Facteurs associés à la mise en place du projet professionnel des étudiants entrant en première année du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) à la faculté Paris-Est Créteil en 2018

Georgette Atemkeng Nanfack

▶ **To cite this version:**

Georgette Atemkeng Nanfack. Facteurs associés à la mise en place du projet professionnel des étudiants entrant en première année du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) à la faculté Paris-Est Créteil en 2018. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03408410

HAL Id: dumas-03408410

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03408410

Submitted on 29 Oct 2021

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

SOUTENANCE A CRETEIL

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

****

ANNEE 2019 **N°**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :

à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par Mme ATEMKENG NANFACK Georgette

Né(e) le à

TITRE : Facteurs associés à la mise en place du projet professionnel des étudiants entrant en première année du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) à la faculté Paris-Est Créteil en 2018.

DIRECTEUR.ICE.S DE THESE :
M. le Docteur Sébastien DAWIDOWICZ
Mme le Docteur Emilie FERRAT

LE CONSERVATEUR DE LA BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

Signature des directeur.rice.s de thèse

Cachet de la bibliothèque universitaire

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse et tuteur, Sébastien, pour son accompagnement, sa disponibilité, sa sollicitude, son humanisme, son humour…

A ma co-directrice de thèse, le Dr Émilie FERRAT, pour sa rigueur et son exigence qui m'ont permis d'avancer dans ce projet de thèse.

A madame Emmanuelle BOUTIN, pour sa gentillesse, sa disponibilité et son aide dans la réalisation des analyses statistiques.

A mes maîtres de stage ambulatoire, Christian et Sandrine, qui m'ont beaucoup appris et qui ont su animer mon goût pour la médecine générale.

A mon époux, Brice, partenaire et soutien indéfectible, qui m'a permis de garder le cap dans les moments de doute et qui trouve toujours les mots justes.

A mon fils, Jélani, qui un jour peut-être lira cette thèse et à qui j'espère transmettre les valeurs du travail, l'humanisme, la bienveillance et le respect. A ma mère, pour ses sacrifices et son amour inconditionnel.

A Tatie Annie-France, ma deuxième maman, qui m'a fait découvrir le monde soignant et nous a accueillis Stéphane et moi en nous traitant comme ses propres enfants.

A mon père, son sens des valeurs et sa ténacité.

A Margaux, ma pitchoune, la « femme du deuxième fils de ma mère », à notre amitié qui m'est si chère depuis les bancs du lycée et qui je le sais durera toujours.

A Raïssa, Dori et Francine, mes « personnes personnelles », pour leur soutien et leur compréhension.

A ma « team beneton », Carole, Célestine, Kevin alias Gaby, Maximilien et Noémie ; pour leur joie et leur bonne humeur depuis les bancs de la faculté de Saint-Etienne. Merci d'avoir été là dans les moments de doute.

A Saliou BALDE et sa « communauté guinéenne » de Saint-Etienne, pour le soutien pendant tout mon externat et aujourd'hui encore. A Amandine, « meilleure co-interne ».

A ma famille, frères, sœurs, oncles, tantes, cousins et cousines, merci d'être toujours là pour moi d'une manière ou d'une autre.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée
ATCD : Antécédents
CESP : Contrat d'Engagement Service Public
CSP : Catégorie Socio Professionnelle
CF : Confer
DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Science Médicales
DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECNi : Épreuves Classantes Nationales Informatisées
ECN : Épreuves Classantes Nationales
FRT : Formation à la Relation Thérapeutique
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
JSPE-MS: Jefferson Scale of Physician Empathy – Medical Student
LRU : Libertés et Responsabilités des Universités
M.G : Médecine Générale
MSU : Maîtres de Stages Universitaires
OR : Odds Ratio
PACES : Première Année Commune aux Études de Santé
PPE : Projet Professionnel de l'Étudiant
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
UFR : Unité de Formation et de Recherche
UPEC : Université de Paris Est Créteil

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS……..……2
LISTE DES ABREVIATIONS……..…….....3
TABLE DES MATIERES……..…….....4
INTRODUCTION……..…….6
I. LA FORMATION MEDICALE EN FRANCE……..…….....6
A. LE DEROULEMENT DES ETUDES DE MEDECINE ……...6
B. LES ETUDES MEDICALES A L'UPEC……..…….....7
II. DEFINITION DU PROJET PROFESSIONNEL...…….9
III. ETABLIR ET METTRE EN ŒUVRE UN PROJET PROFESSIONNEL……11
IV. FAIRE MEDECINE ET DEVENIR MEDECIN……..……12
V. JUSTIFICATION……..14
VI. HYPOTHESES ET OBJECTIFS……..16
MATERIEL ET METHODE……..……...17
I. TYPE DE L'ETUDE……..…….....17
II. POPULATION ETUDIEE……..……..17
III. COLLECTE DES DONNEES……..……17
IV. QUESTIONNAIRE UTILISE ……,…….17
V. ANALYSES STATISTIQUES……..…….....19
RESULTATS……..……..21
Figure 1 : Modalités d'inclusion dans l'étude…….……..21
I. CARACTERISTIQUES PERSONNELLES DE LA COHORTE…….21
A. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES……..…….....21
Tableau 1 : Caractéristiques socio-économiques……..……...22
B. CONTEXTE MEDICAL PERSONNEL……..……...23
Tableau 2 : Caractéristiques médicales personnelles……..……23
Tableau 3 : Répartition selon le niveau de stress au quotidien..…….....23
II. LES ETUDES DE MEDECINE.....24
Tableau 4 : Répartition selon le premier stage réalisé préféré en DFGSM.....24
Tableau 5 : Les 3 principales raisons de préférence du stage classé numéro 1.....25
Tableau 6 : Répartition selon souhait préférentiel de stage……..….....25
III. SCORE D'EMPATHIE……..…..….26

IV. LE PROJET PROFESSIONNEL ……...…….....26
A. MOTIVATIONS ET CRAINTES……...……...26
Tableau 7 : Cotation (de 1 à 10) des sources de motivation par rapport au projet professionnel……...……...27
Tableau 8 : Craintes quant au projet professionnel……...…….....28
B. LE PROJET PROFESSIONNEL ……..…….....28
Tableau 9 : Projet professionnel en pratique……..……..29
V. FACTEURS ASSOCIES AU PROJET PROFESSIONNEL……...31
A. ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES AU CHOIX DE LA MEDECINE GENERALE (M.G) A L'ISSU DES ECNi…….31
Tableau 10 : Résultats de l'analyse multivariée des facteurs associés au fait de faire M.G. quel que soit le classement versus les autres spécialités……..……32
B. ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES AU CHOIX DE RESTERA L'UPEC…….…….....32
Tableau 11 : Résultats des analyses en multivariée des facteurs associés au fait de rester à l'UPEC…….…….....33
C. ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES AU DEGRE DE CERTITUDE CONCERNANT LES SOUHAITS D'AFFECTATION ……...34
Tableau 12 : Résultats analyse multivariée des facteurs associés au degré de certitude des souhaits d'affectations du choix de spécialité classé numéro 1…….35
DISCUSSION …….…….....36
I. RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE…….....36
II. INTERETS ET LIMITES DE NOTRE ETUDE…….....38
III. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE……39
1. CHOIX DE FAIRE DE LA MEDECINE GENERALE……..40
2. CHOIX DE RESTER A L'UPEC……...…….……..41
3. DEGRE DE CERTITUDE PAR RAPPORT AU SOUHAIT D'AFFECTATION ……..42
IV. EMPATHIE …….....……...……...……...…….....44
V. IMPLICATIONS…….....46
CONCLUSION…….49
BIBLIOGRAPHIE……..……50-53
ANNEXES……...54-85
RESUMES ……..86-87

INTRODUCTION

I. LA FORMATION MEDICALE EN FRANCE

A. LE DEROULEMENT DES ETUDES DE MEDECINE

A ce jour, les études médicales sont composées de 3 cycles, qui durent en moyenne entre 9 et 12 ans, selon la spécialité choisie et sont ponctuées par deux concours (23). Elles s'inscrivent dans le modèle d'études LMD (Licence Master Doctorat) qui promeut l'harmonisation des études supérieures au niveau européen. Ce modèle s'organise en semestres et en unités d'enseignement (UE) divisées en 3 catégories : UE fondamentales, UE complémentaires et UE en libre choix. Ces UE permettent d'obtenir des crédits d'études ou ECTS (European Credit Transfer System) (19). En outre, ce système met en place des passerelles entre la formation médicale et d'autres diplômes. A l'issue de la première année commune aux études de santé (PACES), les étudiants sont confrontés à un premier concours au terme duquel 37% en moyenne réussissent un passage en deuxième année de médecine en un ou deux ans (11).

En fonction de leur classement à ce concours et suivant le choix de la filière, les étudiant.e.s pourront poursuivre leurs études en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, kinésithérapie ou ergothérapie. Pour ceux ayant fait le choix de la médecine, un stage infirmier de quatre semaines à temps plein devra être réalisé. Il s'agit, pour certains d'entre eux, d'un premier contact avec le domaine médical et paramédical et/ou le monde du travail.
Au cours des deuxième et troisième années, les études se répartissent entre cours magistraux, travaux pratiques, études dirigées et stages (sémiologie, service d'accueil de médecine urgente -SAMU-, laboratoire et psychologie médicale). Ils permettront l'acquisition des fondamentaux scientifiques indispensables à l'exercice des métiers médicaux (32).

Au terme de ce premier cycle de trois ans, les étudiant.e.s obtiennent le diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM), l'équivalent d'une licence, grâce à la validation de 180 ECTS. Débute ensuite le deuxième cycle (externat) dont l'objectif est d'aider les étudiants à acquérir les compétences professionnelles de la formation dans laquelle ils s'engageront au cours de leur spécialisation (troisième cycle) et les compétences favorisant l'exercice en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire.

Durant l'externat, étalé sur une période de trois ans, les étudiant.e.s découvriront, par le biais d'études théoriques et pratiques, les pathologies, leur thérapeutique et leur prévention. Ce sera l'occasion pour certains de confirmer ou infirmer leur appétence pour telle ou telle spécialité, et pour d'autres de se découvrir une « vocation ». A l'issue de ces trois années, ils passeront un deuxième concours, les épreuves classantes nationales informatisées (ECNi). Ainsi, ils obtiendront un deuxième diplôme, le diplôme de formation approfondie en sciences médicales ou DFASM, qui est reconnu au niveau master et qu'ils valident en obtenant 120 ECTS (32).

Vient alors le troisième cycle d'études médicales (internat), dont la formation repose sur une alternance entre temps facultaire et formation pratique (hospitalière ou ambulatoire). Il permet l'acquisition pratique de la faculté de prescrire et prendre en charge des patients sous la tutelle de maîtres de stage. Ce troisième cycle d'études médicales est qualifié de professionnalisant. L'étudiant apprend alors dans une spécialité qu'il aura choisie selon ses affinités, son vécu, sa personnalité, ses atouts, ses motivations, ses valeurs et/ou son classement aux ECNi. A ce stade, l'intention de l'étudiant est de construire son « projet professionnel » (20).

B. LES ETUDES MEDICALES A L'UPEC

Bien que la formation soit globalement la même dans toutes les universités en France, il existe certaines spécificités d'une faculté à l'autre. Nous pouvons citer, par exemple, la capacité d'accueil de chaque faculté et le numérus clausus appliqué. A l'UPEC (32), la capacité d'accueil en PACES est de 1200 étudiants post baccalauréat. Cependant, seuls 180 étudiant.e.s seront admis en DFASM.

Lors de leur formation à l'UPEC, les étudiant.e.s ont la possibilité de suivre en parallèle un cursus recherche (notamment un master Biologie-Santé) ou un double cursus mathématiques-informatique, ou mathématiques-physique, ou encore philosophie-médecine, selon leurs compétences. Durant leur licence, il leur est également offert l'opportunité de suivre une partie de leur formation dans une université étrangère grâce à un programme d'échange.

Depuis la rentrée 2018, la faculté de médecine de Créteil expérimente une alternative à la PACES, l'AlterPACES. Il s'agit d'offrir la possibilité à des étudiants inscrits en 2ème et 3ème années de licence à l'UPEC (toute filière confondue), d'accéder à la 2ème année des études de santé sous trois conditions (31) :

- Être autorisé à suivre le dispositif AlterPACES (inscription en ligne via un formulaire avec constitution d'un dossier comprenant bulletins de note de première et terminale, notes obtenues au baccalauréat, bulletins de note de licence 1 ou 2 selon l'année de licence au moment de l'inscription, lettre de motivation présentant le projet professionnel, certificat de scolarité de l'année en cours, curriculum vitae et fiche de renseignements),
- Valider 4 UE complémentaires du dispositif (sciences biologiques, sciences humaines, 1 UE spécifique pour chaque filière et 1 UE projet professionnel) et l'année de licence en cours,
- Être retenu à l'oral d'admission AlterPACES devant un jury.

L'UE projet professionnel se faisant en collaboration avec le SCUIO-BAIP (service commun universitaire d'information, d'orientation – bureau d'aide à l'insertion professionnel) et via la plateforme PEC (portefeuille d'expériences et de compétences). Cette plateforme est un outil de valorisation et d'aide à la décision qui va permettre aux étudiants d'identifier les compétences développées en lien avec la construction de leur projet et les aider à prendre des décisions pour intégrer la filière choisie (33). Les objectifs de cette alternative sont notamment de diversifier les profils étudiant.e.s, proposer une deuxième chance aux étudiant.e.s ayant échoué une première fois au concours PACES ou encore de recruter des étudiant.e.s réellement motivé.e.s.

II. DEFINITION DU PROJET PROFESSIONNEL

Depuis quelques décennies, le terme de projet s'est développé dans les sphères économiques, sociales et éducatives avec une application aussi bien au niveau collectif qu'individuel. C'est ainsi que nait la notion de projet professionnel. De nos jours, avant d'envisager une situation ou une réalisation future, on demande au sujet d'établir un projet. Mais que met-on derrière le concept de « projet » ?

Le mot « projet » vient du latin *projectere* et signifie « ce qui est lancé en avant », « jeté en avant ». Cependant, cette acception étymologique ne permet pas de comprendre le concept de projet. D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, le projet renvoie à ce que l'on a l'intention de faire et l'estimation des moyens nécessaires à la réalisation. Cependant, il s'agit là d'une définition non consensuelle, qui ne tient pas compte de la dimension pédagogique du projet (8).

Jean Pierre BOUTINET, dans *Anthropologie du projet,* définit le projet comme ce qui permet d'aider les individus et les groupes à donner une orientation appropriée à leurs aspirations, une orientation susceptible de comporter un sens pour eux (5). Dans sa préface du livre *La pédagogie du projet en formation* de Jean VASSILEFF, Jean BOUTINET situe le projet dans le temps présent. Il s'agirait selon lui de s' « *interroger sur ce que je fais présentement et me demander en quoi ce que je réalise me permet à la fois de récapituler momentanément mon histoire et m'ouvrir sur un futur possible qu'il m'appartient de définir et d'orienter, relativement à la façon par laquelle je pense présentement l'atteindre* ».

La construction d'un projet est donc une démarche personnelle de projection, visant à conceptualiser un désir. Elle est authentique et autonome, alliant à la fois des dimensions cognitives et affectives (34). C'est un processus partant d'une référence personnelle authentique, sincère, pour aboutir à une planification spatio-temporelle. Le développement du projet évolue par paliers, dans un enchainement de stratégies projectives et réactives, en intégrant progressivement les contraintes et réalités sociales.

D'après VASSILEFF dans *La pédagogie du projet en formation,* lors de ce processus, le projet va prendre plusieurs formes identifiables :

- Les projets primaires, qui sont l'expression pure du désir et qui se manifestent chez le formé lorsqu'il réalise qu'il est seul à pouvoir finaliser son espace-temps.

- Les projets secondaires, qui résultent de la confrontation du projet primaire avec les contraintes de la réalité (trop d'obstacles pour une matérialisation en l'état). Le formé prend alors en compte les exigences de l'environnement ou met en place une stratégie pour développer son projet.
- Enfin, les projets tertiaires, qui correspondent aux projets secondaires dont les chances de réalisation ont été jugées comme envisageables et suffisantes après une enquête ou une simulation.

Cette évolution ne se fait pas forcément de façon linéaire. Plusieurs projets primaires ou secondaires peuvent se succéder. De même, un individu peut exprimer directement un projet tertiaire au même moment que d'autres suivant la même formation expriment leurs projets primaires.

III. ETABLIR ET METTRE EN OEUVRE UN PROJET PROFESSIONNEL

Comme nous l'avons déjà établi, le projet n'est autre que la conceptualisation d'un désir. A ce jour, il existe différentes structures telles que le Pôle Emploi (3) ou le SCUIO-BAIP de l'UPEC pour ne citer qu'eux, qui proposent des outils pratiques dédiés à la construction d'un projet professionnel. Il s'agit d'une démarche dynamique et autonome qui nécessite une forte implication du ou de la concerné.e. Elle est basée sur un bilan de ses compétences, connaissances et qualités personnelles pour déterminer ce qui est le plus important pour lui dans un travail. Tout ceci lui permet de définir des pistes qui seront confrontées à ses idées et à la réalité socio-économique par le biais de rencontre avec des professionnels.

L'intéressé.e devra faire le point sur :

- Ses atouts selon ses expériences personnelles et professionnelles,
- Les rôles qu'il tient ou a pu tenir dans différents contextes (famille, associations et/ou loisirs),
- Ses goûts, centres d'intérêts, valeurs, souhaits et ambitions.

Une fois ce bilan effectué et après confrontation de ses idées avec la réalité, l'intéressé pourra faire le point sur les compétences à acquérir et celles qu'ils possèdent déjà. De là, naitront des hypothèses de projet. Pour chacune de ces hypothèses, il lui faudra évaluer les avantages et les inconvénients puis choisir le projet qu'il souhaite réaliser.

La réalisation du projet doit passer par un travail de planification et d'identification des actions à entreprendre. Afin d'élaborer un plan d'action réaliste et réalisable, le concerné doit prévoir les éventuels contraintes et obstacles qu'il pourrait rencontrer et les moyens de les dépasser. Avant de mettre en œuvre le projet retenu, il faudra faire un travail de recherche de tous les aspects de l'activité envisagée en variant ses sources d'informations et garder un esprit ouvert pour pouvoir saisir toutes les opportunités qui peuvent se présenter.

IV. FAIRE MEDECINE ET DEVENIR MEDECIN

Lorsqu'un.e étudiant.e s'inscrit en faculté de médecine, c'est pour devenir médecin. Mais ce qui apparaît comme une évidence n'en est pas vraiment une. Cette inscription est souvent la manifestation soit d'une certitude liée à un besoin de s'occuper d'autrui (« vocation »), soit d'une certaine curiosité (volonté de savoir s'il ou elle peut y arriver) ou par manque de choix ou désir réel de faire médecine mais uniquement parce que l'opportunité s'est présentée (14). S'en suivent alors de longues études au cours desquelles les étudiants auront des difficultés à se projeter. En effet, il est difficile pour la plupart de ces jeunes étudiants adultes d'exprimer de façon certaine où et comment ils se voient dans dix ans. Par ailleurs, ce long cheminement est jalonné par deux concours.

D'après une étude publiée en 2005 par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) (14), les étudiant.e.s en première année n'osaient pas se prononcer sur leur projet professionnel car ils n'ont pas encore la certitude de faire médecine et se disent plus focalisés sur l'échéance du concours. Cependant, une fois le concours obtenu, le projet n'est pas plus défini car ils sont encore dans la découverte de la profession médicale. A cela s'ajoute la perspective d'un autre concours et la crainte d'être déçu selon son classement. En effet, le fait d'être bien classé donne le choix et surtout l'accès à une spécialité autre que la médecine générale. Les étudiants ayant passé le cap du premier concours se projetteront plutôt dans une spécialité sans vraiment se poser la question du médecin qu'ils souhaitent être plus tard (lieu et mode d'exercice, pratique de l'enseignement et/ou de la recherche, type de relation avec le patient…).

Or, devenir médecin ne se résume pas à l'apprentissage de la médecine. Entre son inscription en première année et l'obtention de son diplôme d'état qui lui confère le statut de docteur en médecine, l'étudiant.e devra confronter ses représentations du métier de médecin à la réalité. Cette réalité se construit grâce à des rencontres avec les professionnels de santé et l'enseignement théorique et/ou pratique en stage qui lui permettra de développer plusieurs compétences : des compétences scientifiques, techniques et relationnelles dont l'empathie ; qui se définit, selon le Larousse, comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui et de percevoir ce qu'il ressent (28).

En plus de découvrir les différentes spécialités, il ou elle sera progressivement impliqué.e dans la prise en charge de patients et fera face à la maladie, la souffrance, et la mort. Tout cela se découvre majoritairement à travers le prisme du milieu hospitalier. Ceci peut expliquer en partie

le manque d'attrait chez certains pour la spécialité de médecine générale, qui est déjà considérée comme un choix par défaut et une spécialité moins valorisante avec le système d'attribution des places de l'ECNi (15), mais également une tendance à la diminution ou absence d'évolution du capital empathie des étudiant.e.s en médecine (27).

Nous pouvons donc conclure que le projet professionnel des étudiant.e.s en médecine est en constante évolution. Certain.e.s, peuvent avoir des difficultés à établir ou évoquer leur projet professionnel de peur d'être déçu.e.s ou par manque de connaissances sur le milieu médical, les modes d'exercice possibles et les différentes voies qui pourraient s'offrir à eux. Cela est en partie lié à un manque d'exposition à l'exercice professionnel futur compte tenu de terrains de stage insuffisants.

V. JUSTIFICATION

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, les études de médecine s'organisent en 3 cycles et seul le troisième cycle est considéré comme professionnalisant. Or, depuis plusieurs années, le concept de projet professionnel est de plus en abordé et avec la mise en place d'alternatives à la PACES, il s'est vu appliqué au domaine des études médicales dès le premier cycle. Le but est de palier à la demande grandissante de médecins, tout particulièrement dans les secteurs ruraux.

Selon une étude menée à l'échelle nationale en 2012, auprès d'internes de médecine générale, sur les facteurs conduisant à l'appropriation d'un projet d'installation en ambulatoire (20), il semblerait que les éléments déterminants seraient les facteurs liés à la formation, à la profession et son environnement (représentation autour du métier de médecin), les facteurs socio démographiques et ceux liés à l'environnement personnel (des facteurs tels que l'âge, le statut marital et/ou parental, le milieu socio-culturel d'origine).
Par ailleurs, selon les résultats d'une enquête qualitative menée en 2005 auprès des internes de la faculté de médecine René Descartes de l'Université Paris 5 (6), les femmes seraient plus attirées par la médecine générale que les hommes et les étudiants les moins engagés dans leur vie privée le sont aussi dans leur vie professionnelle. Cette enquête révélait également que la présence d'un médecin dans l'entourage proche n'avait aucune influence statistiquement significative bien qu'une autre enquête qualitative menée en 1991 auprès des internes de la faculté de médecine de Lyon, mettait en évidence que la présence d'un médecin dans l'entourage proche influencerait le projet professionnel mais de façon inconsciente.

Entre septembre et novembre 2016, 197 étudiant.e.s en médecine (des étudiant.e.s de la 3ème à la 5ème année et des étudiant.e.s ayant passé le concours de l'internat en 2016) ont été questionnés sur leurs motivations quant à leur avenir professionnel. Les principaux résultats de cette étude sont les suivants (1) :

- Le fait « d'avoir une qualité de vie satisfaisante » était l'une des principales sources de motivations des étudiants pour leur avenir. Elle se classait dans le top 5 des principaux motifs dans 70% des cas.
- Les principales craintes pour leur avenir portaient sur les « sacrifices par rapport à la vie privée ».

- Le mode d'exercice de la médecine qui recueillait le plus de suffrages (43%) était le mode « mixte » soit combinaison du salariat et l'exercice libéral.
- La médecine générale était la spécialité la plus plébiscitée (19%) avant le résultat de l'épreuve classante nationale.
- Les grandes villes (Paris, Lyon et Bordeaux) étaient les plus souhaitées par les étudiant.e.s en matière de lieu d'affectation.
- La majorité des étudiant.e.s interrogés (56%) considéraient que les mesures gouvernementales pour lutter contre les déserts médicaux étaient inefficaces.

VI. HYPOTHESES ET OBJECTIFS

C'est dans ce contexte que nous avons décidé de mener cette étude pour décrire les facteurs associés à l'élaboration du projet professionnel des étudiants en première année de DFASM de l'UPEC. Elle a été menée en parallèle de l'évaluation de l'évolution du niveau d'empathie chez les externes, selon les stages réalisés et leur projet professionnel.

Nous avons émis l'hypothèse que les facteurs associés au projet professionnel seraient les mêmes que ceux retrouvés chez les internes, (20) à savoir des facteurs sociodémographiques (sexe, âge, statut marital et/ou parental, milieu socio-culturel d'origine), des facteurs liés à l'environnement personnel, à la profession et son environnement (représentation autour du métier de médecin).

Nous pensions que les femmes auraient un projet professionnel plus centré sur des spécialités cliniques et la médecine générale, contrairement aux hommes qui seraient plus centrés sur des spécialités techniques. Par ailleurs, nous avions en hypothèse le fait que les étudiant.e.s ayant des parents avec un niveau socio-économique supérieur, s'intéresseraient à des spécialités plus rémunératrices, ou que la présence d'un proche exerçant la médecine pourrait inspirer de manière positive la certitude d'une spécialité. D'autre part, nous supposions également que ceux ayant une situation conjugale stable et des enfants auraient une moindre mobilité.

Nous voulions également tester une théorie selon laquelle les étudiant.e.s ayant un choix de spécialité future bien défini commençaient le plus tôt possible la préparation aux ECNi pour mettre toutes les chances de leur côté. Cependant, les données de la littérature ne démontrent pas que la participation aux conférences préparatoires soit un gage de réussite. Les principaux facteurs favorisant le succès à cet examen national semblent être l'âge, l'obtention ou non de la PACES en première tentative et l'absence de validation d'une UE au rattrapage. Ces deux derniers facteurs indiquent, quant à eux, le caractère constant de l'apprentissage. (4)

MATERIEL ET METHODE

I. TYPE DE L'ETUDE

Nous avons mené une étude observationnelle, transversale, descriptive et analytique de type enquête. Cette étude a été réalisée grâce à un questionnaire auto-administré, distribué auprès d'étudiant.e.s en première année de DFASM à la faculté de médecine de Paris Est Créteil, le 18 septembre 2017, lors d'une réunion de pré-rentrée pendant environ vingt-cinq minutes.

II. POPULATION ETUDIEE

Nous avons interrogé les étudiant.e.s en première année de DFASM à l'université de Paris Est Créteil. Parmi eux, se trouvaient également des étudiants nouvellement transférés d'autres facultés de médecine. En revanche, les étudiant.e.s redoublant.e.s de cette première année de DFASM ont été exclus pour éviter un biais de participation, mais également parce qu'ils/elles n'étaient pas présent.e.s à cette journée de pré-rentrée.

III. COLLECTE DES DONNEES

L'étude a été menée à l'aide d'un questionnaire papier auto-administré lors de la journée d'information obligatoire de rentrée scolaire 2017-2018. La scolarité a procédé à la distribution et à l'anonymisation des questionnaires par le biais d'une étiquette de codage numérique (numéro d'identification aléatoire associé au nom de l'étudiant). Une fois les questionnaires distribués, les étudiants ont bénéficié d'une présentation par diapositive sur l'étude afin de leur introduire ses modalités de déroulement, ses objectifs, la notion d'empathie et le questionnaire.

IV. QUESTIONNAIRE UTILISE

Le questionnaire (Annexe 1) a été élaboré à partir du *Jefferson Scale Physician EmpathyMedical Student* (JSPE-MS) et des éléments de l'étude *Appel Médical Search* sur les motivations des étudiants en médecine, publiée en février 2017 et menée en deux phases (qualitative puis quantitative) entre septembre 2016 et novembre 2016 (1). Il a ensuite été travaillé en cellule de recherche du département de médecine générale de l'UPEC, puis il a été testé sur 6 externes en première année de DFASM en 2016-2017. Ce qui nous a permis de déterminer une durée de 30 minutes pour la réalisation de l'étude.

Il était composé de quatre parties.

La première partie, commune aux deux volets de l'étude, permettait de recueillir des données sociodémographiques. Les items étaient le sexe, l'année de naissance, le lieu de résidence, les catégories socio-professionnelles des parents et éventuel.le.s conjoint.e.s, la parentalité, la présence d'un médecin dans la famille, le financement des études, l'existence d'une maladie chronique, le décès ou la maladie d'un proche, l'état psychologique général (niveau de stress, état dépressif et suivi en psychothérapie).

La seconde partie, également commune aux deux volets de l'étude, portait sur les études de médecine. Elle avait pour but de déterminer le mode d'obtention du concours de la PACES (dès la première tentative ou non) et les éventuelles disciplines de stages souhaitées lors de l'externat. De plus, elle permettait également de connaitre parmi les stages réalisés par les étudiants, ceux qui avaient été préférés et les principales raisons de cette préférence.
Nous avons également demandé aux étudiants de nous indiquer les cinq disciplines de stages qu'ils souhaitaient réaliser et de les classer par ordre de préférence. Nous avons choisi de répartir les résultats en 4 catégories en faisant une distinction entre la médecine générale et les autres spécialités médicales (médecine générale, spécialités médicales autres, spécialités chirurgicales et spécialités biologiques). Cette liste de stage est disponible en annexe 3.

La troisième partie du questionnaire correspondait au questionnaire d'empathie de Jefferson, validé au niveau international, appliqué aux étudiants en médecine, (le JSPE-MS (30), avec 20 items pour évaluer leur niveau d'empathie. Chaque item étant noté de 1 (« pas du tout d'accord ») à 7 (« tout à fait d'accord ») sur une échelle de Likert. Ce questionnaire permet d'obtenir un score global d'empathie entre 20 et 140. Et plus ce score se rapproche de 140, plus l'étudiant serait disposé à avoir une empathie plus développée (24). Le score final des items 13-6-7-8-11-12-14-18-19 s'obtient ainsi en soustrayant le score initial obtenu à 8 (22).
Le résultat obtenu peut être divisé en 3 dimensions (cf annexe 4) :

- Dix items sur le *perspective taking* ou prise de perspective, qui correspond à une évaluation de la capacité à adopter le point de vue du patient (items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20)
- Huit items sur le *compassionate care* ou soin compatissant, qui correspond à une évaluation de la capacité à s'intéresser au vécu émotionnel du patient (items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19)
- Deux items sur the *ability to stand in the patient's shoes* ou la capacité de se mettre à la place du patient (items 3, 6).

La quatrième et dernière partie portait sur le projet professionnel. Elle visait à déterminer les motivations et réticences à l'élaboration du projet professionnel des étudiants, à l'aide d'une cotation allant de 1 à 5, permettant de définir s'il s'agit d'un facteur négligeable ou primordial. Dans cette partie du questionnaire, nous demandions également aux étudiants s'ils étaient inscrits en conférences privées préparatoires aux ECNi. Puis, les questions sur le projet professionnel de l'étudiant en pratique étaient posées. Cette section abordait ses souhaits en termes de spécialité et de lieu d'affectation, son désir ou non de rester à l'UPEC, les raisons qui le pousseraient à partir, et les type et lieu d'activité envisagés.

V. ANALYSE STATISTIQUE

Nous avons constitué une base de données EXCEL® à partir des réponses au questionnaire, puis effectué une analyse descriptive à l'aide du logiciel GMRC Shiny Stat ®. Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs (%) et les variables quantitatives en médiane (interquartile).

Le principe de ce type d'étude était de recueillir simultanément des informations sur l'exposition à un facteur et la survenue d'un évènement sur un échantillon représentatif de la population cible. Ceci permet d'identifier les facteurs associés à la survenue d'un évènement (10). Cette méthode a favorisé la description des différents facteurs associés à trois variables d'intérêt que nous avons définies (cf. infra)).

Une analyse univariée a été effectuée pour expliquer les facteurs associés au projet professionnel en utilisant 3 variables d'intérêts :

- Choix de faire médecine générale versus autres spécialités (variable qualitative dichotomique),
- Choix de rester à l'UPEC (variable qualitative dichotomique),
- Degré de certitude du premier souhait d'affectation de spécialité (variable qualitative en trois classes soit degré faible de 1 à 2, degré moyen à 3 et degré fort de 4 à 5).

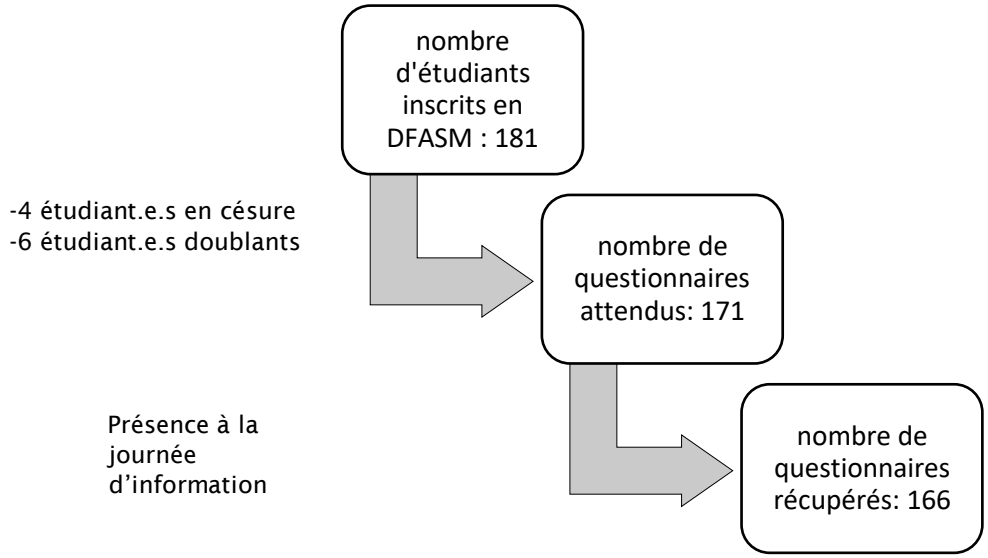
Pour l'analyse univariée des variables qualitatives, nous avons utilisé *le test de chi2* ou *Fisher* lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Pour les variables quantitatives, nous nous sommes servis du *test Wilcoxon-Mann-Whitney* pour comparer deux groupes et *le test de Kruskal-Wallis* lorsqu'il fallait comparer trois classes. Pour obtenir les odds ratio (OR) brut, il a été réalisé une régression logistique. Puis, une analyse multivariée a été effectuée à l'aide d'une régression multinomiale multivariée. Tout cela à l'aide du logiciel de statistiques Stata® version 15.

Ce travail s'inscrit dans un projet global de suivi de cohorte prospective, ayant pour but d'étudier l'évolution du « projet professionnel » de ces étudiant.e.s sur 3 ans. Il se fait en parallèle d'une étude sur l'empathie.

RESULTATS

Lors de cette réunion de rencontre, nous avons pu récupérer 166 questionnaires. Pour cette rentrée 2017-2018 en première année de DFASM, il y avait 181 étudiants inscrits mais 4 d'entre eux étaient en césure et 6 redoublaient. Nous espérions donc analyser 171 questionnaires. Il s'agissait uniquement d'étudiant.e.s primant.e.s, ayant effectué tous leur cursus à l'UPEC ou nouvellement transférés. Toutes les données ont été retranscrites dans la base de données. Mais, en fonction de l'item abordé, certaines réponses ne pouvaient être prises en compte du fait d'un non-respect de consigne.

Figure 1 : Modalités d'inclusion dans l'étude



I. CARACTERISTIQUES PERSONNELLES DE LA COHORTE

A. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

Les caractéristiques socio-économiques des 166 étudiants questionnés sont résumées dans le tableau 1. Parmi les étudiant.e.s, 60,2% étaient de sexe féminin, avec une médiane d'âge de 22 ans et aucun n'avait d'enfant à charge. Ils ou elles étaient 33,7% à avoir obtenu leur PACES en tant que primant et 29,5% déclaraient la présence d'un médecin dans leur famille. Ils ou elles résidaient majoritairement chez leurs parents (63,3%) et seuls 12% déclaraient vivre en couple, avec des conjoints sans activité professionnelle pour environ un tiers d'entre eux. Les parents occupaient principalement des emplois de cadre ou profession intellectuelle supérieure (61,5% chez les pères et 41,2% chez les mères). Une grande majorité (86,7%) bénéficiaient d'un financement familial mais certains occupaient également un emploi ponctuel ou faisaient du travail saisonnier pour financer leurs études (21,1%) ou s'étaient vu accorder une bourse (18,7%).

Tableau 1 : Caractéristiques socio-économiques

CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES	**N= 166 (%)**
Genre masculin	66 (39.8)
Genre féminin	100 (60.2)
Age médian [Q1-Q3]	22[20-30]
Résidence	
Chez parents	105 (63.3)
En couple	12 (7.2)
Seul ou colocation	49 (29.5)
Existence d'un enfant à charge	0
Contexte économique	
Activité de la mère (n = 165)	
Agricultrices exploitantes	0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	68 (41.2)
Professions intermédiaires	20 (12.2)
Artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise	5 (3)
Employées	52 (31.5)
Ouvrières	5 (3)
Retraitées	3 (1.8)
Sans activité professionnelle	12 (7.3)
Activité du père (n = 161)	
Agriculteurs exploitants	1 (0.6)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	99 (61.5)
Professions intermédiaires	2 (1.3)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	16 (9.9)
Employés	20 (12.4)
Ouvriers	9 (5.6)
Retraités	13 (8.1)
Sans activité professionnelle	1 (0.6)
Activité du ou de la conjoint.e (n = 12)	
Agriculteur.trice.s exploitant.e.s	0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2 (16.7)
Professions intermédiaires	0
Artisan.e.s, commerçant.e.s et chef.fes d'entreprise	0
Employé.e.s	6 (50)
Ouvrièr.e.s	0
Retraité.e.s	0
Sans activité professionnelle	4 (33.3)
Présence d'un médecin dans la famille	49 (29.5)
Financement des études [a]	
Familial	144 (86.7)
Emploi régulier	8 (4.2)
Emploi ponctuel ou saisonnier	35 (21.1)
Bourse	31 (18.7)
Contrat d'Engagement au Service Public	1 (0.6)

Autres [b]	6 (3.6)
Redoublement au concours PACES	110 (66.3)

a :pourcentage supérieur à 100% car possibilité de choix multiples b

*:prêt bancaire (4), économies, assurance vie*ne saute pas de page

B. CONTEXTE MEDICAL PERSONNEL

Le contexte psychosomatique personnel des étudiants de la cohorte a été retranscrit dans le tableau 2. Parmi les étudiant.e.s interrogé.e.s, 4,2% avaient un antécédent de maladie chronique, accident ou maladie grave et 2,4% étaient actuellement pris en charge au titre d'affection longue durée (ALD) pour une maladie chronique. Pour 24,7% d'entre eux, il était fait mention de l'existence d'un impact important et durable du décès ou la maladie d'un proche.

Le niveau de stress médian ressenti par ces étudiants était de 5 [3-7] sur 10 (voir détail de répartition des étudiant.e.s selon niveau de stress au quotidien dans le tableau 3). Un pourcentage de 11% se sentait déprimé et 18,2% disaient participer actuellement à une psychothérapie ou y avoir participé par le passé.

Tableau 2 : Caractéristiques médicales personnelles

CARACTERISTIQUES MEDICALES PERSONNELLES	**N=166 (%)**
Existence d'antécédent personnel de maladie chronique, Accident grave ou maladie grave (**n=165)**	7 (4.2)
Existence actuelle de maladie chronique	4 (2.4)
Existence d'un impact important et durable du décès ou la maladie d'un proche	41 (24.7)
Dépression (**n = 163)**	18 (11)
Psychothérapie en cours ou par le passé (**n = 165)**	30 (18.2)

Tableau 3 : Répartition selon le niveau de stress au quotidien

NIVEAU DE STRESS RESSENTI AU QUOTIDIEN	**N=164 (%)**
10	4 (2.4)
9	3 (1.8)
8	17 (10.4)
7	32 (19.5)
6	15 (9.1)
5	17 (10.4)
4	26 (15.9)
3	28 (17.1)
2	13 (7.9)
1	9 (5.5)
MEDIANE [Q1-Q3]	5[3-7]

II. LES ETUDES DE MEDECINE

Parmi les stages déjà réalisés (cf liste en annexe 2), la cardiologie et la médecine interne étaient les deux spécialités médicales, pour lesquelles les étudiants indiquaient une grande préférence (13,9%) suivies de près par la médecine d'urgence (13,3%). Ces résultats sont à retrouver en détail dans le tableau 4.

Les trois principales raisons de préférence du stage classé numéro 1 évoquées étaient (cf tableau 5) :

- Bon encadrement pédagogique
- Aspect humain du stage
- Appétence/intérêt pour la spécialité

Tableau 4 : Répartition selon premier stage réalisé préféré en DFGSM

		N=166 (%)	Total N=166 (%)
Spécialités médicales	- Médecine cardiovasculaire - Médecine interne et immunologie clinique - Médecine d'urgence - Anesthésie, réanimation - Dermatologie, vénérologie - Hépato-gastro-entérologie - Endocrinologie, diabétologie et nutrition - Gériatrie - Neurologie - Rhumatologie - Pneumologie - Néphrologie - Oncologie - Pédiatrie - Hématologie - Maladies infectieuses et tropicales	23 (13.9) 23 (13.9) 22 (13.3) 13 (7.8) 13 (7.8) 12 (7.3) 10 (6) 9 (5.4) 8 (4.8) 5 (3) 4 (2.4) 3 (1.8) 3 (1.8) 2 (1.2) 2 (1.2) 2 (1.2)	154 (93.8)
Spécialités chirurgicales	- Oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervico-faciale - Chirurgie orthopédique traumatologique et - Chirurgie pédiatrique - Chirurgie vasculaire - Chirurgie viscérale digestive et	7 (4.2) 1 (0.6) 1 (0.6) 1 (0.6) 1 (0.6)	11 (6.6)

Tableau 5 : Les 3 principales raisons de préférence du stage classé numéro 1

	N (%)*
Bon encadrement pédagogique	130 (93.5)
Aspect humain du stage	58 (41.7)
Appétence/intérêt pour la spécialité	57 (41)

**pourcentage supérieur à 100% car question à choix multiples*

Concernant les souhaits de discipline pour le premier stage de DFASM1, la médecine générale obtenait très peu de souhaits (3%) contrairement aux autres spécialités médicales (78,8%) et la chirurgie (18,2%) qui étaient plus plébiscitées. Aucun d'entre eux ne souhaitait effectuer de stage en spécialité biologique. Si on regarde plus en détail la répartition, la spécialité la plus demandée était la gynécologie (11,5%) suivie de la médecine d'urgence (10,3%). Les autres spécialités n'obtenaient pas un pourcentage supérieur à 10% (détails ci-dessous dans le tableau 6).

Tableau 6 : Répartition selon souhait préférentiel de stage

	Stages réalisés	N=165 (%)	Total N=165(%)
Médecine Générale (M.G)	M.G	5 (3)	5 (3)
Spécialités médicales autres	- Gynécologie médicale - Médecine d'urgence - Médecine cardiovasculaire - Neurologie - Pédiatrie - Anesthésie, réanimation - Médecine interne et immunologie clinique - Dermatologie, vénérologie - Pneumologie - Psychiatrie - Hépato-gastro-entérologie - Rhumatologie - Néphrologie - Oncologie - Maladies infectieuses et tropicales - Radiologie et imagerie médicale -	19 (11.5) 17 (10.3) 15 (9.1) 14 (8.5) 13 (7.9) 13 (7.9) 12 (7.2) 6 (3.6) 5 (3) 5 (3) 4 (2.4) 2 (1.2) 2 (1.2) 2 (1.2) 1 (0.6) 1 (0.6)	130 (78.8)

Spécialités chirurgicales	- Oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervico-faciale - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique - Ophtalmologie - Chirurgie orthopédique et traumatologique - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire - Chirurgie viscérale et digestive - Gynécologie obstétricale - Chirurgie pédiatrique - Urologie	9 (5.5) 8 (4.8) 3 (1.8) 2 (1.2) 2 (1.2) 2 (1.2) 2 (1.2) 1 (0.6) 1 (0.6)	30 (18.2)

III. SCORE D'EMPATHIE

Le score global d'empathie des étudiant.e.s questionné.e.s variait entre minimum 75 et maximum 135 sur 140, avec une médiane à 113. Toutefois, la plupart des sujets se situaient entre 107 et 118 [Q1-Q3].

Plus précisément, en fonction des 3 sous-dimensions qui composaient ce score, on constatait :

- Pour le sous-score « prise de perspective », une variation entre 39 et 70 sur 70 avec une médiane à 58 et une majorité de scores compris entre 54 et 62,25 [Q1-Q3].
- Pour le sous-score « compréhension émotionnelle », une variation entre 21 et 56 sur 56 avec une médiane à 48 et une majorité de scores compris entre 45 et 51 [Q1-Q3].
- Pour le sous-score « capacité à se mettre à la place du patient », une variation entre 2 et 13 sur 14, avec une médiane à 6 et une majorité de scores compris entre 5 et 8 [Q1-Q3].

IV. LE PROJET PROFESSIONNEL

A. MOTIVATIONS ET CRAINTES

Les données concernant les sources de motivation et les craintes par rapport à leur projet professionnel sont mentionnées dans les tableaux 7 et 8 respectivement.

Les sources de motivation des étudiants étaient préférentiellement :

- « Exercer un métier utile »,
- « Exercer un métier gratifiant »,
- « Aider et accompagner les patients »,
- « Établir une relation humaine avec mes patients »,
- « Sauver les patients »,
- « Avoir une qualité de vie satisfaisante ».

Et les craintes pour l'avenir qui prédominaient étaient :

- « Avoir un choix de spécialité dépendant d'un seul examen »
- « Commettre une erreur médicale »,
- « Faire un choix de spécialité qui ne convient pas »,

Tableau 7 : Cotation (de 1 à 10) des sources de motivation par rapport au projet professionnel

Motivations (n=166)	**Médiane [IQR]**
Exercer un métier utile	5 [4-5]
Exercer un métier varié	4.5 [4-5]
Exercer un métier gratifiant	5 [4-5]
Établir une relation humaine avec mes patients (n=165)	5 [4-5]
Sauver les patients (n=165)	5 [4-5]
Aider et accompagner les patients	5 [4-5]
Acquérir des connaissances pointues et/ou innovantes	4 [3-5]
Être indépendant.e de la hiérarchie (n=164)	3 [2-5]
Travailler en équipe (n=165)	4 [3-5]
Avoir un salaire élevé (n=165)	4 [3-4]
Choisir un projet compatible avec les attentes de mon entourage proche (n=165)	3 [2-4]
Avoir une qualité de vie satisfaisante (n=165)	5 [4-5]
Choisir son temps de travail (n=165)	4 [3-4]
Choisir son environnement géographique de travail (n=165)	4 [3-5]
Autres (n=13*)	5 [4-5]

**développer des qualités humaines et favoriser le développement personnel, aider financièrement ma famille, enrichissement intellectuel, voyager/exercer à l'étranger, garantie de l'emploi, offrir l'espoir aux gens, résoudre des énigmes complexes, vie de*

famille, facilité d'abord de la spécialité, exercer un métier qui me passionne, sécurité de l'emploi, épanouissement scientifique et intellectuel

Tableau 8 : Craintes quant au projet professionnel

Craintes (n=166)	Médiane [IQR]
Faire un choix de spécialité qui ne vous conviendrait pas (n=165)	5 [4-5]
Avoir un choix de spécialité dépendant d'un seul examen (ECN) (n=165)	5 [3-5]
S'engager pour la vie dans un métier	2 [1-4]
Ne pas avoir le choix de son lieu d'exercice professionnel (n=165)	4 [3-5]
Avoir une rémunération insuffisante (n=165)	3 [2-4]
Réaliser un investissement financier important pour débuter l'exercice (n=165)	2 [1-3]
Être confronté.e à une mauvaise ambiance professionnelle	4 [3-5]
Être confronté.e aux contraintes de l'Assurance Maladie	3 [2-4]
Assumer un poids trop important de charges administratives	4 [3-5]
Être confronté.e au poids et aux contraintes hiérarchiques (n=165)	3 [3-4]
Avoir une activité routinière (n=165)	3 [2-4]
Commettre une erreur médicale (n=165)	5 [4-5]
Ne pas faire face au poids des responsabilités (n=165)	4 [3-5]
Subir une charge de travail importante (n=165)	4 [2-4]
Sacrifier sa vie personnelle	4 [3.25-5]

B. LE PROJET PROFESSIONNEL

Le détail des données concernant cette partie du questionnaire est à retrouver dans le tableau 9.

Neuf des étudiants (5,4%) déclaraient participer à des conférences privées préparatoires aux ECNi et seulement 42 (25,5%) souhaitaient rester à l'UPEC après leurs ECNi.

Les deux principales raisons d'un départ de l'UPEC sont le besoin de changer d'environnement (78,6%) ou accéder à la spécialité de son choix (47,6%).

Les UFR souhaitées étaient principalement :

- Bordeaux
- Lyon
- Paris 6
- Nantes ➢ Nice
- Paris 5

Parmi les cinq souhaits d'affectation attendus (cf. annexe 5), nous avons choisi de nous arrêter uniquement sur le premier. Les spécialités étaient divisées en 4 catégories, une fois de plus (spécialité médecine générale, spécialités médicales autres que médecine générale, spécialités chirurgicales et spécialités biologiques). Les spécialités médicales autres que médecine générale étaient les plus demandées (66,7%) ; avec une préférence pour la neurologie (16,9%), la cardiologie (13,2%) et la dermatologie/vénérologie (11,3% idem pour médecine générale). Puis, venaient les spécialités chirurgicales (22%). A noter que si on intègre la médecine générale aux autres spécialités médicales, elle arrive à égalité avec la neurologie (14,5%).

Le degré de certitude médian pour le premier souhait d'affectation était de 3[2-4] sur 5, soit un degré fort.

Le mode d'exercice futur le plus souhaité par les étudiants était la pratique en centre hospitalier (26,6%), suivie de l'activité mixte libérale/salariée (17,7%) et l'activité libérale de groupe (15,3%). Les autres types d'activité n'ont pas obtenu plus de 10%. D'autre part, le lieu d'exercice envisagé était principalement la zone urbaine (61,8%).

Tableau 9 : Projet professionnel en pratique

PROJET PROFESSIONNEL EN PRATIQUE	**N=166 (%)**
Participation à des conférences privées préparatoires aux ECN	9 (5.4)
Souhait de rester à l'UPEC	42 (25.5)
Raison du départ de l'UPEC	
Changer d'environnement	99 (78.6)
S'adapter aux contraintes de votre conjoint.e	15 (11.9)
Réaliser votre projet personnel ou familial	41 (32.5)
Accéder à la spécialité souhaitée	60 (47.6)
Autre	7 (5.6)

Unité de Formation et de Recherche (UFR) souhaitée (par ordre de préférence) *	
Bordeaux	76 (23.4)
Lyon	37 (11.4)
Paris 6	35 (10.8)
Nantes	24 (7.4)
Nice	24 (7.4)
Paris 5	22 (6.8)
Premier souhait d'affectation (n = 159)	
Médecine générale	18 (11.3)
Autres spécialités médicales	106 (66.7) ✓
Neurologie	18 (16.9)
✓ Cardiologie	14 (13.2)
✓ Dermatologie, vénérologie	12 (11.3)
✓ Pédiatrie	9 (8.4)
✓ Médecine d'urgence	8 (7.5)
✓ Médecine interne et immunologie clinique	8 (7.5)
✓ Anesthésie réanimation	7 (6.6)
✓ Hépato-gastro-entérologie	6 (5.6)
✓ Psychiatrie	6 (5.6)
✓ Gynécologie	4 (3.7)
✓ Oncologie	4 (3.7)
✓ Endocrinologie, diabétologie et nutrition	3 (2.8)
✓ Radiologie	2 (1.8)
✓ Rhumatologie	2 (1.8)
✓ Maladies infectieuses et tropicales	1 (0.9)
✓ Médecine légale	1 (0.9)
✓ Médecine physique et réadaptation	1 (0.9)
✓ Néphrologie	1 (0.9)
Spécialités chirurgicales	35 (22)
Degré de certitude (médiane [IQR])	**3[2-4]**

Type d'activité envisagée (n = 124)	Hôpital public (CH) 33 (26.6)
Activité mixte libérale/salariée	22 (17.7)
Activité libérale de groupe (cabinet de groupe, maison de santé)	19 (15.3)
Activité libérale seul.e (cabinet privé)	12 (9.7)
Je ne sais pas	12 (9.7)
Hôpital privé ou clinique	11 (8.9)
Activité mixte médicale/universitaire	8 (6.5)
Activité salariée	3 (2.4)
Autre	3 (2.4)
Industrie	1 (0.8)
Centre municipal ou mutualité de santé	0
Assurance maladie	0

Lieu d'exercice envisagé	Zone
urbaine	97 (61.8)
Zone semi-rurale	36 (22.9)
Ne Sais pas	24 (15.3)
Zone rurale	0

**n=325. Possibilité d'énoncer 3 autres souhaits UFR pour 166 étudiants mais 173 données manquantes.*

V. FACTEURS ASSOCIES AU PROJET PROFESSIONNEL

A. ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES AU CHOIX DE LA MEDECINE GENERALE (M.G.) A L'ISSUE DES ECNi

Les résultats détaillés de l'analyse univariée, sont à retrouver en annexe 6.

Nous avons retrouvé différents facteurs significatifs pour le souhait de choisir la M.G. :

- Des **facteurs socio-économiques** (le financement familial des études (p = 0.04))
- Des **facteurs liés aux études de médecine** (le souhait de faire une spécialité chirurgicale en premier durant le cursus d'externat (p = 0.02), l'apprentissage de nombreux gestes techniques comme raison de préférence du stage déjà réalisé classé numéro un (p = 0.05)).
- Des **facteurs liés au score d'empathie** (sous-score d'empathie « capacité de se mettre à la place du patient » élevé avec p = 0.004).
- Des **facteurs liés aux sources de motivation** (aider et accompagner les patients (p = 0.04), acquérir des connaissances pointues et/ou innovantes (p = 0.004)) et **aux craintes pour l'avenir** (crainte de faire un choix de spécialité qui ne conviendrait pas (p = 0.02), d'avoir une activité routinière (p = 0.04) et de ne pas faire face au poids des responsabilités (p = 0.05)).
- Des **facteurs liés au type mode d'exercice envisagé** (activité libérale de groupe, activité libérale seule, activité mixte libérale et salariée, activité mixte médicale et universitaire (p < 0.001)).
- Des **facteurs liés au lieu d'exercice** (exercice en zone urbaine (p < 0.001).

En analyse multivariée, le facteur indépendamment associé au souhait de la M.G. était :

- La crainte de s'engager pour la vie dans un métier (OR ajusté=1.29 [1.00-1.67] ; p=0.048).

Les facteurs en défaveur du souhait de faire la M.G étaient :

- Un financement familial des études (OR ajusté = 0.28 [0.09-0.83] ;p = 0.22)

- La crainte pour l'avenir de faire un choix qui ne conviendrait pas (OR ajusté= 0.70 [0.51-0.96] ; p = 0.025).
- Un sous-score d'empathie « capacité à se mettre à la place du patient » élevé (OR ajusté= 0.82[0.71-0.95] ; p = 0.01).

Les résultats d'analyse multivariée sont à retrouver en détails dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Résultats de l'analyse multivariée des facteurs influençant le fait de faire M.G. quel que soit le classement versus les autres spécialités

n = 159	**OR ajusté* [IC 95%]**	**p****
Financement familial des études	0.28 [0.09-0.83]	**0.022**
Sous-score d'empathie « capacité à se mettre à la place du patient »	0.82 [0.71-0.95]	**0.01**
Sources de motivation par rapport au projet professionnel :		
Acquérir des connaissances pointues et/ou innovantes	0.72 [0.50-1.06]	0.096
Craintes pour l'avenir par rapport au projet professionnel :		
Faire un choix de spécialité qui ne conviendrait pas	0.70 [0.51-0.96]	**0.025**
S'engager pour la vie dans un métier	1.29 [1.00-1.67]	**0.048**
Avoir une activité routinière	0.79 [0.60-1.04]	0.094

**OR ajusté selon un modèle de régression logistique multivariée et ajusté sur les facteurs de confusion **p selon test de Wald*

B. ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES AU CHOIX DE RESTER A L'UPEC.

Les résultats détaillés de l'analyse univariée des facteurs significatifs quant au souhait de rester à l'UPEC à l'issue des ECN sont disponibles en annexe 7.

Ces facteurs étaient les suivants :

- Des **facteurs sociodémographiques** (fait de vivre chez ses parents (p < 0.001)).
- Des **facteurs liés aux craintes pour l'avenir** (faire un choix spécialité qui ne conviendrait pas (p = 0.04)).
- Des **facteurs liés aux études de médecine** (fait de souhaiter réaliser comme premier stage durant l'externat, des stages dans des spécialités médicales autres que M.G en majorité (p = 0.04)).

En analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés au souhait de rester à l'UPEC étaient :

- Le fait de vivre chez ses parents (OR ajusté = 12.81 [3.45-47.55] ; p < 0.001).
- La bonne ambiance dans le stage préféré en DFGSM (OR ajusté = 3.36 [1.28-8.84] ; p = 0.014).
- La crainte de faire un choix de spécialité qui ne conviendrait pas (OR ajusté = 1.89 [1.18-3.03] ; p = 0.008).

Le facteur en défaveur du souhait de rester à l'UPEC était :

- La motivation de travailler en équipe (OR ajusté = 0.53 [0.33-0.85] ; p = 0.009).

On observe également une tendance lorsque les disciplines de stages souhaitées en DFASM sont des spécialités chirurgicales.

Les résultats de cette analyse multivariée sont détaillés dans le tableau suivant.

Tableau 11 : Résultats des analyses en multivariée des facteurs influençant le fait de rester à l'UPEC

n = 131	**OR ajusté * [IC 95%]**	**p****
Vivre chez ses parents	12.81 [3.45-47.55]	**<0.001**
Disciplines de stages souhaitées en DFASM classées en choix n°1		**0.064**
Médecine générale	1	
Autres spécialités médicales	4.56 [0.34-60.95]	
Spécialités chirurgicales	0.30 [0.09-1.00]	
Raisons qui ont fait préférer le stage classé numéro 1 en DFGSM :		
Bonne ambiance	3.36 [1.28-8.84]	**0.014**
Sources de motivations par rapport au projet professionnel :		
Travailler en équipe	0.53 [0.33-0.85]	**0.009**
Craintes pour l'avenir par rapport au projet professionnel :		
Faire un choix de spécialité qui ne vous conviendrait pas	1.89 [1.18-3.03]	**0.008**

**OR ajusté selon un modèle de régression logistique multivariée et ajusté sur les facteurs de confusion*
***p selon test de Wald*

C. ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES AU DEGRE DE CERTITUDE CONCERNANT LE PREMIER SOUHAIT D'AFFECTATION

Les résultats détaillés de l'analyse univariée des facteurs significatifs liés au degré de certitude fort concernant le premier souhait d'affection sont en annexe 8.

Pour une meilleure lisibilité, les OR ne sont retenus que dans l'analyse multivariée ci-après.

Ces facteurs étaient les suivants :

- Des **facteurs médicaux personnels** (fait d'être affecté de manière importante et durable par le décès ou la maladie d'un proche (p = 0.01)).
- Des **facteurs liés aux études de médecine** (stage réalisé classé préféré pour son aspect humain (p = 0.008)).
- Des **facteurs liés au score d'empathie** (sous-score « soin compatissant » avec p = 0.04)
- Des **facteurs liés aux craintes pour l'avenir** (s'engager pour la vie dans un métier (p = 0.004), ne pas faire face au poids des responsabilités (p = 0.04) et subir une charge de travail importante (p = 0.05)).

En analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés au degré de certitude fort concernant le premier souhait d'affection étaient :

- Le fait d'être affecté de manière importante et durable par le décès ou la maladie d'un proche (OR ajusté = 6.32 [1.88-21.27] ; p = 0.003).
- La motivation d'exercer un métier varié (OR ajusté = 2.41 [1.25-4.63] ; p =0.009)

Tandis que les facteurs défavorables au degré de certitude fort concernant les premiers souhaits d'affectation étaient :

- La réussite au concours PACES en une tentative (OR ajusté = 0.33 [0.13-0.87] ; p = 0.024).
- La motivation d'établir une relation humaine avec les patient.e.s (OR ajusté = 0.37 [0.19-0.70] ; p = 0.002).
- Les craintes de s'engager pour la vie dans un métier (OR ajusté = 0.63 [0.44-0.88] ; p = 0.008) et ne pas faire face au poids des responsabilités (OR ajusté = 0.63 [0.43-0.94] ; p = 0.024).

Les résultats de cette analyse multivariée sont détaillés dans le tableau suivant (tableau 12).

Tableau 12 : Résultats analyse multivariée des facteurs influençant le degré de certitude des souhaits d'affectations du choix de spécialité classé numéro 1

n=148	OR degré moyen ajusté* [IC 95%]	p**	OR degré fort ajusté * [IC 95%]	p**
Fait d'être affecté de manière importante et durable par le décès ou la maladie d'un proche	2.31 [0.65-8.24]	0.198	6.32 [1.88-21.27]	**0.003**
Réussite PACES en une fois	0.36 [0.13-1.00]	0.05	0.33 [0.13-0.87]	**0.024**
Sources de motivations par rapport au projet professionnel :				
Exercer un métier varié	0.78 [0.42-1.44]	0.435	2.41 [1.25-4.63]	**0.009**
Etablir une relation humaine avec mes patients	0.45 [0.23-0.87]	**0.017**	0.37 [0.19-0.70]	**0.002**
Craintes pour l'avenir par rapport au projet professionnel :				
S'engager pour la vie dans un métier	1.01 [0.71-1.42]	0.969	0.63 [0.44-0.88]	**0.008**
Commettre une erreur médicale	2.10 [1.12-3.94]	**0.021**	1.58 [0.95-2.63]	0.076
Ne pas faire face au poids des responsabilités	1.13 [0.71-1.79]	0.606	0.63 [0.43-0.94]	**0.024**

**OR ajusté selon un modèle de régression logistique multivariée et ajusté sur les facteurs de confusion **p selon test de Wald*

DISCUSSION

I. RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE

En résumé, la population étudiée était principalement féminine, provenant d'un milieu relativement aisé, vivant majoritairement chez ses parents et dont les études sont majoritairement financées par la famille. Peu d'entre eux avaient un antécédent personnel de maladie chronique, accident ou maladie grave, ou souffraient actuellement de maladie chronique prise en charge au titre d'ALD.

Pour près d'un tiers de la cohorte, il était fait mention de la présence d'un médecin dans la famille (29.5%) et d'un impact important et durable du décès ou la maladie d'un proche (24.7%).
De façon générale, ils/elles se disaient plutôt stressé.e.s ou peu stressé.e.s (moyenne du niveau de stress au quotidien 5.03 sur 10). Peu d'entre eux/elles se sentaient déprimé.e.s ou avaient recours à la psychothérapie. Pour la majorité d'entre eux/elles, nous retrouvions une forte tendance à développer de l'empathie pour leurs patients avec un score moyen d'empathie à 104.7.

Les spécialités médicales arrivaient en tête des souhaits de stage à réaliser durant le cursus d'externat et des souhaits d'affectation en termes de spécialité après les ECN (la neurologie et la médecine générale étant toutes les deux ex-aequo), avec une préférence pour un exercice en zone urbaine. Contrairement à nos hypothèses, bien que plus de la majorité des étudiant.e.s ait exprimée son premier souhait d'affectation future en termes de spécialité, avec un fort degré de certitude, seuls 5% déclaraient être déjà inscrits à des conférences privées préparatoires.

Les principales sources de motivation pour leur avenir professionnel étaient les suivantes :
« exercer un métier utile », « aider et accompagner les patients », « exercer un métier varié », « exercer un métier gratifiant », « établir une relation humaine avec mes patients », « sauver les patients » et « avoir une qualité de vie satisfaisante ». Tandis que les craintes qui prédominaient étaient : « commettre une erreur médicale », « faire un choix de spécialité qui ne convient pas », et « avoir un choix de spécialité dépendant d'un seul examen ».

Le facteur associé au souhait de choisir la M.G mis en évidence était : la crainte de s'engager pour la vie dans un métier. Les facteurs en défaveur du souhait de choisir la M.G retrouvés

étaient les suivants : le financement familial des études ; la crainte de faire un choix qui ne conviendrait pas et un sous-score d'empathie « capacité à se mettre à la place du patient » élevé.

Les facteurs associés au « fait de rester à l'UPEC » mis en évidence étaient : le fait de vivre chez ses parents, le fait de préférer le stage classé numéro en DFGSM pour la bonne ambiance et enfin la crainte de faire un choix de spécialité qui ne conviendrait pas. Le facteur défavorable au « fait de rester à l'UPEC » était la motivation de travailler en équipe.

Les facteurs associés à un degré de certitude fort pour le souhait d'affectation classé numéro un étaient : le fait d'être affecté de manière importante et durable par le décès ou la maladie d'un proche et la motivation d'exercer un métier varié. Les facteurs en défaveur d'un degré de certitude fort pour les souhaits d'affectation classés numéro un étaient : la réussite au concours de PACES en une tentative ; la motivation d'établir une relation humaine avec les patient.e.s ; la crainte de s'engager pour la vie dans un métier et la crainte de ne pas faire face au poids des responsabilités. Aucun lien n'a été établi de façon significative avec l'âge, le sexe et le fait d'être en couple.

Contrairement à ce que nous attendions, la présence d'un médecin dans la famille n'influençait pas le degré de certitude fort quant au choix de spécialité future.

II. INTERETS ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

Notre étude a obtenu un fort taux de participation grâce à la distribution des questionnaires lors de la réunion de pré-rentrée obligatoire des étudiants entrant en première année de DFASM à l'UPEC. Il s'agit d'une étude prospective sur une cohorte qui se fera durant trois années successives afin de suivre l'évolution de l'élaboration de leur « projet professionnel » en parallèle de leur empathie. Nous n'avions donc aucun biais de sélection.

Le « projet professionnel » étant une notion peu abordée durant les études de médecine, cette enquête a eu pour avantage de commencer à familiariser les étudiant.e.s interrogé.e.s avec cette dynamique. Elle a également incité certains à initier une réflexion sur leur avenir professionnel et peut-être même découvrir des facteurs déterminants pour eux dans cette démarche.

Le caractère obligatoire associés à la distribution des questionnaires a pu être un frein à l'intérêt des étudiant.e.s dans l'exactitude des réponses.

L'élaboration d'un projet professionnel étant une démarche personnelle basée sur la conceptualisation d'un désir et s'établissant par le biais d'un processus en constante évolution ; la tentative de description de ses déterminants par un questionnaire fermé semble un peu réductrice.

L'échelle numérique de stress utilisée n'est pas validée dans la littérature scientifique, nous n'avons pas pu comparer les données obtenues avec des données de littérature.

Pour les questions 23 (« les raisons ayant fait préférer le stage déjà réalisé classé numéro 1 ») et 26 (« type d'activité envisagée »), environ 12% des réponses n'étaient pas acceptables pour cause de non-respect de la consigne. Pour les années à venir, il faudrait revoir la formulation de ces questions afin palier à ce biais de mesure.

III. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

Notre population était majoritairement féminine et provenant d'un milieu favorisé ce qui correspond au profil des populations étudiantes des facultés de médecine au niveau national (11). La prévalence de dépression (11%) était comparable à celle retrouvée dans l'enquête nationale menée entre janvier et avril 2017 par les structures représentatives des jeunes et futurs médecins (2).

En ce qui concerne leurs souhaits d'affectation en termes de spécialité, les étudiant.e.s interrogé.e.s indiquaient une préférence pour les spécialités médicales autres que médecine générale, tout particulièrement pour la neurologie, cardiologie et dermatologie (qui obtenaient des pourcentages supérieurs à 10). Ces résultats sont en concordance avec une étude publiée en 2017 par la DRESS sur les souhaits d'affectation des étudiants ayant passé les ECNi en 2016 (2). Cette étude montre que les spécialités médicales sont préférées aux spécialités chirurgicales mais la spécialité la plus prisée serait l'ophtalmologie (spécialité chirurgicale qui n'obtenait qu'un pourcentage de 3.8% dans notre étude). Et parmi les spécialités médicales les plus convoitées, ils retrouvaient : néphrologie, médecine interne, cardiologie, radiologie, dermatologie et neurologie. L'intérêt moindre dans notre étude pour l'ophtalmologie vient probablement du fait que les étudiants n'ont pas encore effectué de stage dans cette spécialité.

Parmi les étudiants émettant comme premier souhait la M.G, les femmes étaient majoritaires (61%). L'étude de la répartition des postes ouverts et pourvus par spécialité, menée par la DRESS après les ECNi en 2016, a permis de mettre en évidence une part de 58,7% de femmes en médecine générale. Ceci coïncide approximativement avec les résultats obtenus. (2)

De manière générale, les sources de motivation et craintes des étudiant.e.s questionné.e.s par rapport à leur avenir professionnel correspondent à celles retrouvées dans les données de la littérature (1). Contrairement à l'enquête *Appel Medical Search*, les étudiant.e.s entrant en première année de DFASM à l'UPEC craignent fortement que leur avenir professionnel soit dépendant d'un seul examen (ECNi). Cela peut s'expliquer par des populations d'études différentes. Celle-ci s'intéressant aux étudiants de la 3ème à la 6ème année dont 25% ayant déjà passé les ECNi.

Le type et le mode d'exercice les plus plébiscités par la population étudiée étaient l'hôpital public. Or, les données de la littérature laissent apparaître que les étudiant.e.s en médecine se tourneraient de plus en plus vers un mode d'exercice conjugué (salariat et libéral) (1). Cette différence de résultats pourrait s'expliquer par le fait que les sondé.e.s sont encore à un niveau précoce de leur formation et le mode d'exercice qu'ils ont rencontré jusqu'à présent est l'exercice en CHU (Centre Hospitalier Universitaire).

1. CHOIX DE FAIRE DE LA MEDECINE GENERALE

Nous avons mis en évidence comme facteur en faveur du souhait de choisir la M.G, la crainte de s'engager pour la vie dans un métier. S'engager dans la M.G serait donc considéré comme la possibilité de faire une spécialité à la pratique variée avec plusieurs options d'évolution dans le temps. Une étude menée auprès d'internes ayant fait le choix de la spécialité médecine générale (25), montre que 15% des 178 étudiant.e.s interrogé.e.s faisant le choix de la M.G espéraient une évolution de leur pratique vers d'autres formes de soins

Deux des facteurs en défaveur du souhait de choisir la M.G retrouvés étaient les suivants : le financement familial des études et la crainte de faire un choix qui ne conviendrait pas. Dans notre étude, la majorité des étudiant.e.s provient d'un milieu favorisé, possiblement en quête d'un métier qui leur assurera un niveau de vie identique voire meilleur. Or la M.G n'est pas parmi les spécialités les plus rémunératrices (7) ni celles les plus valorisées (29) et le caractère imposé de ce choix en cas d'échec aux ECNi peut également expliquer cette crainte de faire un choix qui ne conviendrait pas à l'étudiant.e et/ou à sa famille. Le choix de spécialité pourrait être influencé par l'avis de son entourage (tout particulièrement celui des parents, du fait de leur financement des études).

Bien que le score global d'empathie ne soit pas un facteur influençant le choix de faire de la MG, l'autre facteur défavorable au choix de la M.G. était un sous-score d'empathie « capacité à se mettre à la place du patient » élevé. Ce résultat nous a surpris. Nous pourrions conclure que les étudiant.e.s souhaitant faire de la M.G ont une faible capacité à se mettre à la place de leur patient.e mais ce serait peut-être une conclusion hâtive car la médecine générale est une spécialité avec une approche centrée sur le ou la patient.e. Lorsqu'on regarde les résultats dans le détail, c'est la question : « *Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients* » qui influence la significativité du résultat. On peut éventuellement évoquer que les étudiants auraient une certaine lucidité sur la pratique future. Les étudiant.e.s

seraient non pas incapables de se mettre à la place de leurs patient.e.s mais plutôt conscients de la difficulté de le faire au quotidien.

Chez les 166 étudiant.e.s questionné.e.s, le choix de faire de la M.G se place après les autres spécialités médicales et les spécialités chirurgicales. Ce qui correspond approximativement aux données retrouvées après analyse chiffrée des choix des étudiants ayant passé les ECNi en 2017 et fournies par le syndicat des jeunes médecins généralistes (29). La M.G reste une des spécialités les moins attrayantes avec la Médecine et santé au travail, la Gériatrie, la Santé Publique et la Biologie médicale. Seule l'enquête *Appel Medical Search,* menée à l'automne 2016 (1) auprès de 197 étudiant.e.s, mettait en évidence que la M.G était la première spécialité envisagée avant les ECNi. Cela est probablement lien avec les modalités de l'enquête qui a été menée chez des externes en dernière année puis quelques temps après les ECNi (existait-il chez ces derniers un sentiment d'échec après l'internat qui les a poussés à revoir leurs attentes ?).

2. CHOIX DE RESTER A L'UPEC

Nous avons mis en évidence que les facteurs associés en faveur au « fait de rester à l'UPEC » étaient notamment le fait de vivre chez ses parents ; une bonne ambiance ayant fait préférer le stage en DFGSM et la crainte de faire un choix de spécialité qui ne conviendrait pas.

Il s'agit pour la plupart de facteurs intrinsèques à l'étudiant. Les étudiants ayant des attaches dans la région choisiront d'y rester. Pour la population étudiée, cela se traduit, pour l'instant, par la proximité avec la famille et de forts liens avec son environnement. Nous avons retrouvé dans la littérature cette volonté de rester à proximité de la famille, parce qu'il apparaît rassurant pour les étudiant.e.s de la savoir proche et disponible à tout moment en cas de problème. Dans sa thèse sur les *Déterminants du choix d'effectuer le DES de Médecine Générale à Dijon chez les étudiants issus d'autres régions que la Bourgogne et ayant passé les ECN en 2016*, Julien FLORES retranscrit les phrases suivantes : *« Je sens que, voilà, mes parents commencent à avoir des petits pépins de santé, j'ai pas envie d'être trop loin...j'ai besoin de garder un certain contact avec eux. »* et *« J'avais quand même le choix entre plusieurs villes. Le but, c'était de rester pas trop loin du nid familial. »* (12)

De même, un choix de spécialité nécessitant de quitter l'UPEC pourrait expliquer la crainte de faire une spécialité qui ne conviendrait pas. La perspective d'un environnement nouveau et inconnu pourrait les angoisser. En particulier si l'un des facteurs marquants lors de leur cursus à l'UPEC est la bonne ambiance sur les terrains de stage. Les étudiant.e.s se sentiraient plus à

l'aise de rester dans cet environnement, qu'ils connaissent et apprécient déjà et dans lequel ils auront pu commencer à tisser des liens professionnels.

3. DEGRE DE CERTITUDE PAR RAPPORT AU SOUHAIT D'AFFECTATION

Les facteurs en faveur d'un degré de certitude fort pour les souhaits d'affectation classés numéro un étaient le fait d'être affecté de manière importante et durable par le décès ou la maladie d'un proche et la motivation d'exercer un métier varié.

Le choix de la spécialité future serait peut-être lié à l'impact de la perte d'un proche et l'image encore idéaliste qu'ils se font du médecin « sauveur » (14). Du fait de leur jeune âge et le caractère assez récent de leur découverte des études de médecine, nous pouvons penser que l'attrait pour une spécialité pourrait être lié à de la curiosité intellectuelle. Toutefois, ces étudiant.e.s s'épanouissent dans une société où la satisfaction doit être immédiate et totale et où la plupart des jeunes de leur âge s'attendent à changer d'emploi plusieurs fois dans la vie. Selon une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les personnes actives sur le marché du travail changeraient en moyenne 4.5fois d'employeur (13). Les principales raisons avancées sont : l'envie d'être en phase avec ses valeurs et/ou passions, la nécessité de rebondir après un incident professionnel et le besoin de changer lié à une impression d'avoir fait le tour du poste occupé (18). En exprimant leur envie d'exercer un métier varié, les étudiant.e.s font probablement allusion à une peur de s'ennuyer en effectuant des tâches trop routinières. Plus ils ou elles se spécialiseront et plus les pathologies rencontrées et les actes réalisés au quotidien seront souvent les mêmes. Ceci peut avoir un côté assez rassurant lorsqu'on n'a pas une idée assez claire de ce qu'on veut faire.

Nous avons également mis en évidence que les facteurs en défaveur d'un degré de certitude fort pour les souhaits d'affectation classés numéro un étaient : la réussite au concours de PACES en une tentative, la crainte de s'engager pour la vie dans un métier et de ne pas faire face au poids des responsabilités. Les étudiant.e.s qui réussissent la PACES en une tentative sont d'une part encore plus jeunes et d'autre part ont souvent plus de chances de réussite au concours de sixième année, ce qui leur offre plus de choix (4), mais peut également entrainer une plus grande incertitude. L'âge médian de la population étudiée était de 22 ans, soit un âge relativement jeune pour pouvoir se projeter avec certitude dans l'avenir et dans le choix d'un métier considéré

comme déterminant une grande partie de l'existence des étudiant.e.s (14). A cela s'ajoute la crainte d'être responsable de la vie d'autrui et les risques d'éventuelles procédures judiciaires, bien que très marginales par rapport au volume d'activité des médecin (15). Nous pouvons supposer qu'en fournissant plus d'informations à ces étudiant.e.s, cela pourrait potentiellement les rassurer et permettre ainsi de renforcer leur certitude sur leurs souhaits futurs.

IV. EMPATHIE

Les études de médecine ont pour objectif de permettre aux étudiant.e.s d'acquérir des compétences théoriques biomédicales mais également relationnelles. Or, ce deuxième aspect est très souvent délaissé par les étudiant.e.s qui vont se focaliser sur le volet scientifique de leur formation, en vue du concours de l'internat. La relation médecin/patient étant la pierre angulaire d'une prise en charge globale efficace, ces mêmes étudiant.e.s se sentiront vite en difficulté lors de leurs rencontres avec les patients sur les terrains de stage (28). Cela pourrait expliquer le fait que chez les étudiant.e.s interrogé.e.s, la motivation d'établir une relation humaine avec les patients soit un facteur en défaveur d'un degré de certitude fort pour les souhaits d'affectation classés numéro un. Ils débutent leur deuxième cycle d'études médicales et seront confrontés aux patients comme acteurs de leur santé.

Nous avons pu constater que la majorité des étudiant.e.s obtenait un score d'empathie entre 75-135 sur 140 avec une moyenne à 104.7. Ceci laisse à penser qu'ils auraient une disposition à développer de l'empathie pour leurs patient.e.s. En réalité, il s'agit plus d'une « photographie » à un instant donné des capacités empathiques de l'étudiant.e. Le JSPE-MS, mis en place par le Pr HOJAT et son équipe, a été établi par ces derniers pour tenter d'élaborer des limites et des normes. Ils ont distribué le questionnaire aux étudiants entrant en première année de médecine de leur université (Sidney Kimmel Medical College, anciennement Jefferson Medical College) entre 2002 et 2012 et la moyenne du score d'empathie pour les femmes était de 116.2 contre 112.3 chez les hommes. Les scores étaient considérés comme bas dès qu'ils étaient inférieurs ou égaux à 100 chez les femmes et 95 chez les hommes (16). S'agissant d'une étude monocentrique effectuée sur des étudiant.e.s américain.e.s, il est difficile de considérer ces données comme des normes applicables à tous mais cela permet d'avoir un point de comparaison. L'échelle ayant été traduite en plusieurs langues, d'autres pays ont mené une étude évaluant les scores d'empathie moyens. Ils varient entre 101.9 (moyenne chez les étudiants en médecine de sexe masculin indien) et 118.2 (moyenne chez les étudiantes en médecine en Nouvelle Zélande). Il en ressort à chaque fois un score significativement plus élevé chez les femmes (26).

Si nous regardons un peu les données de la littérature en France, les scores retrouvés dans notre étude concordent avec ceux d'autres études. Dans sa thèse pour évaluer l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) sur l'empathie chez les étudiant.e.s en DFASM1 de la faculté de médecine Paris Descartes à 6 mois, Marie MICHEL (22) retrouvait à M0 un

score d'empathie JSPE-MS moyen de 104.2±11.3 pour le groupe contrôle (131 étudiant.e.s ayant suivi des cours de médecine narrative -cours magistraux et séances d'écriture réflexive et lectures de récit) contre 105.5±8.9 dans le groupe FRT (131 étudiant.e.s ayant suivi des séances inspirées de groupes Balint) et sans différence significative.

De plus, l'étude menée sur l'évolution de l'empathie chez les étudiant.e.s durant leur externat, en parallèle de la nôtre, a permis de mettre en évidence une diminution non significative du score d'empathie des étudiant.e.s en DFASM1 et DFASM2 (111,6 versus 110,1). Il n'a été démontré aucun rôle avec le stage M.G dans cette évolution. A noter que les données de la littérature montrent que l'empathie diminue significativement ou stagne lors des études médicales et tout particulièrement lorsque les étudiants rentrent en contact avec les patients (26).

V. IMPLICATIONS

Si certains facteurs influençant le devenir professionnel des étudiants sont intrinsèques et ne pourront être influencés directement par la faculté, ils peuvent néanmoins faire l'objet de leviers d'actions indirects pour guider et orienter ces étudiant.e.s durant leur cursus.

Avec la mise en place de l'AlterPACES à l'UPEC, on peut espérer que cela va apporter une diversité de profils des étudiant.e.s et permettre d'intégrer la notion de projet professionnel dès le premier cycle des études médicales.

Afin que ce projet se réalise, il pourrait être proposé aux étudiant.e.s un accompagnement personnalisé longitudinal. C'est justement l'objet de la réforme des études de deuxième cycle. Le rapport établi par Jean-Luc DUBOIS-RANDE et Quentin HENNION-IMBAULT (9) résume les douze propositions et recommandations pour « réadapter le deuxième cycle à la modernité de la médecine d'aujourd'hui et de demain ». Certaines de ces propositions répondent aux problématiques soulevées dans notre travail de thèse.

Avec l'ouverture aux différents modes d'exercice dès le premier cycle et la diversification de l'offre de stage lors du deuxième, les étudiant.e.s pourront ainsi découvrir différents modes et lieu d'exercice pour pallier à la crainte de faire un travail routinier liée au manque de connaissance et d'exposition. Ils pourront découvrir la pratique en cabinet de ville et dans les centres hospitaliers universitaires ou non, ainsi que d'autres sites d'exercice tels que les structures médico-sociales, les dispensaires, les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé, la médecine scolaire, la Protection Maternelle Infantile (PMI) et autres.

Cela pourrait peut-être se faire par le biais de stages proposant une meilleure rémunération et dans des zones qualifiées aujourd'hui de déserts médicaux. Ceci permettrait de pallier, d'une part, au manque de médecins dans ces lieux et, d'autre part, inciter les étudiant.e.s, dont le financement est un frein à l'orientation vers la M.G, d'avoir des solutions qui n'impliqueraient pas un autre emploi salarié (avec le risque d'échec aux examens).

Un des facteurs favorables au fait de rester à l'UPEC après affectation post-ECNi, était la bonne ambiance dans le stage préféré au premier cycle. Cette réforme recommande également de mieux accompagner les étudiants en stage avec une intégration plus active dans le soin, la vie de l'équipe et l'établissement d'accueil. Elle propose d'établir des postes de référents

pédagogiques dans les centres hospitaliers, afin qu'ils s'occupent du suivi des terrains de stage, de la politique d'accueil des étudiant.e.s et du lien avec la commission des stages et des gardes de l'UFR. Chaque terrain de stage devra obtenir un agrément indépendamment des UFR et selon la mise en place d'un projet pédagogique qui permettra de définir le rôle exact de l'étudiant.e. Ce projet pédagogique pourrait s'articuler avec un contexte bienveillant afin d'éviter des traumatismes pouvant conduire à une éventuelle réduction de l'empathie et un besoin de changer d'UFR. En dehors des centres hospitaliers, l'étudiant.e devra réaliser, dès le premier cycle, des stages ambulatoires qui ont le mérite de faciliter une relation d'encadrement par compagnonnage. Mais pour que chacun puisse y accéder, il faudrait recruter plus de Maitres de Stages Universitaires (MSU) en développant une « politique d'attractivité autour du statut ». A cela, pourraient s'ajouter la mise en place d'une aide financière pour l'aménagement des locaux ou l'emploi d'assistant.e.s, une campagne d'information et de formation par les UFR auprès des étudiant.e.s dès leur troisième cycle ou encore une revalorisation de la rémunération des MSU.

L'accompagnement à l'élaboration et la mise en place d'un projet professionnel pourraient également passer par la création avec la réforme du deuxième cycle, de cellule « initiative territoire » et une personnalisation du parcours des étudiants. Les cellules « initiative territoire » devront être mises en place par les UFR en collaboration avec les acteurs de santé du territoire. Leur objectif serait d'informer les étudiant.e.s sur les possibilités d'installation et les différents modes d'exercice de la région mais également l' « aider dans son approche professionnelle en lien avec le territoire ». Les étudiant.e.s seront « accompagner par des bilans d'orientation réguliers et entretiens » pour une « personnalisation du parcours professionnalisant ». La réforme bientôt en vigueur propose d'instaurer un suivi individualisé de l'orientation avec des bilans d'orientation précoces et itératifs. Ce suivi aura pour objectif de faciliter les choix d'orientations de l'étudiant.e en fonction de groupes de spécialité et modes d'exercice (mise en place d'une orientation démographique pour répondre aux besoins de santé). Il permettra également à l'étudiant de créer une maquette d'apprentissage avec l'aide de conseillers d'orientation (psychologues de formation ou médecins-tuteurs) et une « commission de suivi pour les dossiers de projet professionnel difficiles ou particuliers », ou dans le cas où un « changement de tuteur serait nécessaire ». Cela pourrait prendre la forme d'un tutorat avec des rencontres trimestrielles/semestrielles/annuelles pour faire un état des lieux des aspirations de l'étudiant.e (motivations des étudiants afin d'évaluer la cohérence de son projet avec ses habilités), les stages effectués ou à effectuer, ce qu'ils lui ont apporté et ce qu'il lui reste à découvrir pour valider ou non le projet professionnel qu'il ou elle avait choisi. Ou alors, cela se

ferait par le biais de rencontre avec des professionnels lors de groupes d'échange ou salons de l'emploi, avec la mise en place d'un listing des différentes spécialités, des modes d'exercice possibles, les passerelles d'accès et les rémunérations envisageables ; les évolutions de carrière et une liste de référents à contacter pour plus d'informations. Il est question, dans les recommandations, de la participation notamment à un forum des métiers de la santé, qui permettrait de fournir aux étudiant.e.s des informations sur les différentes spécialités, modes d'exercice et rémunérations mais aussi les enjeux politiques liés à la santé.

L'étudiant.e serait ainsi acteur.trice de son projet professionnel, en étant accompagné.e tout au long de sa formation. Car, comme nous l'avons déjà établi, il s'agit d'une population relativement jeune, qui pourrait avoir du mal à se projeter avec certitude à long terme dans l'avenir et un projet professionnel n'est pas figé dans le temps. Il doit être adapté et constamment réévalué afin d'être mis en œuvre.

CONCLUSION

Bien que la notion de projet professionnel soit encore assez vague chez les étudiant.e.s en médecine, tout cycle confondu, nous avons pu établir quelques déterminants à l'élaboration de ce dernier chez les étudiant.e.s entrant en première année de DFASM à l'UPEC en utilisant 3 variables (rester à l'UPEC, choix de faire la M.G, degré de certitude du premier souhait d'affectation). Il s'agit de facteurs sociodémographiques (lieu de vie et financement des études) et des motivations et craintes pour l'avenir. Le score global d'empathie, bien que révélateur, ne ressort pas significativement.

Nous retiendrons notamment que le fait de vivre chez ses parents favoriserait le choix de « rester à l'UPEC », tandis que le financement familial des études serait en défaveur du « choix de faire de la M.G », de même que la crainte de faire une activité routinière ou faire un choix de spécialité qui ne conviendrait pas.

Avec la mise en place de l'AlterPACES et la réforme du deuxième cycle des études médicales, plusieurs solutions sont apportées pour une personnalisation et une professionnalisation des études médicales.

Toutefois, il s'agit principalement de recommandations qui seront donc plus ou moins respectées et adaptées d'une faculté de médecine à l'autre. Ainsi, la question se pose de la possibilité ou non de laisser une certaine liberté aux étudiant.e.s dans l'élaboration de leur projet. En effet, il est important de tenir compte des moyens physiques et humains que l'accompagnement nécessiterait, mais aussi de la « capacité à s'orienter précocement » et la « capacité des spécialités à définir des compétences ou profils requis pour les exercer ». Une étude qualitative, laissant une plus grande liberté d'expression aux étudiant.e.s et permettant une meilleure exploration des déterminants à la mise en place d'un « projet professionnel », pourrait être envisagée à une échelle plus large pour éliminer ainsi le biais effet-centre des résultats obtenus et aider à l'élaboration de mesures claires pour accompagner les étudiant.e.s.

BIBLIOGRAPHIE

1. Appel Médical Search Enquête Appel Médical Search sur les motivations des étudiants en médecine : Les étudiants en médecine placent la qualité de vie au coeur des préoccupations pour leur avenir [Internet].; 2017 [cité 1 nov 2017]. Disponible sur: http://www.grouperandstad.fr/wp-content/uploads/2017/02/cp-appel-medical-search.pdf

2. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France Enquête mentale des jeunes médecins [Internet] ; 2017 [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/

3. BIGNON C, HO KIM M-T, LEAUTE M, PARISELLE C. Comment élaborer des projets professionnels [Internet]. Pôle Emploi; 2005 [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: https://www.pole-emploi.fr/file/mmlelement/pj/b0/06/d3/72/guide_je_batis_mon_projet_elaborer_des_projets_54224.pdf

4. BOTTEREL-CHARTIER F, ANDUJAR P. Facteurs associès au classement à l'ECN pendant le cursus des études médicales [Internet]. 2007 [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: http://www.chups.jussieu.fr/diupmweb//memoire/memoire%20Dr%20Botterel.pdf

5. BOUTINET J-P. Anthropologie du projet. PARIS 14ème: PUF; 2017.

6. BRAUNE NEVES C. Etre ou ne pas être médecin généraliste. Enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes. [Paris 5ème]: Université René Descartes; 2005.

7. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France Bénéfices non commerciaux (BNC) 2016 des médecins libéraux [Internet].; 2017 [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/bnc2016.htm

8. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales Définition de PROJET [Internet]. [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/projet

9. DUBOIS-RANDE J-L, HENNION-IMBAULT Q. Rapport : Mission deuxième cycle des études de médecine [Internet]. Disponible sur: http://cncem.fr/sites/default/files/documents_en_ligne/Rapport2emeCycle2018%281%29_0.pdf

10. Faculté de médecine Pierre et Marie CURIE Méthodologie des études épidémiologiques [Internet]. [cité 25 juin 2018]. Disponible sur: http://www.chups.jussieu.fr/polys/biostats/poly/POLY.Chp.15.4.html

11. FAUVET L, JAKOUBOVITCH S, MIKOL F. Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees); 2015 [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er927.pdf

12. FLORES J. Déterminants du choix d'effectuer le DES de Médecine Générale à Dijon chez les étudiants issus d'autres régions que la Bourgogne et ayant passé les ECN en 2016 [Internet]. [Dijon]: UFR des Sciences de Santé de Dijon; 2017 [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/5b4558c0-6db34b4d-859b-64089ee3070e

13. GOMBERT G. Les salariés changent en moyenne 4.5 fois d'employeurs [Internet]. 2016 [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: https://www.regionsjob.com/actualites/salarieschangement-emploi-carriere.html

14. Hardy-Dubernet A-C, GADEA C. De « faire médecine » à « faire de la médecine » [Internet]. 2005 [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: http://drees.solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud53.pdf

15. HELMLINGER L, MARTIN D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité [Internet]. Presses de Sciences Po; 2004 [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2004-4-page-39.htm

16. HOJAT M, GONELLA JS. Eleven Years of Data on the Jefferson Scale of EmpathyMedical Student Version (JSE-S): Proxy Norm Data and Tentative Cutoff Scores. PubMed Cent. 28 avr 2015;344-50.

17. HOJAT M, GONELLA JS, NASCA T, MANGIONE S, VELOKSI J, MAGEE M. The Jefferson Scale of Physician Empathy : Further Psychometric Data and Differences by Gender and Specialty at Item Level. 2002.

18. La Chaîne Info Selon une étude, neuf français sur 10 veulent changer de métier, ou l'ont déjà fait! [Internet]. 2017 [cité 1 nov 2018]. Disponible sur:

https://www.lci.fr/societe/selonune-etude-neuf-francais-sur-10-veulent-changer-de-metier-ou-l-ont-deja-fait2071360.html

19. Le Parisien ETUDIANT LMD: comprendre la réforme Licence Master Doctorat [Internet]. 2007 [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: http://etudiant.aujourdhui.fr/etudiant/info/lmdlicence-master-doctorat.html

20. MASSIN S, MASSIN S., HOFLIGER P, DARMON D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale [Internet]. SANTE PUBLIQUE; 2015 [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-santepublique-2015-1-page-49.htm

21. ONISEP, Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions Construire son projet professionnel [Internet]. 2017 [cité 25 juin 2016]. Disponible sur: http://www.onisep.fr/Cap-vers-l-emploi/Recherche-d-emploi/Construireson-projet-professionnel

22. MICHEL M. Evaluation de l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM& à 6 mois [Internet]. [Paris 6ème]: Université Paris Descartes; 2017 [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas01763146/document

23. Les études de médecine [Internet]. ONISEP; 2018 [cité 25 juin 2018]. Disponible sur: http://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Principaux-domaines-detudes/Les-etudes-medicales/Les-etudes-de-medecine

24. PERRAULT F. Etude contrôlée, randomisée, évaluant l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie clinique des étudiants en 4ème année de Médecine [Internet]. [Paris 7ème]: Université de Paris Diderot; 2016. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5193_PERRAULT_these.pdf

25. PITOL BELIN S. Raisons du choix de spécialité et de localisation des internes de médecine générale dans trois facultés françaises [Internet]. [Grenoble]: Faculté de médecine de Grenoble; 2010. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00628138/document

26. QUINCE T, THIEMANN P, BENSON J, HYDE S. Undergraduate medical students' empathy current perspectives. PubMed Cent. 2 août 2016;443-55.

27. NEUMANN M, EDELHAUSER F, TAUSCHEL D, FISCHER M, WITZ M, WOOPEN C, et al. Empathy decline and its reason: a systematic review of studies with medical students and residents. 2011.

28. NGUYEN TRONG MV. Impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) sur les capacités empathiques en DFASM 1 en médecine. Analyse qualitative d'un groupe Balint de 7 séances. [Paris]: Université de Paris Diderot; 2016.

29. Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes Internat 2017: les spécialités et les régions préférées des étudiants en médecine [Internet]. 2017 [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: http://www.snjmg.org/blog/post/internat-2017-les-specialites-et-les-regionspreferees-des-etudiants-en-medecine/1399

30. TAVAKOL S, DENNICK R, TAVAKOL M. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of Jefferson Scale of Physician Empathy [Internet]. BMC Medical Education; 2011 [cité 25 juin 2018]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3167872/

31. UPEC, Université Paris-Est Créteil AlterPACES : procédure [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: http://medecine.u-pec.fr/formations/etudes-medicales/alterpacesprocedure-phase-1-786936.kjsp

32. UPEC, Université Paris-Est Créteil Les études médicales [Internet]. [cité 25 juin 2018]. Disponible sur: http://medecine.u-pec.fr/formations/etudes-medicales/

33. UPEC, Université Paris-Est Créteil PORTEFEUILLE D'EXPERIENCE ET DE COMPETENCES (PEC) [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: http://www.u-pec.fr/vousetes/etudiant-e/services-numeriques/portefeuille-d-experiences-et-de-competences-pec-473048.kjsp?RH=1536308210041

34. VASSILEFF J. La pédagogie du projet en formation. Lyon: Chronique sociale; 2003.

ANNEXE 1 : Questionnaire étude PRO2-EMPATHIE

UPEC
UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL VAL DE MARNE
Connaissance - Action

Etiquette codage anonymat

QUESTIONNAIRE ETUDE DE COHORTE EMPATHIE ET PROSPECTIVE PROFESSIONNELLE DES ETUDIANTS EN DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES

PARTIE I. VOS CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

Q1 : Quel est votre sexe : F ☐ H ☐

Q2 : Votre année de naissance : 19…

Q3 : Vivez-vous chez vos parents : Oui ☐ Non ☐

Q4 : Vivez-vous en couple : Oui ☐ Non ☐

Q5 : Si vous vivez en couple, quelle est la catégorie socio-professionnelle de votre conjoint.e ? (***Cochez la mention correspondante)***

- Agriculteurs exploitants
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (professions libérales et assimilées, cadres entreprise, cadres fonction publique, professions intellectuelles et artistiques)
- Professions intermédiaires (instituteur, infirmière, assistance sociale …)
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Employés (fonction publique, administration, employé de commerce, service aux particuliers…)
- Ouvriers
- Retraités

- Sans activité professionnelle (étudiant sans activité professionnelle, chômeur n'ayant jamais travaillé)

Q6 : Avez -vous des enfants ? Oui ☐ Non ☐

Q7 : Quelle est la catégorie socio-professionnelle de votre mère ? (***Cochez la mention correspondante)***

- Agriculteurs exploitants
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (professions libérales et assimilées, cadres entreprise, cadres fonction publique, professions intellectuelles et artistiques)
- Professions intermédiaires (instituteur, infirmière, assistance sociale …)
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Employés (fonction publique, administration, employé de commerce, service aux particuliers…)
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle (étudiant sans activité professionnelle, chômeur n'ayant jamais travaillé)

Q8 : Quelle est la catégorie socio-professionnelle de votre père ? (***Cochez la mention correspondante)***

- Agriculteurs exploitants
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (professions libérales et assimilées, cadres entreprise, cadres fonction publique, professions intellectuelles et artistiques)
- Professions intermédiaires (instituteur, infirmière, assistance sociale …)
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Employés (fonction publique, administration, employé de commerce, service aux particuliers…)
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle (étudiant sans activité professionnelle, chômeur n'ayant jamais travaillé)

Q9 : Avez-vous un membre de votre famille (1_{er} ou 2_{e} degré*) docteur en médecine ? Oui ☐ Non ☐

Q10 : Comment vos études sont-elles financées ? (***Cochez la ou les mention (s) correspondante (s))***

Financement familial

Emploi régulier

Emploi ponctuel ou saisonnier

Bourse

Contrat d'Engagement Au Service Public

Autres (*à préciser) :* ……

Q11 : Avez-vous un antécédent de maladie chronique (prise en charge au titre de l'ALD*), d'accident grave ou de maladie grave : Oui ☐ Non ☐

Q12 : Souffrez-vous actuellement de maladie chronique (prise en charge au titre de l'ALD*) :

Oui ☐ Non ☐

Q13 : Avez-vous déjà été affecté.e de manière importante et durable par le décès ou la maladie d'un de vos proches : Oui ☐ Non ☐

Q14 : Quel est votre niveau de stress au quotidien ? : ***Cotez de 1 (Pas stressé.e du tout) à 10 (Très stressé.e)***

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q15 : Vous sentez-vous déprimé.e ? : Oui ☐ Non ☐

Q16 : Avez-vous déjà effectué une psychothérapie ? : Oui ☐ Non ☐

* 1er – 2ème degré : parents, fratrie, grands-parents

** ALD : Affection Longue Durée, prise en charge à 100%

PARTIE II. LES ETUDES DE MEDECINE

Q17 : Avez-vous réussi le concours de la PACES*** lors de la première tentative ? Oui☐ Non☐

Q18 : Idéalement, quelles seraient les disciplines des stages que vous souhaiteriez réaliser durant votre cursus d'externes? (***À classer par ordre de préférence)***

1. …….
2. …….
3. …….
4. …….
5. ……..
6. ……..

Q19 : Quelles sont les stages déjà réalisés dans votre cursus médical que vous avez préférés ? (***À classer par ordre de préférence ; cf.annexe 1)***

1. …….
2. …….
3. …….
4. …….

Q20 : Quelles sont les **3 principales** raisons qui vous ont fait préférer le stage classé numéro 1 ?

Bon encadrement

Aspect humain du stage

Bonne ambiance

Appétence/intérêt pour la spécialité

Apprentissage de nombreux gestes techniques

Peu de charge administrative

Présence d'un médecin sénior en stage qui représente un modèle pour vous

Beaucoup de temps libre

Utilité pour favoriser votre projet professionnel

Accessibilité géographique

Autre (*à préciser)* …….

*** PACES : Premier Année Commune aux Etudes en Santé

PARTIE III. VOTRE NIVEAU D'EMPATHIE

Evaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations et cochez pour chacune d'elle le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être : **Lisez chaque phrase avec attention pour répondre précisément** **Coter de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord)** 1------2------3------4------5------6------7 Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord	
La compréhension par les médecins de ce que ressentent leurs patients et leurs familles, n'influence pas le traitement médical ou chirurgical	1 2 3 4 5 6 7
Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent	1 2 3 4 5 6 7
Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients	1 2 3 4 5 6 7
Comprendre le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade	1 2 3 4 5 6 7
Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique	1 2 3 4 5 6 7
Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent	1 2 3 4 5 6 7
L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire	1 2 3 4 5 6 7
L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent	1 2 3 4 5 6 7
Les patients attachent de l'importance à la compréhension par la médecine de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi	1 2 3 4 5 6 7
Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical ; donc les liens d'ordre affectifs des médecins avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical ou chirurgical	1 2 3 4 5 6 7
Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l'attitude corporelle	1 2 3 4 5 6 7
Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie	1 2 3 4 5 6 7

L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée	1 2 3 4 5 6 7
La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relations médecinmalade	1 2 3 4 5 6 7
Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients	1 2 3 4 5 6 7
Les médecins ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille	1 2 3 4 5 6 7
La lecture de la littérature non médicale ou les œuvres artistiques ne m'apportent aucun plaisir	1 2 3 4 5 6 7
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical	1 2 3 4 5 6 7

Jefferson Scale Physician Empathy Medical Student, version de l'équipe de Zanesni et al.

PARTIE IV. VOTRE PROJET PROFESSIONNEL A. Motivations et réticences au projet professionnel

Q21 : Quelles sont vos sources de motivation par rapport à votre projet professionnel ? ***Cotez de 1 (négligeable) à 5 (primordial)***

- Exercer un métier utile 1 2 3 4 5
- Exercer un métier varié 1 2 3 4 5
- Exercer un métier gratifiant 1 2 3 4 5
- Etablir une relation humaine avec mes patients 1 2 3 4 5
- Sauver les patients 1 2 3 4 5
- Aider et accompagner les patients 1 2 3 4 5
- Acquérir des connaissances pointues et/ou innovantes 1 2 3 4 5
- Être indépendant.e de la hiérarchie 1 2 3 4 5
- Travailler en équipe 1 2 3 4 5
- Avoir un salaire élevé 1 2 3 4 5
- Choisir un projet compatible avec les attentes de mon entourage proche 1 2 3 4 5
- Avoir une qualité de vie satisfaisante 1 2 3 4 5
- Choisir son temps de travail 1 2 3 4 5
- Choisir son environnement géographique de travail 1 2 3 4 5
- Autre (*à préciser)* 1 2 3 4 5

Q22 : Quelles sont vos craintes pour l'avenir par rapport à votre projet professionnel ? ***Cotez de 1 (négligeable) à 5 (primordial)***

- Faire un choix de spécialité qui ne vous conviendrait pas 1 2 3 4 5
- Avoir un choix de spécialité dépendant d'un seul examen (ECN) 1 2 3 4 5
- S'engager pour la vie dans un métier 1 2 3 4 5
- Ne pas avoir le choix de son lieu d'exercice professionnel 1 2 3 4 5

- Avoir une rémunération insuffisante 1 2 3 4 5
- Réaliser un investissement financier important pour débuter l'exercice 1 2 3 4 5
- Être confronté.e à une mauvaise ambiance professionnelle 1 2 3 4 5
- Etre confronté.e aux contraintes de l'Assurance Maladie 1 2 3 4 5
- Assumer un poids trop important de charges administratives 1 2 3 4 5
- Être confronté.e au poids et aux contraintes hiérarchiques 1 2 3 4 5
- Avoir une activité routinière 1 2 3 4 5
- Commettre une erreur médicale 1 2 3 4 5
- Ne pas faire face au poids des responsabilités 1 2 3 4 5
- Subir une charge de travail importante 1 2 3 4 5
- Sacrifier sa vie personnelle 1 2 3 4 5
- Autre (*à préciser)* ……. 1 2 3 4 5

Q23 : Participez-vous aux conférences privées préparatoires aux ECN ? Oui☐ Non☐

B. Votre projet professionnel en pratique

Q24 : Vous passez les ECN prochainement ; quel est ou sont votre/vos souhaits d'affectation en termes de spécialités ? (***Merci de les classer par ordre de préférence)***

1. ……
2. …….....
3. …….
4. …….
5. …….

Q25 : Quels seraient vos souhaits d'affectation en termes de lieu et de subdivision ?

- Rester à l'UPEC ? Oui ☐ Non ☐
- Si vous ne souhaitez pas rester à l'UPEC, quelles en est/sont la/les raisons ? (***Cochez la ou les mention (s) correspondante (s))***

  Changer d'environnement

  S'adapter aux contraintes de votre conjoint.e

  Réaliser votre projet personnel ou familial

  Accéder à la spécialité souhaitée

  Autre (*à préciser)* ……
- Si vous ne souhaitez pas rester à l'UPEC, mettez les 3 académies/UFR que vous souhaiteriez par ordre de préférence (*cf liste en annexe)* :

1. …….
2. …….....
3. …….

Q26 : Quel type d'activité envisagez-vous ? ***(Cochez la mention correspondante)***

Activité salariée

Hôpital public (CH)

Hôpital privé ou clinique

Centre municipal ou mutualiste de santé

Assurance Maladie

Industrie

Activité libérale de groupe (cabinet de groupe, maison de santé)
Activité libérale seul (e) (cabinet privé)

Activité mixte libérale/salariée

Activité mixte médicale/universitaire

Je ne sais pas

Autre (précisez) : ……

Q27 : Où voudriez-vous exercer ? (***Cochez la mention correspondante)***

Zone urbaine

Zone rurale

Zone semi-rurale

Je ne sais pas

ANNEXE 1 : Liste des terrains de stage accessibles

- Cardiologie Hôpital BEGIN (Saint MANDE)
- Cardiologie Henri MONDOR
- Dermatologie Henri MONDOR
- Endocrinologie Hôpital BEGIN (Saint MANDE)
- Endocrinologie Henri MONDOR
- Gastro-entérologie/ORL/ Pathologie professionnelle CHIC
- Gastro-entérologie Henri MONDOR
- Gastro-entérologie Hôpital BEGIN (Saint MANDE)
- Gériatrie Henri MONDOR 7ème
- Gériatrie CHENEVIER
- Hépatologie Henri MONDOR
- Hématologie greffe, unité lymphomes Henri MONDOR
- Immunologie clinique / maladies infectieuses Henri MONDOR
- Médecine interne / gériatrie Bry sur Marne (Sainte Camille)
- Médecine interne Henri MONDOR
- Médecine interne / post-urgences CHIC
- Néphrologie Henri MONDOR
- Neurologie Henri MONDOR
- Oncologie Henri MONDOR
- Pédiatrie générale CHIC
- Pneumologie CHIC
- Réanimation médicale Henri MONDOR
- Rhumatologie Henri MONDOR
- Service d’accueil des Urgences Henri MONDOR

ANNEXE 2 : Liste de toutes les facultés de médecine de France

- AMIENS

- ANGERS
- ANTILLES GUYANE
- BESANCON
- BORDEAUX
- BREST
- CAEN • CLERMONT-FERRAND
- DIJON
- GRENOBLE
- LA REUNION
- LILLE (Universités de Lille 2 Droit et Santé)
- LILLE (Université Catholique de Lille)
- LIMOGES
- LYON
- MARSEILLE
- MONTPELLIER
- NANCY
- NANTES
- NICE
- PARIS V - DESCARTES
- PARIS VI - PIERRE ET MARIE CURIE
- PARIS VII - DIDEROT
- PARIS XI – SUD LE KREMLIN BICETRE
- PARIS XII – EST CRETEIL
- PARIS XIII – NORD BOBIGNY
- PARIS –OUEST UVSQ
- POITIERS
- REIMS
- RENNES
- ROUEN
- SAINT-ETIENNE
- STRASBOURG
- TOULOUSE
- TOURS

ANNEXE 2 : Liste des stages déjà réalisés et récurrence des choix

	Stages réalisés	N (%)	Total (%)
Spécialité M.G	M.G	1 (0.2)	1 (0.2)
Spécialités médicales autres	- Addictologie - Anesthésie, réanimation - Dermatologie, vénérologie - Endocrinologie, diabétologie et nutrition - Gériatrie - Gynécologie médicale - Hématologie - Hépato-gastro-entérologie - Maladies infectieuses et tropicales - Médecine cardiovasculaire - Médecine d'urgence - Médecine et santé au travail - Médecine interne et immunologie clinique - Médecine physique et réadaptation - Médecine vasculaire - Néphrologie - Neurologie - Oncologie - Pédiatrie - Pneumologie - Rhumatologie	1 (0.2) 30 (4.9) 28 (4.6) 37 (6.1) 58 (9.5) 3 (0.5) 24 (3.9) 58 (9.5) 8 (1.3) 64 (10.5) 37 (6.1) 2 (0.3) 75 (12.3) 1 (0.2) 1 (0.2) 25 (4.1) 33 (5.4) 15 (2.5) 24 (3.9) 30 (4.9) 32 (5.3)	586 (96.4)
Spécialités chirurgicales	- Chirurgie orthopédique et traumatologique - Chirurgie pédiatrique - Chirurgie vasculaire - Chirurgie viscérale et digestive - Neurochirurgie - Oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervico-faciale - Urologie	3 (0.5) 1 (0.2) 1 (0.2) 1 (0.2) 9 (1.5) 1 (0.2)	18 (2.9)
Autres	- Stage infirmier - Autres	1 (0.2) 2 (0.3)	3 (0.5)

ANNEXE 3 : Liste des disciplines de stages souhaités et récurrence de choix

	Stages réalisés	N (%)	Total	%
Spécialité M.G	M.G	33 (4)	33 (4)	
Spécialités médicales autres	- Anesthésie, réanimation - Dermatologie, vénérologie - Endocrinologie, diabétologie et nutrition - Gériatrie - Gynécologie médicale - Hématologie - Hépato-gastro-entérologie - Maladies infectieuses et tropicales - Médecine cardiovasculaire - Médecine d'urgence - Médecine et santé au travail - Médecine interne et immunologie clinique - Médecine légale et expertise médicale - Médecine physique et réadaptation - Néphrologie - Neurologie - Oncologie - Pédiatrie - Pneumologie - Psychiatrie - Radiologie et imagerie médicale Rhumatologie	54 (6.6) 40 (4.9) 9 (1.1) 6 (0.7) 51 (6.2) 3 (0.4) 24 (2.9) 7 (0.9) 80 (9.8) 56 (6.9) 1 (0.1) 60 7.3) 1 (0.1) 2 (0.2) 14 (1.7) 66 (8.1) 15 (1.8) 65 (8) 36 (4.4) 18 (2.2) 6 (0.7) 13 (1.6)	627 (77)	

Spécialités chirurgicales	- Chirurgie maxillo-facial - Chirurgie orthopédique et traumatologique Chirurgie pédiatrique - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire - Chirurgie vasculaire - Chirurgie viscérale et digestive - Gynécologie obstétricale - Neurochirurgie	1 (0.1) 20 (2.4) 1 (0.1) 21 (2.6) 4 (0.5) 1 (0.1) 11 (1.3) 19 (2.3) 3 (0.4) 17 (2.1) 42 (5.1) 7 (0.9)	147 (18)
	- Ophtalmologie - Oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervico-faciale - Urologie		
Autres	*	6 (0.7)	6 (0.7)

**anesthésie-réanimation/médecine interne (2), anesthésie-réanimation/chirurgie viscérale (1), chirurgie viscérale/chirurgie orthopédique (1), dermatologie/gynécologie (1), médecine d'urgence/anesthésie-réanimation (1)*

ANNEXE 4 : Les 3 dimensions du score d'empathie

Sous score d'empathie	Items
Perpestive taking ou prise de perspective	2,4,5,9,10,13,15,16,17,20
Compassionate care ou soin compatissant	1,7,8,11,12,14,18,19
Ability to stand in patient's shoes ou capacité de se mettre à la place du patient	3,6

ANNEXE 5 : Souhaits d'affectation et degré de certitude

Premier souhait	**N = 159**
Médecine générale	18 (11.3)
Autres spécialités médicales	106 (66.7)
Spécialités chirurgicales	35 (22)
Données manquantes	7
Degré de certitude (moyenne)	**3.3**
Deuxième souhait	**N = 152**
Médecine générale	16 (10.5)
Autres spécialités médicales	92 (60.5)
Spécialités chirurgicales	44 (29)
Données manquantes	14
Degré de certitude (moyenne)	**2.7**
Troisième souhait	**N = 143**

Médecine générale	15 (10)
Autres spécialités médicales	95 (66)
Spécialités chirurgicales	33 (24)
Données manquantes	23
Degré de certitude (moyenne)	**2.5**
Quatrième souhait	**N = 119**
Médecine générale	9 (7.5)
Autres spécialités médicales	76 (63.9)
Spécialités chirurgicales	34 (28.6)
Données manquantes	23
Degré de certitude (moyenne)	**2.1**
Cinquième souhait	**N = 97**
Médecine générale	11 (11.2)
Autres spécialités médicales	62 (63.3)
Spécialités chirurgicales	24 (24.5)
Données manquantes	69
Degré de certitude (moyenne)	**1.8**

ANNEXE 6 : Résultats de l'analyse univariée des facteurs associés au fait de faire M.G. quel que soit le classement versus les autres spécialités

	Population totale n = 159 (%)	Choix autres spécialités n = 90 (%)	Choix Médecine Générale n = 69 (%)	p
Age (médiane [IQR])	22 [21-22]	22 [21-22]	22 [21-22]	0.62
Sexe féminin	95 (59.7)	53 (58.9)	42 (60.9)	0.80
Lieu de vie Vit chez ses parents	101 (63.5)	61 (57.8)	40 (58.0)	0.20
Vit en couple	11 (6.9)	3 (3.3)	8 (11.6)	0.06
A des enfants	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Catégorie sociodémographique du ou de la conjoint.e				0.13
Agriculteur.trice.s exploitant.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2 (20.0)	0 (0)	2 (28.6)	
Professions intermédiaires	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Artisan.e.s, commerçant.e.s et chef.fe d'entreprise	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Employé.e.s	6 (60.0)	1 (33.3)	5 (71.4)	
Ouvrièr.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Retraité.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Sans activité professionnelle	2 (20)	2 (66.7)	0 (0)	

Catégorie sociodémographique de la mère (n = 158)				0.35
Agricultrices exploitantes	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures Professions intermédiaires	66 (41.8)	33 (37.1)	33 (47.8)	
Artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise	19 (12.0)	13 (14.6)	6 (8.7)	
Employées	5 (3.2)	4 (4.5)	1 (1.5)	
Ouvrières	50 (31.6)	28 (31.5)	22 (31.9)	
Retraitées	5 (3.2)	2 (2.2)	3 (4.3)	
Sans activité professionnelle	3 (1.9)	1 (1.1)	2 (2.9)	
	10 (6.3)	8 (9.0)	2 (2.9)	
Catégorie sociodémographique du père (n = 154)				0.80
Agriculteurs exploitants	1 (0.7)	1 (1.2)	0 (0)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	96 (62.3)	54 (62.1)	42 (62.7)	
Professions intermédiaires	2 (1.3)	0 (0)	2 (3.0)	
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	14 (9.1)	7 (8.0)	7 (10.4)	
Employés	19 (12.3)	11 (12.6)	8 (11.9)	
Ouvriers	9 (5.8)	5 (5.7)	4 (6)	
Retraités	12 (7.8)	8 (9.2)	4 (6)	
Sans activité professionnelle	1 (0.7)	1 (1.2)	0 (0)	
Présence d'un médecin dans la famille	47 (29.6)	27 (30.0)	20 (29.0)	0.89

Financement des études				
Financement familial	139 (87.4)	83 (92.2)	56 (81.2)	**0.04**
Emploi régulier	5 (3.1)	2 (2.2)	3 (4.4)	0.65
Emploi ponctuel ou saisonnier	32 (20.1)	15 (16.7)	17 (24.6)	0.21
Bourse	29 (18.2)	15 (16.7)	14 (20.3)	0.56
CESP	1 (0.6)	0 (0)	1 (1.5)	0.43
Autres	6 (3.8)	2 (2.2)	4 (5.8)	0.40
ATCD maladie chronique, accident grave ou maladie grave (n = 158)	6 (3.8)	3 (3.3)	3 (4.4)	1.00
Existence actuelle d'une maladie chronique	3 (1.9)	1 (1.1)	2 (2.9)	0.58
Fait d'être affecté de manière importante et durable par le décès ou la maladie d'un proche	39 (24.7)	22 (24.4)	17 (25)	0.94
Niveau de stress au quotidien (médian [IQR]) n= 158	5 [3-7]	5 [3-7]	4 [3-7]	0.88
Fait de se sentir déprimé (n = 157)	18 (11.5)	11 (12.5)	7 (10.1)	0.65
Fait d'avoir effectué une psychothérapie	29 (18.2)	20 (22.2)	9 (13.0)	0.14
Réussite concours PACES en une tentative	55 (34.6)	33 (36.7)	22 (31.9)	0.53

Disciplines de stages souhaitées réaliser durant l'externat classées en choix n°1 (n = 157)				**0.02**
M.G	5 (3.2)	0 (0)	5 (7.2)	
Autres spécialités médicales Spécialités chirurgicales	106 (67.5) 46 (29.3)	58 (65.9) 30 (34.1)	48 (69.6) 16 (23.2)	
Stages préférés déjà réalisés dans le cursus médical classés en choix n°1				1.00
M.G	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Autres spécialités médicales Spécialités chirurgicales	148 (93.1) 11 (6.9)	84 (93.3) 6 (6.7)	64 (92.7) 5 (7.3)	
Raisons de préférence du stage classé n°1 (n=130*)				
Bon encadrement	121 (93.1)	64 (90.1)	57 (96.6)	0.18
Aspect humain du stage	57 (43.9)	27 (38.0)	30 (50.9)	0.42
Bonne ambiance	54 (41.5)	32 (45.1)	22 (37.3)	0.37
Appétence/intérêt pour la spécialité	54 (41.5)	31 (43.7)	23 (39.0)	0.59
Apprentissage de nombreux gestes techniques	35 (26.9)	24 (33.8)	11 (18.6)	**0.05**
Peu de charge administrative	14 (10.8)	9 (12.7)	5 (8.5)	0.44
Présence d'un médecin sénior en stage qui représente un modèle	33 (25.4)	19 (26.8)	14 (23.7)	0.69
Beaucoup de temps libre				
Utilité pour favoriser le projet professionnel	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.18
Accessibilité géographique	5 (3.9)	1 (1.4)	4 (6.8)	-
Autres	8 (6.2)	3 (4.2)	5 (8.5)	0.47
	9 (6.9)	3 (4.2)	6 (10.2)	0.30
Evaluation de l'empathie (médian [IQR])	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	0.78

La compréhension par les médecins de ce que ressentent leurs patients et leurs familles, n'influence pas le traitement médical ou chirurgical	7 [6-7]	7 [7-7]	7 [6-7]	0.58
Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent	5 [4-6]	5 [4-5]	5 [4-6]	**0.04**
Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-7]	0.71
Comprendre le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade	5 [4-5]	4.5 [4-5]	5 [4-6]	**0.02**
Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique	5 [4-6]	5 [3-6]	6 [4-6]	**0.004**
Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	0.34
L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire	1 [1-2]	1.5 [1-2]	1 [1-2]	0.22
L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-7]	**0.02**
Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-7]	0.92
Les patients attachent de l'importance à la compréhension par la médecine de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi (n=158)	2 [1-2]	2 [1-2]	1 [1-2]	0.16
Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical ; donc les liens d'ordre affectifs des médecins avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical ou chirurgical	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	0.99
Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent	6 [6-7]	6 [6-7]	6 [6-7]	0.77
Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l'attitude corporelle	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-1]	**0.03**
Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-7]	0.93
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée	7 [6-7]	7 [6-7]	7 [6-7]	0.77
La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relations médecin-malade				

Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients	5 [3-6]	5 [3-5]	5 [4-6]	0.17
Les médecins ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille	5 [4-6]	5 [4-6]	5 [4-6]	0.75
La lecture de la littérature non médicale ou les œuvres artistiques ne m'apportent aucun plaisir	1 [1-2]	1 [1-3]	1 [1-2]	0.57
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical	7 [6-7]	7 [6-7]	7 [6-7]	0.60
Score d'empathie (n = 156) **Sous-score empathie « prise de perspective » (n = 157)** **Sous-score d'empathie « soin compatissant » (n = 157)** **Sous-score « capacité à se mettre à la place du patient »**	113 [107-118] 58 [54-62] 48 [45-51] 6 [5-8]	113 [107-118] 58 [53-62] 48 [44-51] 7 [5-8]	114 [109-118] 59 [55-63] 49 [46-50] 6 [4-7]	0.48 0.15 0.21 0.004
Sources de motivations par rapport au projet professionnel (médian [IQR])				
Exercer un métier utile	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	0.65
Exercer un métier varié	5 [4-5]	4.5[4-5] 5	5 [4-5]	0.96
Exercer un métier gratifiant	5 [4-5]	[4-5]	4 [4-5]	0.10
Etablir une relation humaine avec mes patients (n = 158)	5 [4-5]	4 [3-5]	5 [4-5]	0.07
Sauver les patients (n = 158)	5 [4-5]	5 [4-5]	4 [4-5]	0.93
Aider et accompagner les patients	5 [4-5]	4 [4-5]	5 [4-5]	**0.04**
Acquérir des connaissances pointues et/ou innovantes	4 [3-5]	4 [4-5]	4 [3-5]	**0.004**
Etre indépendant.e de la hiérarchie (n = 157)	3 [2-4]	3 [2-4]	4 [2-4.5]	0.45
Travailler en équipe (n = 158)	4 [3-4]	4 [3-4]	4 [3-4]	0.87
Avoir un salaire élevé (n = 158)	4 [3-4]	4 [3-5]	4 [3-4]	0.28
Choisir un projet compatible avec les attentes de mon entourage proche (n = 158)	3 [2-4]	2 [2-4]	3 [1.5-4]	0.39
Avoir une qualité de vie satisfaisante (n = 158)	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	0.54
Choisir son temps de travail (n = 158)	4 [3-4]	3 [3-4]	4 [3-5]	0.22
Choisir son environnement géographique de travail (n = 158)	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]	0.68
Autre (n = 12)	5 [4-5]	5 [5-5]	4 [4-5]	**0.02**

Craintes pour l'avenir par rapport au projet professionnel (médiane [IQR])	5 [4-5]	5 [4-5]	4 [3-5]	**0.02**
Faure un choix de spécialité qui ne vous conviendrait pas (n = 158)	4.5 [3-5]	5 [4-5]	4 [3-5]	0.07
Avoir un choix de spécialité dépendant d'un seul examen (n = 158)	2 [1-4]	2 [1-4]	2 [2-4]	0.07
S'engager pour la vie dans un métier				
Ne pas avoir le choix de son lieu d'exercice professionnel (n = 158)	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]	0.30
Avoir une rémunération insuffisante (n = 158) Réaliser un investissement financier important pour débuter l'exercice (n = 158)	3 [2-4] 2 [1-3]	3 [2-4] 2 [1-3]	3 [2-4] 2 [1-3]	0.36 0.17
Etre confronté à une mauvaise ambiance professionnelle	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [4-5]	0.95
Etre confronté aux contraintes de l'assurance maladie	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]	0.56
Assumer un poids trop important de charges administratives	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-4]	0.29
Etre confronté au poids et aux contraintes hiérarchiques (n = 158)	3 [3-4]	3 [2-4]	3 [3-4]	0.19
Avoir une activité routinière (n = 158)	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [1.5-4]	**0.04**
Commettre une erreur médicale (n = 158)	4.5 [4-5] 4 [3-5]	5 [3-5]	4 [4-5]	0.69
Ne pas faire face au poids des responsabilités (n = 158)	4 [2-4]	3.5 [2-5]	4 [3-5]	**0.05**
Subir une charge de travail importante (n = 158)	4 [3-5]	3 [2-4]	4 [3-4]	0.06
Sacrifier sa vie personnelle	3 [1-5]	4 [4-5]	4 [3-5]	0.94
Autre (n = 2)		5 [5-5]	1 [1-1]	0.32
Participation aux conférences privées préparatoires aux ECN (n = 154)	9 (5.8)	8 (9.3)	1 (1.5)	0.08
Type d'activité envisagé (n = 120)				**<0.001**
Activité salariée	3 (2.5)	2 (2.9)	1 (2.0)	
Hôpital public (CH)	33 (27.5)	22 (31.9)	11 (21.6)	
Hôpital privé ou clinique	10 (8.3)	10 (14.5)	0 (0)	
Centre municipal ou mutualité de santé	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Assurance maladie	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Industrie	1 (0.8)	0 (0)	1 (2.0)	
Activité libérale de groupe	19 (15.8)	4 (5.8)	15 (29.4)	
Activité libérale seule	10 (8.3)	3 (4.4)	7 (13.7)	
Activité mixte libérale/salariée	22 (18.3)	12 (17.4)	10 (19.6)	
Activité mixte médicale/universitaire	8 (6.7)	7 (10.1)	1 (2.0)	
Je ne sais pas	11 (9.2)	7 (10.1)	4 (7.7)	
Autres	3 (2.5)	2 (2.9)	1 (2.0)	

Lieu d'exercice envisagé (n = 151)				**<0.001**
Zone urbaine	95 (62.9)	68 (81.0)	27 (40.3)	
Zone rurale	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Zone semi-rurale	33 (21.8)	7 (8.3)	26 (38.8)	
Je ne sais pas	23 (15.2)	9 (10.7)	14 (20.9)	

**pourcentage total supérieur à 100% car question à choix multiples*

ANNEXE 7 : Résultats analyses en univariée des facteurs associés au fait de rester à L'UPEC

	Population totale n=165	Pas rester à l'UPEC n=123	Rester à l'UPEC n=42	p
Age (médiane [IQR])	22 [21-22]	22 [21-22]	22 [21-22]	0,42
Sexe féminin	99 (60.0)	77 (62.6)	22 (52.4)	0.24
Lieu de vie				**<0.00**
Vit chez ses parents	104 (63.0)	68 (55.3)	36 (85.7)	**1**
Vit en couple	12 (7.3)	11 (8.9)	1 (2.4)	0,3
A des enfants	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Catégorie socio-démographie du ou de la conjoint.e (n=12)				0,50
Agriculteur.trice.s exploitant.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2 (16.7)	2 (18.2)	0 (0)	
Professions intermédiaires	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Artisan.e.s, commerçant.e.s et chef.fe d'entreprise	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Employé.e.s	6 (50.0)	6 (54.5)	0 (0)	
Ouvrièr.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Retraité.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Sans activité professionnelle	4 (33.3)	3 (27.3)	1 (100)	
Catégorie socio-démographie de la mère (n=164)				0,79
Agriculteur.trice.s exploitant.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	67 (40.8)	49 (40.2)	18 (42.9)	
Professions intermédiaires	20 (12.2)	14 (11.5)	6 (14.3)	
Artisan.e.s, commerçant.e.s et chef.fe d'entreprise	5 (3.0)	3 (2.5)	2 (4.8)	
Employé.e.s	52 (31.7)	42 (34.4)	10 (23.8)	
Ouvrièr.e.s	5 (3.0)	4 (3.3)	1 (2.4)	
Retraité.e.s	3 (1.8)	2 (1.6)	1 (2.4)	
Sans activité professionnelle	12 (7.3)	8 (6.6)	4 (9.5)	
Catégorie socio-démographie du père (n=160)				0,22
Agriculteurs exploitants	1 (0.6)	1 (0.9)	0 (0)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98 (61.3)	77 (65.3)	21 (50.0)	
Professions intermédiaires	2 (1.3)	2 (1.7)	0 (0)	
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	16 (10.0)	9 (7.6)	7 (16.7)	
Employés	20 (12.5)	15 (12.7)	5 (11.9)	

Ouvriers	9 (5.6)	5 (4.2)	4 (9.5)	
Retraités	13 (8.1)	9 (7.6)	4 (9.5)	
Sans activité professionnelle	1 (0.6)	0 (0)	1 (2.4)	
Présence d'un médecin dans la famille	49 (29.7)	38 (30.9)	11 (26.2)	0,57
Financement des études				
Financement familial	143 (86.7)	109 (88.6)	34 (81.0)	0,21
Emploi régulier	8 (4.9)	5 (4.1)	3 (7.1)	0,42
Emploi ponctuel ou saisonnier	35 (21.1)	30 (24.4)	5 (11.9)	0,09
Bourse	31 (18.8)	19 (15.5)	12 (28.6)	0,06
CESP	1 (0.6)	1 (0.8)	0 (0)	1
Autres	6 (3.6)	6 (4.9)	0 (0)	0,34
ATCD maladie chronique, accident grave ou de maladie grave (n=164)	7 (4.3)	3 (2.5)	4 (9.5)	0,07
Existence actuelle d'une maladie chronique	4 (2.4)	2 (1.6)	2 (4.8)	0,27
Fait d'être affecté de manière importante et durable par le décès ou la maladie d'un proche	41 (25.2)	31 (25.4)	10 (24.4)	0,9
Niveau de stress au quotidien n=163 (médian [IQR])	5 [3-7]	5 [3-7]	5 [3-7]	0,74
Fait de se sentir déprimé (n=162)	17 (10.5)	12 (9.9)	5 (12.2)	0,77
Fait d'avoir effectué une psychothérapie (n=164)	29 (17.7)	20 (16.3)	9 (22.0)	0,48
Réussite au concours de PACES dès première tentative	55 (33.3)	43 (35.0)	12 (28.6)	0,45
Disciplines de stages souhaitées réaliser durant l'externat classées en choix n°1 (n=162)				**0,04**
M.G	5 (3,1)	3 (2,5)	2 (4,9)	
Autres spécialités médicales	110 (67,9)	77 (63,6)	33 (80,5)	
Spécialité chirurgicales	47 (29,0)	41 (33,9)	6 (14,6)	
Stages préférés déjà réalisés dans le cursus médical classés en choix n°1				1
M.G	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Autres spécialités médicales	155 (93,9)	115 (93,5)	40 (95,2)	
Spécialité chirurgicales	10 (6,1)	8 (6,5)	2 (4,8)	
Raisons qui ont fait préférer le stage classé numéro 1 (n=136*)				
Bon encadrement	127 (93.4)	92 (92.0)	35 (97.2)	0,44
Aspect humain du stage	58 (42.7)	47 (47.0)	11 (30.6)	0,09
Bonne ambiance	55 (40.4)	36 (36.0)	19 (52.8)	0,08
Appétence/intérêt pour la spécialité	56 (41.2)	44 (44.0)	12 (33.3)	0,27
Apprentissage de nombreux gestes techniques	38 (27.9)	26 (26.0)	12 (33.3)	0,40
Peu de charge administrative	15 (11.0)	10 (10.0)	5 (13.9)	0,54
Présence d'un médecin sénior en stage qui représente un modèle pour vous	36 (26.5)	28 (28.0)	8 (22.2)	0,66
Beaucoup de temps libre	1 (0.7)	1 (1.0)	0 (0)	1
Utilité pour favoriser votre projet professionnel	5 (3.7)	5 (5.0)	0 (0)	0,33
Accessibilité géographique	8 (5.9)	5 (5.0)	3 (8.3)	0,44
Autres	9 (6.6)	6 (6.0)	3 (8.3)	0,70

Evaluation de l'empathie (médiane [IQR])				
La compréhension par les médecins de ce que ressentent leurs patients et leurs familles, n'influence pas le traitement médical ou chirurgical	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	0,52
Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent	7 [7-7]	7 [6-7]	7 [7-7]	0,30
Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients (n=164)	5 [4-6]	5 [4-6]	5 [4-5]	0,48
Comprendre le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-7]	0,76
Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [3-5]	0,79
Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients le perçoivent	5 [4-6] 1 [1-2]	5 [4-6] 1 [1-2]	5 [4-6] 1 [1-2]	0,84 0,32
L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire	1 [1-2]	1 [1-2]	2 [1-2]	0,31
L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-7]	1,00
Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-7]	0,73
Les patients attachent de l'importance à la compréhension par la médecine de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi (n=163)	1 [1-2]	1 [1-2]	2 [1-2]	**0,03**
Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical ; donc les liens d'ordre affectifs des médecins avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical ou chirurgical	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	0,68
Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent	6 [6-7]	7 [6-7]	6 [6-7]	0,17
Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l'attitude corporelle	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	0,40
Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie (n=164)	6 [5-7]	7 [5-7]	6 [6-7]	0.18
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée	7 [6-7]	7 [6-7]	7 [6-7]	0.54
La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relation médecin-malade				

Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients	5 [3-6]	5 [3-6]	5 [3-6]	0,35
Les médecines ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille (n=164)	5 [4-6]	5 [4-6]	5 [4-6]	0,96
La lecture de la littérature non médicale ou les œuvres artistiques ne m'apportent aucun plaisir	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	0,58
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical	7 [6-7]	7 [6-7]	6,5 [6-7]	0,10
Score empathie (n=161)	113 [107-118]	113 [107-119]	112 [108-116]	0,40
Sous-score « prise de perspective » (n=164)	58 [54-63]	58 [54-63]	58 [54-62]	0,74
Sous-score « soin compatissant » (n=164)	48 [45-51]	49 [45-51]	48 [45-50]	0,27
Sous-score « capacité à se mettre à la place du patient » (n=163°	6 [5-8]	6 [5 -8]	7 [5-8]	0,64
Sources de motivations par rapport au projet professionnel (médian [IQR])				
Exercer un métier utile	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	0,50
Exercer un métier varié	4 [4-5]	5 [4-5]	4 [3-5]	**0,003**
Exercer un métier gratifiant	5 [4-5]	4 [4-5]	5 [4-5]	0,35
Etablir une relation humaine avec mes patients (n=164)	5 [4-5]	5 [4-5]	4 [3-5]	0,08
Sauver les patients (n=164)	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	0,90
Aider et accompagner les patients	5 [4-5]	5 [4-5]	4 [4-5]	0,30
Acquérir des connaissances pointues et/ou innovantes	4 [3-5]	4 [3-5]	4.5 [4-5]	0,21
Etre indépendant de la hiérarchie (n=163)	3 [2-5]	3 [2-5]	3 [2-4]	0,43
Travailler en équipe (n=164)	4 [3-4]	4 [3-4]	3 [2-4]	0,09
Avoir un salaire élevé (n=164)	4 [3-4]	4 [3-4]	4 [3-4]	0,73
Choisir un projet compatible avec les attentes de mon entourage proche (n=164)	3 [2-4]	3 [1-4]	3 [2-4]	0,24
Avoir une qualité de vie satisfaisante (n=164)	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	0,23
Choisir son temps de travail (n=164)	4 [3-4]	4 [3-4]	4 [2-5]	0,85
Choisir son environnement géographique du travail (n=164)	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]	0,40
Autre (n=13)	5 [4-5]	5 [4-5]	4.5 [3.5-5]	0,60
Craintes pour l'avenir par rapport au projet professionnel (médian [IQR])				
Faire un choix de spécialité qui ne vous conviendrait pas (n=164)	5 [4-5]	4 [4-5]	5 [4-5]	**0,04**
Avoir un choix de spécialité dépendant d'un seul examen (ECN) (n=164)	4.5 [3-5]	5 [4-5]	4 [3-5]	0,12
S'engager pour la vie dans un métier	2 [1-4]	2 [1-4]	2 [1-3]	0,84
Ne pas avoir le choix de son lieu d'exercice professionnel (n=164)	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]	0,70
Avoir une rémunération insuffisante (n=164)	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]	0,93
Réaliser un investissement financier important pour débuter l'exercice (n=164)	2 [1-3]	2 [1-3]	2 [1-4]	0,88
Etre confronté à une mauvaise ambiance professionnelle	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]	0,33
Etre confronté aux contraintes de l'Assurance Maladie	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]	0,29
Assumer un poids trop important de charges administratives	4 [3-5]	4 [3-5]	3.5 [3-4]	0,11

Etre confronté au poids et aux contraintes hiérarchiques (n=164)	3 [3-4]	3 [3-4]	3 [2-4]	0,62
Avoir une activité routinière (n=164)	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]	0,45
Commettre une erreur médicale (n=164)	4.5 [4-5]	5 [4-5]	4 [3-5]	0,36
Ne pas faire face au poids des responsabilités (n=164)	4 [3-5]	4 [3-5]	3 [2-5]	0,21
Subir une charge de travail importante (n=164)	4 [2-4]	4 [3-4]	3 [2-4]	0,22
Sacrifier sa vie personnelle	4 [4-5]	5 [4-5]	4 (3-5]	0,36
Autre (n=2)	3 [1-5]	3 [1-5]	-	-
Participation aux conférences privées préparatoires aux ECN (n=159)	9 (5.7)	8 (6.8)	1 (2.4)	0,45
Type d'activité envisagé (n=124)				0,90
Activité salariée	3 (2.4)	2 (2.2)	1 (3.0)	
Hôpital Public (CH)	33 (26.6)	26 (28.6)	7 (21.2)	
Hôpital privé ou clinique	11 (8.9)	6 (6.6)	5 (15.2)	
Centre municipal ou mutualiste de santé	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Assurance Maladie	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Industrie	1 (0.8)	1 (1.1)	0 (0)	
Activité libérale de groupe	19 (15.3)	14 (15.4)	5 (15.2)	
Activité libérale seule	12 (9.7)	10 (11.0)	2 (6.1)	
Activité mixte libérale/salariée	22 (17.7)	15 (16.5)	7 (21.2)	
Activité mixte médicale/universitaire	8 (6.5)	6 (6.6)	2 (6.1)	
Je ne sais pas	12 (9.7)	9 (9.9)	3 (9.1)	
Autres	3 (2.4)	2 (2.2)	1 (3.0)	
Lieu d'exercice envisagé (n=156)				0,24
Zone urbaine	97 (62.2)	67 (58.3)	30 (73.2)	
Zone rurale	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Zone semi-rurale	36 (23.1)	29 (25.2)	7 (17.1)	
Je ne sais pas	23 (14.7)	19 (16.5)	4 (9.7)	

**pourcentage total supérieur 100% car question à choix multiples*

ANNEXE 8: Résultats de l'analyse univariée des facteurs associes au degré de certitude des souhaits d'affectation du choix de specialite classe numero 1

	Total n=150	Degré faible n=43	Degré moyen n=41	Degré fort n=66	p	OR Degré moyen brut [IC 95%]	p	OR Degré fort brut [IC 95%]	P
Age (médiane [IQR])	22 [2122]	21 [2122]	22 [2122]	22 [2122]	0,26	0.82 [0.521.30]	0,41	1.04 [0.741.46]	0,83
Sexe féminin	90 (60.0)	27 (62.8)	27 (65.9)	36 (54.5)	0,46	1.14 [0.472.79]	0,77	0.71 [0.321.56]	0,4
Lieu de vie									
Vit chez ses parents	94 (62.7)	28 (65.1)	26 (63.4)	40 (60.6)	0,89	0.93 [0.382.27]	0,87	0.82 [0.371.83]	0,64

Vit en couple	11 (7.3)	4 (9.3)	3 (7.3)	4 (6.1)	0,92	0.77 [0.163.67]	0,74	0.63 [0.152.66]	0,53
A des enfants	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	-	-	-
Catégorie socio-démographie du ou de la conjoint.e (n=10)					**0,05**		-		-
Agriculteur.trice.s exploitant.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		-		-	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2 (20.0)	1 (25.0)	0 (0)	1 (25.0)		-		-	
Professions intermédiaires	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		-		-	
Artisan.e.s, commerçant.e.s et chef.fe d'entreprise	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		-		-	
Employé.e.s	6 (60.0)	3 (75.0)	0 (0)	3 (75.0)		-		-	
Ouvrièr.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		-		-	
Retraité.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		-		-	
Sans activité professionnelle	2 (20.0)	0 (0)	2 (100)	0 (0)		-		-	
Catégorie socio-démographie de la mère (n=149)					0,7		0,62		0,74
Agriculteur.trice.s exploitant.e.s	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		-		-	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	64 (42.9)	24 (55.8)	14 (34.1)	26 (40.0)		1 (ref)		1 (ref)	
Professions intermédiaires	18 (12.1)	3 (7.0)	6 (14.6)	9 (13.8)		3.43 [0.7415.91]		2.77 [0.6711.45]	
Artisan.e .s, commerçant.e.s et chef d'entreprise	4 (2.7)	1 (2.3)	1 (2.4)	2 (3.1)		1.71 [0.1029.61]		1.85 [0.1621.69]	
Employé.e.s	48 (32.2)	11 (25.6)	15 (36.6)	22 (33.8)		2.34 [0.846.48]		1.85 [0.744.60]	
Ouvrièr.e.s	3 (2.0)	1 (2.3)	2 (4.9)	0 (0)		3.43 [0.2841.40]		-	
Retraité.e.s	3 (2.0)	1 (2.3)	1 (2.4)	1 (1.5)		1.71 [0.1029.61]		0.92 [0.0515.59]	
Sans activité professionnelle	9 (6.0)	2 (4.6)	2 (4.9)	5 (7.7)		1.71 [0.2213.56]		2.31 [0.4113.03]	
Catégorie socio-démographie du père (n=145)					0,15		0,99		1
Agriculteurs exploitants	1 (0.7)	0 (0)	0 (0)	1 (1.6)		-		-	

Cadres et professions intellectuelles supérieures	95 (65.5)	29 (69.0)	25 (62.5)	41 (65.1)		1 (ref)		1 (ref)	
Professions intermédiaires	2 (1.4)	1 (2.4)	0 (0)	1 (1.6)		-		0.71 [0.0411.78]	
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	12 (8.3)	4 (9.5)	3 (7.5)	5 (7.9)		0.87 [0.184.26]		0.88 [0.223.58]	
Employés	16 (11.0)	3 (7.1)	6 (15.0)	7 (11.1)		2.32 [0.5310.25]		1.65 [0.396.92]	
Ouvriers	7 (4.8)	0 (0)	5 (12.5)	2 (3.2)		-		-	
Retraités	11 (7.6)	5 (11.9)	0 (0)	6 (9.5)		-		0.85 [0.243.05]	
Sans activité professionnelle	1 (0.7)	0 (0)	1 (2.5)	0 (0)		-		-	
Présence d'un médecin dans la famille	44 (29.3)	12 (27.9)	16 (39.0)	16 (24.2)	0,26	1.65 [0.664.13]	0,28	0.83 [0.351.98]	0,67
Financement des études									
Financement familial	131 (87.3)	35 (81.4)	36 (87.8)	60 (90.9)	0,34	1.65 [0.495.52]	0,42	2.29 [0.737.13]	0,15
Emploi régulier	5 (3.3)	3 (7.0)	1 (2.4)	1 (1.5)	0,39	0.33 [0.033.34]	0,35	0.21 [0.022.04]	0,18
Emploi ponctuel ou saisonnier	31 (20.7)	6 (14.0)	10 (24.4)	15 (22.7)	0,43	1.99 [0.656.09]	0,23	1.81 [0.645.12]	0,26
Bourse	27 (18.0)	7 (16.3)	7 (17.1)	13 (19.7)	0,89	1.06 [0.343.34]	0,92	1.26 [0.463.47]	0,65
CESP	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	-	-	-
Autres	5 (3.3)	0 (0)	1 (2.4)	4 (6.1)	0,23	-	-	-	-
ATCD maladie chronique, accident grave ou de maladie grave (n=149)	6 (4.0)	3 (7.0)	2 (5.0)	1 (1.5)	0,38	0.70 [0.114.43]	0,71	0.21 [0.022.04]	0,18
Présence actuelle d'une maladie chronique	3 (2.0)	2 (4.7)	0 (0)	1 (1.5)	0,46	-	-	0.31 [0.033.59]	0,35
Fait d'être affecté de manière importante et durable par le décès ou la maladie d'un de vos proches (n=149)	37 (24.8)	5 (11.9)	9 (22.0)	23 (34.9)	**0,02**	2.08 [0.636.85]	0,23	3.96 [1.3711.45]	**0,01**
Niveau de stress au quotidien médian [IQR]) n=149	5 [3-7]	5 [3-7]	5 [4-7]	4 [3-7]	0,56	1.01 [0.841.22]	0,91	0.93 [0.781.10]	0,41
Fait de se sentir déprimé (n=148)	17 (11.5)	4 (9.3)	6 (14.6)	7 (10.9)	0,8	1.67 [0.446.41]	0,45	1.20 [0.334.37]	0,79

Fait d'avoir effectué une psychothérapie	28 (18.7)	10 (23.3)	6 (14.6)	12 (18.2)	0,59	0.57 [0.181.73]	0,32	0.73 [0.291.89]	0,52
Réussite du concours PACES en une tentative	54 (36.0)	21 (48.8)	12 (29.3)	21 (31.8)	0,11	0.43 [0.181.07]	0,07	0.49 [0.221.08]	0,08
Disciplines de stages souhaitées réaliser durant le cursus d'externes classées en choix n°1 (n=148)					0,27		-		0,55
M.G	5 (3,4)	1 (2,3)	0 (0)	4 (6,2)		1 (ref)		1 (ref)	
Autres spécialités médicales	99 (66,9)	29 (67,3)	32 (78,0)	38 (59,4)		-		0,33 [0,033,09]	
Spécialités chirurgicales	44 (29,7)	13 (30,2)	9 (22,0)	22 (34,4		-		0,42 [0,044,20]	
Stages préférés déjà réalisés dans le cursus médical classées en choix n°1					0,16		0,54		0,10
M.G	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		-		-	
Autres spécialités médicales	139 (92,7)	42 (97,7)	39 (95,1)	58 (87,9)		1 (ref)		1 (ref)	
Spécialité chirurgicales	11 (7,3)	1 (2,3)	2 (4,9)	8 (12,1)		2,15 [0,1924,70]		5,79 [0,7048,09]	
Raisons qui ont fait préférer le stage classé n°1 (n=121) *									
Bon encadrement	112 (92.6)	35 (92.1)	28 (93.3)	49 (92.5)	0,98	1.20 [0.197.68]	0,85	1.05 [0.224.99]	0,95
Aspect humain du stage	54 (44.6)	23 (60.5)	14 (46.7)	17 (32.1)	**0,03**	0.57 [0.221.50]	0,26	0.31 [0.130.73]	**0,008**
Bonne ambiance	48 (39.7)	15 (39.5)	14 (46.7)	19 (35.9)	0,63	1.34 [0.513.53]	0,55	0.86 [0.362.02]	0,73
Appétence/intérêt pour la spécialité	49 (40.5)	15 (39.5)	11 (36.7)	23 (43.4)	0,83	0.89 [0.332.38]	0,81	1.18 [0.502.74]	0,71
Apprentissage de nombreux gestes techniques	33 (27.3)	7 (18.4)	8 (26.7)	18 (34.0)	0,26	1.61 [0.515.10]	0,42	2.28 [0.846.18]	0,11
Peu de charge administrative	14 (11.6)	2 (5.3)	4 (13.3)	8 (15.1)	0,38	2.77 [0.4716.3]	0,26	3.20 [0.6416.01]	0,16
Présence d'un médecin sénior en stage qui représente un modèle pour vous	31 (25.6)	9 (23.7)	6 (20.0)	16 (30.2)	0,56	0.81 [0.252.59]	0,72	1.39 [0.543.60]	0,49
Beaucoup de temps libre	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	-	-	-

Utilité pour favoriser votre projet professionnel	5 (4.1)	1 (2.6)	1 (3.3)	3 (5.7)	0,85	1.28 [0.0821.28]	0,87	2.22 [0.2222.20]	0,5
Accessibilité géographique	8 (6.6)	4 (10.5)	2 (6.7)	2 (3.8)	0,37	0.61 [0.103.56]	0,58	0.33 [0.061.92]	0,22
Autres	9 (7.4)	3 (7.9)	2 (6.7)	4 (7.6)	1	0.83 [0.135.34]	0,85	0.95 [0.204.53]	0,95
Evaluation de l'empathie (médian [IQR])									
La compréhension par les médecins de ce que ressentent leurs patients et leurs familles, n'influence pas le traitement médical ou chirurgical	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	0,44	1,14 [0,731,78]	0,56	1,31 [0,881,94]	0,18
Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent	7 [6-7]	7 [7-7]	7 [6-7]	7 [6-7]	0,27	0,79 [0,381,62]	0,52	0,64 [0,341,22]	0,18
Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients	5 [4-6]	5 (4-6]	5 [4-6]	5 [4-5]	0,73	1,04 [0,741,45]	0,83	0,94 [0,701,27]	0,69
Comprendre le language du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-7]	0,57	1,22 [0,821,80]	0,33	1,24 [0,871,76]	0,24
Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	0,81	1,02 [0,741,40]	0,93	0,89 [0,671,18]	0,4
Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent	5 [4-6]	5 [5-6]	5 [4-6]	5 [3-6]	**0,08**	0,88 [0,661,16]	0,36	0,73 [0,570,95]	**0,02**
L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire	1 [1-2]	1 [1-1]	1 [1-2]	1 [1-2]	**0,04**	1,70 [0,743,92]	0,21	2,55 [1,185,52]	**0,02**
L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements	1 [1-2]	1 [1-2]	2 [1-2]	1 [1-2]	0,92	0,89 [0,581,38]	0,61	1,13 [0,801,59]	0,5
Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-6]	6 [5-7]	0,14	0,87 [0,611,22]	0,42	0,74 [0,551,01]	0,06
Les patients attachent de l'importance à la compréhension par la médecine de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi (n=149)	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-6]	6 [5-7]	0,12	0,64 [0,430,96]	**0,03**	0,76 [0,521,11]	0,16

Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical; donc les liens d'ordre affectifs des médecins avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical ou chirurgical	1,5 [1-2]	1 [1-2]	2 [1-2]	2 [1-2]	**0,02**	1,37 [0,832,25]	0,22	1,52 [0,962,40]	0,07
Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	0,96	0,80 [0,511,24]	0,31	0,94 [0,671,31]	0,71
Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l'attitude corporelle	6 [6-7]	7 [6-7]	6 [6-7]	6 [6-7]	0,09	0,63 [0,391,03]	0,07	0,65 [0,411,04]	0,07
Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie (n=149)	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]	0,70	1,25 [0,811,95]	0,32	1,29 [0,861,93]	0,22
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée	6 [5-7]	6 [5-7]	6 [5-7]	7 [5-7]	0,81	0,90 [0,681,21]	0,5	0,96 [0,731,26]	0,77
La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relation médecin-malade	7 [6-7]	7 [6-7]	7 [6-7]	6,5 [67]	0,10	0,89 [0,551,44]	0,63	0,72 [0,481,10]	0,13
Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients	5 [3-6]	5 [3-6]	5 [4-6]	5 [4-6]	0,53	1,17 [0,901,52]	0,24	1,03 [0,821,29]	0,82
Les médecines ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille	5 [4-6]	5 [4-6]	5 [4-6]	5 [4-6]	0,96	1,06 [0,811,39]	0,66	1,06 [0,831,35]	0,64
La lecture de la littérature non médicale ou les œuvres artistiques ne m'apportent aucun plaisir	1 [1-2]	1 [1-1]	1 [1-2]	1 [1-3]	**0,03**	1,09 [0,771,53]	0,64	1,33 [0,991,79]	0,06
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical	7 [6-7]	7 [6-7]	7 [6-7]	7 [6-7]	0,15	0,82 [0,541,24]	0,34	0,94 [0,631,41]	0,77
Score empathie (n=148)	113 [107-118] 58 [54-62]	115[109-119] 60[55-63]	112 [108-118.5] 58[55-61]	111 [105-117] 57[53-63]	0,24 0,28	0.98 [0.94-1.03] 0,97[0.90-1.04]	0,51 0,38	0.96 [0.92-1.01] 0,95[0.89-1,02]	0,10 0,13

Sous-score « prise de perspective » (n=149) **Sous-score « soin compatissant » (n=149)** **Sous-score « capacité à se mettre à la place du patient »**	48[45-51] 6[5 -8]	49[46-52] 6[5-8]	49[46-51] 6[4-8]	48[44-50] 7[5-8]	0,10 0,21	0,96[0,87-1,07] 1,04[0.87-1,25]	0,48 0,65	0,91[0.83-1,00] 1.15[0.981,35]	0,04 0,08
Sources de motivations par rapport au projet professionnel (médian [IQR])									
Exercer un métier utile	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	0,63	0.74 [0.391.41]	0,36	0.81 [0.441.48]	0,48
Exercer un métier varié	4.5 [4-5]	5 [4-5]	4 [4-5]	5 [4-5]	0,06	0.74 [0.451.21]	0,23	1.33 [0.812.20]	0,26
Exercer un métier gratifiant	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	0,92	1.08 [0.671.72]	0,76	0.94 [0.621.41]	0,75
Etablir une relation humaine avec mes patients (n=149)	5 [4-5]	4 [4-5]	4 [4-5]	4 [4-5]	**0,01**	0.55 [0.320.95]	**0,03**	0.54 [0.320.89]	**0,02**
Sauver les patients (n=149)	5 [4-5]	4 [3-5]	5 [4-5]	4.5 [45]	0,22	1.52 [0.992.33]	0,06	1.28 [0.911.82]	0,16
Aider et accompagner les patients	5 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	4.5 [45]	0,35	0.95 [0.521.73]	0,87	0.73 [0.441.23]	0,24
Acquérir des connaissances pointues et/ou innovantes	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [4-5]	4 [4-5]	0,77	1.24 [0.801.90]	0,33	1.16 [0.801.69]	0,44
Etre indépendant de la hiérarchie (n=148)	3 [2-4.5]	3 [2-4]	4 [2-4]	3 [2-5]	0,46	1.16 [0.841.61]	0,36	1.18 [0.881.59]	0,26
Travailler en équipe (n=149)	4 [3-4]	4 [3-4]	4 [3-4]	3.5 [34]	0,45	1.06 [0.701.60]	0,79	0.86 [0.601.24]	0,42
Avoir un salaire élevé (n=149)	4 [3-4]	4 [3-4]	4 [4-4]	4 [3-4]	0,78	1.16 [0.771.77]	0,48	1.03 [0.711.48]	0,89
Choisir un projet compatible avec les attentes de mon entourage proche (n=149)	3 [1-4]	3 [1-4]	3 [1-3]	3 [2-4]	0,6	0.92 [0.661.27]	0,6	1.09 [0.821.45]	0,54
Avoir une qualité de vie satisfaisante (n=149)	5 [4-5]	4 [4-5]	5 [4-5]	5 [4-5]	0,29	0.74 [0.411.35]	0,33	0.64 [0.371.10]	0,11
Choisir son temps de travail (n=149)	4 [3-4]	4 [3-5]	3 [3-4]	4 [3-5]	0,46	0.85 [0.601.20]	0,35	0.98 [0.711.35]	0,91
Choisir son environnement géographique du travail (n=149)	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]	0,54	0.87 [0.611.25]	0,46	0.97 [0.691.35]	0,84

Autre (n=12)	5 [4-5]	4 [1-5]	5 [4.55]	5 [5-5]	0,30	3.80 [0.2558.91]	0,34	4.86 [0.5690.97]	0,29
Craintes pour l'avenir par rapport au projet professionnel (médian [IQR])									
Faire un choix de spécialité qui ne vous conviendrait pas (n=149)	5 [4-5]	5 [4-5]	4 [4-5]	5 [3-5]	0,54	0.89 [0.591.33]	0,56	0.74 [0.521.06]	0,1
Avoir un choix de spécialité dépendant d'un seul examen (ECN) (n=149)	4 [3-5]	5 [3-5]	5 [4-5]	4 [3-5]	0,55	1.06 [0.731.54]	0,77	0.89 [0.641.22]	0,47
S'engager pour la vie dans un métier	2 [1-4]	3 [1-4]	3 [2-4]	2 [1-3]	**0,001**	1.05 [0.781.41]	0,77	0.66 [0.490.88]	**0,004**
Ne pas avoir le choix de son lieu d'exercice professionnel (n=149)	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]	0,23	0.98 [0.701.38]	0,91	1.27 [0.921.76]	0,15
Avoir une rémunération insuffisante (n=149)	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]	0,68	0.88 [0.631.24]	0,48	1.01 [0.751.37]	0,95
Réaliser un investissement financier important pour débuter l'exercice (n=149)	2 [1-3]	2 [1-3]	2 [1-3]	2 [1-3]	0,71	1.01 [0.711.43]	0,97	0.91 [0.661.25]	0,56
Etre confronté à une mauvaise ambiance professionnelle	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [4-5]	4 [3-5]	0,47	1.27 [0.841.94]	0,26	0.94 [0.671.33]	0,75
Etre confronté aux contraintes de l'Assurance Maladie	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-3]	3 [2-4]	0,18	0.94 [0.661.35]	0,76	1.22 [0.881.68]	0,23
Assumer un poids trop important de charges administratives	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-4]	4 [3-5]	0,46	0.99 [0.681.43]	0,95	1.19 [0.841.67]	0,33
Etre confronté au poids et aux contraintes hiérarchiques (n=149)	3 [3-4]	3 [3-4]	3 [2-4]	3 [3-4]	0,9	0.99 [0.691.42]	0,95	1.05 [0.751.45]	0,79
Avoir une activité routinière (n=149)	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]	3 [2-4]	0,42	1.18 [0.861.62]	0,3	1.20 [0.901.59]	0,21
Commettre une erreur médicale (n=149)	5 [4-5]	4 [3-5]	5 [4-5]	4 [4-5]	0,09	1.77 [1.062.94]	**0,03**	1.11 [0.761.61]	0,61
Ne pas faire face au poids des responsabilités (n=149)	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [4-5]	3 [2-4]	**0,001**	1.35 [0.931.97]	0,12	0.72 [0.530.98]	**0,04**
Subir une charge de travail importante (n=149)	4 [2-4]	4 [2-5]	4 [3-4]	3 [2-4]	0,08	0.90 [0.631.28]	0,57	0.73 [0.531.00]	**0,05**
Sacrifier sa vie personnelle	4 [3-5]	4 [3-5]	4 [3-5]	4.5 [45]	0,87	1.02 [0.701.48]	0,92	1.07 [0.761.51]	0,68
Autre (n=2)	3 [1-5]	1 [1-1]	5 [5-5]	-	0,32	-	-	-	-

Fait de participer aux conférences privées préparatoires aux ECN (n=145)	9 (6.2)	1 (2.4)	2 (5.0)	6 (9.4)	0,38	2.11 [0.1824.18]	0,55	4.14 [0.4835.70]	0,2
Type d'activité envisagé (n=113)					0,36		0,9		0,61
Activité salariée	2 (1.8)	1 (2.9)	1 (3.0)	0 (0)		0.57 [0.0310.43]		-	
Hôpital Public (CH)	31 (27.4)	8 (25.5)	14 (42.4)	9 (19.6)		1 (ref)		1 (ref)	
Hôpital privé ou clinique	9 (8.0)	1 (2.9)	1 (3.0)	7 (15.2)		0.57 [0.0310.44]		6.22 [0.6262.16]	
Centre municipal ou mutualiste de santé	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		-		-	
Assurance Maladie	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		-		-	
Industrie	1 (0.9)	0 (0)	0 (0)	1 (2.2)		-		-	
Activité libérale de groupe	17 (15.0)	3 (8.8)	5 (15.1)	9 (19.6)		0.95 [0.185.08]		2.67 [0.5313.43]	
Activité libérale seule	10 (8.8)	4 (11.8)	2 (6.1)	4 (8.7)		0.29 [0.041.92]		0.89 [0.174.78]	
Activité mixte libérale/salariée	21 (18.6)	7 (20.6)	5 (15.1)	9 (19.6)		0.41 [0.101.72]		1.14 [0.294.51]	
Activité mixte médicale/universitaire	8 (7.1)	3 (8.8)	2 (6.1)	3 (6.5)		0.38 [0.052.78]		0.89 [0.145.72]	
Je ne sais pas	11 (9.7)	6 (17.6)	3 (9.1)	2 (4.3)		0.29 [0.061.47]		0.30 [0.051.91]	
Autres	3 (2.6)	1 (2.9)	0 (0)	2 (4.3)		-		1.78 [0.1323.52]	
Lieu d'exercice souhaité (n=144)					0,07		0,1		0,27
Zone urbaine	90 (62.5)	23 (53.5)	28 (73.7)	39 (61.9)		1 (ref)		1 (ref)	
Zone rurale	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		-	-	-	-
Zone semi-rurale	32 (22.2)	11 (25.6)	3 (7.9)	18 (28.6)		0.22 [0.060.90]		0.97 [0.392.40]	
Je ne sais pas	22 (15.3)	9 (20.9)	7 (18.4)	6 (9.5)		0.64 [0.211.98]		0.39 [0.121.25]	

SUMMARY

YEAR: 2019

AUTHOR: ATEMKENG NANFACK Georgette

THESIS SUPERVISORS: DAWIDOWICZ Sébastien and FERRAT Emilie

THESIS TITLE: Associated factors and elements determining the implementation of the professional project of the students in their First Year of the second cycle of medical studies in PARIS EST CRETEIL MEDICAL FACULTY.

Introduction: The professional project is an autonomous and dynamic initiative, anchored in the present and established on the background and the future aspirations of the students. The purpose is to identify their motivations and fears for the future; as well as the main factors associated with the establishment of their professional projects.

Tools and methods: We use an observational, descriptive, analytical and transversal inquiry targeting the students in their second cycle; which consists of a questionnaire and an empathy study. We looked for factors associated with 3 defined variables: the degree of certainty about the appointment choice, the willingness to get involved in General Practice (G.P) and the willingness to stay at UPEC.

Results: Some drives and fears of the students for their future were expressed as following: to practice a useful job, to help and assist the patients, to make a medical mistake and to choose an unsuitable specialization. The main factors related to the fact of "choosing G.P", "stay at UPEC", "an high degree of certainty about the first appointment choice" were respectively: the fear of engaging in a profession for life, to live with his/hers parents and the motivation to exercise a varied profession.

Debate: Concerning the drives and fears, the results are matching the data of the current literature on the topic. For the associated factors, the collected data are to be noted but should be completed by a larger-scale qualitative inquiry.

Conclusion: The factors associated with the establishment of a professional project stay intimately connected to the student but he/she can be accompanied.

KEY WORDS :

-career choice
-intention
-empathy
-motivation
-fear

ADDRESS OF THE TRAINING AND RESEARCH UNIT : 8, Rue du Général SARRAIL
94010 CRETEIL CEDEX

RESUME

ANNEE : 2019

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : ATEMKENG NANFACK Georgette

DIRECTEUR.ICE.S DE THESE : DAWIDOWICZ Sébastien et FERRAT Emilie

TITRE DE LA THESE : Facteurs associés et éléments déterminant la mise en place du projet professionnel des étudiants en première année du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) de la faculté de médecine de Paris Est Créteil

Introduction : Le projet professionnel est une démarche autonome et dynamique, ancrée dans le présent et fondée sur l'histoire et les aspirations de l'étudiant.e. L'objectif est d'identifier les motivations, craintes et facteurs associés à l'élaboration du projet professionnel.

Matériel et méthode : Etude observationnelle, descriptive, analytique, transversale de type enquête, menée chez les étudiant.e.s entrant en DFASM; à l'aide d'un questionnaire auto-administré simultanément à une étude sur l'empathie. Nous avons recherché les facteurs associés à 3 variables définies : degré de certitude du choix d'affectation future, fait de faire ou non de la M.G et de rester ou non à l'UPEC.

Résultats : Les principales sources de motivation et craintes des étudiant.e.s étaient : « exercer un métier utile », « aider et accompagner les patients » ; « commettre une erreur médicale » et « faire un choix de spécialité qui ne convient pas ». Les principaux facteurs associés au fait «de choisir la M.G », « rester à l'UPEC » et « un degré de certitude fort pour le souhait d'affectation classé numéro 1 » étaient respectivement : crainte de s'engager dans un métier pour la vie, vivre chez ses parents et motivation d'exercer un métier varié.

Discussion : Pour les sources de motivation et craintes, les résultats s'inscrivent dans les données de la littérature. Pour ce qui est des facteurs associés, les données recueillies sont intéressantes mais devraient être complétées par une étude qualitative à plus grande échelle.

Conclusion : Les facteurs associés à l'élaboration d'un projet professionnel restent intrinsèques à l'étudiant.e mais il/elle peut être accompagné.e.

MOTS-CLES :
-choix de carrière
-intention
-empathie
-motivation
-peur

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL
94010 CRETEIL CEDEX