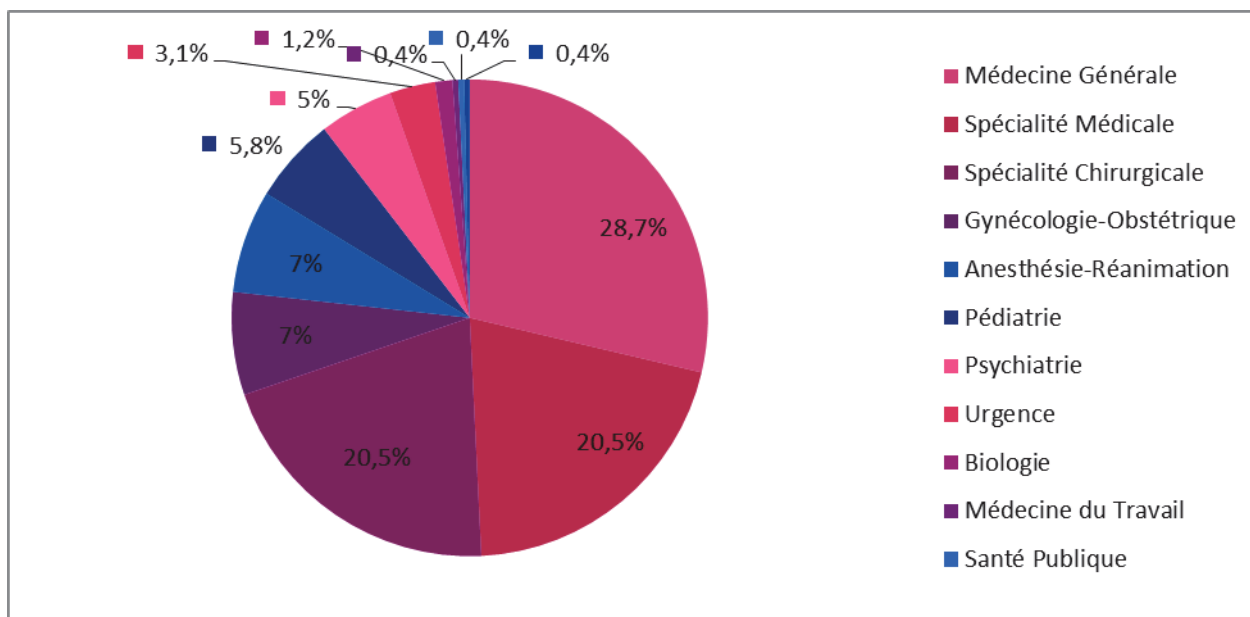


Figure 4: Les spécialités désirées pour les étudiants ayant déjà fait leur choix au moment du CSCT (N=258)

Au sujet du redoublement, 260 étudiants, soit 51,7% étaient prêts à redoubler s'ils n'obtenaient pas la filière souhaitée, alors que seulement 83 étudiants (16,5%) redoubleraient pour leur ville espérée.

Analyse par faculté

Brest

Les étudiants brestois étaient au nombre de 61. Le sexe ratio (H/F) était de 0,27. L'âge moyen est à 23,7 ans (ET=0,8). Seulement 7 % des étudiants étaient redoublants.

46 étudiants (78%) s'étaient inscrits à des cours de préparation à l'ECN, dont 69,8% des inscriptions en cycles privés.

51,7% des étudiants ayant répondu au questionnaire à Brest savaient déjà quelle spécialité ils voulaient pratiquer et pour la plupart il s'agissait de la médecine générale, d'une spécialité chirurgicale ou médicale. 75% ont fait ce choix pendant leur externat.

A Brest, 40,4% des étudiants étaient prêts à redoubler pour l'obtention de la filière alors que seulement 20,4% y étaient prêts pour la ville.

Nancy

Ils étaient au nombre de 97. Le sexe ratio (H/F) était de 0,45. L'âge moyen était de 24,2 ans (ET= 1,2). Seulement 3,4 % des étudiants de Nancy étaient redoublants.

75 étudiants (79,8%) assistaient à des conférences de préparations à l'ECN, dont 83,3% d'inscriptions en privé.

Lors du questionnaire, 52,8 % des répondants savaient déjà la spécialité qu'ils aimeraient choisir au choix définitif. On retrouvait toujours la médecine générale, les spécialités médicales et chirurgicales en tête. Ce choix était réalisé pour 88,6% des étudiants pendant l'externat.

A Nancy, 49,5 % des étudiants étaient prêts à redoubler pour la filière contre 14 % pour la ville.

Nantes

Ils étaient au nombre de 129. Le sexe ratio (H/F) était de 1,2. L'âge moyen était à 23,9 ans (ET= 3,7). Seulement 5,8 % des étudiants étaient redoublants.

61,1% des étudiants étaient inscrits dans des conférences de préparation à l'ECN, dont 65,5% en milieu privé.

57,6% des étudiants connaissaient la spécialité désirée pour l'ECN au moment du CSCT. On retrouvait toujours les mêmes filières en tête. Et pour 86,6% de ces étudiants, cela se faisait lors de leur externat.

58,2% des étudiants nantais étaient prêts à redoubler pour leur filière alors que 14,8% l'auraient fait pour la ville.

Nice

Ils étaient 96 inclus. Le sexe ratio (H/F) de cette faculté était de 0,71. L'âge moyen était à 23,8 ans (ET=1,9). Deux étudiants étaient redoublants (2,2%).

73 étudiants (79,3%) assistaient à des conférences de préparation à l'ECN, dont 73,8% d'inscriptions en privé.

49,5% des étudiants ayant répondu au questionnaire à Nice savaient déjà quelle spécialité ils voulaient pratiquer. Dans cette partie de l'échantillon, les 3 filières favorisées étaient les mêmes que dans l'analyse globale. 80,4% ont fait ce choix pendant leur externat.

A Nice, 53,8% des étudiants étaient prêts à redoubler pour la filière contre 22,5% pour la ville.

Rouen

150 étudiants ont répondu au questionnaire à Rouen. Le sexe ratio (H/F) était de 0,46. L'âge moyen était à 24 ans (ET=1,4). Seulement 4,2% des étudiants étaient redoublants.

77,3% des étudiants avaient décidé de s'inscrire à des conférences de préparation à l'ECN, dont 73,9% dans des cycles privés.

47,3% des rouennais savaient déjà, au moment du questionnaire, la spécialité qu'ils voulaient pratiquer. Les trois filières les plus espérées étaient toujours la médecine générale, les spécialités médicale et chirurgicale. Pour 84,8%, ce choix se faisait pendant l'externat.

53,8 % étaient prêts à redoubler s'ils n'atteignaient pas la filière souhaitée contre 14,4% pour la ville.

Comparaison et synthèse des cinq facultés

	Brest	Nancy	Nantes	Nice	Rouen	p
Sexe Ratio (H:F)	0,27	0,45	1,2	0,71	0,46	0,02
Âge Moyen	23,7	24,2	23,9	23,8	24	0,003
% de redoublants	7	3,4	5,8	2,2	4,2	0,6
% choix de spécialité déjà réalisé	51,7	52,8	57,6	49,5	47,3	0,5
% choix réalisé au cours de l'externat	75	88,6	86,6	80,4	84,8	0,5
% d'inscription à des conférences	78	79,8	61,1	79,3	77,3	0,004
% d'inscription en cycle privé	69,8	83,3	65,5	65,5	73,9	0,1
% d'étudiants prêts à redoubler pour la filière	40,4	49,5	58,2	53,8	50,3	0,3
% d'étudiants prêts à redoubler pour la ville	20,4	14	14,8	22,5	14,4	0,4

Tableau 1: comparatifs de la description des populations dans les 5 villes

Des différences significatives ont été mises en évidence entre les cinq échantillons au niveau du sexe ratio, de l'âge moyen et du taux d'inscription en conférences.

Dans les 5 villes, a été observée une nette prédominance, à plus de 60%, de la médecine générale et des spécialités chirurgicales et médicales. Les autres souhaits sont beaucoup moins représentés.

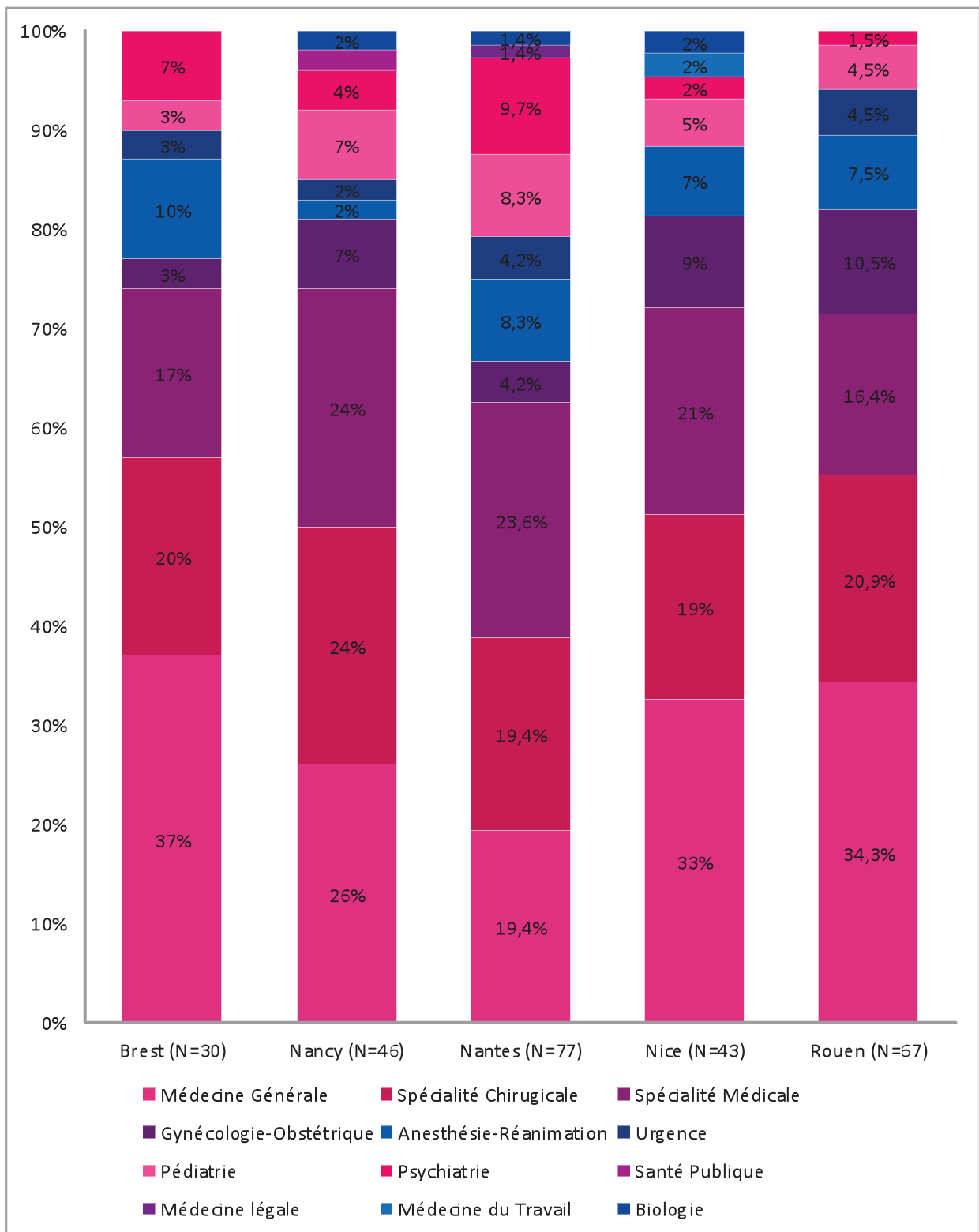


Figure 5 : Répartition des spécialités désirées par les étudiants qui savaient déjà ce qu'ils souhaitaient pratiquer au moment du CSCT, en fonction des facultés.

Analyse par sexe

Femmes

L'âge moyen des étudiants de sexe féminin était de 23.9 ans (ET=1,6). 3,5% des étudiants étaient redoublants.

76,6% des femmes avaient décidé de s'inscrire à des conférences de préparation aux ECN, dont 77,5% des inscriptions en privé.

Pour la moitié des étudiantes, le choix de leur spécialité était déjà fait au moment du CSCT et pour 85,7% de celles-ci, il se faisait au cours de l'externat.

Les filles étaient prêtes pour 50% d'entre-elles à redoubler pour leur filière, contre 14,9% pour leur ville.

Hommes

L'âge moyen est à 24 ans (ET=1,8). Seulement 5,4 % des étudiants masculins étaient redoublants.

82% des hommes s'étaient inscrits à des cours de préparation aux ECN, dont les trois quart des inscriptions en cycles privés.

47% des étudiants ayant répondu au questionnaire savaient déjà quelle spécialité ils voulaient pratiquer. 80% ont fait ce choix pendant leur externat.

48,9% des étudiants masculins étaient prêts à redoubler pour la filière alors que seulement 19,5% y étaient prêts pour la ville.

Comparaison et synthèse par sexe

	Femmes	Hommes	p
Âge Moyen	23,9	24	0,13
% de redoublants	3,5%	5,4%	0,26
% choix de spécialité déjà réalisé	50%	47%	0,32
% choix réalisé au cours de l'externat	85,7%	80%	0,22
% d'inscription à des conférences	76,6%	82%	0,14
% d'inscription en cycle privé	77,5%	75%	0,6
% d'étudiants prêts à redoubler pour la filière	50%	48,9%	0,46
% d'étudiants prêts à redoubler pour la ville	14,9%	19,5%	0,15

Tableau 2 : Comparatifs entre les étudiants féminins et masculins.

Il n'existe donc aucune différence significative entre les étudiants féminins et masculins.

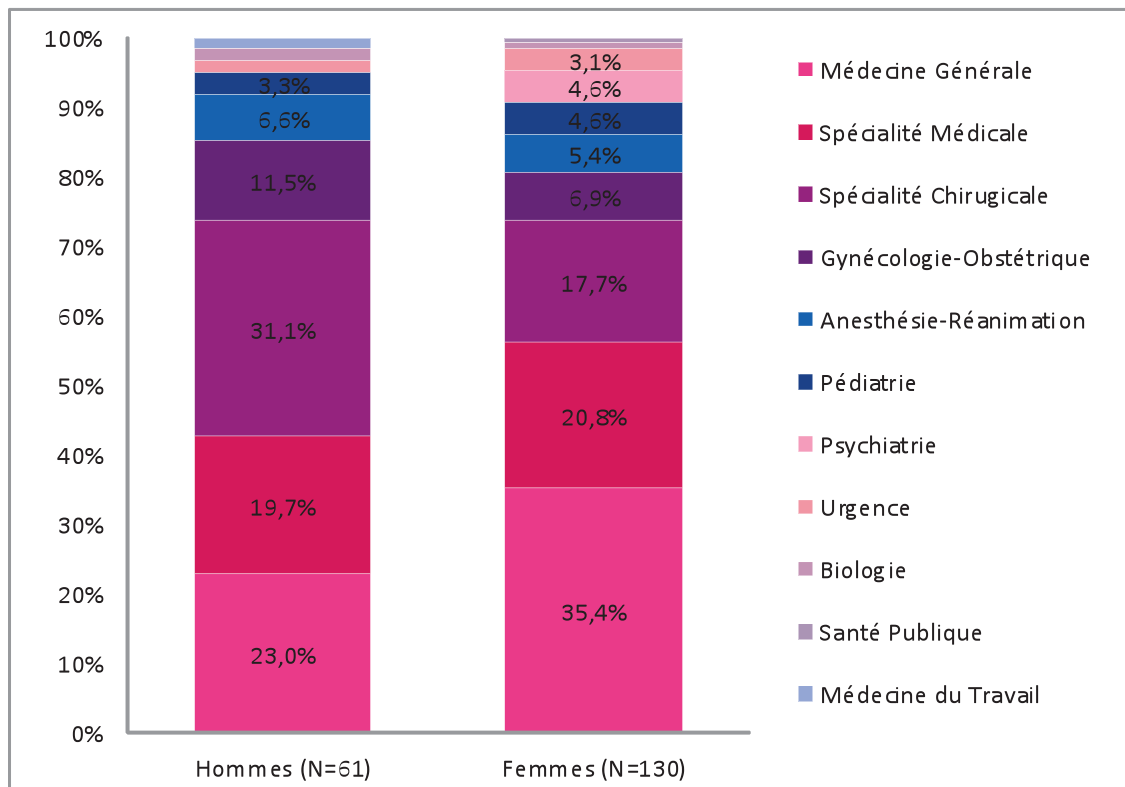


Figure 6 : Répartition des spécialités désirées par les étudiants qui savaient déjà ce qu'ils souhaitaient pratiquer au moment du CSCT, en fonction du sexe.

Les trois filières les plus attractives étaient les mêmes dans les deux sexes. En revanche, les femmes étaient plus attirées par la médecine générale et les hommes par les spécialités chirurgicales. Les sept autres filières ne représentaient que moins de 30% de l'attractivité.

Attractivité des filières

Analyse globale

Dans l'échantillon global, les deux filières les plus attractives étaient la médecine générale et les spécialités médicales. Les trois spécialités les moins attractives étaient la biologie, la médecine du travail et la santé publique. 40,1% des étudiants n'envisageaient qu'une seule filière (Likert = 6), dont 15,1% pour la médecine générale.

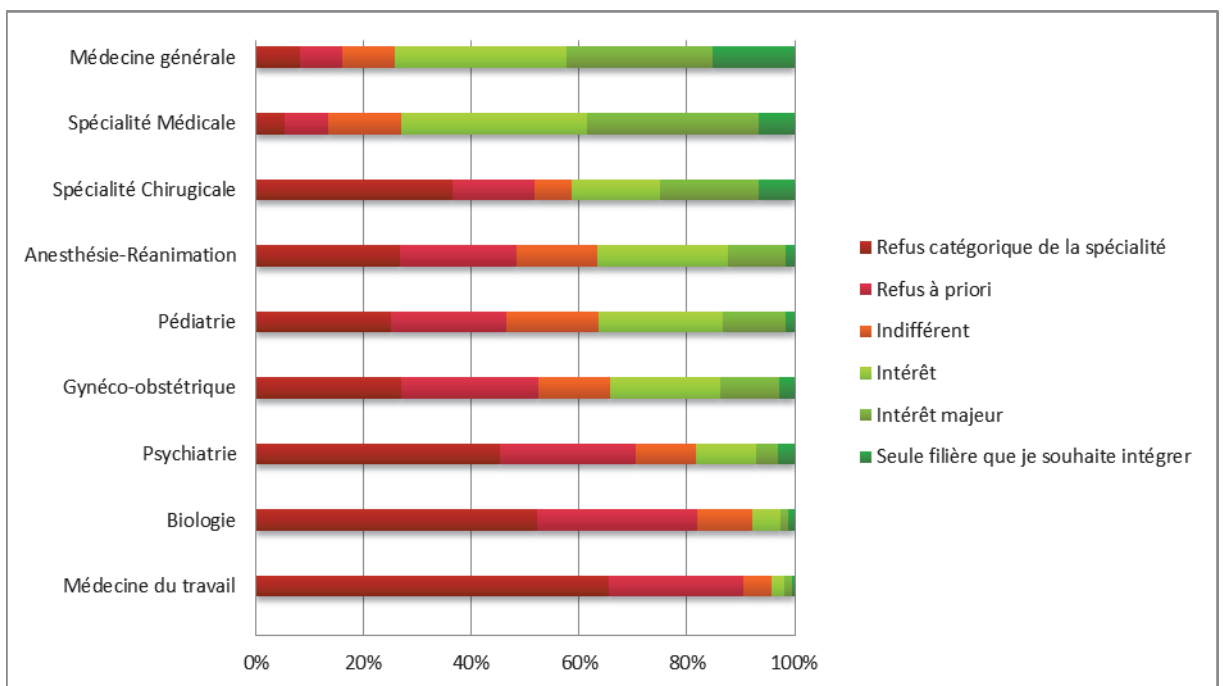


Figure 7 : Répartition des scores sur l'échelle de Likert à 5 points par filière, pour l'échantillon global.

Analyse par faculté

Brest

A Brest, les étudiants en plus d'être attirés par la médecine générale et les spécialités médicales, l'étaient aussi par la pédiatrie. 36,3% des étudiants brestois n'envisageaient qu'une filière dont 21,8% pour la médecine générale.

Nancy

Les étudiants nancéiens étaient attirés par les mêmes filières que dans la population de l'étude. Mais la biologie était légèrement plus attractive pour eux. 40,3% des étudiants n'avaient choisi qu'une filière dont 17,9% la médecine générale.

Nantes

Pour Nantes, les résultats étaient les mêmes que dans la population de l'étude, avec une attractivité un peu plus importante pour les spécialités chirurgicales. 61% des étudiants ne souhaitent choisir qu'une seule filière à l'issue de l'ECN, dont 26,9% pour la médecine générale.

Nice

Les étudiants niçois étaient attirés par la médecine générale et les spécialités médicales, comme dans la population de l'étude, mais comme à Nancy la biologie était légèrement plus attractive. Pour, 26,6% des niçois, une seule filière n'était envisageable dont 4,9% pour la gynécologie-obstétrique.

Rouen

Enfin à Rouen, les résultats étaient identiques à ceux de l'analyse globale. 34,6% des étudiants ont répondu un score 6 (seule filière envisagée), dont 10,9% pour la médecine générale.

Comparaison et synthèse des cinq facultés :

Dans les cinq facultés, la médecine générale et les spécialités médicales dépassent les 50% d'attractivité (score sur l'échelle de Likert 4, 5 et 6 cumulés). Peu d'autres filières atteignent ces pourcentages.

Il en est de même pour les filières les moins attractives : seules la médecine du travail et la santé publique ont un taux d'attractivité inférieur à 10% dans toutes les facultés étudiées.

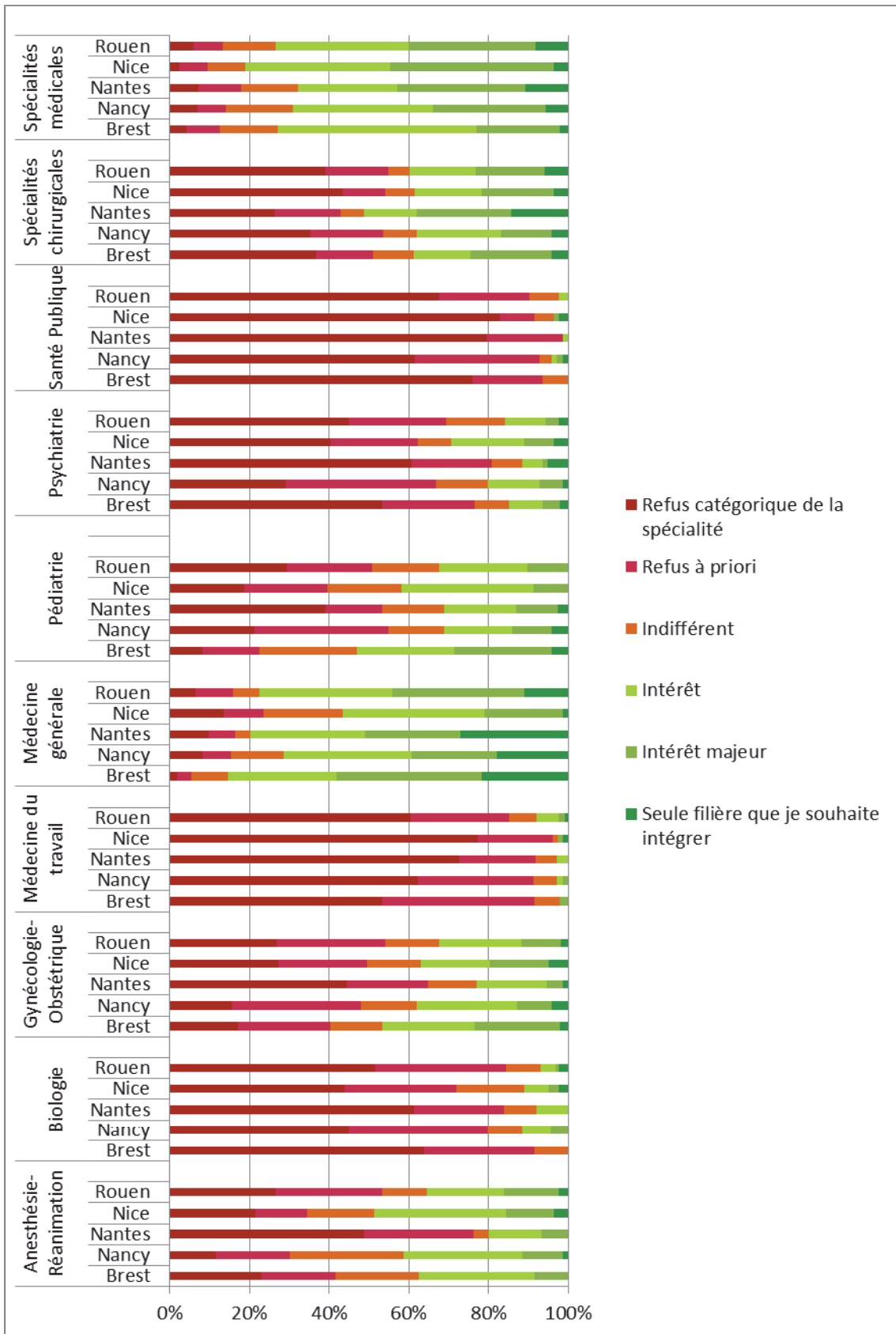


Figure 8 : Répartition des scores sur l'échelle de Likert à 5 points par filière, en fonction de la faculté.

Analyse par sexe

Femmes

Les étudiantes avaient des résultats comparables à ceux de la population de l'étude. La médecine générale et les spécialités médicales obtenaient un score d'attractivité supérieur à 50%, alors que la biologie, la médecine du travail et la santé publique avaient un score inférieur à 10%.

39,4% des femmes ne souhaitaient choisir qu'une seule filière, dont 15,7% pour la médecine générale.

Hommes

Chez les étudiants, on retrouvait les deux mêmes filières avec un score supérieur à 50%, mais s'ajoutaient aussi l'anesthésie-réanimation et les spécialités chirurgicales. La biologie était un petit peu plus attractive chez les hommes. Les filières peu attractives étaient les mêmes que chez les femmes.

30,1% des hommes n'avaient qu'un choix de filière dont 8% pour une spécialité médicale.

Comparaison et synthèse par sexe

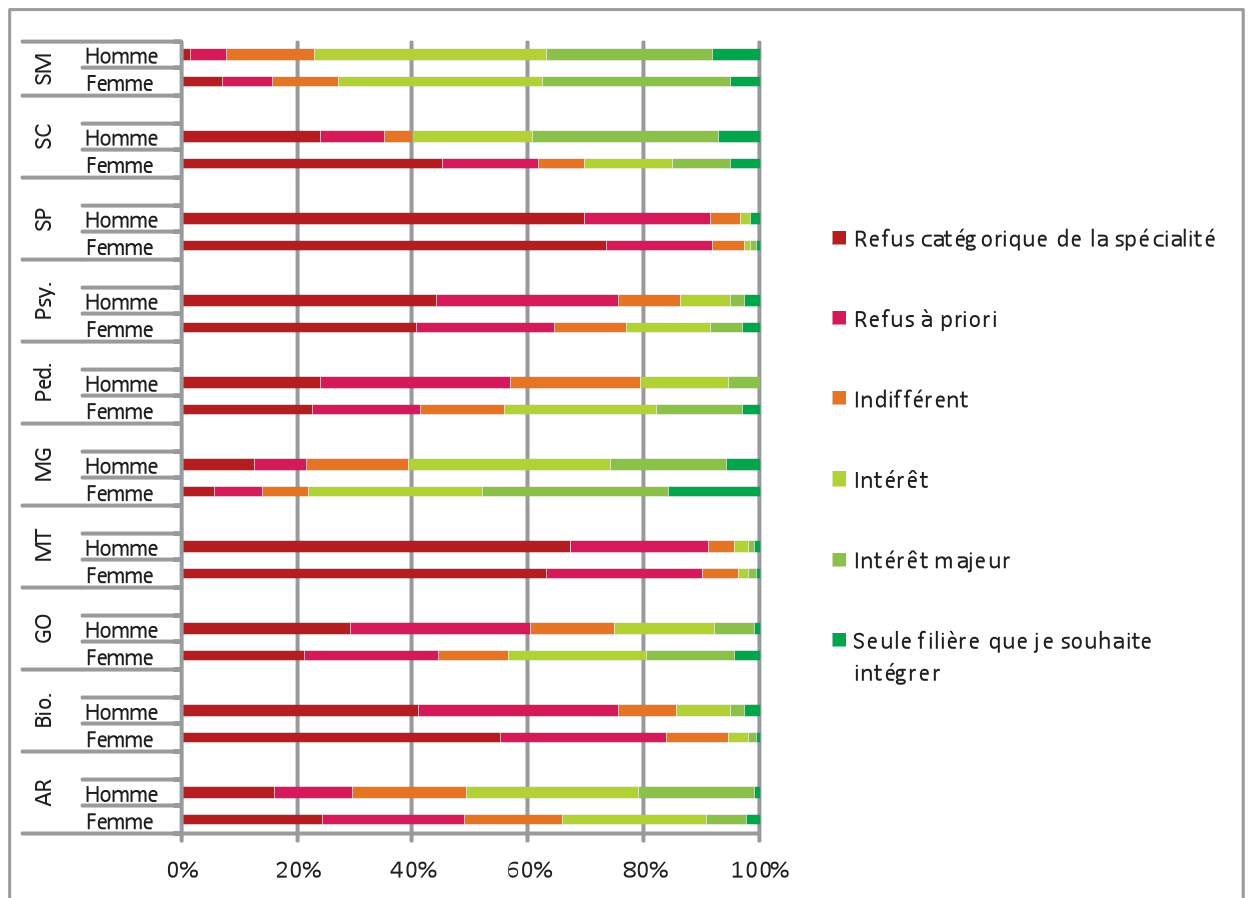


Figure 9 : Répartition des scores sur l'échelle de Likert à 5 points par filière, en fonction du sexe.

Attractivité géographique

Analyse globale

Dans l'ensemble de l'échantillon les régions attractives étaient le sud-ouest et le sud-est. La région avec le score d'attractivité le plus faible (<10%) était le centre de la France. Seulement 1,2% des étudiants ont répondu avec un score 6 (la seule ville où je souhaite être affecté) dont 0,3% pour Rouen et Nancy, 0,15% pour Nantes et 0,09% pour Brest et 0% pour Nice.

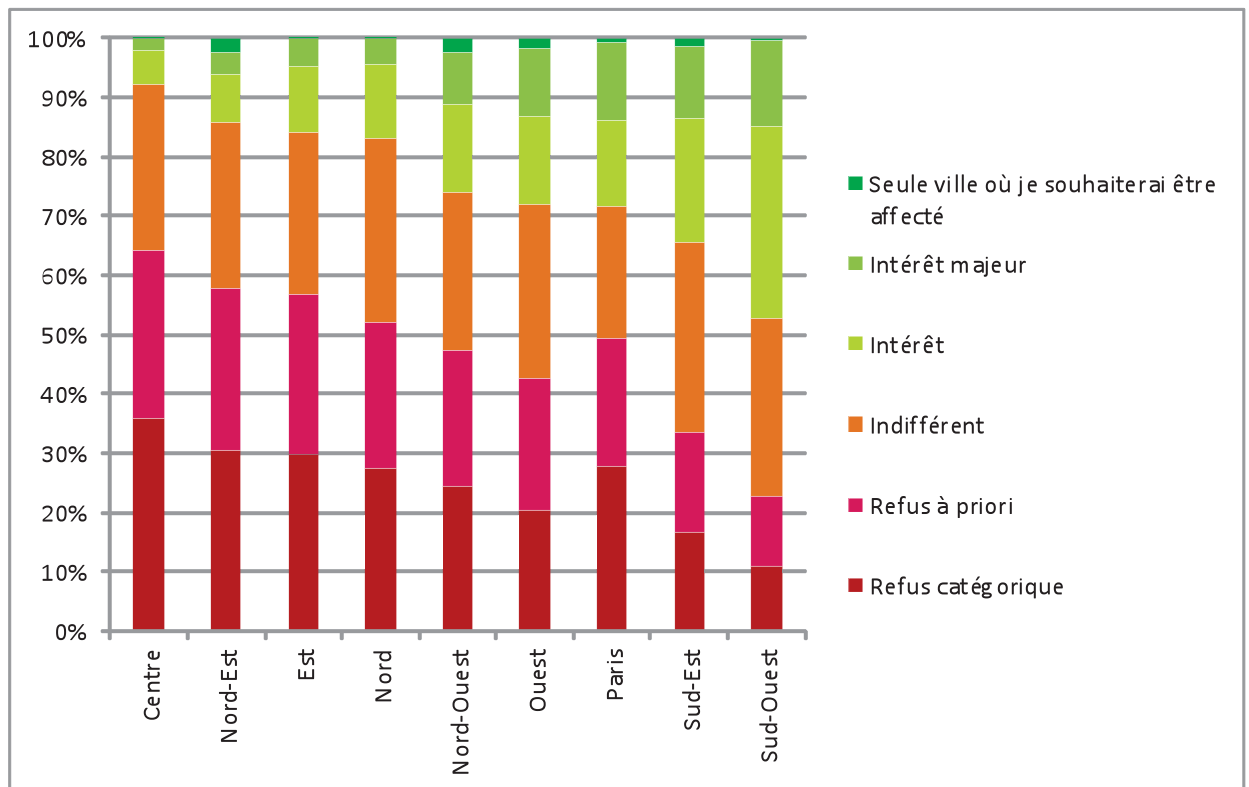


Figure 10 : Taux d'attractivité des grandes régions de France sur l'échantillon global.

De plus, un test de Kendall avec six villes (Brest, Nancy, Nantes, Nice, Paris et Rouen) montrait que la ville qui avait le meilleur taux de corrélation pré-ECN/post-ECN était Nancy alors que Paris avait le taux le plus faible.

	Brest	Nancy	Nantes	Nice	Paris	Rouen
Tau=	0,42	0,60	0,31	0,48	0,23	0,56
p=	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001

Tableau 3 : taux de corrélation (Tau de Kendall) entre souhait de ville pré-ECN et post-ECN

Analyse par faculté

Brest.

Les étudiants brestois étaient principalement intéressés pour rester dans leur ville. L'attractivité de la région nord-ouest et du sud était moyenne. Alors que Paris et les autres régions n'étaient que très peu attirantes. Seulement 13,1% des étudiants avaient répondu avec un score 6, et tous voulaient rester à Brest.

Nancy

Les étudiants nancéiens étaient très majoritairement attirés par leur ville. La grande région du nord-est avait une attractivité moyenne. Pour finir, le sud, Paris et les autres régions n'entraînaient pas un grand attrait. 34% des étudiants avaient coté 6 sur l'échelle de Likert dont 30% pour Nancy.

Nantes

A Nantes, les étudiants, comme à Brest et Nancy, étaient en premier attirés par leur ville. La grande région de l'ouest avait une attractivité moyenne, alors que Paris, le sud et les autres régions ne les attiraient pas. 11,8% des étudiants souhaitaient rester dans leur ville, sur 20,9% qui n'espéraient travailler que dans une seule ville.

Nice

Chez les étudiants niçois, l'attrait était principalement dirigé vers Nice et sa région. Paris avait une attractivité moyenne. Le nord et les autres régions ne les

attiraient pas du tout. Pour 24%, une seule ville était envisageable, dont 20,8% qui voulaient rester à Nice.

Rouen

A Rouen, on pouvait noter : une forte attractivité de Rouen, moyenne pour la région, plus faible pour Paris, le sud et les autres régions. Pour 22,7% des étudiants une ville recevait le score de 6, et pour 19,3% il s'agissait de Rouen.

Comparaison et synthèse des cinq facultés

D'une façon générale, les étudiants souhaitaient principalement rester dans leur ville. La mobilité dans la région était moyenne, et celle vers les autres régions était faible.

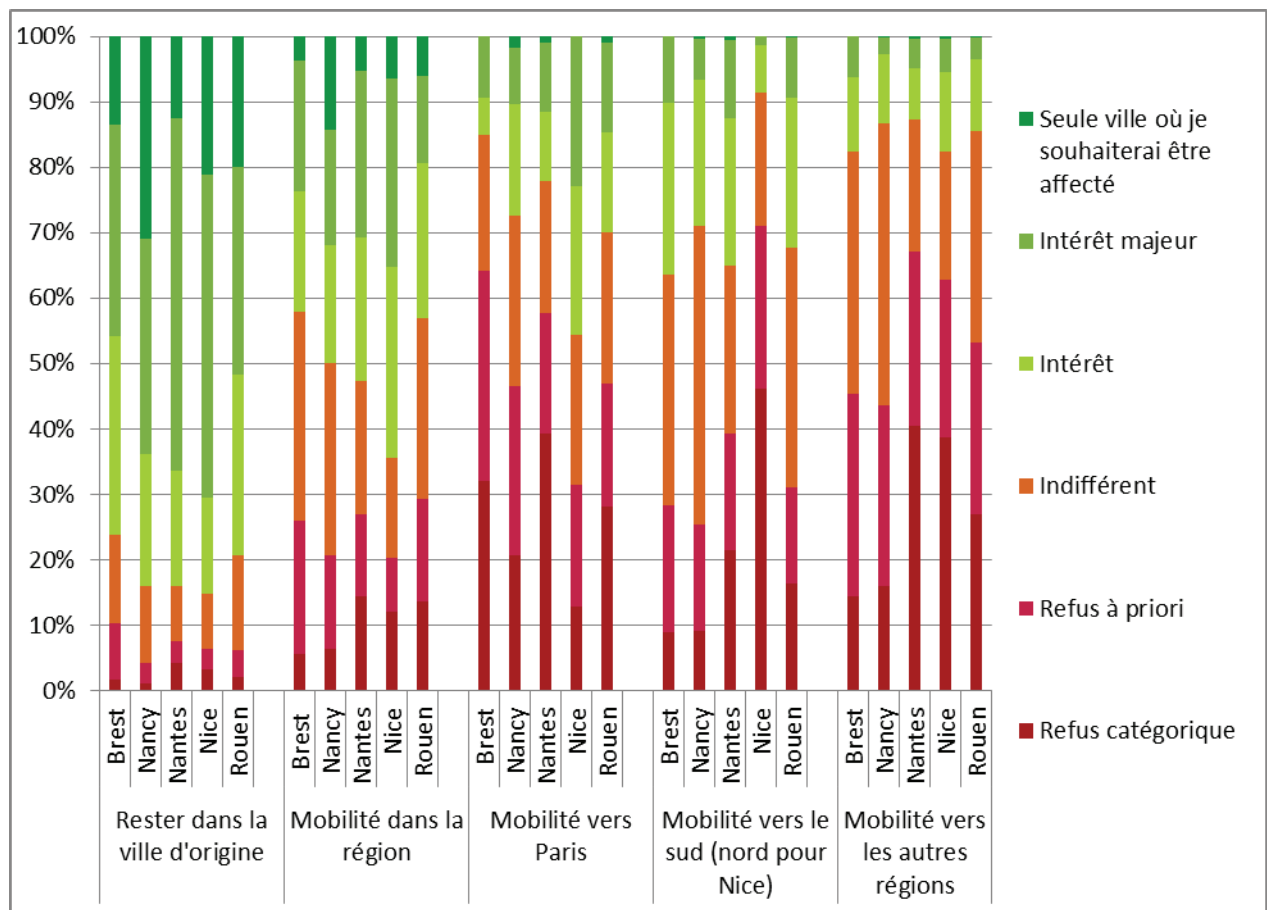


Figure 11 : Taux d'attractivité de la ville d'origine, de la région, de Paris, du Sud et des autres régions en fonction des cinq facultés.

Analyse par sexe

L'analyse par sexe n'a pas révélé de réelle différence entre les étudiants féminins et masculins. Il en ressortait les mêmes résultats que dans l'analyse globale : à savoir, une plus forte attractivité du sud et une plus faible attractivité de centre par rapport aux autres régions.

26,1% des femmes ne désiraient pratiquer que dans une seule ville dont 8,8% pour Nancy.

20,4% des hommes avaient coté une ville à 6 sur l'échelle de Likert, dont 4.9% pour Rouen.

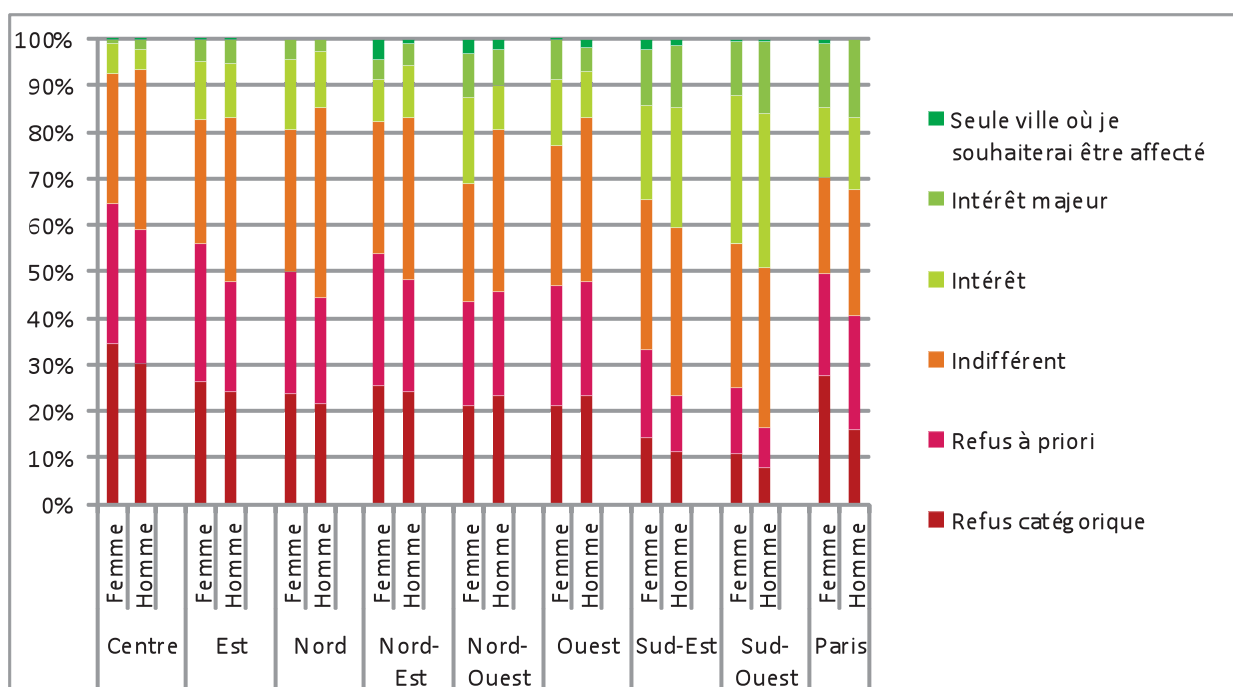


Figure 12 : Taux d'attractivité des grandes régions de France en fonction du sexe.

Caractéristiques des étudiants ayant choisi la filière de médecine générale à l'issue des ECN

Analyse globale

Les étudiants qui ont intégré la médecine générale étaient 148, dont 41 hommes et 107 femmes. Le sexe ratio (H/F) était de 0,38. L'âge moyen était de 24,3 ans (ET=2). Seulement 4,4% des étudiants étaient redoublants et 79,3% ont participé à des cycles de conférences de préparation aux ECN. Leur rang moyen était 4509,4^{ème} (ET=1367,2).

	Filière médecine générale	Autres filières	p
Sexe ratio (H/F)	0,38	0,57	0,04
Âge moyen (ET)	24,3 (2)	23,7 (1,5)	<0,0001
Taux de redoublants (%)	4,4	4,4	0,58
Taux d'inscription à des conférences ECN (%)	79,3	72,4	0,07
Rang moyen (ET)	4509,4 (1367,2)	2114,2 (1401,7)	<0,0001

Tableau 4 : Comparatif des étudiants ayant choisi la filière de médecine générale aux autres.

La féminisation était plus importante chez les étudiants ayant choisi la filière de médecine générale. Les internes en médecine générale étaient significativement plus jeunes que dans les autres filières et leur rang de classement moyen était plus élevé ($p < 0,0001$). En revanche, aucune différence significative n'a été montrée pour le taux de redoublants et d'inscription à des conférences ENC.

Analyse par faculté

Brest

22 étudiants brestois ont choisi la médecine générale à l'issue des ECN dont 15 femmes et 7 hommes. L'âge moyen était de 23,8 ans (ET=1). Le rang moyen était de 4637,5^{ème} (ET=1592,5). 4,5% étaient redoublants et 77,3% étaient inscrits à des cycles de conférences.

Nancy

40 nancéiens ont choisi cette filière dont 30 femmes et 10 hommes. L'âge moyen était de 24,3 ans (ET=1.2). Le rang moyen était de 4626,7^{ème} (ET=1244,2). 5,7% étaient redoublants et 73,7% assistaient à des conférences de préparations aux ECN.

Nantes

7 étudiants nantais ont choisi comme filière la médecine générale, dont 4 femmes et 3 hommes. L'âge moyen était de 27 ans (ET=7,3). Le rang moyen était de 3064,9^{ème} (ET=1200,7). 14,3% étaient redoublants et 71,4% s'étaient inscrits à des conférences.

Nice

24 niçois ont fait le choix de la médecine générale dont 19 femmes et 5 hommes. L'âge moyen était de 24,3 ans (ET=2,5). Le rang moyen était de 4463^{ème} (ET=1140,6). 4,3% étaient redoublants et 78,3% s'étaient inscrits à des cycles de préparation aux ECN.

Rouen

55 étudiants rouennais ont choisi la filière de médecine générale dont 39 femmes et 16 hommes. L'âge moyen était de 24,2 ans (ET=0,8). Le rang moyen était de 4576,9^{ème} (ET=1405,9). 2,1% étaient redoublants et 86% étaient inscrits à des conférences.

Comparaison et synthèse des cinq facultés

La seule différence significative mise en évidence était celle des classements moyens. Les étudiants nantais étaient mieux classés aux ECN que dans les autres facultés.

	Brest	Nancy	Nantes	Nice	Rouen	p
Nombre d'étudiants ayant choisi la filière de médecine générale	22	40	7	24	55	
Pourcentage d'étudiants ayant choisi la filière de médecine générale	36,1	41,2	5,4	25	34,6	
Sexe ratio (H/F)	0,47	0,33	0,75	0,26	0,41	0,76
Âge moyen (ET)	23,8 (1)	24,3 (1,2)	27 (7,3)	24,3 (2,5)	24,2 (0,8)	0.2
Taux de redoublants (%)	4,5	5,7	14,3	4,3	2,1	0,5
Taux d'inscription dans des cycles de conférence (%)	77,3	73,7	71,4	78,3	86	0,6
Rang moyen (ET)	4637,5 (1592,5)	4626,7 (1244,2)	3064,9 (1200,7)	4463 (1140,6)	4576,9 (1405,9)	0.07

Tableau 5 : Comparatifs des étudiants ayant choisis la filière de médecine générale, en fonction de leur faculté d'origine.

Analyse par sexe

Femmes

Elles étaient 107 à choisir la filière de médecine générale. Leur âge moyen était de 24,2 ans (ET=2,2). Leur classement moyen était 4342,9^{ème} (ET=1393,1). 4,1% d'entre-elles étaient redoublantes et 76,2% étaient inscrites à des conférences.

Hommes

Ils étaient 41 à opter pour la médecine générale. L'âge moyen était de 24,5 ans (ET=1,1). Le classement moyen était 4943,9^{ème} (ET=1207,8). 5,4% d'entre-eux étaient redoublants et 87,2% ont participé à des cycles de conférences.

Comparaison et synthèse en fonction du sexe

	Effectif	Âge Moyen (ET)	Taux de redoublants (%)	Taux d'inscription à des conférences (%)	Classement moyen (ET)
Femmes	107	24,2 (2,2)	4,1	76,2	4342,9 (1393,1)
Hommes	41	24,5 (1,1)	5,4	87,2	4943,9 (1207,8)
p		0,01	0,75	0,11	0,009

Tableau 6 : Comparatif des étudiants ayant choisi la médecine générale, en fonction du sexe.

Les étudiantes étaient plus jeunes et mieux classées que les étudiants masculins. Aucune différence significative n'a été montrée pour les taux de redoublants et d'inscription à des conférences.

Détermination des facteurs de choix de la médecine générale

L'analyse multivariée a permis de montrer que le sexe féminin multipliait par plus de deux les chances de choisir la filière de médecine générale en pré-ECN par rapport au sexe masculin et que le fait de venir de la faculté de Nice divisait par quatre les chances de choisir la filière de médecine générale en pré-ECN par rapport au fait d'être issu de la faculté de Brest.

Variable	Odds ratio ajusté	IC 95%	p=
Age	1,24	1-1,53	0,054
Homme	-	-	-
Femme	2,22	1,23-4,01	0,008
Brest	-	-	-
Nancy	0,69	0,31-1,55	0,37
Nantes	0,47	0,09-2,32	0,35
Nice	0,25	0,11-0,61	0,002
Rouen	0,72	0,35-1,47	0,36
Relation patient attractif	-	-	-
Relation patient non attractif	1,36	0,66-2,83	0,41
Liberté d'installation attractive	-	-	-
Liberté d'installation non attractive	0,63	0,35-1,13	0,12
Incitation financière attractive	-	-	-
Incitation financière non attractive	1,55	0,81-2,95	0,19
Exercice en groupe attractif	-	-	-
Exercice en groupe non attractif	1,57	0,87-2,85	0,14
Qualité de vie supérieure au spécialiste attractive	-	-	-
Qualité de vie supérieure au spécialiste non attractive	1,38	0,73-2,6	0,32

Tableau 7 : analyse multi-variée (régression logistique) des facteurs associés au choix de la filière de médecine générale en pré-ECN.

Description des facteurs attractifs de la médecine générale pour les étudiants ayant choisi cette filière

Analyse globale

Chez les étudiants ayant choisi la filière de médecine générale à l'issue des ECN, les deux facteurs les plus attractifs de la discipline étaient la relation avec le patient et la diversité des pathologies. Le facteur qui attirait peu était la préparation plus légère aux ECN.

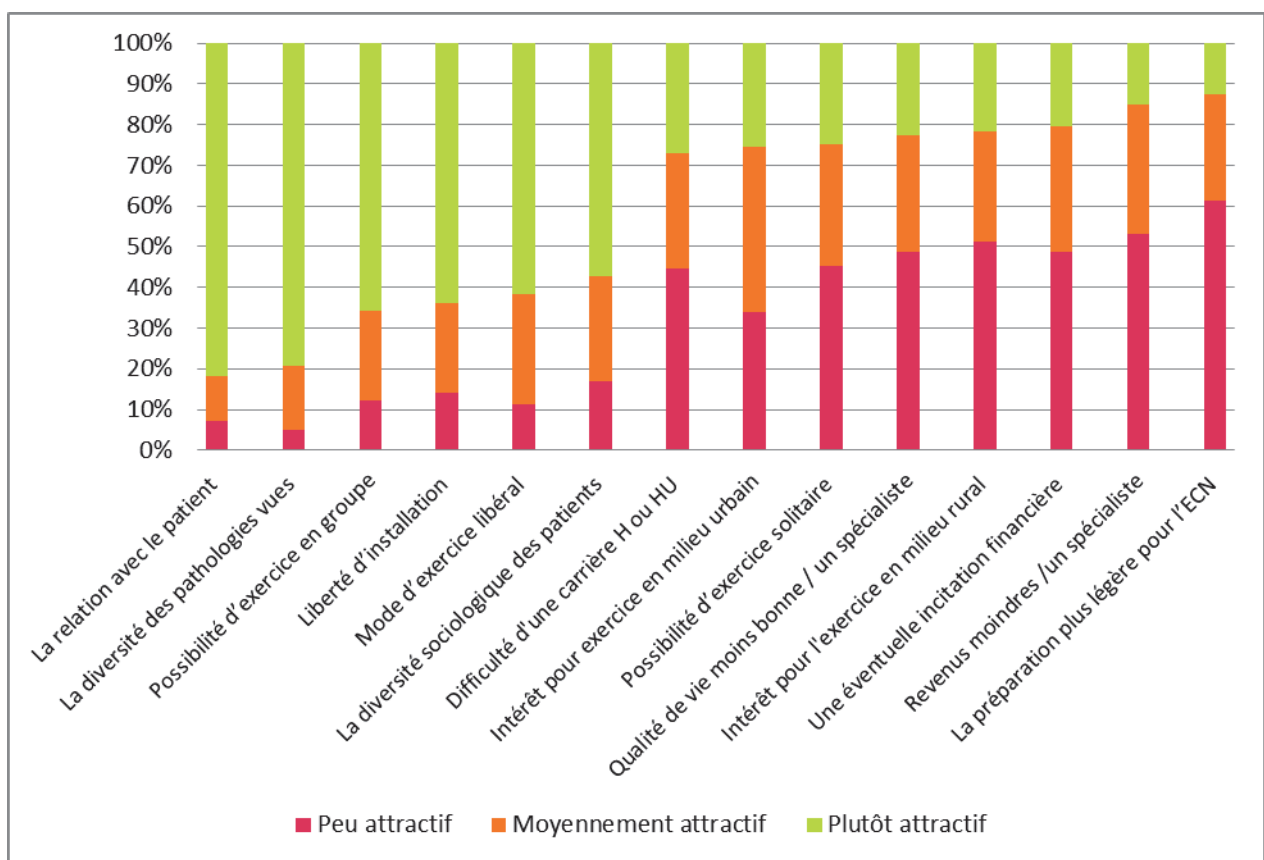


Figure 13 : Facteurs influençant la sélection de la médecine générale chez les étudiants ayant fait ce choix.

Analyse par faculté

Brest

A Brest, les étudiants trouvaient plus attractive la diversité des pathologies puis la relation avec le patient. L'incitation financière n'avait quant à elle que peu d'intérêt dans leur choix.

Nancy

Les étudiants nancéiens étaient plus attirés par la relation avec le patient puis la diversité des pathologies. Mais comme dans l'étude globale, la préparation plus légère aux ECN n'était pas un facteur d'attractivité de la filière.

Nantes

A Nantes, les étudiants étaient plus attirés par la relation avec le patient puis par la diversité des pathologies. Les revenus moindres par rapport au spécialiste et la préparation plus légère aux ECN étaient les facteurs les moins attractifs.

Nice

Les étudiants niçois trouvaient attractives la diversité des pathologies puis la relation médecin-malade. Mais la préparation plus légère aux ECN n'impactait que peu sur leur choix.

Rouen

Les Rouennais notaient comme facteurs les plus attractifs : la diversité des pathologies rencontrées et la relation du médecin avec le patient, et comme facteur le moins attractif : la préparation plus légère à l'internat.

Comparaison et synthèse des cinq facultés

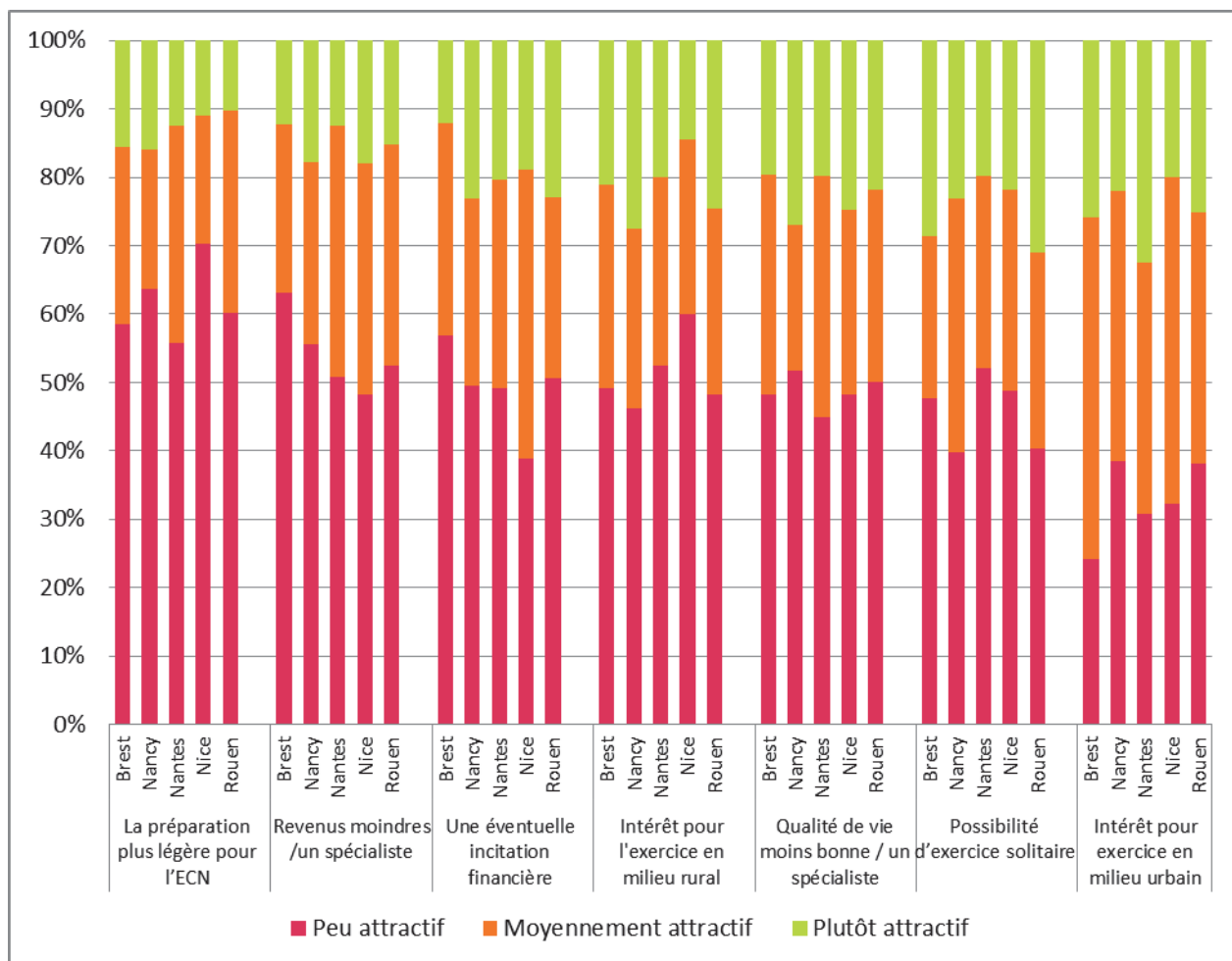


Figure 14 : Facteurs influençant la sélection de la médecine générale chez les étudiants ayant fait ce choix en fonction des villes.

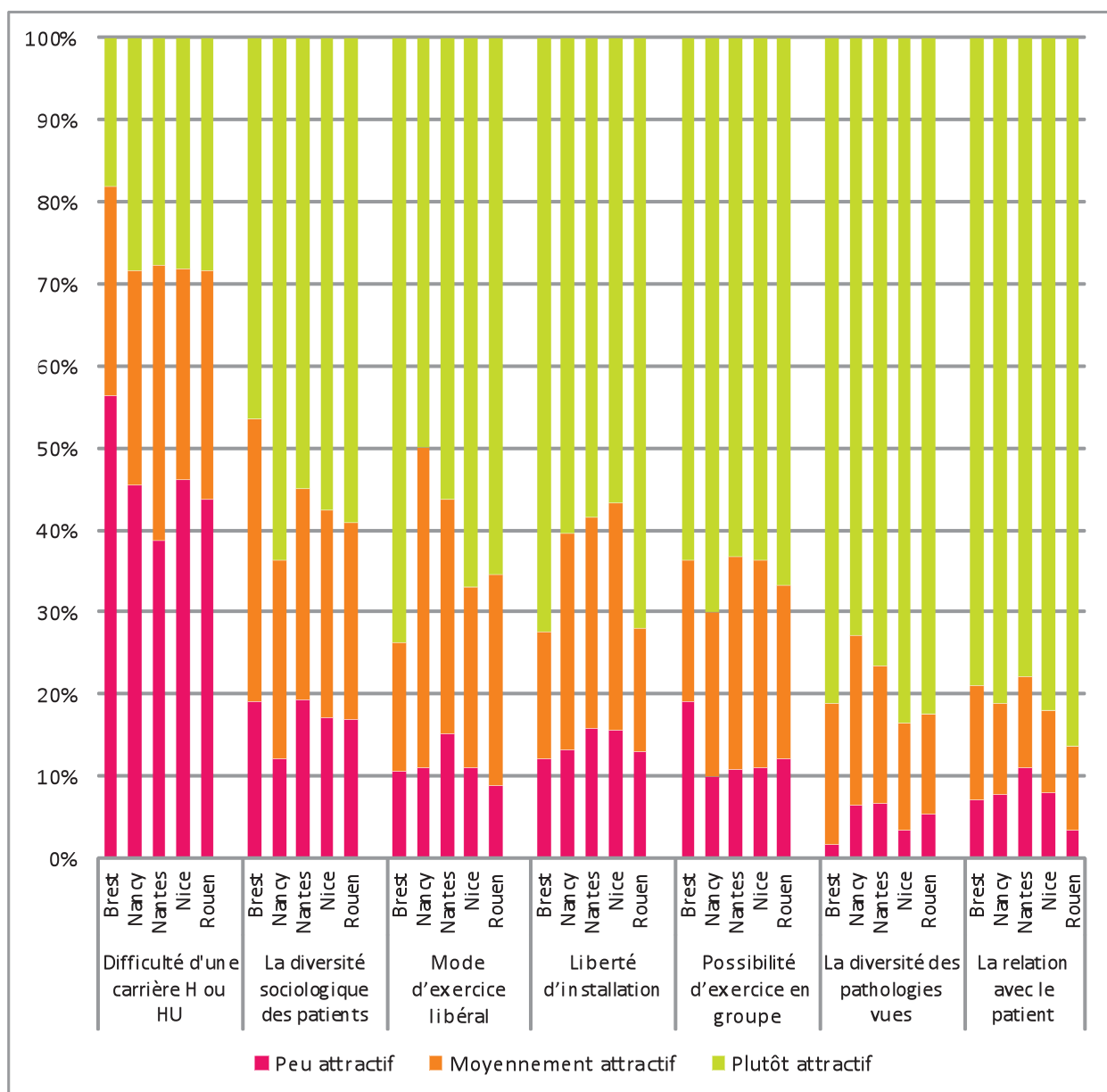


Figure 15 : Facteurs influençant la sélection de la médecine générale chez les étudiants ayant fait ce choix en fonction des villes (suite).

Analyse par sexe

Femmes

Chez les étudiantes les facteurs les plus attractifs étaient la relation médecin-malade et la diversité des pathologies. Le facteur le moins attractif était la préparation plus légère pour les ECN.

Hommes

Pour les étudiants, les résultats étaient identiques : un attrait tout particulier pour la relation avec le patient et la diversité des pathologies, et un faible impact d'une préparation plus légère aux ECN.

Comparatif et synthèse en fonction du sexe

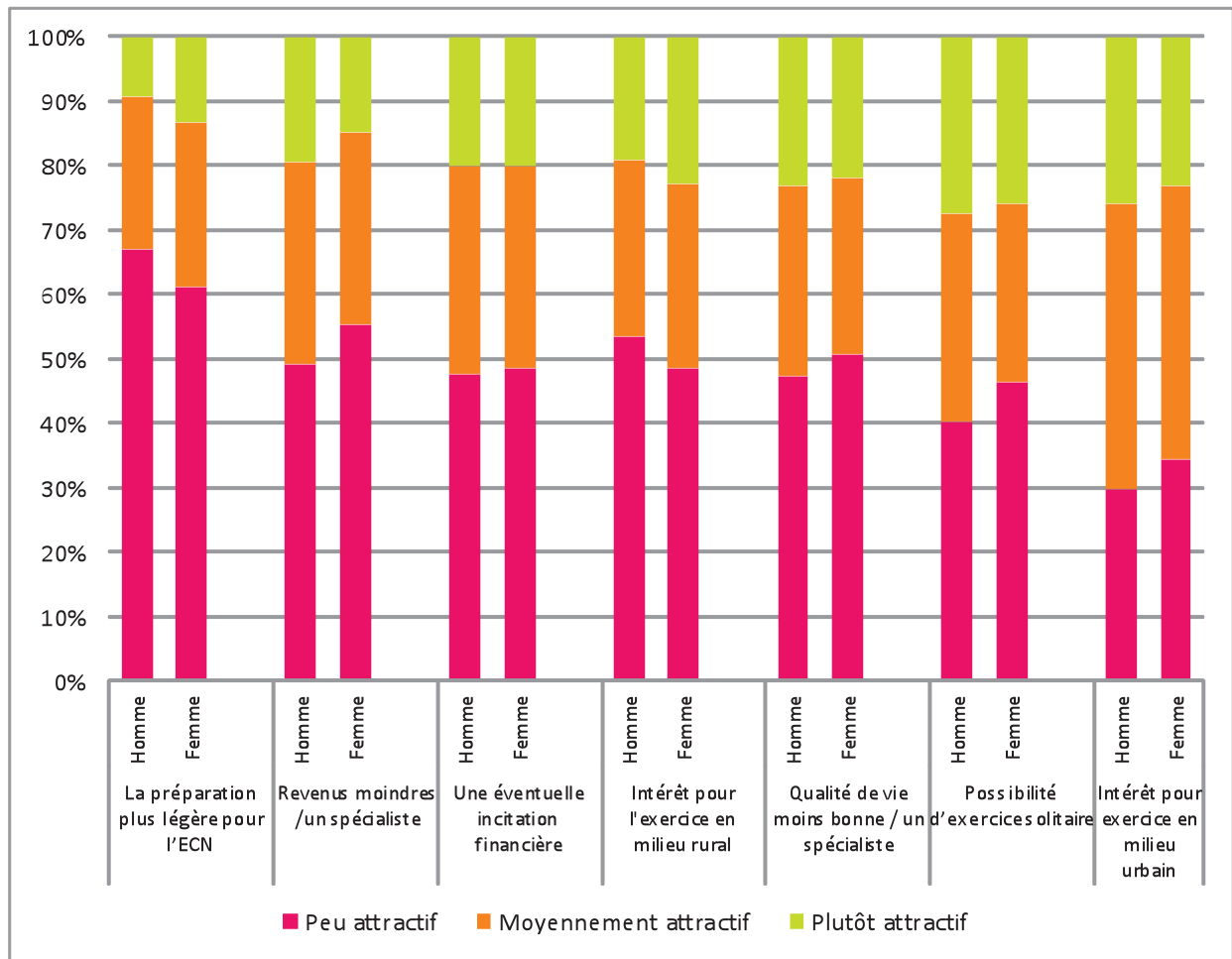


Figure 16 : Facteurs influençant la sélection de la médecine générale chez les étudiants ayant fait ce choix en fonction des sexes.

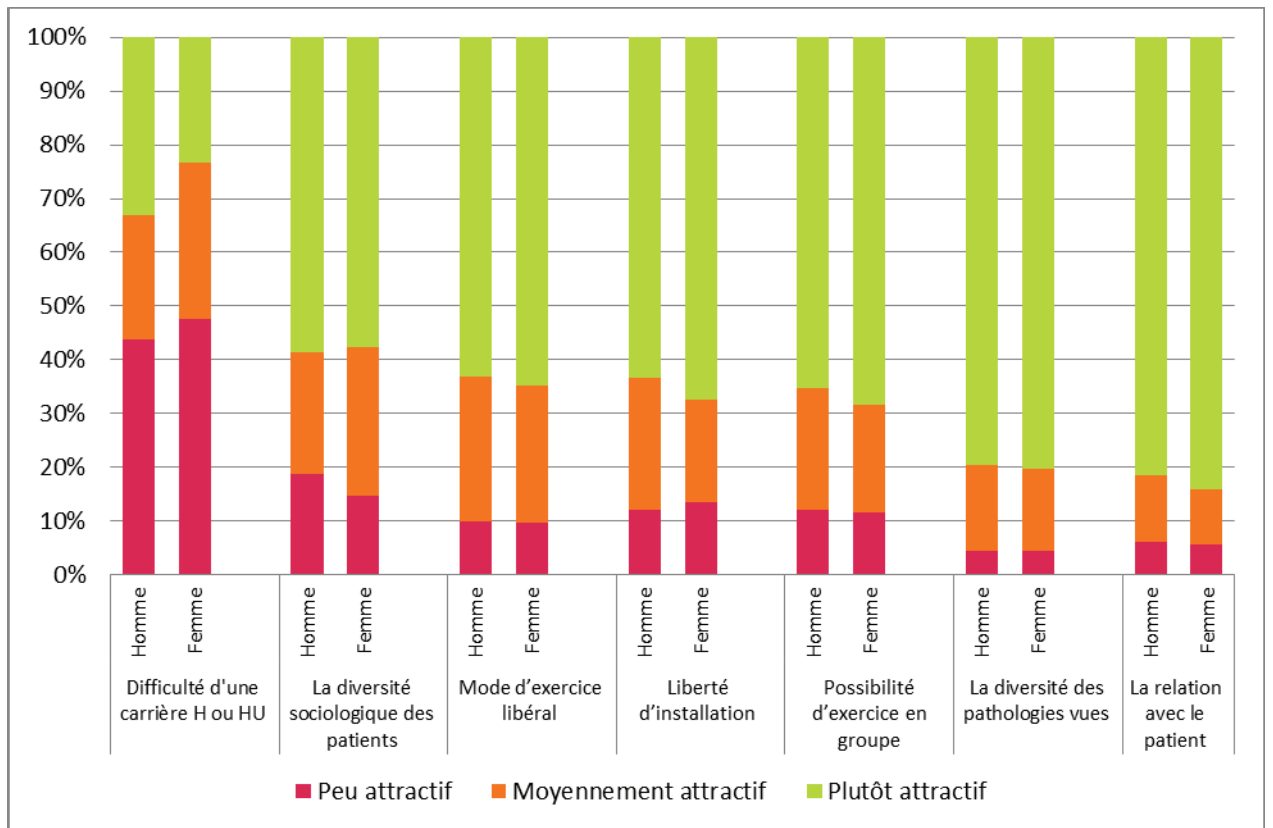


Figure 17 : Facteurs influençant la sélection de la médecine générale chez les étudiants ayant fait ce choix en fonction des sexes (suite).

Aucune différence significative n'a été montrée entre les sexes.

Corrélation de Kendall entre le souhait pré-ECN et le choix post-ECN

Analyse globale

Les trois spécialités qui avaient le meilleur taux de corrélation étaient la médecine générale (tau de Kendall = 0,47 et $p < 0,0001$), les spécialités chirurgicales (tau de Kendall = 0,41 et $p < 0,0001$) et les spécialités médicales (tau de Kendall = 0,39 et $p < 0,0001$).

Au contraire, le taux le plus faible de corrélation était pour la biologie (tau de Kendall = 0,13 et $p = 0,0014$).

	Tau=	p=
Anesthésie-Réanimation	0,28	<0,0001
Biologie	0,13	0,001
Gynéco-Obstétrique	0,31	<0,0001
Médecine Générale	0,47	<0,0001
Médecine du travail	0,05	0,19
Pédiatrie	0,29	<0,0001
Psychiatrie	0,37	<0,0001
Santé Publique	0,18	<0,0001
Spécialités Chirurgicales	0,41	<0,0001
Spécialités médicales	0,39	<0,0001

Tableau 8 : corrélation entre les souhaits pré-ECN et les choix post-ECN

Les résultats étaient les mêmes si on ne regroupait pas les étudiants qui voulaient uniquement la spécialité et ceux qui avaient un intérêt majeur pour cette spécialité (Likert 5 et 6).

Analyse par faculté

Brest

Le plus grand taux de corrélation était pour la gynécologie-obstétrique (tau de Kendall = 0,51 et $p < 0,0001$) et le plus faible était pour la psychiatrie (tau de Kendall = 0,26 et $p = 0,0166$).

Nancy

La spécialité qui avait le plus grand taux de corrélation était la spécialité médicale (tau de Kendall = 0,41 et $p < 0,0001$). Alors que les spécialités chirurgicales avaient un taux de corrélation faible (tau de Kendall = 0,2 et $p = 0,0343$).

Nantes

Le plus grand taux de corrélation était pour les spécialités chirurgicales (tau de Kendall = 0,73 et $p = 0,0003$) et le plus faible était pour la psychiatrie (tau de Kendall = 0,51 et $p = 0,0162$).

Nice

La spécialité qui avait le plus grand taux de corrélation était la médecine générale (tau de Kendall = 0,53 et $p < 0,0001$). La biologie avait le taux de corrélation le plus faible (tau de Kendall = 0,20 et $p = 0,0161$).

Rouen

Le taux le plus élevé de corrélation revenait à la médecine générale (tau de Kendall = 0,45 et $p < 0,0001$), alors que le plus faible revenait à la santé publique (tau de Kendall = 0,19 et $p = 0,004$).

Comparaison par faculté

		Tau=	p=			Tau=	p=
Anesthésie-réa	Brest	0,18	0,10	Pédiatrie	Brest	0,4	0,0002
	Nancy	0,29	0,002		Nancy	0,15	0,09
	Nantes	.	.		Nantes	0,53	0,02
	Nice	0,33	<0,0001		Nice	0,33	<0,0001
	Rouen	0,29	<0,0001		Rouen	0,25	0,0001
		Tau=	p=			Tau=	p=
Biologie	Brest	.	.	Psychiatrie	Brest	0,26	0,02
	Nancy	0,21	0,03		Nancy	0,3	0,001
	Nantes	0,42	0,06		Nantes	0,51	0,02
	Nice	0,2	0,02		Nice	0,48	<0,0001
	Rouen	-0,01	0,88		Rouen	0,29	<0,0001
		Tau=	p=			Tau=	p=
Gynéco-obstétrique	Brest	0,51	<0,0001	Santé publique	Brest	.	.
	Nancy	0,35	0,0001		Nancy	0,25	0,007
	Nantes	.	.		Nantes	.	.
	Nice	0,17	0,05		Nice	.	.
	Rouen	0,26	0,0001		Rouen	0,19	0,004
		Tau=	p=			Tau=	p=
Médecine Générale	Brest	0,5	<0,0001	Spécialités chirurgicales	Brest	0,38	0,0003
	Nancy	0,29	0,0004		Nancy	0,2	0,03
	Nantes	0,71	0,0002		Nantes	0,73	0,0003
	Nice	0,53	<0,0001		Nice	0,5	<0,0001
	Rouen	0,45	<0,0001		Rouen	0,35	<0,0001
		Tau=	p=			Tau=	p=
Médecine du travail	Brest	.	.	Spécialités médicales	Brest	0,37	0,0006
	Nancy	.	.		Nancy	0,41	<0,0001
	Nantes	.	.		Nantes	0,7	0,0005
	Nice	.	.		Nice	0,25	0,002
	Rouen	0,07	0,26		Rouen	0,41	<0,0001

Tableau 9 : comparatif des corrélations entre les 5 facultés

Les « . » signifient que les analyses n'ont pu aboutir car aucun étudiant n'avait choisi cette filière à l'issu des ECN.

Indicateur d'espérance atteinte

Analyse globale

La spécialité qui avait le meilleur indicateur d'espérance atteinte était la psychiatrie(75,9%), ensuite la médecine générale avec 75,5% et enfin la santé publique (60%). Alors que pour la gynécologie-obstétrique (27,8%) et les spécialités chirurgicales (21,9%) cet indicateur était bas. Aucune spécialité n'était choisie par défaut.

	IEA (%)
Anesthésie-Réa	30,0
Biologie	45,5
Gynéco-Obstétrique	27,8
Médecine Générale	75,5
Médecine du travail	42,9
Pédiatrie	35,2
Psychiatrie	75,9
Santé Publique	60,0
Spécialités Chirurgicales	21,9
Spécialités médicales	47,2

Tableau 10 : indicateur d'espérance atteinte pour chaque filière.

Analyse par faculté

Brest

Le meilleur indicateur d'espérance atteinte revenait aux spécialités médicales (81,8%), alors que pour les spécialités chirurgicales celui-ci était faible à 16,7%. Trois indicateurs (biologie, médecine du travail et santé publique) n'ont pas pu être calculés faute d'étudiants souhaitant exercer cette spécialité au moment du CSCT. La pédiatrie était un choix par défaut.

Nancy

A Nancy, les deux spécialités arrivant en tête pour l'IEA étaient la médecine du travail et la psychiatrie. En revanche, les spécialités chirurgicales étaient une nouvelle fois dernières. Dans cette ville, le choix de la médecine générale n'était pas volontaire.

Nantes

Aucun étudiant nantais ne souhaitait exercer la biologie ou la santé publique au moment du CSCT, les IEA de ces deux spécialités n'ont pas pu être calculés. La psychiatrie arrive en tête avec 20% comme IEA, alors que l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique et la médecine du travail avaient un IEA nul. Aucune spécialité n'était choisie par défaut.

Nice

Le meilleur IEA revenait encore aux spécialités médicales avec 55,3% alors que celui-ci était nul pour la médecine du travail et la santé publique. Les étudiants niçois choisissaient la médecine générale et la psychiatrie par défaut.

Rouen

A Rouen, la médecine générale arrivait loin devant avec un IEA à 90,2%. La pédiatrie avait l'IEA le plus bas à 23,1%. Seul l'indicateur de la santé publique n'a pas pu être calculé pour les raisons déjà citées. Aucune spécialité n'était choisie par défaut.

Récapitulatif par faculté

IEA (%)	Brest	Nancy	Nantes	Nice	Rouen
Anesthésie-Réanimation	50,0	37,5	0	38,5	25,0
Biologie	-	33,3	-	25,0	50,0
Gynécologie-Obstétrique	45,5	33,3	0	6,3	42,9
Médecine Générale	68,8	121	13,2	141	90,2
Médecine du travail	-	100	0	0	66,7
Pédiatrie	125	46,2	8,3	33,3	23,1
Psychiatrie	33,3	100	20,0	122	57,1
Santé Publique	-	50,0	-	0	-
Spécialités chirurgicales	16,7	8,3	15,6	38,9	25,8
Spécialités Médicales	81,8	54,2	13,9	55,3	53,7

Tableau 11 : IEA de chaque filière et dans chaque ville

Les «-» signifient que les calculs n'ont pu être réalisés car aucun étudiant ne souhaitait exercer cette spécialité lors du CSCT.

Analyse par sexe

Femmes

Chez les étudiantes, la médecine du travail et la santé publique arrivaient en tête avec des IEA à 100%. Les spécialités chirurgicales avaient l'IEA le plus faible (30,3%). Aucune spécialité n'était choisie par défaut.

Hommes

Chez les étudiants, l'IEA le plus élevé (83,3%) revenait à la psychiatrie, alors que ceux de la gynécologie-obstétrique, de la médecine du travail et de la santé publique étaient nuls. Le choix de la médecine générale n'était pas volontaire.

Récapitulatif par sexe

	IEA (%)	Hommes	Femmes
Anesthésie-Réanimation	28,0	40,0	
Biologie	33,3	75,0	
Gynécologie-Obstétrique	0	36,6	
Médecine Générale	128	92,2	
Médecine du travail	0	100	
Pédiatrie	15,4	54,8	
Psychiatrie	83,3	94,4	
Santé Publique	0	100	
Spécialités chirurgicales	26,5	30,3	
Spécialités Médicales	67,4	55,4	

Tableau 12 : IEA pour chaque sexe et chaque filière

Discussion

Points forts et limites de l'étude

Le caractère multicentrique de l'étude limite le biais de sélection mais il faut quand même noter les taux variables de restitution dans chaque faculté, notamment à Nantes où le nombre de questionnaires nominatifs était faible. Le fort taux (95%) de réponse nominatives à Rouen est expliqué par le fait que les étudiants remplissent ce questionnaire depuis 4 ans, l'implication est donc plus importante.

Toutes les questions ont des réponses chiffrées, donc le biais sémantique est presque nul. De plus, la signification de l'échelle de Likert est redonnée à chaque fois afin d'avoir le moins d'erreur possible dans la compréhension de celle-ci.

Malgré les 542 étudiants inclus dans l'étude, cet échantillon ne semble pas représentatif de la population réelle inscrite aux ECN 2011, car les études et résultats du DREES montre un sex-ratio supérieur à 0,60¹².

Ce nombre important de réponse permet quand même une bonne puissance pour les analyses statistiques menées.

L'attractivité de la médecine générale

Dans l'étude, plus de 40% des étudiants sont attirés par la médecine générale au moment du CSCT alors que dans deux travaux déjà réalisés, ces chiffres étaient plus inquiétants.

Une étude de 2004 montrait un taux de 11,2% d'étudiants souhaitant exercer la médecine générale de façon volontaire et 29% d'étudiants qui étaient prêt à faire ce choix par défaut⁷. Un des biais de cette étude est dû au fait que c'est un questionnaire internet donc il n'y a aucun moyen d'être sûr que la personne qui remplit le questionnaire est vraiment cette personne. Par contre, la vérification des adresses IP a permis d'éviter les doublons. De plus cette étude a été menée avant l'intégration de la médecine générale aux ECN, donc la vision de la médecine générale ne pouvait pas être valorisée par cette mesure.

En 2008, un autre travail moins pessimiste évaluait à moins de 25% le nombre d'étudiants en deuxième cycle souhaitant choisir la médecine générale¹³.

En 2009, une étude menée sur un tiers des étudiants passant les ECN estimait l'attractivité de la médecine générale à 14%¹⁴.

Une étude espagnole de l'année universitaire 2009-2010 montrait une attractivité faible de la médecine générale, même si celle-ci augmentait légèrement au fil des années d'études¹⁵.

Une attractivité croissante se confirme lors des choix définitifs. En effet, les études et résultats des ECN 2011 montrent un taux de postes pourvus en médecine générale qui ne cesse d'augmenter, depuis son inclusion aux ECN en 2004¹².

Cela est valable aussi aux Etats-Unis, comme le montre les résultats de leur examen de 2012¹⁶.

Mais il est impossible d'éviter les fausses réponses au questionnaire de la part des étudiants qui indiquent souhaiter exercer la médecine générale de peur de ne pas pouvoir choisir la spécialité désirée à cause de leur classement futur.

Il est difficile de faire la part des choses entre le manque d'attrait et la méconnaissance de la médecine générale.

La mobilité des étudiants

Dans les études menées antérieurement, les étudiants paraissaient mobiles lors de leur choix définitif. Ainsi dans une étude de 2004, seulement 18% des étudiants souhaitaient impérativement exercer dans leur subdivision d'origine⁷. De 2007 à 2009, le taux de mobilité a varié de 45% à 48%¹³.

Dans notre étude et dans les études et résultats de mars 2012, le taux de mobilité est estimé à 50% et est en hausse par rapport à 2010¹².

Cette mobilité peut être volontaire, du fait de facteurs familiaux, de raison pratique ou encore de réputation de formation. Mais elle peut aussi être contrainte pour

un étudiant voulant exercer une spécialité bien précise qui n'est plus disponible dans sa subdivision d'origine.

Nous n'avons pas étudié cette partie du problème, mais la mobilité volontaire est en hausse contrairement à celle contrainte ¹².

Le choix de la médecine générale

Un choix volontaire

Cette étude montre que le choix de la filière de médecine générale n'est pas un choix par défaut et cela se voit dans plusieurs travaux^{7,9,13}. L'intégration de cette spécialité aux ECN a permis une revalorisation de cette discipline qui était considérée jusqu'en 2004 comme la voie par défaut pour les étudiants ne souhaitants pas passer l'internat et considérés de ce fait comme les plus mauvais.

Dans l'échantillon, le premier poste de médecine générale est choisi par l'étudiant classé en position 529. Lors des ECN 2011, « un quart des postes de médecine générale ont été pourvus en même temps que ceux de spécialités médicales et chirurgicales »¹² et le premier poste de médecine générale a été pourvu au classement numéro 18 ¹⁷.

Une étude américaine de 2010 montrait différents facteurs comme en faveur du choix de la médecine générale. Certains étaient identiques dans notre étude : le sexe féminin et le fait d'être plus âgé, en revanche l'exercice rural diffère de nos résultats¹⁸.

L'amélioration de l'image de la médecine générale

Le taux croissant de la volonté d'exercer la médecine générale pendant l'externat est une évolution positive pour la spécialité. La revalorisation de la filière est lancée.

Une étude américaine menée en 2010 montrait qu'au cours des deux premières années d'études, la bonne image de la médecine générale déclinait¹⁹.

Auparavant, le système hospitalo-universitaire avait tendance à dénigrer la médecine générale⁷. Une étude espagnole de 2010 montrait que la médecine générale

était associée à des adjectifs péjoratifs : « pauvreté intellectuelle », « faible revenu », « faible reconnaissance »...²⁰ Une thèse de 2008 montre l'absence de dévalorisation mais une forte méconnaissance de la filière, due à la non-généralisation du stage chez le praticien lors de l'externat⁸. Dans cette thèse, les qualificatifs qui ressortent pour la médecine générale sont « plus agréable », « chaude », « humaine », « utile » mais aussi « plus faibles revenus » et « soumise ». Or, une étude qualitative de 2007 prouve que le choix de carrière est fortement influencé par « les caractéristiques que les étudiants attribuent à leur future profession²¹.

De plus en plus, les hommes politiques et les DUMG travaillent à présenter cette spécialité²². Depuis 2007, en plus de stages hospitaliers les étudiants en médecine ont la possibilité de réaliser un stage chez maître de stage de médecine générale. Cette mesure va probablement permettre une valorisation de cette spécialité grâce à la meilleure connaissance de cette voie. Des études allemandes ont montré qu'une présentation de la spécialité de cette manière améliore l'attractivité de celle-ci auprès des étudiants^{23,24,25}.

En revanche, une étude allemande de 2011 révèle qu'une seule mesure ne suffit pas à améliorer la création de vocation chez les étudiants²⁶. Il faut donc chercher des moyens de valoriser la médecine générale. Les aides à l'installation peuvent être une motivation supplémentaire, même si l'incitation financière ne semble pas être décisive dans notre étude, elle peut peser dans la balance lors du choix définitif.

Désir des étudiants réalisant ce choix

Relation malade/ médecin

C'est la spécificité de la médecine générale la plus attractive selon les étudiants de la cohorte. Effectivement, cette relation est très privilégiée en médecine générale. Pour une grande majorité des patients, le généraliste est le médecin consulté le plus souvent et régulièrement. Il est aussi souvent le plus facile d'accès en cas de problème aigu chez un patient.

Ce facteur attractif a été montré dans d'autres études^{7,8}.

Diversité des pathologies

Une fois encore, la médecine générale est une des seules spécialités qui touche à tous les appareils. Une étude de 2004 montre que ce facteur peut être positif pour les étudiants qui choisissent volontairement cette filière, alors qu'il est plutôt péjoratif pour ceux qui font ce choix par défaut⁷.

Exercice en groupe

Actuellement, les étudiants envisagent principalement ce mode d'exercice mais contrairement à une étude de 2004, c'est la même chose chez les femmes que chez les hommes.

Cet attrait est dû à plusieurs facilités :

- Temps libre plus facile d'accès grâce à la permanence des soins assurée par les collègues.
- Interraction avec d'autres praticiens pour des cas plus complexes.
- Possibilité d'avoir une « sur-spécialisation » différente pour adresser les patients (DU de gynécologie, DU d'IVG médicamenteuse, DU de nutrition...).

Préparation plus légère pour les ECN

Ce facteur ne semble pas entrer dans le choix de la médecine générale pour la population de l'étude. D'autant plus qu'on s'aperçoit en lisant un article de 2005 que la préparation aux ECN commence dès le début des études médicales et qu'il faudrait avoir fait le choix de son exercice futur dès la PCEM2 pour dire qu'on s'est moins préparé aux ECN²⁷.

Le moins bon classement aux ECN peut être expliqué par différents facteurs : difficulté à réfléchir en mots-clés, une pathologie aiguë, le stress, le manque de

travail...Donc il est trop facile de dire que les étudiants voulant choisir la médecine générale travaillent moins du fait de leur choix futur surtout qu'on a déjà vu qu' « un quart des postes de médecine générale sont pourvus en même temps que ceux de spécialités médicales et chirurgicales »¹².

Exercice rural

Dans nos résultats, l'exercice rural n'était pas attractif pour les étudiants. Cela ne va pas dans le sens de deux études déjà publiées qui montrent une attractivité certaine de l'exercice en campagne^{18,28}.

Indicateur d'espérance atteinte

Certains indicateurs sont supérieurs à 100%, ce qui prouve un choix par défaut pour la spécialité. Il est certain aussi qu'en dessous d'un certain pourcentage cet indicateur n'est pas favorable à la spécialité : trop compliquée à atteindre, concrétisation des souhaits médiocre.... La question qui se pose alors est la suivante : entre quelles valeurs peut-on considérer que l'IEA est favorable à la spécialité ?

Il existe un biais dans les calculs d'IEA, car pour certains étudiants, nous prenons en compte leur choix définitif après les ECN alors qu'ils n'ont pas rempli l'échelle de Likert au moment du CSCT. Ce biais de données manquantes peut aussi participer à des IEA supérieurs à 100%.

Conclusion

Cette étude montre une vision plutôt positive de la filière de médecine générale. Cette spécialité est attractive pour les étudiants, cette notion est assez nouvelle dans la littérature. Les étudiants en deuxième cycle d'étude médicale ne sont pas très mobiles pour leur choix définitif d'exercice, ils préfèrent favoriser le choix de la filière. La féminisation est plus importante en médecine générale que dans les autres spécialités.

Ce qui rend la médecine générale attractive aux yeux des étudiants est assez constant : c'est une spécialité où la relation médecin/malade prédomine et est importante. De plus, elle offre une réelle diversité de pathologies. Elle permet aussi un large choix de mode d'exercice et cela plaît beaucoup aux étudiants. En revanche, le fait de gagner moins bien sa vie qu'un autre spécialiste ou la préparation plus légère pour les ECN n'intervient pas dans le choix cette filière. L'étude n'a montré que peu de différences entre les cinq facultés et en fonction des sexes.

En ce qui concerne l'adéquation entre les souhaits pré-ECN et les choix définitifs, la médecine générale arrive en tête, qu'il s'agisse du tau de Kendall ou de l'indicateur d'espérance atteinte.

Ces résultats permettent de discuter de la validation de l'IEA (méthode et calcul). Intégré au niveau d'une faculté, l'IEA pourrait prendre en compte la réalité des attentes personnelles des étudiants et évaluer la capacité des facultés de médecine à répondre aux espérances de leurs étudiants.

1. Etudes de médecine en France | Conseil National de l'Ordre des Médecins. at <<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-etudes-de-medecine-en-france-400>>
2. LOI n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants. 2009-833 (2009).
3. Décret n°70-931 du 8 octobre 1970 RELATIF AUX FONCTIONS HOSPITALIERES DES ETUDIANTS EN MEDECINE. 70-931 (1970).
4. Arrêté du 19 mai 2005 fixant les modalités d'organisation de la procédure nationale de choix de la discipline et du centre hospitalier universitaire de rattachement à l'issue des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales.
5. Faculté de médecine de Lille. HISTORIQUE DE LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES. at <<http://www.hep.fr/DES/page3/page3.html>>
6. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 (2004).
7. BOUTILLIER Bertrand. VISION DES ETUDIANTS DE PCEM ET DCEM SUR LA MEDECINE GENERALE. (2004).
8. GAIDIOZ Camille & RUHLMANN Stéphane. POURQUOI LA SPECIALITE MEDECINE GENERALE EST-ELLE MAL CLASSEE AUX CHOIX DES EPREUVES CLASSANTES NATIONALES? Etude des représentations des étudiants lyonnais du PCEM 1 au DCEM 4. (2008).
9. RIGAL L., DI SARLI M. & GILBERT S. Le choix de la médecine générale à l'issue des ECN en Ile-de-France. (2008).
10. FAUVET Laurent. *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010*. (DREES, 2011).
11. Données de cadrage: Démographie et activité des professions de santé. IRDES (2013). at <<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographiePr ofSante/DemoMedecins.htm>>
12. Laurent FAUVET. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. (2012).
13. Suzanne PITOL BELIN. RAISONS DU CHOIX DE SPECIALITE ET DE LOCALISATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DANS TROIS FACULTES FRANCAISES. (2010).
14. Lefèvre, J. H., Karila, L., Kernéis, S., Fiessinger, J.-N. & Rouprêt, M. [Doctors to be have a lack of interest for general practice. Results from a national Poll in a population of 1 870 undergraduate french medical students concerning speciality choice]. *Presse Med* **39**, e58–65 (2010).
15. Zurro, A. M. *et al.* Medical student attitudes towards family medicine in Spain: a statewide analysis. *BMC Fam Pract* **13**, 47 (2012).
16. Bieck, A. D., Biggs, W. S., Crosley, P. W. & Kozakowski, S. M. Results of the 2012 National Resident Matching Program: family medicine. *Fam Med* **44**, 615–619 (2012).
17. Arrêté du 20 octobre 2010 portant affectation par subdivision, discipline et spécialité des internes de médecine à l'issue de la procédure nationale de choix de postes au titre de

l'année universitaire 2010-2011, classés par ordre de mérite aux épreuves classantes nationales.

18. Gill, H., McLeod, S., Duerksen, K. & Szafran, O. Factors influencing medical students' choice of family medicine: effects of rural versus urban background. *Can Fam Physician* **58**, e649–657 (2012).
19. Morley, C. P., Roseamelia, C., Smith, J. A. & Villarreal, A. L. Decline of medical student idealism in the first and second year of medical school: a survey of pre-clinical medical students at one institution. *Med Educ Online* **18**, 21194 (2013).
20. Selva Olid, A. *et al.* Medical students' perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis. *BMC Med Educ* **12**, 81 (2012).
21. CHOUCAIR Jacques, NEMR Elie & SLEILLATY Ghassan. Choix de la spécialité en médecine: Quels facteurs influencent la décision des étudiants? *Pédagogie Médicale* **8**, 145–155 (2007).
22. *Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.*
23. Heidelbaugh, J., Cooke, J. & Wimsatt, L. Opportunities for medical student engagement with family medicine. *Fam Med* **45**, 484–491 (2013).
24. Steinhäuser, J. *et al.* [What do medical students think of family medicine?]. *Dtsch. Med. Wochenschr.* (2013). doi:10.1055/s-0033-1349450
25. Deutsch, T., Hönigschmid, P., Frese, T. & Sandholzer, H. Early community-based family practice elective positively influences medical students' career considerations--a pre-post-comparison. *BMC Fam Pract* **14**, 24 (2013).
26. Steinhäuser, J. *et al.* ['General Practice is a great job anyway' - a qualitative study with vocational trainees]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* **105**, 89–96 (2011).
27. Roussel, F., Ladner, J. & Lechevallier, J. Prévisibilité des résultats de l'épreuve classante nationale 2004. *La Presse Médicale* **34**, 791–793 (2005).
28. Royston, P. J., Mathieson, K., Leafman, J. & Ojan-Sheehan, O. Medical student characteristics predictive of intent for rural practice. *Rural Remote Health* **12**, 2107 (2012).

Annexe

Enquête ECN 2009-10 Souhaits des étudiants

Nom : _____ Prénom : _____ Age : / ____ / ____ /

FILIERES SOUHAITEES A L'ISSUE DE L'ECN

Si vous avez un choix unique et ferme : utiliser la dernière colonne grisée, **une seule case à cocher**

Si votre choix est moins assuré : utiliser la partie blanche, **une case à cocher par ligne**

Filière Indiquez votre souhait pour chaque filière	Entourez une seule réponse par filière					<i>La seule filière que je souhaite intégrer</i>
	<i>Refus catégorique</i>	<i>Refus a priori</i>	<i>Indifférent</i>	<i>Intérêt</i>	<i>Intérêt majeur</i>	
Anesthésie réanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynécologie obstétrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialités chirurgicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialités médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VILLES D'AFECTATION SOUHAITEES A L'ISSUE DE L'ECN

Si vous avez un choix unique et ferme : utiliser la dernière colonne grisée (SV), **une seule case à cocher**

Si votre choix est moins assuré : utiliser la partie blanche, **une case à cocher par ligne**

Rappel des codes : 1=refus catégorique - 2=refus a priori - 3=indifférent - 4=intérêt - 5=intérêt majeur - SV=
la seule ville où je souhaiterai être affecté (colonne grisée)

Villes	1	2	3	4	5	SV	Villes	1	2	3	4	5	SV
Aix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Montpellier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marseille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besançon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bordeaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reims	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clermont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Ferrand							Rouen						
Dijon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	St Etienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grenoble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Strasbourg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toulouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limoges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Avez vous déjà choisi votre spécialité ? oui non :

Si oui, laquelle : _____

A quel moment, ce choix s'est il confirmé ? _____

Quel mode d'exercice envisagez-vous (hospitalier, libéral, maison médicale....) _____

Etes vous actuellement inscrit à un cycle de conférences de préparation à l'ECN ? oui : non :

Si oui, précisez l'organisation : _____ Si non, précisez pourquoi : _____

Etes-vous prêt à redoubler votre année si vous n'obtenez pas aux ECN :

La filière souhaitée ? oui : non :

La ville souhaitée : oui : non :

Etes vous redoublant : oui non :

Opinion vis-à-vis l'exercice de la médecine générale

Vis-à-vis de la Médecine Générale, parmi les facteurs présentés dans le tableau ci-dessous, noter pour chacun d'eux son importance dans le choix d'exercer cette spécialité

(Une seule réponse par ligne)

	Aucun impact	Faible	Moyen	Fort	Impact très fort
La diversité sociologique des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La diversité des pathologies vues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode d'exercice libéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La relation avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation plus légère pour l'ECN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intérêt pou l'exercice en milieu rural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intérêt pour exercice en milieu urbain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liberté d'installation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une éventuelle incitation financière*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revenus moindres (comparés à un spécialiste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilité d'exercice en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Difficulté de faire une carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilité d'exercice solitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de vie moins bonne (comparée à un spécialiste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

Résumé

Introduction : La médecine générale semble être une spécialité dénigrée et choisie par défaut à l'issue de Epreuves Classantes Nationales (ECN). Notre étude cherche à montrer s'il existe une amélioration de la vision de la médecine générale et à valider l'Indicateur d'Espérance Atteinte (IEA) pour corrélérer les souhaits pré-ECN aux choix post-ECN.

Matériel et méthode : Un questionnaire nominatif a été distribué au moment du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT) aux étudiants de cinq facultés de médecine de France (Brest, Nancy, Nantes, Nice et Rouen) et des comparaisons par rapport à leurs choix définitifs à l'issue des ECN ont été menées.

Résultats : 542 étudiants ont été inclus dans l'étude. Le sexe ratio (H/F) était de 0,50. L'âge moyen était de 23,9 ans (ET=1,7). Au moment du CSCT, plus de 60% des étudiants envisageaient la médecine générale comme une possibilité à la suite des ECN. A peine 50% des étudiants sont attirés par le sud. A l'issue des ECN, la médecine générale est plus choisie par les femmes (OR=2,22). Plus de 80% des étudiants trouvaient la relation patient/médecin et la diversité des pathologies vues comme attractives pour la médecine générale. Pour la médecine générale, le tau de Kendall était à 47% et l'IEA à 70,4%. Peu de différences existent entre les cinq facultés et les sexes.

Conclusion : La médecine générale est un choix volontaire à l'issue des ECN. Son attractivité est en voie d'amélioration grâce notamment à l'instauration du stage pendant l'externat et à la création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale.

Mots clés : médecine générale, CSCT, ECN, attractivité