

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 091

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Stéphanie SABLONNIERE

née le 14 novembre 1983 à Lille

Présentée et soutenue publiquement le 06 octobre 2016

**ETUDE DES DETERMINANTS INFLUENÇANT LE CHOIX
DE LA MEDECINE GENERALE A NANTES :**

***Enquête auprès des étudiants de deuxième cycle et des internes de
médecine générale à la faculté de médecine de Nantes***

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON

Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Remerciements

Monsieur le Professeur Rémy SENAND,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté à mon projet dès notre première rencontre mais également pour le temps passé à la relecture et pour vos judicieux conseils. Je suis admirative devant votre dévouement aux étudiants avec les nombreuses thèses que vous encadrez, à la direction du DMG et aux enseignements que vous dispensez sans oublier vos patients au cabinet. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON,

Vous avez cordialement participé à ce travail. Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Pierre POTTIER et Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN,

Vous avez accepté avec spontanéité de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A l'ensemble des étudiants ayant pris du temps pour participer à cette étude, je vous remercie pour votre solidarité.

A Sophie MAUPETIT et à l'équipe du SIMGO pour la diffusion des questionnaires.

Aux docteurs Francis TIRLOY et Alain GARANX, je vous remercie pour vos bons soins quand j'étais enfant, vous m'avez fait découvrir votre profession que vous exerciez avec tant d'enthousiasme et de bienveillance.

A tous les médecins que j'ai eu l'occasion de rencontrer en stage au CHRU de Lille qui m'ont enseigné l'art de la médecine « au lit du malade » et les enseignants de la faculté de médecine de Lille. Je remercie particulièrement les professeurs Eric BOULANGER, Dominique CHEVALIER, Charlotte CORDONNIER, Philippe DERUELLE, Alain PRAT, Damien SUBTIL ainsi que les docteurs Vincent DODIN, Philippe DUFOUR, Patrick GOLDSTEIN, Francis JUTHIER, Geoffroy MORTUAIRE, Susanna SCHRAEN et Marie-Lyse TESTARD.

Aux docteurs Véronique DOUAY-LARIVIERE et Philippe FRANKOWSKI, grâce à vous j'ai découvert l'exercice de la médecine générale ambulatoire, vous avez su me transmettre la passion de ce beau métier avec l'écoute du malade, l'adaptabilité aux diverses situations rencontrées.

Aux médecins et aux équipes paramédicales des hôpitaux de Nantes ainsi qu'aux enseignants du DMG de Nantes, je vous remercie de m'avoir aidée à progresser de semestre en semestre en m'enrichissant de vos enseignements.

Aux docteurs Pierre-Marie LINET, Florin STANESE, Théodore-Jean MESSIAC et François DECAGNY, vous m'avez accordé votre confiance pour me confier votre patientèle.

A mes parents pour leur amour et leur soutien. J'étais tellement émue quand vous m'avez offert mon premier stétho ! Maman, tu m'as toujours là pour me remonter le moral quand ça n'allait pas. Papa, tu m'as apportée toutes tes lumières en biochimie et en biologie moléculaire.

A mon frère, Hubert, merci pour m'avoir supportée depuis 30 ans ! Même si nous avons pris deux voies très différentes et que nous sommes éloignés par 500 kilomètres de distance, je serai toujours là pour t'écouter comme tu as toujours été là pour moi.

A mes grands-parents, mes oncles et tantes et cousins/cousines, merci pour votre soutien et vos encouragements.

A mes amis de Lille, de Nantes et d'ailleurs, merci pour tous ces moments de rire et de détente qui m'ont aidée à tenir pendant les révisions. Luc, Marie-Paule, Guillaume, Olivia, Gilles, Mélanie, merci de nous avoir fait découvrir cette belle région et de nous avoir donné envie de rester.

A mes co-externes et mes co-internes, notamment Julien, Iryna, Alexandra, Adrien, Damien, PH, Clémence, Julie, Fanny et Emeline, merci pour le partage d'émotions et l'entraide.

A mes 2 adorables filles, Manon et Lise, vous m'apportez tellement de joie et de bonheur au quotidien. Je vous remercie pour votre patience depuis le début de cette thèse et c'est promis à partir de maintenant j'aurai plus de temps à vous consacrer.

A Eddy, mon amour, tu es d'un soutien sans faille depuis un peu plus de 8 ans. Je te remercie pour toute l'aide que tu m'as apportée pendant mon internat et la relecture de cette thèse. Tu as réussi à me faire prendre confiance en moi afin que je devienne un meilleur médecin.

Table des matières

I. INTRODUCTION	9
1.1 Etat des lieux de la démographie médicale en France :	10
1.1.1 Disparité des effectifs médicaux en France :	10
1.1.2 Une diminution inquiétante des effectifs de médecins généralistes en France :	10
1.1.3 Les généralistes sont attirés par la façade atlantique :	11
1.1.4 Deux départements très attractifs pour les médecins généralistes :	11
1.2 Importante mutation du corps médical depuis un demi-siècle :	12
1.2.1 La profession de médecin généraliste a perdu de son aura :	12
1.2.2 Féminisation de la profession :	13
1.2.3 Moins d'investissement dans le travail pour une meilleure qualité de vie :	14
1.2.4 Un mode d'exercice délaissant le libéral au profit du salariat :	15
1.3 Historique de la médecine générale :	15
1.3.1 Les médecins en concurrence avec les officiers de santé :	15
1.3.2 Rétablissement du monopole des soins au profit des médecins :	16
1.3.3 Croissance des effectifs médicaux et féminisation de la profession :	16
1.3.4 L'instauration d'un numerus clausus :	16
1.3.5 Evolution de la pratique médicale :	16
1.3.6 Le mouvement de spécialisation de la médecine :	17
1.3.7 Essor de la médecine salariée et hospitalo-centrisme :	17
1.3.8 La médecine générale peine à entrer à l'université :	18
1.4 La médecine générale, une spécialité pas comme les autres :	21
1.4.1 Le « carré de White » :	21
1.4.2 La définition de la médecine générale :	22
1.4.3 Les 11 caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille :	23
1.5 Le choix de la médecine générale aux ECN :	27
1.5.1 L'accès au troisième cycle des études médicales :	27
1.5.2 La ville de Nantes attire les étudiants aux ECN, surtout pour la médecine générale :	27
1.6 Le phénomène nantais :	28
1.7 Intérêt de l'étude :	28
1.8 Objectifs :	30
II. MATERIELS ET METHODES	31
2.1 Description de l'étude :	32
2.1.1 Type d'étude :	32
2.1.2 Population de l'étude :	32

2.1.3 Période de l'étude :	32
2.2 Questionnaires :	32
2.2.1 Elaboration des questionnaires :	32
2.2.2 Test de faisabilité :	32
2.2.3 Thèmes du questionnaire concernant les étudiants de DFASM :	33
2.2.4 Thèmes du questionnaire concernant les internes de médecine générale :	33
2.2.5 Distribution des questionnaires :	34
2.2.6 Recueil des données :	35
2.3 Analyse statistique :	35
III. RESULTATS.....	37
3.1 Contexte local des études médicales à la faculté de Nantes :	38
3.1.1 La PACES :	38
3.1.2 DFGSM :	38
3.1.3 DFASM :	39
3.1.4 Troisième cycle de médecine générale :	40
3.2 Etudiants de DFASM :	43
3.2.1 Répondants au questionnaire :	43
3.2.2 Sexe :	43
3.2.3 Année d'études :	44
3.2.4 Milieu d'enfance :	45
3.2.5 Activité professionnelle du père :	45
3.2.6 Activité professionnelle de la mère :	47
3.2.7 Situation matrimoniale :	50
3.2.8 Autre formation avant d'entrer en faculté de médecine :	50
3.2.9 Stage d'externe en médecine générale :	51
3.2.10 Choix aux ECN envisagé pour la spécialité :	53
3.2.11 Choix aux ECN envisagé pour la ville :	55
3.2.12 Choix de la médecine :	58
3.2.13 Information suffisante sur le métier de médecin généraliste :	62
3.2.14 Image de la médecine générale :	63
3.3 Internes de médecine générale :	66
3.3.1 Répondants au questionnaire :	66
3.3.2 Sexe :	66
3.3.3 Nombre de semestres validés :	67
3.3.4 Milieu d'enfance :	67
3.3.5 Activité professionnelle du père :	68

3.3.6 Activité professionnelle de la mère :.....	69
3.3.7 Situation matrimoniale :.....	72
3.3.8 Autre formation avant d'entrer en faculté de médecine :.....	73
3.3.9 Stage d'externe en médecine générale :.....	74
3.3.10 Stage praticien niveau 1 :	75
3.3.11 SASPAS :.....	76
3.3.12 Choix de la médecine :	76
3.3.13 Les ECN :	81
3.3.14 Faculté de deuxième cycle :	84
3.3.15 Qualificatifs pour Nantes et sa région :.....	85
3.3.16 Propositions déterminantes dans le choix de Nantes aux ECN :.....	85
3.3.17 Exercice futur :.....	87
IV. DISCUSSION.....	91
4.1 Forces et limites de l'étude :	92
4.2 Caractéristiques socio démographiques de notre échantillon :	93
4.2.1 Taux de participation à l'étude :.....	93
4.2.2 Répartition par sexe :	94
4.2.3 Situation familiale :	95
4.2.4 Niveau social des parents :.....	96
4.3 Stages ambulatoires en médecine générale de 2 ^e et 3 ^e cycle :.....	100
4.3.1 Stage ambulatoire de deuxième cycle :	100
4.3.2 Stage ambulatoire de 3 ^e cycle en médecine générale :.....	102
4.3.3 SASPAS :.....	102
4.4 Choix de la médecine :	104
4.4.1 Pourquoi envisage-t-on de faire médecine :.....	104
4.4.2 A quel moment envisage-t-on de faire médecine :.....	105
4.4.3 Facteurs influençant le moment du choix de faire médecine :.....	106
4.5 Encouragements/découragements à faire médecine générale :.....	107
4.6 Image de la médecine générale chez les étudiants de 2 ^e cycle :	108
4.7 Information sur le métier de médecin généraliste chez les étudiants de DFASM :.....	111
4.8 Le choix souhaité aux ECN chez les étudiants de 2 ^e cycle pour la spécialité :	111
4.8.1 Influence du sexe sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :.....	111
4.8.2 Influence de l'année d'études sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :	112
4.8.3 Influence du milieu d'enfance sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :	112
4.8.4 Influence du niveau social des parents sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :.....	113

4.8.5 Influence du fait d'avoir réalisé une autre formation avant médecine sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :	113
4.8.6 Influence du fait d'avoir réalisé le stage ambulatoire de 2 ^e cycle sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :	114
4.9 Le choix de la médecine générale aux ECN par les internes de médecine générale :	114
4.10 Le choix souhaité aux ECN chez les étudiants de 2 ^e cycle pour la ville :	117
4.10.1 Influence du sexe sur le choix de la ville envisagé aux ECN :	118
4.10.2 Influence de l'année d'études sur le choix de la ville envisagé aux ECN :	118
4.10.3 Influence du milieu d'enfance sur le choix de la ville aux ECN :	118
4.10.4 Influence du fait d'avoir entrepris une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine sur le choix de la ville envisagé aux ECN :	118
4.11 Le choix de Nantes aux ECN par les internes de médecine générale :	119
4.12 Les déterminants du choix de la médecine générale à Nantes :	121
4.13 L'exercice futur par les internes de médecine générale :	126
4.13.1 Mode d'exercice futur :	126
4.13.2 Secteur d'exercice futur :	128
4.13.3 Milieu d'exercice futur :	128
4.13.4 Lieu d'exercice futur envisagé :	130
CONCLUSION	131
BIBLIOGRAPHIE :	134
ANNEXES	141
Questionnaire destiné aux étudiants de DFASM :	141
Questionnaire destiné aux internes de médecine générale :	148
Réponses des étudiants de DFASM à la question ouverte sur le choix de Nantes :	159
Réponses des internes de médecine générale à la question ouverte sur le choix de Nantes :	163
Tableaux d'analyse statistique :	168
Liste des abréviations	187

I. INTRODUCTION

1.1 Etat des lieux de la démographie médicale en France :

Au premier janvier 2016, selon le CNOM, on dénombre 285 840 médecins en France, soit deux fois plus qu'en 1979. Et pourtant, de plus en plus de territoires dits « déserts médicaux » peinent à attirer un médecin généraliste ou un spécialiste d'organe.

Si l'on observe ce phénomène c'est d'une part parce que le nombre de médecins retraités est en forte augmentation (+87,7% entre 2007 et 2016) pendant que le nombre de médecins en activité régulière reste stable (-0,4% entre 2007 et 2016). La population française, qui augmente inéluctablement et vieillit avec une augmentation des besoins médicaux se retrouve devant une diminution de l'offre médicale. D'autre part, les médecins ne sont pas équitablement répartis sur le territoire avec de grandes disparités sur le plan des variations d'effectifs médicaux et des densités médicales. Il existe donc des zones attractives et d'autres qui sont non attractives pour les médecins. (1)

1.1.1 Disparité des effectifs médicaux en France :

Sur le plan régional, la région Ile-de-France semble être la moins attractive avec une diminution de 7% de ces effectifs médicaux entre 2007 et 2016. Tandis que la région Pays-de-la-Loire apparaît être la plus attractive de France avec une augmentation de 7% de ses effectifs médicaux sur la même période.

Sur le plan départemental, il en est de même avec certains départements plutôt délaissés comme l'Yonne (-17%), le Cher (-15%) et la Creuse (-14%). Mais il n'y a pas que dans le Centre, les banlieues parisiennes également sont touchées par la désertification avec, par exemple, une diminution de 12% des effectifs médicaux sur la période 2007-2016 dans le département des Yvelines. A l'opposé, le département de Loire-Atlantique ressort comme le plus attractif de France (+13%). Il devance la Haute-Savoie (+12%) et les départements Doubs, Maine-et-Loire, Savoie (ex-aequo à +9%). (1)

1.1.2 Une diminution inquiétante des effectifs de médecins généralistes en France :

Du fait de leurs effectifs conséquents, les médecins généralistes sont les premiers impactés par l'importance des départs en retraite. Ces départs importants résultent des effectifs conséquents d'étudiants en médecine formés dans les années 1970, avant l'instauration du *numerus clausus*. Sachant qu'il faut au minimum 9 ans pour mettre un étudiant en médecine sur le marché du

travail, les étudiants formés dans les années 1985-2005, où le numerus clausus était au plus bas, arrivent sur le marché du travail dans la période 1995-2015 et ne peuvent pas compenser les départs.

Alors que sur la période 2007-2016, le nombre de médecins généralistes inscrits à l'Ordre, en activité régulière a chuté de 8,4%, le nombre de spécialistes médicaux a lui progressé de 7% (sauf en pédopsychiatrie, médecine du travail, dermatologie, rhumatologie où il chute) et celui des spécialités chirurgicales de 8,5% (sauf en chirurgie générale, ORL, ophtalmologie où il diminue). Si le numerus clausus est maintenu à 8000 jusqu'en 2020 comme annoncé, si les comportements des médecins et les mesures politiques restent les mêmes, les effectifs de médecins devraient évoluer de la même façon pour atteindre 81 455 médecins généralistes, 91 012 médecins spécialistes médicaux et 26 235 médecins spécialistes chirurgicaux en 2025. Cela signifie alors que la France perdrait 15 557 médecins généralistes en activité régulière entre 2007 et 2025, soit l'équivalent de la population de médecins généralistes inscrits en activité régulière en 2016 en Ile-de-France. (1,2)

1.1.3 Les généralistes sont attirés par la façade atlantique :

Sans surprise, la région Ile-de-France est délaissée par les généralistes avec une baisse de 18,7% de ses effectifs entre 2007 et 2016. A noter que les régions Pays-de-la-Loire et Bretagne sont les seules à ne pas voir leur nombre de spécialistes en médecine générale diminuer durant la période 2007-2016 avec respectivement +1,3% et +0,4% d'augmentation. (1)

1.1.4 Deux départements très attractifs pour les médecins généralistes :

Les départements les plus attractifs pour la médecine générale sont la Loire-Atlantique et la Savoie (+8% d'augmentation entre 2007 et 2016), le Maine-et-Loire, lui, a connu 3% d'augmentation. A l'inverse, Paris et la Nièvre connaissent les plus fortes diminutions d'effectifs de médecins généralistes (-25%).

Sur la période 2007-2016, on note une diminution de la variation de la densité de médecins généralistes en activité régulière sauf dans deux départements : la Loire-Atlantique et la Savoie avec respectivement +0,6% et +0,3% d'augmentation. (1)

1.2 Importante mutation du corps médical depuis un demi-siècle :

1.2.1 La profession de médecin généraliste a perdu de son aura :

Auparavant, le médecin était un notable, le plus souvent un nanti et un généraliste qui exerce en libéral, ne connaissant pas les contraintes administratives en fixant librement ses honoraires et respecté par tous. Il détient le monopole du savoir médical, la population étant alors souvent ignorante sur les questions de santé à l'époque. Aujourd'hui, il est soumis aux contraintes économiques, aux réglementations de l'assurance maladie. Il doit désormais rendre des comptes aux patients qui sont de mieux en mieux informés. Cette évolution a participé à la naissance d'un malaise au sein de la profession. Les craintes exprimées par les médecins sont :

- Les impératifs économiques : les médecins ont peur de voir mise à mal leur liberté de prescription par la multiplication des références médicales et des injonctions de l'assurance maladie
- Un exercice de plus en plus encadré : ils sont réticents aux interventions de l'Etat : la FMC obligatoire, la nécessité de s'informatiser et de télétransmettre les feuilles de soins sont perçus comme faire du médecin un employé de la sécurité sociale quasi bénévolement. De plus, avec les contrôles de l'assurance maladie, les médecins ont l'impression d'être victimes d'une stratégie du soupçon.
- La pression croissante des patients : avec l'obligation d'informer les patients des risques éventuels d'un acte médical, le libre accès au dossier médical et l'évolution des connaissances médicales et les exigences des patients, les médecins redoutent alors comme aux Etats-Unis, la multiplication des procès en médecine.
- Les rancœurs provoquées par les querelles incessantes entre généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers.

Ils sont nombreux à penser que les conditions d'exercice de la médecine vont se dégrader dans les années à venir. (2)

Un sondage a été réalisé en octobre et novembre 2015 auprès des médecins (toute spécialité confondue) et du grand public afin d'étudier le vécu des médecins et la perception des français sur la médecine d'aujourd'hui nous donne une image assez pessimiste de la médecine. En 2015, « 89% des médecins sont fiers d'appartenir à la profession mais médecins comme patients s'accordent à dire que c'est un métier dévalorisé, à l'exercice de plus en plus contraignant. 97% des médecins pensent que le médecin subit trop de contraintes réglementaires, économiques et

administratives. 88% des médecins et 79% des français estiment que le risque médico-légal pèse sur les médecins. »

De plus, « 53% seulement des médecins recommanderaient à quelqu'un de suivre leur voie. 97% des patients déclarent que la relation est bonne avec leur médecin traitant. 46% des français estiment que la relation médecin-patient a plutôt tendance à se détériorer (moins de temps au soin). Face à l'avenir, seuls 39% des médecins se disent confiants pour leur propre avenir professionnel. 74% des médecins se disent « pessimistes » pour l'avenir de la profession. » (3)

1.2.2 Féminisation de la profession :

Auparavant, la figure historique du médecin de famille en France est un praticien homme offrant à ses patients une grande disponibilité temporelle, soutenu le plus souvent par la présence d'une épouse ne travaillant pas. Mais à une époque de partage des tâches domestiques et de l'éducation, les femmes ne peuvent pas tenir ce même type de rôle.

« La femme, depuis l'Antiquité, pouvait être guérisseuse, sage-femme, puis infirmière. » La médecine a commencé à se féminiser depuis une cinquantaine d'années grâce à quelques pionnières, le taux de féminisation en médecine passe de 10% en 1962 à 36% en 2003. Les femmes sont désormais majoritaires dans les études de médecine. (4)

A la fin des années 60, on note une accélération notoire du mouvement de féminisation avec l'explosion démographique de la population médicale et l'essor des spécialités médicales exercées en ville. Les premières femmes médecins sont des spécialistes. La féminisation de la médecine générale débute avec la réforme des études médicales en 1982. Jusqu'en 1984, il existe deux voies pour accéder aux spécialités :

- Le concours de l'internat ou voie de l'excellence davantage empruntée par les hommes car elle ouvre aux carrières hospitalo-universitaires prestigieuses
- Le CES, privilégiés par les femmes.

En 1984, avec la suppression des CES, les femmes se sont retrouvées proportionnellement plus nombreuses à devenir médecins généralistes que spécialistes. (5)

Cette augmentation de la féminisation ne se constate pas que dans les études médicales : tableau de l'évolution comparée des taux de féminisation parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures entre 1982 et 2005 :

	1982	1990	2000	2005
<i>Médecins</i>	24,0	29,6	36,4	38,4
<i>Avocats</i>	34,6	39,5	46,0	47,3
<i>Architectes</i>	7,5	11,7	17,0	17,6
<i>Cadres de la fonction publique</i>	24,0	28,0	31,0	37,5
<i>Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise</i>	6,0	11,0	14,0	16,5
<i>ensemble de la population active occupée</i>	38,3	43,2	45,5	45,8

(5)

Au premier janvier 2016, les femmes médecins généralistes en activité régulière représentent 29,5% de ceux âgés d'au moins 60 ans, 52% de ceux âgés de 45 à 54 ans et 67% de ceux âgés de moins de 35 ans. (1)

On peut faire les mêmes constats dans les systèmes de soins du Québec francophone, de divers pays européens ou aux Etats-Unis : La féminisation médicale est en augmentation constante dans l'ensemble des pays observés. (6)

La féminisation de la profession a au départ inquiété, selon certains elle contribuerait à la « dégradation des conditions d'exercice » (perte du sens de la vocation, stagnation des revenus, diminution du prestige et du respect du métier aux yeux de la population) et à la « désertification médicale ». Pourtant, on constate que parmi les médecins âgés de moins de 40 ans, qualifiés en médecine générale, 60% sont des femmes qui ont fait le choix d'exercer en libéral ou mixte. (7)

1.2.3 Moins d'investissement dans le travail pour une meilleure qualité de vie :

La nouvelle génération souhaite l'équilibre entre vie privée remplie et vie professionnelle satisfaisante, les hommes comme les femmes. (8) Une thèse réalisée par N. Buronfosse en 2009 à la faculté de médecine d'Angers a montré les résultats suivants : « la jeune génération de médecins généralistes souhaite limiter son temps d'activité professionnelle en favorisant le regroupement de médecins et en améliorant leur organisation de travail. Pour les 2 sexes, l'amélioration de la condition de vie est une priorité. » (9)

Dans une étude de janvier 2006 sur les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins, on note que : « les médecins des "jeunes générations" aspirent à une moindre disponibilité temporelle pour leur travail. Cependant cette aspiration ne se traduit pas par une réduction drastique du temps de travail des médecins ni par une moindre implication dans le travail ou une moindre préoccupation pour la qualité des soins. » (10)

1.2.4 Un mode d'exercice délaissant le libéral au profit du salariat :

Le nombre de médecins généralistes libéraux n'a pas augmenté entre 1995 et 2005 tandis que le nombre de médecins généralistes salariés a fortement augmenté : +0,1% pour les omnipraticiens libéraux et mixtes (ayant un exercice libéral et une activité salariée à temps partiel), +29% pour les généralistes salariés hospitaliers et +19,6% pour les généralistes salariés non hospitaliers.

C'est à partir de 1998 que le rapport entre médecine libérale et salariée s'inverse en médecine générale : en 1997, sur 2260 nouveaux inscrits au Tableau de l'Ordre en médecine générale, 956 ont un mode d'exercice salarié et 1304 un exercice libéral. En 2007, sur 2935 nouveaux inscrits, 2151 ont un mode d'exercice salarié et 784 un exercice libéral. (5)

Au premier janvier 2016, 56,9% des médecins généralistes travaillent en libéral, soit une diminution de 13,5% depuis 9 ans. 36,5% des médecins généralistes travaillent en salariat, soit une diminution de 8,3% depuis 9 ans. 6,5% des médecins généralistes travaillent sur le mode mixte, soit une augmentation de 5,3% depuis 9 ans. (1)

1.3 Historique de la médecine générale :

1.3.1 Les médecins en concurrence avec les officiers de santé :

La fin du 18^e siècle et le 19^e siècle voient se réorganiser la profession médicale. Le décret de Marly de 1707 avait donné le monopole des soins aux docteurs en médecine. La Révolution française ouvre une période où l'ordre médical ancien est aboli (suppression des corporations et des Universités). Ces nouvelles conditions d'accès à la profession permettent de former plus rapidement les professionnels de santé dans un contexte de lourdes pertes due à la guerre contre l'Autriche. La loi du 10 mars 1803 crée le statut des officiers de santé. La profession médicale ne dispose plus du monopole de soins. (11)

1.3.2 Rétablissement du monopole des soins au profit des médecins :

Antoine Daniel Chevandier, lui-même médecin a donné son à la loi du 30 novembre 1892 qui reconnaît le monopole des soins aux médecins. Les officiers de santé n'ont plus accès à l'exercice de la médecine. (11)

1.3.3 Croissance des effectifs médicaux et féminisation de la profession :

Dès la fin du 19^e siècle et dans la première moitié du 20^e siècle, on constate une progression importante des effectifs médicaux ; on compte au total 14 376 médecins en 1876, 15 017 en 1896 et 26 042 en 1936.

Dans la même période, la France connaît une féminisation de la profession.

La densité médicale a continué à croître de façon importante : 97,1 médecins pour 100 000 habitants en 1958 et 296,8 en 1997. (2)

1.3.4 L'instauration d'un numerus clausus :

L'entrée massive d'étudiants en médecine à la fin des années 60 a conduit à l'instauration d'un numerus clausus en 1971 pour réguler la demande de stages à l'hôpital en nombre limité, suite à l'arrivée après-guerre de la génération « baby-boom ». D'autre part, le gouvernement a cherché à contrôler les dépenses de santé en diminuant le nombre de médecins formés. (5) Les syndicats de médecins ont rejoint les pouvoirs publics dans cette décision par crainte que cette « pléthore médicale » soit à l'origine d'une diminution de leurs revenus voire les mette au chômage. Le numerus clausus va être fixé à 8588 en 1971, il est de 8661 en 1976, puis diminue drastiquement à 3500 en 1993 et 1994. Il augmente à nouveau à partir des années 2000, il atteint le nombre de 7000 places d'étudiants admis en 2^e année de médecine en 2006. (12)

En 2015, il est de 7497. (7)

1.3.5 Evolution de la pratique médicale :

Avant 1940, la pratique libérale domine en milieu urbain avec peu de contraintes administratives et financières. Alors qu'après 1945, la France connaît une diminution du nombre d'installations en milieu urbain et une augmentation du nombre d'installations en milieu rural. On constate alors le début du déclin du modèle de la médecine générale libérale comme modèle unique avec d'une part, en 1945 : la création de la sécurité sociale ouvrant des soins à tous et d'autre part, les progrès des connaissances médicales et le développement des

techniques scientifiques faisant émerger un nouveau mode d'exercice : l'exercice spécialisé en ville. (2)

1.3.6 Le mouvement de spécialisation de la médecine :

Il se développe au XIX^e siècle dans les hôpitaux, n'entre pas encore dans les facultés où il suscite de multiples résistances. Les spécialistes constituent alors une catégorie dépréciée de médecins. Puis, dans une comparaison avec l'Allemagne, le contexte politique pointe le retard de la science médicale française qui serait dû aux dysfonctionnements de ses institutions principales ; l'hôpital et la faculté, les spécialités prennent donc leur essor dans les facultés. On observe alors une augmentation rapide des spécialistes libéraux et du nombre de spécialités. (5)

Dans les années 1940-1950, les CES se développent rapidement dans les facultés. Selon les chiffres de G Weisz, la part des spécialistes dans le corps médical est de 32% en 1967, 39% en 1980, 42% en 1982 puis se stabilise autour de 50% des années 1990 à nos jours.

L'arrêté du 06.10.1949 a codifié la spécialisation des médecins, il établit la liste des spécialités et les conditions de leur reconnaissance avec la création des premiers certificats de spécialités. En 1949, on reconnaît 11 spécialités, 22 au milieu des années 80, 50 au début du XXI^e siècle et même 100 si l'on considère les sous-spécialités. (5)

1.3.7 Essor de la médecine salariée et hospitalo-centrisme :

La réforme Debré de 1958 a mis en place les CHU ayant une triple activité de soins, d'enseignement et de recherche. L'augmentation du nombre de spécialités d'organes axées sur le soin technique a laissé penser qu'elles seraient susceptibles de résoudre tous les problèmes de santé de la population. (13)

Elle a contribué à créer une inégalité entre généralistes et spécialistes. Ces spécialistes, salariés à l'hôpital sont les détenteurs d'un savoir approfondi, formant « l'élite hospitalière universitaire » et plébiscités par les médias et la population d'où la forte valorisation des différentes spécialités au cours des études médicales. (2)

La médecine générale apparaît alors en retrait de l'évolution scientifique et technologique, la privant de l'enseignement et de la recherche en France pouvant alors décourager des étudiants sans perspective de carrière. La recherche n'était pas identifiée ni reconnue alors qu'elle l'était dans d'autres pays. La médecine générale est donc méconnue des étudiants et fait l'objet d'un dénigrement à l'hôpital. (5)

1.3.8 La médecine générale peine à entrer à l'université :

A l'issue des 1^{er} et 2^e cycles communs des études médicales, les étudiants se destinant à la médecine générale, réalisaient deux semestres de stage « interné » dans les hôpitaux de proximité, auprès de praticiens moins prestigieux et de malades considérés comme moins « beaux ». (5)

La voie de l'excellence était celle du concours de l'internat des hôpitaux et dans une moindre mesure celle du CES, la voie de l'échec étant celle de la médecine générale.

A l'époque, personne ne semble se soucier de l'absence d'enseignement théorique et pratique propre à la médecine générale comme c'est le cas pour les spécialités et encore moins de l'absence de recherche médicale dans cette discipline. Suite au mouvement de mai 68, les mouvements de contestation prennent forme afin de « redonner sa vraie place » à la médecine générale mais sans encore le remettre en cause de manière efficace dans sa logique.

La contestation étudiante émet l'idée d'un stage auprès d'un médecin généraliste pour les étudiants en médecine. En juin 1968, le CNOM émet un avis favorable à cette proposition. En 1968, est créé le premier diplôme universitaire de formation supérieure à la médecine générale par des généralistes pour des généralistes à Bobigny. C'est également à Bobigny et Créteil que sont développés à titre expérimental des 3^e cycles de médecine générale avec un stage chez le généraliste. En 1972, une loi a aussi stipulé cette possibilité sans obligation ni modalité d'application. Dans son rapport de 1975, la commission Fougère a proposé la création d'un 3^e cycle de médecine générale avec un stage extrahospitalier. Le rapport voulait également « redonner sa vraie place » à la médecine générale grâce à une formation particulière à l'issue du tronc commun, contrôlée en partie par des généralistes.

C'est dans ce contexte qu'ont vu le jour les premières sociétés savantes de médecine générale :

- La SFMG, créée en 1973
- La SFTG, en 1977
- L'Atelier français de médecine générale, en 1979
- L'UNAFORMEC, fédération regroupant les associations de formation médicale continue à compter de 1978. (5)

La réforme de l'internat de 1982 a mis en place un 3^e cycle pour les étudiants généralistes (« résidanat » de 4 semaines à l'hôpital et un stage de 20 demi-journées en médecine générale).

Résidanat car « internat de médecine générale » n'a pas plu à certains membres de la profession. (5)

Sous l'impulsion d'un groupe de médecins persuadés que la médecine générale, pour exister, se devait d'intégrer l'université et malgré l'opposition de beaucoup de ses propres décideurs, la médecine générale universitaire est devenue un projet par la création en 1983 du CNGE. Dans les années 80, le CNGE mettait en place des expérimentations de formation aux futurs médecins généralistes dans les facultés où les doyens le permettaient et tentait de sortir du modèle exclusivement hospitalo-centré. En 1975-1977, sont mises en place les premières commissions de médecine générale dans les UFR. Puis en 1991, on assiste à la nomination des 8 premiers enseignants associés en médecine générale. Les DMG sont créés en 1995. (13)

Les DMG sont définis par : une instance pérenne, des locaux, un budget personnel. Ils sont codirigés par un PUPH (le plus souvent un interniste) et un médecin généraliste nommé MCA puis PA de médecine générale. Ces enseignants associés conservent une activité clinique à mi-temps et assurent la gestion des modalités de stage chez le praticien et le développement d'un programme d'enseignement centré sur la pratique de la médecine générale, cours devant être exclusivement assurés par des généralistes.

En 1984, est créé le nouveau concours de l'internat, les médecins généralistes n'ont alors plus la possibilité d'emprunter la voie des CES. On différencie alors deux types d'étudiants en médecine : ceux qui passent l'internat dans l'objectif de devenir spécialistes et ceux qui ne passent pas le concours, ils deviendront généralistes. Cela a conduit à dévaloriser la médecine générale.

Les facultés se font concurrence sur la réussite de leurs étudiants au concours de l'internat donc des futurs spécialistes, conduisant certaines facultés à délaisser la réflexion sur les besoins de formation des généralistes. (5)

En 1988, le « résidanat » de médecine générale de 2 ans est créé alors que les concours de l'internat pour les autres spécialités est mis en place dès 1984. Suite à l'arrêté du 19 octobre 2001, le résidanat de médecine générale est porté à 3 ans. L'arrêté du 4 mars 1997 puis le décret du 16 mai 1997 met en place l'obligation d'un stage d'initiation en médecine générale en 2^e cycle pour tous les résidents. (14)

Le recrutement d'enseignant de médecine générale est allé croissant : on comptait 50 PA et MCA en 2000, il y en a 130 en 2009. Les volumes d'enseignements augmentent également.

L'enseignement de médecine générale en 3^e cycle est conçu et réalisé pour l'essentiel par des généralistes dans toutes les facultés.

Loi du 17 janvier 2002 : la médecine générale devient une spécialité médicale sanctionnée par la délivrance d'un DES au bout de 3 ans par un décret de janvier 2004. Les ECN remplacent les concours de l'internat, les étudiants choisissent en fonction du rang de classement. (5)

Les anciens modèles où culturellement la médecine générale n'avait pas naturellement sa place étaient bien ancrés. L'absence de réflexion des tutelles au sujet du statut des enseignants universitaires de médecine générale ont conduit à la création du SNEMG en avril 2006 et au déclenchement d'un mouvement de grève générale des maîtres de stage et des enseignants de médecine générale à la rentrée 2006-2007. (13)

Un arrêté de mars 1997 a prévu un stage de découverte en médecine générale en 2^e cycle mais le décret d'application n'intervient qu'en novembre 2006 puis est modifié en juin 2009. Un arrêté du 25 octobre 2006 création d'une sous-section médecine générale (53-01) au sein du CNU. Les MCA et PA n'ont toutefois pas la qualité de siéger dans cette instance tant qu'ils ne sont pas universitaires titulaires. En octobre 2007, les 16 premiers postes de chefs de clinique de médecine générale sont créés. (5)

La médecine générale est une spécialité au même titre que les spécialités médicales/chirurgicales avec un internat conduisant au DES de médecine générale depuis la réforme de janvier 2004. La première promotion de médecins généralistes titulaires du DES de médecine générale est sortie en 2007, c'est très récent.

La loi du 8 février 2008, « loi sur les enseignants de médecine générale », précise enfin le cadre législatif de la filière universitaire de médecine générale (soit 50 ans après les autres disciplines médicales) en 3 points :

- La triple activité de soins, enseignement et recherche Le lieu ambulatoire de l'exercice des soins en médecine générale
- La possibilité d'une intégration d'enseignants associés à titre transitoire puis précisé par le décret du 28 juillet 2008. (14)

En 2009, apparaissent les premières nominations d'enseignants titulaires par la voie de l'intégration, la première MCU est nommée par concours en 2011. Création de la sous-section de médecine générale 53-03 du CNU fin 2015. (13)

Dans le prolongement de cette loi, des engagements politiques forts ont été pris sur les créations de postes jusqu'à rétablir un ratio équilibré entre le nombre d'enseignants et le nombre d'étudiants. La SNEMG évoque en 2008 : 6500 inscrits en DES de médecine générale, 5500 hospitaliers universitaires temps pleins encadrant les internes des autres spécialités et 130 postes d'enseignants associés à mi-temps pour la médecine générale. (5)

1.4 La médecine générale, une spécialité pas comme les autres :

La discipline médecine générale est devenue une discipline universitaire mais elle n'apparaît toujours pas dans l'enseignement des études médicales. En effet, aucun des 345 items n'est dévolu à l'enseignement de la médecine générale, l'enseignement relatif aux items concernant des pathologies fréquentes en soins primaires est assuré par d'autres spécialistes que les médecins généralistes. Les dossiers transversaux sont élaborés sans les généralistes universitaires. (15)

Les internes en médecine générale représentent près de la moitié des internes toutes spécialités confondues à l'issue des ECN et pourtant les titulaires universitaires de médecine générale représentent eux moins de 1% des titulaires universitaires en France. (16)

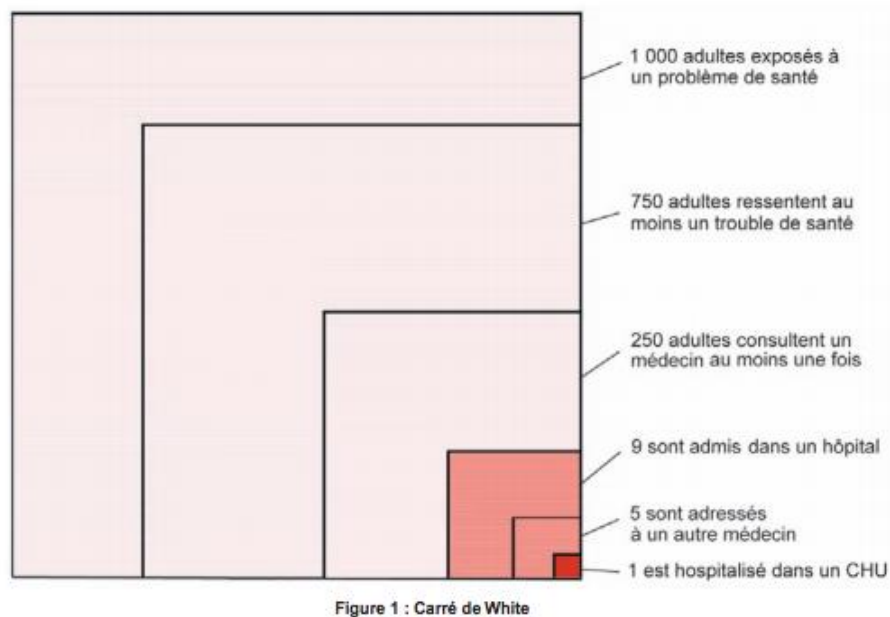
Au premier janvier 2014, le CNGE établit un ratio enseignants temps plein/internes à 1/103. Ce ratio était de 1/110 en 2013 alors que le ratio à espérer serait de 1/20. (16) il est de 1/10 dans les autres disciplines médicales. (17)

Selon l'étude observationnelle transversale réalisée dans les 35 DMG français de février à août 2015, ce ratio est de 1/97 en 2015. De plus, en n'intégrant dans ce ratio que les étudiants dans les trois premières années d'internat, il revient à 1/73 (1/77 au premier janvier 2014 et 1/83 au premier janvier 2013). Le nombre d'enseignants universitaires a continué à croître de manière modérée. Le rapport Druais sur la place de la médecine générale dans le système de santé envisage pour permettre un développement de la filière universitaire une nécessité de 500 postes dans les 10 années à venir soit une augmentation annuelle des effectifs de 13,6% chaque année pendant 10 ans. (13)

1.4.1 Le « carré de White » :

Kerr White dans les années 50, aux Etats Unis, enseignait et organisait des programmes de recherche dans une « clinique de médecine générale ». Avec l'aide de deux collègues, F.

Williams et B. Greenberg, ils ont élaboré un diagramme se basant sur une population de 1000 adultes pouvant être exposés à un problème de santé dans le mois appelé « carré de White » :



Ils ont ainsi démontré la place prépondérante des soins primaires et que l'enseignement des étudiants à l'hôpital portait sur des problèmes de santé très limités et ne répondait pas aux demandes de la plupart des patients. En 2001, Green et ses collègues ont repris ce diagramme, ils ont retrouvé à peu près les mêmes éléments, ce qui montre qu'il existe un certain invariant.

On en revient aux mêmes conclusions ; les étudiants en médecine ont une vision en quasi-totalité hospitalière de la médecine et donc extrêmement réduite (cours réalisés par des praticiens hospitaliers, spécialistes d'organes et stages dans les CHU). La médecine générale se distingue alors des autres spécialités par une démarche contextualisée en soins primaires. (18)

D. Broclain a souligné le fait que le développement des spécialités, opéré à l'hôpital s'est fait « autour de cas difficiles et complexes à diagnostiquer ou à traiter » et qu'elles se sont constituées à partir d'un simple critère d'organe. (5)

1.4.2 La définition de la médecine générale :

Dès 1974, le groupe Leeuwenhorst, qui a donné naissance à l'European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), a proposé une description de l'activité du médecin généraliste. La notion de soins primaires définie par l'OMS lors de la conférence d'Alma Ata, en 1978, est précisée en 1996 par l'American Institute of Medicine : « Les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées assurées par des médecins qui ont la responsabilité

de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté ».

En 1972, la WONCA voit le jour. La mission de cette organisation mondiale des médecins généralistes, médecins de famille est de promouvoir et de développer la discipline « Médecine Générale » pour obtenir et maintenir un haut niveau d'éducation, de formation, de recherche, de pratique clinique au bénéfice individuel des patients et de la communauté.

En 2002, la WONCA a su impliquer les différentes structures européennes de médecine générale pour valider une définition consensuelle de la médecine générale, publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau européen de l'OMS.

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. (19)

1.4.3 Les 11 caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille :

- 1) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- 2) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- 3) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- 4) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- 5) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- 6) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- 7) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- 8) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

9) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

10) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

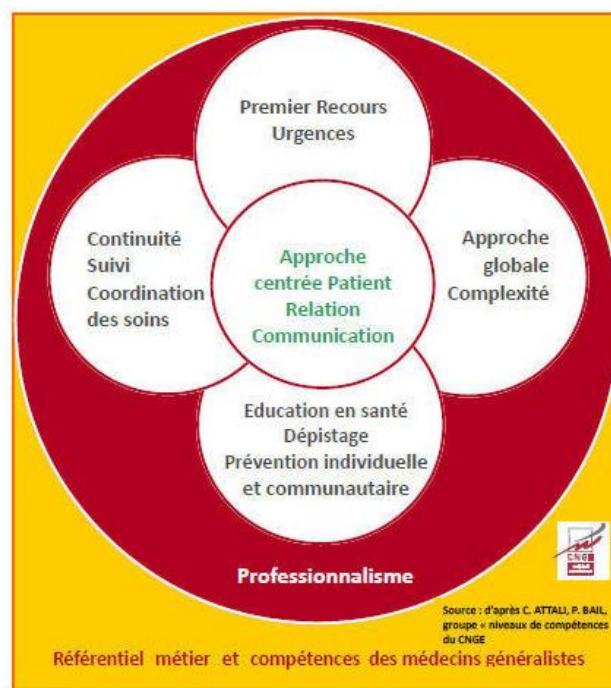
11) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

D'autre part, la WONCA caractérise les médecins généralistes de la manière suivante :

« Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de la discipline Médecine Générale. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leur patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par les contacts répétés. L'activité professionnelle des médecins généralistes comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Les médecins généralistes agissent seuls ou font appel à des professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Les médecins généralistes ont par ailleurs la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients ».

(19)

Le CNGE Collège académique est à l'origine de la formalisation des cinq fonctions de la médecine générale Les 5 compétences de la « marguerite » :



I- Approche globale, prise en compte de la complexité : capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale.

II- Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire : capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

III- Premier recours, urgences : capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

IV- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

V- Relation, communication, approche centrée patient : capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en

utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients. (20)

On peut regrouper les 11 caractéristiques de la médecine générale de la WONCA et les 5 compétences du CNGE ainsi pour définir les 11 compétences de la médecine générale :

La gestion des soins de santé primaire

1/ gérer le premier contact avec les patients

2/ coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire

Les soins centrés sur la personne

3/ adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes

4/ utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient

5/ assurer la continuité des soins selon les besoins du patient

L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes

6/ utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires

7/ gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire

L'approche globale

8/ gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient

9/ promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies

L'orientation communautaire

10/ réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles

L'adoption d'un modèle holistique

11/ utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles. (19)

1.5 Le choix de la médecine générale aux ECN :

1.5.1 L'accès au troisième cycle des études médicales :

En 2004, les ECN remplacent progressivement les concours de l'internat (« zone nord » et « zone sud ») par le décret du 16 janvier 2004.

Les étudiants ayant validé leur deuxième cycle et ayant participé aux ECN, sont amenés à choisir, en fonction de leur rang de classement une discipline médicale et une subdivision.

Les 27 subdivisions correspondent à une UFR ou plusieurs. En 2005, la subdivision Océan Indien est créée (en 2004, ses postes étaient regroupés avec ceux de Bordeaux). (21)

Les disciplines sont au nombre de 11 : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités médicales et spécialités chirurgicales.

Le nombre de postes ouverts pour chaque subdivision et chaque discipline est fixé par les pouvoirs publics. Les candidats se présentent aux ECN dès l'année universitaire durant laquelle ils peuvent valider le deuxième cycle des études médicales. Les étudiants peuvent participer deux fois à la procédure nationale de choix, la première au cours de l'année universitaire où ils valident leur deuxième cycle des études médicales, la seconde, l'année universitaire suivante où ils sont en première année de troisième cycle. Il est à noter qu'avec les concours de l'internat instaurés depuis 1984, les étudiants qui échouaient ou ne se présentaient pas aux concours, devenaient des résidents en médecine générale dans leur subdivision d'origine. Les ECN permettent aux étudiants qui se destinent à la médecine générale de changer d'UFR. (22)

1.5.2 La ville de Nantes attire les étudiants aux ECN, surtout pour la médecine générale :

Selon les données de la DREES, Nantes se situe à la deuxième place sur 28 UFR en termes d'attractivité derrière Lyon et juste devant Grenoble en 2014. (23)

D'après le classement général des CHU 2015-2016 édité par le magazine What's Up Doc, le CHU de Nantes arrive en première position. Elle se classe également première sur 28 pour le choix de la médecine générale devant Grenoble. (24)

La subdivision de Nantes pourvoit quasiment l'ensemble de ses postes ouverts aux ECN depuis 2005. En 2014, le taux de mobilité choisie concernant les étudiants venant d'une autre subdivision est le plus élevé à Nantes, il est de 66% alors que le taux moyen de mobilité choisie

des différentes UFR est de 33%. Le taux de mobilité contrainte concernant les étudiants venant d'une autre subdivision est le 2^e taux le plus bas ex aequo avec Lyon et derrière Bordeaux. (23)

1.6 Le phénomène nantais :

Ainsi, à l'heure où l'on constate une diminution régulière du nombre de médecins généralistes en France, Nantes fait exception. La région Pays de la Loire est la région la plus attractive pour les médecins généralistes, le département le plus plébiscité étant la Loire-Atlantique.

D'autre part, depuis la création des ECN, la faculté de Nantes a quasi exclusivement rempli la totalité de ses postes ouverts et fortement attiré les internes venant d'autres subdivisions. Les étudiants de deuxième cycle de la faculté de médecine de Nantes sont en moyenne 60 à 70% à déclarer faire le choix de la médecine générale aux ECN.

1.7 Intérêt de l'étude :

Nous avons recherché s'il existait d'autres thèses s'intéressant aux déterminants du choix de la médecine générale et nous pouvons citer les exemples suivants qui ont été réalisés dans d'autres facultés françaises :

Thèse réalisée en 2009 par V. Cheilan sur l'attractivité de Grenoble aux ECN :

- « la qualité de la formation pratique et théorique est une caractéristique importante pour les personnes interrogées. »
- « la considération des internes, la diversité, la qualité des stages ainsi que la réalisation de la maquette en 2 ans participent à la valeur donnée à ce DES. »
- « le cadre géographique est un des autres critères évoqués. La situation de la ville de Grenoble au cœur des Alpes, la proximité et la qualité des villes des périphériques attirent les étudiants. » (25)

Thèse analysant les déterminants du choix de la spécialité médecine générale à Toulouse en 2008-2009, par A. Calvé :

- « la médecine générale à la faculté de Toulouse n'est pas choisie par dépit. »
- « elle attire les internes par ses caractéristiques propres. »

- « près d'un étudiant sur deux a choisi Toulouse car il s'agit de la faculté d'origine, pour les 2/3, Toulouse est une ville attractive avec une formation de qualité. »
- « un étudiant sur trois déclare vouloir exercer la médecine générale en libéral. » (26)

Thèse réalisée par T. Météron à Rennes concernant les étudiants qui se réorientent en médecine générale :

- Lors du choix de spécialité, deux tiers ont hésité avec la médecine générale.
- Son image dévalorisée ou un bon classement les ont faits s'en détourner.
- Le manque d'affinité pour leur spécialité, le manque d'éléments qui caractérisent l'activité du généraliste et la volonté d'un exercice précis vont les pousser à se réorienter.
- L'adaptation de leur maquette, le manque d'informations sur la formation sont les problèmes rencontrés. (27)

Thèse réalisée par L. Giboudot en 2005 auprès des médecins qui avaient choisi la médecine générale à Besançon :

- Les choix des médecins ont été guidés par des opportunités professionnelles et par leur projet de vie personnelle.
- La médecine générale effraie car elle est chronophage et surtout inconnue.
- Le traitement des pathologies courantes, les revenus variables, l'absence d'horaires fixes sont source d'inquiétudes pour nos jeunes médecins.
- Le point négatif de cette profession, souligné par tous, reste la gestion de la comptabilité et de la " paperasse " administrative.
- Enfin, les médecins interrogés estiment ne pas avoir été suffisamment formés à l'exercice de la médecine générale. (28)

Au vu de l'attractivité de la ville de Nantes, il nous a paru indispensable de consacrer une thèse à cela. Nous nous sommes intéressés aux étudiants de 2^e cycle de la faculté de médecine de Nantes, sont-ils en effet plus nombreux à envisager de choisir la médecine générale à Nantes ? Quelle image ont-ils de la médecine générale ? puis nous avons cherché à comprendre pourquoi la ville de Nantes est-elle aussi attractive ?

Les raisons invoquées pour le choix de la médecine générale sont très vastes et nous n'avons pas la prétention d'en faire une liste exhaustive. L'expérience personnelle ou sur un proche de la maladie nous a paru trop personnelle pour être étudiée ici. L'influence d'un proche dans

l'entourage exerçant une profession médicale sur le choix de faire médecine a déjà été bien étudié par C. Perrier dans sa thèse et ne sera pas envisagé dans ce travail.

1.8 Objectifs :

➤ Principal :

Déterminer les raisons du choix de la réalisation de l'internat de médecine générale à Nantes.

➤ Secondaires :

1. Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des étudiants de deuxième cycle et des internes de médecine générale à Nantes ?
2. Etudier les critères du choix de la médecine générale et préciser quels sont les facteurs influençant ce choix.
3. Décrire l'exercice futur envisagé par les internes de médecine générale.

II. MATERIELS ET METHODES

2.1 Description de l'étude :

2.1.1 Type d'étude :

Nous avons réalisé une enquête descriptive, déclarative, monocentrique par questionnaires.

2.1.2 Population de l'étude :

Cette population se compose d'une part de tous les étudiants inscrits en diplôme de formation approfondie en sciences médicales à la faculté de médecine de Nantes pour l'année 2015. Elle comprend les étudiants de DFASM1, DFASM2 et DFASM3.

D'autre part, nous avons inclus l'ensemble des internes de médecine générale inscrits à la faculté de médecine de Nantes pour l'année 2015, du DES 1 au DES 3.

2.1.3 Période de l'étude :

Nous avons démarré l'étude le 10 juin 2015 et nous avons clôt les réponses le 1^{er} septembre 2015.

2.2 Questionnaires :

2.2.1 Elaboration des questionnaires :

Deux questionnaires ont été élaborés à partir de données issues de la littérature sur les sujets étudiés. Les deux questionnaires ont été réalisés sous forme électronique dans un souci de facilité et de rapidité de recueil des réponses. Nous avons utilisé l'outil Google Forms. Les questionnaires étaient anonymes. Les types de questions étaient les suivants : choix multiples, cases à cocher, texte à sélectionner dans une liste et grille. Chaque questionnaire contenait une question ouverte. Les personnes interrogées étaient obligées de répondre à une question pour passer à la suivante. De plus, s'ils n'étaient pas concernés par le sujet, ils étaient directement redirigés vers la section suivante.

2.2.2 Test de faisabilité :

Les questionnaires ont été testés sur l'ensemble des questions auprès de deux personnes extérieures au domaine médical pour en apprécier la lisibilité, la compréhension et la facilité d'utilisation.

2.2.3 Thèmes du questionnaire concernant les étudiants de DFASM :

Caractéristiques générales et sociales : sexe, année d'étude, milieu d'enfance urbain ou rural, activité professionnelle du père et de la mère, situation matrimoniale (questions 1 à 14).

Autre formation avant médecine : combien d'étudiants ont-ils réalisé une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine, laquelle et pendant combien de temps ? (questions 15 à 17).

Le stage ambulatoire en médecine générale de 2^e cycle : déterminer le nombre d'étudiants ayant réalisé leur stage ambulatoire de 2^e cycle en médecine générale, influence de ce stage sur la décision de choisir la médecine générale aux ECN (questions 18 à 20).

Le choix envisagé aux ECN : médecine générale ou autre spécialité ? Nantes ou autre ville ? si choix de Nantes, réponse libre (questions 21 à 23).

Le choix de la médecine : renseignements sur les raisons et le moment où ils ont fait le choix de la médecine, ont-ils été encouragés à choisir la médecine générale ou à ne pas choisir la médecine générale ? (questions 24 à 30).

Information sur le métier de médecin généraliste : les étudiants se sentent-ils suffisamment informés sur cette spécialité ? (question 31).

Image de la médecine générale chez les étudiants de 2^e cycle : il s'agit d'une série de 16 propositions attribuées à la médecine générale, les étudiants avaient la possibilité de répondre à ces propositions en fonction de s'ils étaient : « tout-à-fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord », « pas du tout d'accord » et « ne sais pas » (question 32).

2.2.4 Thèmes du questionnaire concernant les internes de médecine générale :

Caractéristiques générales et sociales : sexe, nombre de semestres validés, milieu d'enfance urbain ou rural, activité professionnelle du père et de la mère, situation matrimoniale (questions 1 à 14).

Autre formation avant médecine : combien d'étudiants ont-ils réalisé une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine, laquelle et pendant combien de temps ? (questions 15 à 17).

Le stage ambulatoire en médecine générale de 2^e cycle : déterminer le nombre d'étudiants ayant réalisé leur stage ambulatoire de 2^e cycle en médecine générale, influence de ce stage sur la décision de choisir la médecine générale aux ECN (questions 18 à 19).

Le stage ambulatoire en médecine générale de 3^e cycle : déterminer le nombre d'étudiants ayant déjà réalisé leur stage praticien niveau 1 et si ce stage a eu une influence sur leur envie de faire du libéral (questions 20 à 23).

Le SASPAS : de même que pour le stage praticien niveau 1, déterminer le nombre d'étudiants ayant déjà réalisé leur SASPAS et si ce stage a eu une influence sur leur envie de faire du libéral (questions 24 à 27).

Le choix de la médecine : renseignements sur les raisons et le moment où ils ont fait le choix de la médecine, ont-ils été encouragés à choisir la médecine générale ou à ne pas choisir la médecine générale ? (questions 28 à 35).

Le choix de la médecine générale aux ECN : classement des étudiants aux ECN, déterminer si la médecine générale d'une part et Nantes d'autre part étaient leur premier choix aux ECN, savoir quel pourcentage d'internes en médecine générale souhaiterait changer de spécialité (questions 36 à 40).

La ville de Nantes : pourquoi ont-ils choisi Nantes ? Déterminer le pourcentage d'étudiants issus de la faculté de Nantes, pour ceux extérieurs à Nantes, savoir de quelle faculté ils sont originaires et comment ils ont connu Nantes. Evaluer en quoi la région de Nantes est attractive et enfin savoir quelles sont les éléments ayant été déterminants dans le choix de Nantes aux ECN avec une série de 8 propositions, les internes pouvant répondre « oui, tout-à-fait », « plutôt oui », « plutôt non », « non, pas du tout » et « ne sais pas » (questions 41 à 45).

L'exercice futur : avoir une représentation du mode d'exercice futur, des conditions, du milieu envisagé et du département dans lequel ils se voient exercer (questions 46 à 49).

2.2.5 Distribution des questionnaires :

Pour les étudiants de DFASM, un mail a été adressé à Madame Sophie Maupetit, gestionnaire des externes. Le questionnaire a été validé en commission sur la forme et sur le fond. Cela a permis de reformuler certaines réponses et d'enlever deux questions, le questionnaire étant jugé assez long. Il a ensuite été adressé à tous les externes via leur adresse mail de la faculté avec un message précisant le sujet et le but de l'étude et un lien renvoyant vers le questionnaire.

En ce qui concerne les internes, un mail a été envoyé, via le SIMGO, aux internes de DES 1 au DES 3 qui ont accepté de recevoir les mails concernant les thèses, soit 264 personnes.

Un mail de relance a été adressé 15 jours après pour les deux questionnaires.

2.2.6 Recueil des données :

Les réponses ont été directement recueillies dans les feuilles de calcul Google sheets puis envoyées vers tableur Excel.

2.3 Analyse statistique :

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Epi-Info. Elle est présentée sous forme de tableaux ou d'histogrammes avec la fréquence et le pourcentage.

Pour comparer deux populations nous avons utilisé le test du χ^2 ou le test exact de Fisher en cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5. Pour les calculs nous avons utilisé le site BiostaTGV (tous les calculs disponibles sur ce site sont réalisés via le logiciel de statistique R). Le seuil de significativité était fixé à 5% ($p < 0,05$).

Nous avons récolté une bien plus faible proportion de répondants d'une part parmi les DFASM3 par rapport aux répondants de DFASM1 et DFASM2 et d'autre part, parmi les TCEM3 par rapport aux répondants de TCEM1 et TCEM2. En débutant les analyses bivariées, avec la comparaison selon l'année de l'étudiant, nous avons fait le constat que les résultats des étudiants en 3^e année de deuxième cycle et en 3^e année de DES de médecine générale étaient discordants par rapport à ceux des autres étudiants. Nos tableaux présentant les résultats des analyses statistiques font donc apparaître la recherche d'une différence entre les groupes première et deuxième année. Nous avons tout de même conservé la comparaison entre les trois années.

III. RESULTATS

3.1 Contexte local des études médicales à la faculté de Nantes :

3.1.1 La PACES :

➤ Définition :

La Première Année Commune des Etudes de santé (PACES) prépare aux concours en vue des études de Médecine, Pharmacie, Odontologie, Sage-Femme et Kinésithérapie.

➤ Objectifs :

Offrir le maximum de possibilités d'orientation aux étudiants, en fonction de leurs capacités et leurs aspirations personnelles,

Développer une culture commune chez les futurs acteurs de santé qui seront amenés à collaborer dans leurs vies professionnelles ultérieures

➤ Formation :

L'année se divise en 2 semestres :

- Semestre 1 : enseignements communs et 1ère partie du concours en fin de semestre portant sur les enseignements communs.

- Semestre 2 : enseignements communs + enseignements spécifiques correspondant aux 4 filières possibles et seconde partie du concours en fin de semestre portant sur les enseignements communs et les enseignements spécifiques correspondant aux choix de filière.

➤ Effectifs :

Le nombre de reçus est fixé annuellement par arrêté ministériel. A titre indicatif, les numerus clausus des 4 concours 2015-2016 sont les suivants (pour 1491 inscrits) : 218 places en Médecine, 39 places en Odontologie, 27 places en Sage-Femme et 102 places en Pharmacie.

➤ Poursuites d'études :

A l'issue de la PACES, l'accès à l'une des 5 filières (médecine, odontologie, sage-femme, pharmacie ou kinésithérapie) est conditionné par : le choix des unités d'enseignements spécifiques, l'ordre du classement final à l'examen de la première année, le numerus clausus.

3.1.2 DFGSM :

➤ Définition :

Il sanctionne la première partie des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine ; il comprend six semestres de formation. Les deux premiers semestres de la formation correspondent à la première année commune aux études de santé, organisée par l'arrêté du 28 octobre 2009.

➤ Objectifs :

L'acquisition des connaissances scientifiques de base, indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice des métiers médicaux. Cette base scientifique est large, elle englobe la biologie, certains aspects des sciences exactes et plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales.

L'approche fondamentale de l'homme sain et de l'homme malade, incluant tous les aspects de la séméiologie.

➤ *Formation :*

DFGSM2 :

- 1er semestre (S3) essentiellement consacré aux enseignements théoriques. Liste des enseignements : neurosensoriel, nutrition, bio-pathologie, introduction à la recherche, respiratoire, cardiovasculaire, reins-voies urinaires, digestif, tissus sanguins.
- 2ème semestre (S4) est consacré aux SERAM et aux stages dans les services hospitaliers.

DFGSM3 :

Chaque étudiant effectue durant les périodes du 1er septembre au 31 décembre et du 1er février au 30 avril, six stages de quatre semaines (du mardi au vendredi). Les stages hospitaliers se déroulent le matin, les enseignements, l'après-midi.

Liste des enseignements : génétique, pharmacologie – médicaments, infectieux, hormonologie-reproduction, santé sociale humanité, tissus cutanés, appareil locomoteur, immunopathologie, orientations diagnostiques : médecine froide et médecine chaude.

3.1.3 DFASM :

➤ *Définition :*

Le DFASM (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales) correspond au second cycle des études médicales. Il dure 3 ans : DFASM1, DFASM2, DFASM3.

➤ *Objectifs :*

L'acquisition des compétences génériques permettant aux étudiants d'exercer par la suite, en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire, les fonctions du troisième cycle

L'acquisition des compétences professionnelles de la formation dans laquelle ils s'engageront au cours de leur spécialisation.

Ces trois années sont consacrées à l'étude des processus pathologiques, de leur thérapeutique et de leur prévention, ainsi qu'à l'étude de l'organisation des systèmes de santé, de l'évaluation des pratiques de soins, de la déontologie et de la responsabilité médicale.

➤ *Formation :*

Les enseignements de DFASM sont théoriques, dirigés et pratiques. Des enseignements optionnels sont proposés ; 3 devront obligatoirement être validés avant l'entrée en DFASM 3. L'étudiant devra valider au moins 25 gardes au cours du DFASM. L'étudiant devra effectuer 4 stages de quatre semaines temps plein, durant la période de septembre à avril. Ces stages sont intégrés ou synchronisés aux enseignements de l'année en

cours. Un 5ème stage de 8 semaines temps plein sera à effectuer durant la période d'avril à fin août.

DFASM1 :

11 Unités d'Enseignement réparties sur deux semestres :

Semestre 7 : système nerveux, poumon, cardiologie, métabolisme : gastro/chirurgie digestive/néphrologie, urologie.

Semestre 8 : perception handicap et médecine physique et de réadaptation, maladies transmissibles, risques sanitaires, vasculaire, métabolisme : endocrinologie/nutrition, médicaments.

DFASM2 :

10 Unités d'Enseignement réparties sur deux semestres

Semestre 9 : Gynécologie, Revêtement cutané, Inflammation / Immunopathologie, Cancérologie / Onco-hématologie, Locomoteur.

Semestre 10 : Pédiatrie, Maturation/ Vulnérabilité/ Santé mentale/ Conduites addictives, Douleur, soins palliatifs, accompagnement, Maladies infectieuses en Pédiatrie, Médicaments.

DFASM3 :

Semestre 11 : Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle/Handicap, vieillissement, dépendance/Santé au travail/Médicament et thérapeutiques non médicamenteuses/Urgences et défaillances viscérales aiguës/Orientation diagnostique. (29)

3.1.4 Troisième cycle de médecine générale :

➤ Définition :

Le DES de médecine générale est structuré par une maquette d'une durée de 3 ans dont le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales définit une formation théorique, une formation pratique et une formation méthodologique avec la production de traces d'acquisition de compétences, et d'une formation à la recherche par une thèse ou un mémoire déterminée spécifiquement par chaque DMG.

➤ L'enseignement pratique :

Il comprend 6 semestres de stages. La maquette correspond à :

- Deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés :

- un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;
- un au titre de la médecine d'urgence.

- Deux semestres dans un lieu de stage agréé :

- un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ; (en hospitalier ou en ambulatoire.)
- un semestre libre.
- un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé-maître de stage des universités.
- un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé SASPAS), soit dans une structure médicale agréée.

Il est possible de ne pas effectuer le stage en CHU, sur dérogation du coordinateur local, dans le cas où les terrains de stages disponibles ne permettent pas d'effectuer ce stage.

➤ *L'enseignement théorique :*

- *Enseignement théorique obligatoire :*

- Les GEAR : ils durent une journée et sont réalisés par le DMG. En DES 1, il y a 4 GEAR répartis sur l'année et en DES 2 il y en a 1. Différents thèmes seront abordés : présentation du DES, la démarche décisionnelle en médecine générale, les concepts de la médecine générale, la recherche d'information scientifique, la réalisation des RCSA (Récit de Situation Clinique Authentique).

- Les GPEP : Groupe de 6-8 internes avec un MSU qui se retrouvent une fois par mois pendant le stage praticien niveau 1 pour échanger autour d'un thème donné afin de dégager des questions de recherche.

- les GEP : c'est le même principe que les GPEP mais une fois par mois et de manière autonome.

- *Enseignement théorique facultatif :*

Ils sont proposés par le DMG ou par le biais des FMC, des cours proposés par les services, les diplômes complémentaires (DU-DIU), congrès et les formations proposées par le SIMGO. Chaque formation apporte des crédits de formation. Pour valider le DES de médecine générale il faut acquérir un minimum de 120 points. Barème des crédits accordés :

Cours : 1 journée : 10 pts ; plus de 3 h : 5 pts ; moins de 3 h : 2 pts

FMC : 1 journée : 10 pts ; plus de 3 h : 5 pts ; moins de 3 h : 2 pts

Formation GPEP : 30 pts

Formation GEP : 20 pts

Formation urgences : 10 pts

DU : 20 pts

Congrès (ISNAR-IMG, JNMG, MG, CNGE) : 5 pts

Test de lecture pendant un an (PRESCRIRE, EXERCER) : 15 pts

➤ *Appréciation annuelle :*

Chaque année, l'interne est convoqué par le DMG pour un entretien d'une heure avec présentation d'une rencontre de soins écrite type RSCA. Cela permet l'évaluation de l'acquisition des compétences en médecine générale.

➤ *Le mémoire*

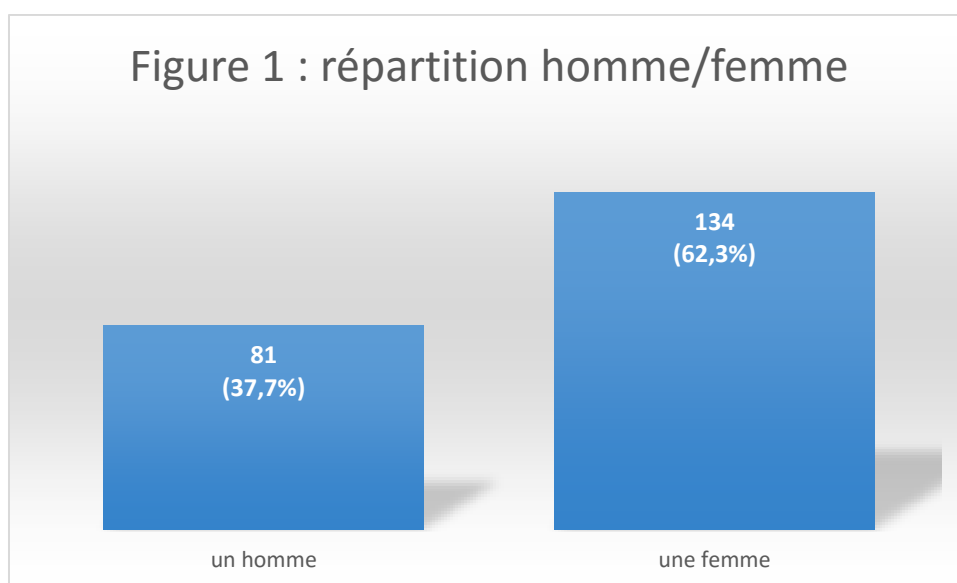
Pour valider le DES, il faut rédiger un mémoire en lien avec une problématique de médecine générale. Celui-ci est indépendant de la thèse de docteur en médecine et permet de valider le DES. Il est possible de rédiger soit un mémoire de recherche en médecine générale, soit un RSCA exemplaire (situation illustrant l'ensemble des compétences attendues pour l'exercice de la médecine générale). (30)

3.2 Etudiants de DFASM :

3.2.1 Répondants au questionnaire :

Nous avons interrogé des étudiants de DFASM 1, DFASM 2 et DFASM 3 au cours de l'année 2015. La population ciblée s'élevait à 728 étudiants. Nous avons eu 215 réponses, soit un taux de participation de 30,0%.

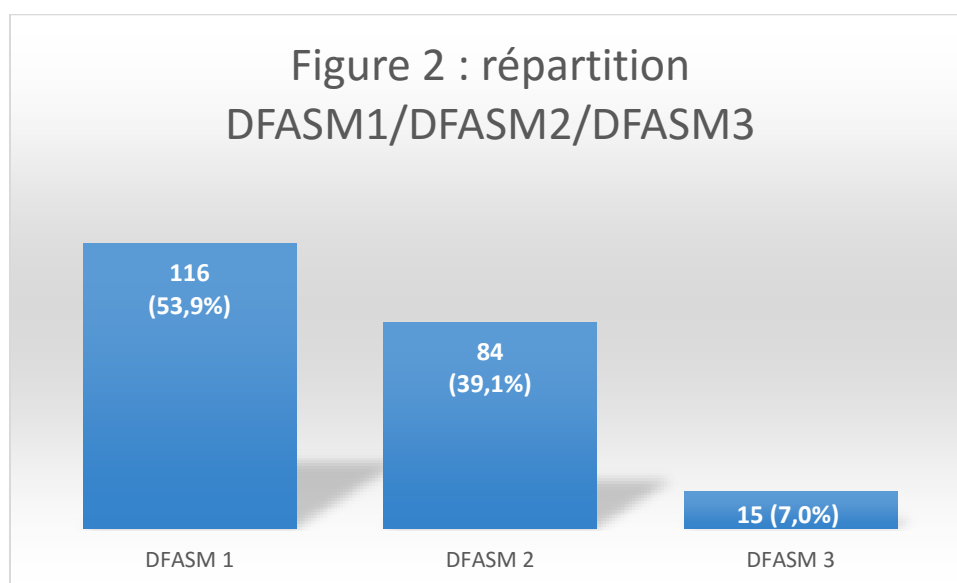
3.2.2 Sexe :



Parmi les répondants, nous avons eu 134 femmes, soit 62,3% contre 81 hommes, soit 37,7%.

En 2015-2016, à Nantes, il y avait 407 femmes parmi les 728 étudiants de DFASM, soit 55,9%. La différence de répartition hommes/femmes entre notre échantillon et la population d'étudiants de deuxième cycle à Nantes était non significative ($p=0,094$) (cf Annexes tableau 1).

3.2.3 Année d'études :

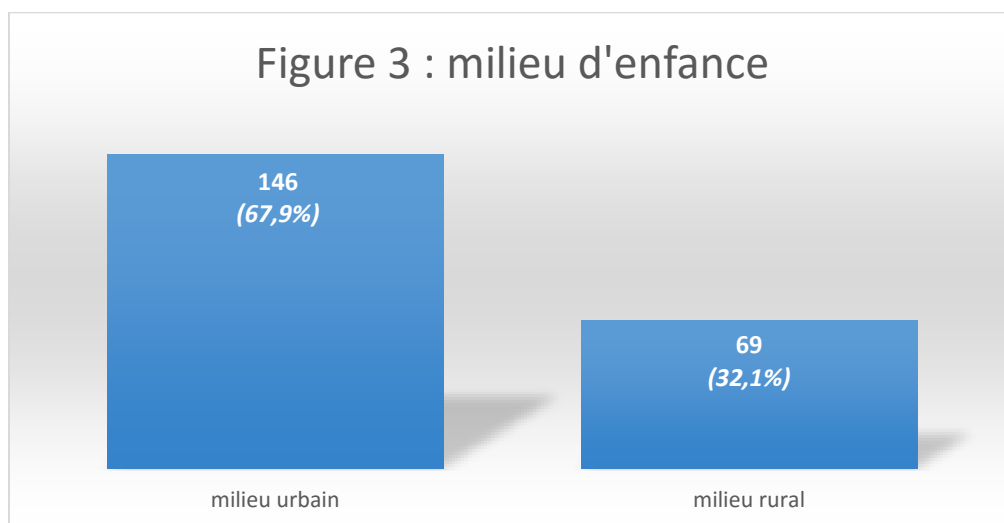


Un peu plus d'un étudiant sur deux (53,9%) était en DFASM 1, un peu plus d'un étudiant sur trois (39,1%) était en DFASM 2 et seulement 15 étudiants, soit 7%, étaient en DFASM 3.

Les effectifs d'étudiants étaient respectivement en 2015-2016 de 275, 230 et 223. Nous avons donc, parmi les DFASM1, 42,2% de répondants au questionnaire, parmi les DFASM2, 36,5% de répondants au questionnaire, parmi les DFASM3, 7,0% de répondants au questionnaire.

Concernant la répartition par sexe, il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre notre échantillon et la population d'étudiants de DFASM1 et DFASM2 à Nantes (respectivement, $p=0,31$ et $p=0,83$). Par contre, notre échantillon d'étudiants de DFASM3 comportait bien plus de femmes (80,0%) que d'hommes comparé à la population cible d'étudiants de DFASM3 (52,9%). Cette différence était significative ($p=0,041$). (cf Annexes tableau 2).

3.2.4 Milieu d'enfance :



Les étudiants de deuxième cycle étaient en majorité issus d'un milieu urbain (67.9% contre 32.1% pour le milieu rural).

3.2.5 Activité professionnelle du père :

- Votre père a-t-il une activité professionnelle médicale ou paramédicale ?

Parmi les répondants, 37 étudiants (17.2 % des externes) avaient un père qui exerçait une activité professionnelle médicale ou paramédicale.

- Si oui, laquelle ?

QUELLE ACTIVITE MEDICALE PERE	Fréquence
médecin généraliste	12
médecin spécialiste autre	10
médecin non précisé	3
pharmacien	5
dentaire	3
paramédical	3
autre	1
Total	37

Médecins spécialistes autres : anatomopathologiste, anesthésiste, biologiste, cardiologue, chirurgien, gynécologue-obstétricien, médecin du travail, néphrologue, neuroradiologue, rhumatologue

Paramédical : cadre de santé, infirmier (2)

Autres : vétérinaire

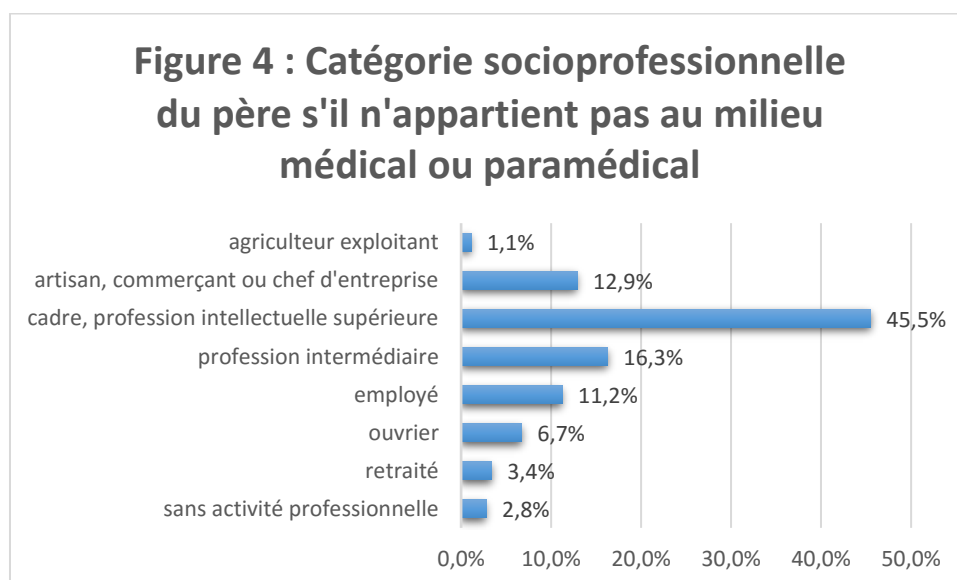
Nous avons retrouvé en majorité des médecins généralistes ou médecins spécialistes autres (25 sur 37). Sur l'ensemble des étudiants de notre échantillon, on comptabilisait 11,6% de pères médecins.

➤ Dans quelles conditions exerce-t-il ?

Parmi eux,

- 25 pères exerçaient en secteur libéral (67,6%)
- 10 pères travaillaient en salariat (27,0%)
- 2 pères avaient une activité mixte (5,4%).

➤ Catégorie socio professionnelle du père si n'appartient pas au milieu médical ou paramédical :



Au total, la catégorie socio professionnelle la plus représentée était celle des cadres et professions intellectuelles supérieures (45,5%) puis venaient respectivement celle des professions intermédiaires (16,3%), celle des artisans, commerçant ou chefs d'entreprise (12,9%), celle des employés (11,2%), celle des ouvriers (6,7%). 6 étudiants (3,4%) avaient un

père retraité, 5 étudiants (2,8%), un père sans activité professionnelle et 2 (1,1%), un père agriculteur exploitant.

3.2.6 Activité professionnelle de la mère :

➤ Votre mère a-t-elle une activité professionnelle médicale ou paramédicale ?

64 étudiants (29.8%) avaient une mère exerçant une activité professionnelle médicale ou paramédicale.

➤ Si oui, laquelle ?

QUELLE ACTIVITE MEDICALE MERE	Fréquence
médecin généraliste	6
médecin spécialiste autre	10
médecin non précisé	4
pharmacien	8
dentaire	2
paramédical	32
autre	2
Total	64

Médecin spécialiste autre : biologiste, médecin ARS, médecin physique et réadaptation, pédiatre (2), PMI, radiologue (2), médecin scolaire, urgentiste

Paramédical : aide-soignante (5), auxiliaire de puériculture, cadre infirmière, déléguée hospitalière, infirmière (13), kinésithérapeute, orthophoniste (4), pédicure-podologue, puéricultrice (2), secrétaire médicale (3)

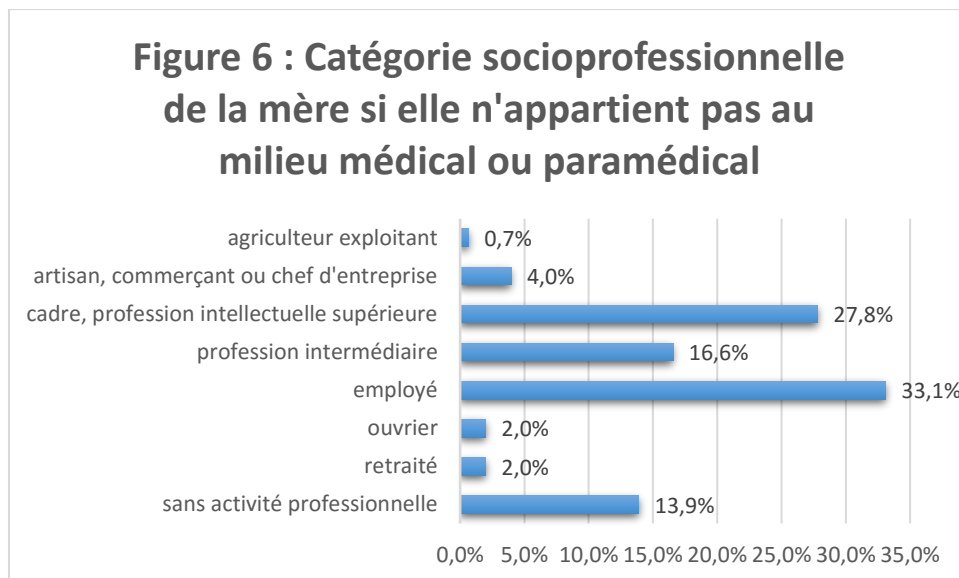
Autre : éducatrice spécialisée, vétérinaire

Les mères occupaient en majorité une activité paramédicale dont le métier d'infirmière puis celui de médecin et de pharmacien. Sur l'ensemble des étudiants de notre échantillon, on comptabilisait 9,3% de mères médecins.

➤ Dans quelles conditions exerce-t-elle ?

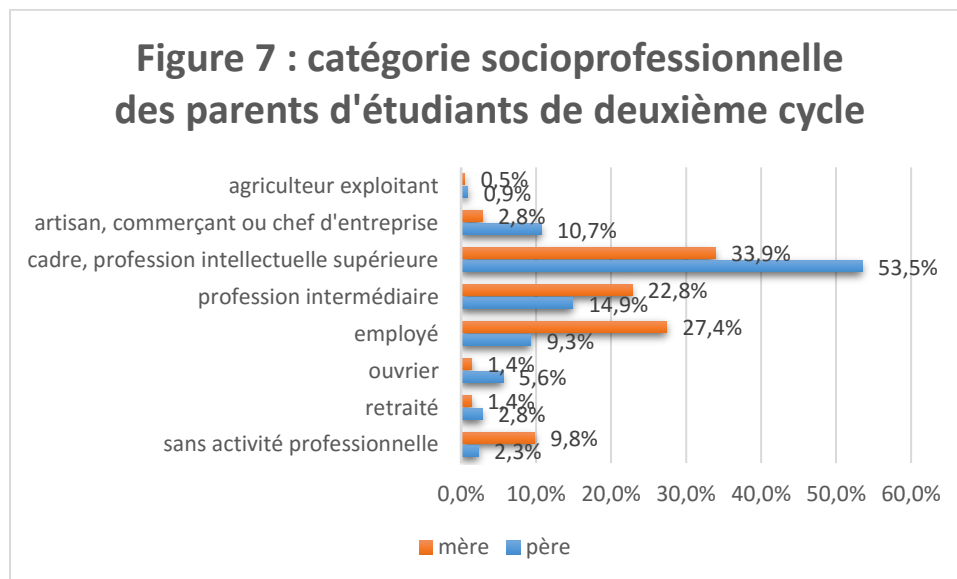
Parmi elles, 39 mères, soit 60.9%, avaient une activité salariée et 25 mères, soit 39.1% avaient une activité libérale.

➤ Catégorie socio professionnelle de la mère si elle n'appartient pas au milieu médical ou paramédical



Au total, la catégorie socio professionnelle la plus représentée était celle des employées (33.1%) puis venaient respectivement celle des cadres et professions intellectuelles supérieures (27.8%), celle des professions intermédiaires (16.6%), celle des sans activité professionnelle (13.9%). 6 étudiants (4%) avaient une mère artisan, commerçant ou chef d'entreprise, 3 étudiants (2%) avait une mère ouvrier ou retraité et 1, une mère agriculteur exploitant.

Nous avons intégré aux catégories socioprofessionnelles correspondantes, les parents d'étudiants ayant une activité médicale ou paramédicale. Nous avons obtenu le tableau suivant :



Dans notre échantillon d'étudiants de 2^e cycle, 10,5% des étudiants de DFASM avaient un parent médecin.

Répartition des catégories socioprofessionnelles du père en fonction de l'année d'étude des étudiants :

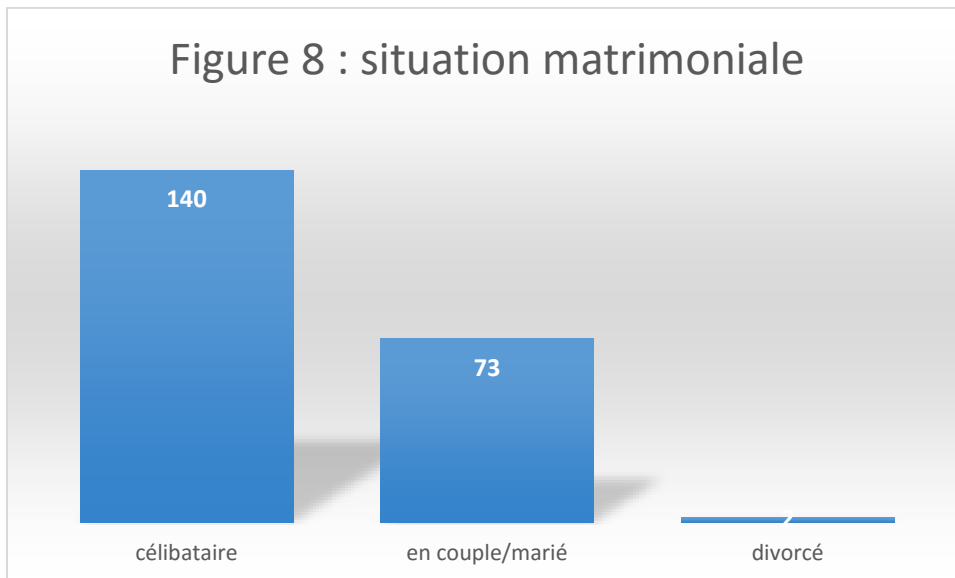
Les pères cadre ou profession intellectuelles supérieures représentaient 53,4% des pères d'étudiants en DFASM1, 51,2% en DFASM2 et 66,7% en DFASM3. Ces résultats étaient non significatifs ($p=0,54$). (cf Annexes tableau 3).

Répartition des catégories socioprofessionnelles de la mère en fonction de l'année d'étude des étudiants :

Les mères cadre ou profession intellectuelles supérieures représentaient 37,1% des mères d'étudiants en DFASM1, 26,2% en DFASM2 et 53,3% en DFASM3. Les résultats étaient non significatifs ($p=0,072$). (cf Annexes tableau 3).

3.2.7 Situation matrimoniale :

➤ Quelle est votre situation matrimoniale ?



Parmi les répondants, nous avons observé environ un tiers d'étudiants en couple (73 ; 34%) et deux tiers d'étudiants célibataires (140 ; 65,1%). A noter, deux étudiants étaient divorcés.

Concernant les hommes, 65,4% étaient célibataires et 33,3% en couple ou mariés. Pour les femmes, 64,9% d'entre elles étaient célibataires et 34,3% en couple ou mariées. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes pour la situation matrimoniale ($p=1$). (cf Annexes tableau 4).

➤ Avez-vous des enfants ?

Concernant les enfants, 7 étudiants soit 3,3% avaient un ou plusieurs enfants (4 étudiants avaient 1 enfant, 1 étudiant avait 2 enfants, 1 étudiant avait 3 enfants et 1 étudiant avait 5 enfants). 96,7% des étudiants de deuxième cycle n'avaient pas d'enfants.

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir des enfants entre hommes et femmes ($p=0,71$). (cf Annexes tableau 4).

3.2.8 Autre formation avant d'entrer en faculté de médecine :

➤ Avez-vous suivi une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine ?

26 étudiants soit 12,1% avaient suivi une autre formation avant la médecine.

➤ Si oui, laquelle ?

7 étudiants étaient inscrits en cursus ingénieur.

5 étudiants étaient inscrits en classes préparatoires aux grandes écoles : BCPST = biologie, chimie, physique et sciences de l'ingénieur (2), MPSI = mathématiques, physique et sciences de l'ingénieur (1), PCSI = physique, chimie, sciences de l'ingénieur (1)

4 étudiants étaient inscrits en cursus universitaire biologie et biochimie : biochimie (1), biologie santé (1), DUT génie biologie et biochimie (1), DUT génie biologie (1)

Puis nous avons retrouvé 3 étudiants en paramédical : infirmier (2), opticien (1), 2 étudiants en pharmacie, 2 étudiants en droit, 1 étudiant en commerce, 1 étudiant en finance.

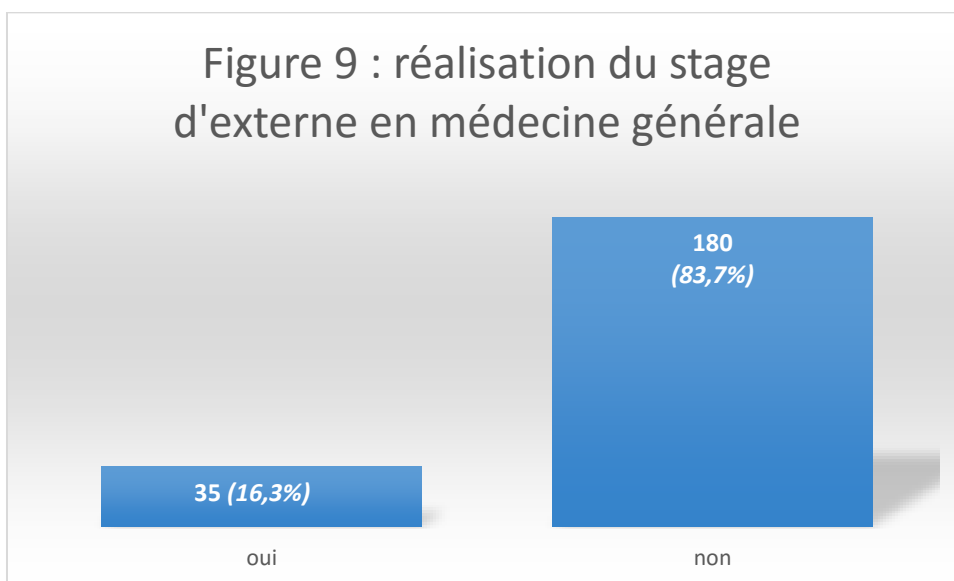
Enfin, 1 étudiant a indiqué autre : BAFA = Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur

➤ Pendant combien de temps ?

Ces études duraient de 1 à 7 ans.

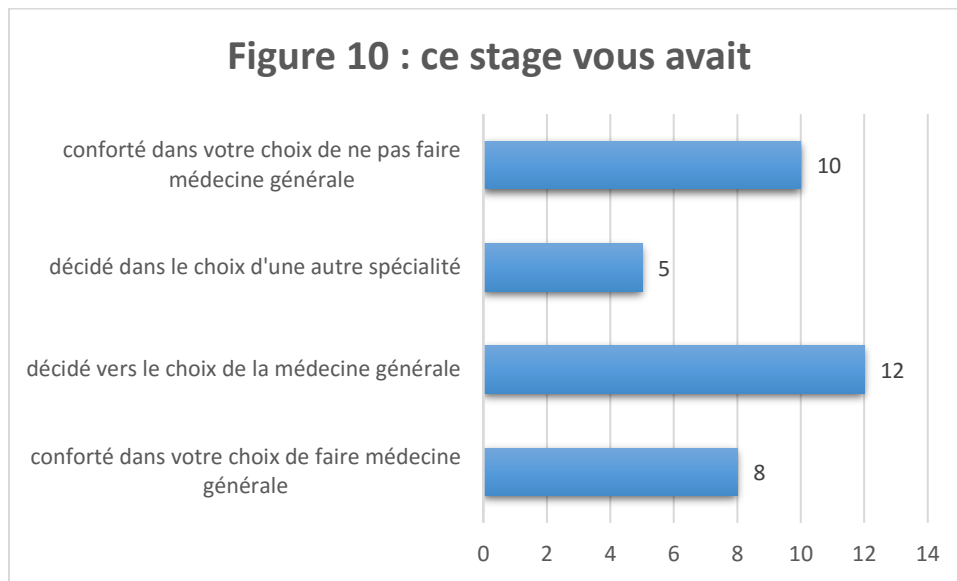
3.2.9 Stage d'externe en médecine générale :

➤ Avez-vous réalisé le stage d'externe en médecine générale ?



Une plus grande proportion des étudiants n'avait pas réalisé de stage ambulatoire de deuxième cycle (180 étudiants, 83,7%).

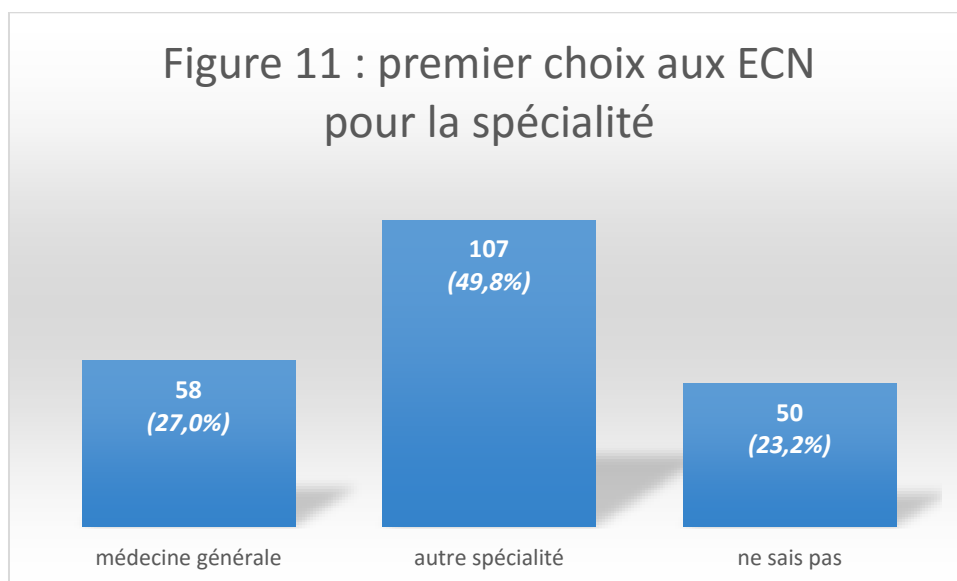
Parmi ceux l'ayant déjà réalisé,



- 12 étudiants (34.3%) avaient répondu que ce stage les avait décidé vers le choix de la médecine générale.
- 10 étudiants (28.6%) avaient répondu que ce stage les avait conforté dans leur choix de ne pas faire médecine générale
- 8 étudiants (22.9%) avaient répondu que ce stage les avait conforté dans leur choix de faire médecine générale
- 5 étudiants (14.3%) avaient répondu que ce stage les avait décidé vers le choix d'une autre spécialité

Parmi ceux l'ayant réalisé, il s'agissait d'un exercice en milieu urbain à 71.4% des cas, en milieu rural dans 8.6% et en milieu mixte pour 20% des stagiaires.

3.2.10 Choix aux ECN envisagé pour la spécialité :



Près d'un interne sur deux déclarait vouloir choisir une spécialité autre que médecine générale (49.8%), près d'un sur trois déclarait vouloir faire médecine générale (27%) sachant que 23.2% des étudiants ne s'étaient pas encore décidés dans leur choix.

Influence du sexe sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

Il y avait statistiquement plus de femmes que d'hommes qui déclaraient vouloir choisir médecine générale aux ECN (32,1% contre 18,5%, $p=0,03$). Il y avait plus d'hommes que de femmes qui se destinaient à une autre spécialité (56,8 contre 45,5%) sans que cela soit significatif ($p=0,11$). (cf Annexes tableau 5).

Influence de l'année d'études sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

Le choix envisagé de la médecine générale aux ECN concernait : 17,2% des étudiants de DFASM1, 36,9% des étudiants de DFASM2 et 46,7% des étudiants de DFASM3. Le choix envisagé d'une autre spécialité aux ECN concernait : 56,9% des étudiants de DFASM1, 41,7% des étudiants de DFASM2 et 40,0% des étudiants de DFASM3. Les différences observées étaient statistiquement significatives entre les groupes DFASM1 et DFASM2 pour le choix de la médecine générale ($p=0,0016$) et le choix d'une autre spécialité ($p=0,033$).

Le taux d'étudiants indécis pour le choix envisagé de la spécialité aux ECN diminuait au fur et à mesure des années d'études (respectivement : 25,9%, 21,4% et 13,3%). (cf Annexes tableau 6).

Influence du milieu d'enfance sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

34,8% des étudiants issus d'un milieu rural ont déclaré envisager de choisir la médecine générale aux ECN contre 23,3% de ceux issus d'un milieu urbain. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,076$). (cf Annexes tableau 7).

Influence de l'appartenance du père au milieu professionnel médical ou paramédical sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

21,6% des étudiants ayant un père exerçant une profession médicale ou paramédicale ont déclaré envisager de choisir la médecine générale aux ECN contre 28,1% de ceux dont le père exerçait une autre profession. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,42$). (cf Annexes tableau 8).

Influence de l'appartenance de la mère au milieu professionnel médical ou paramédical sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

23,4% des étudiants ayant une mère exerçant une profession médicale ou paramédicale ont déclaré envisager de choisir la médecine générale aux ECN contre 28,5% de ceux dont la mère exerçait une autre profession. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,45$). (cf Annexes tableau 9).

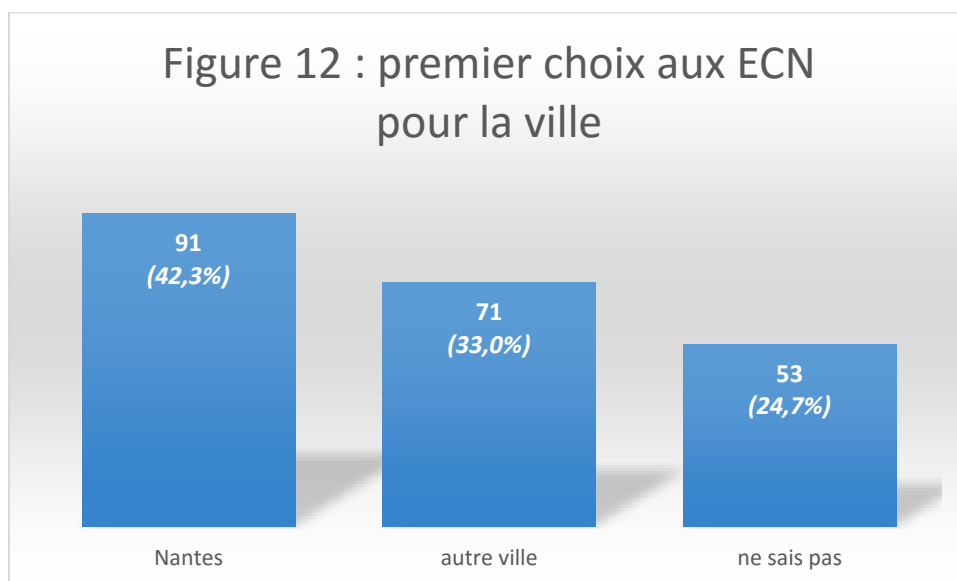
Influence de la réalisation d'une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

15,4% des étudiants ayant réalisé une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine ont déclaré envisager de choisir la médecine générale aux ECN contre 28,6% de ceux n'ayant pas réalisé d'autre formation. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,16$). (cf Annexes tableau 10).

Influence de la réalisation du stage ambulatoire de 2^e cycle chez le généraliste sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

20,0% des étudiants ayant réalisé leur stage ambulatoire de 2^e cycle ont déclaré envisager de choisir la médecine générale aux ECN contre 28,3% de ceux ne l'ayant pas réalisé. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,31$). (cf Annexes tableau 11).

3.2.11 Choix aux ECN envisagé pour la ville :



La ville de Nantes était choisie à 42.3% par les répondants au questionnaire. Ils étaient 33% à faire le choix d'une autre ville et 24.7% ne savaient pas.

Influence du sexe sur le choix de la ville envisagé aux ECN :

39,5% des hommes envisageaient de choisir la ville de Nantes aux ECN contre 44,0% des femmes. 32,1% des hommes choisissaient une autre ville contre 33,6% des femmes. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes ni pour le choix de Nantes ($p=0,52$) ni pour le choix d'une autre ville ($p=0,82$). (cf Annexes tableau 12).

Influence de l'année d'études sur le choix de la ville envisagé aux ECN :

Il n'y avait pas de différence significative pour le choix de la ville aux ECN entre les DFASM1 et les DFASM2. (cf Annexes tableau 13).

Influence du milieu où ils ont grandi sur le choix de la ville aux ECN :

52,2% des étudiants issus d'un milieu rural choisissaient la ville de Nantes contre 37,7% de ceux issus d'un milieu urbain. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,045$). 38,3% des étudiants issus d'un milieu urbain choisissaient une autre ville contre 21,7% de ceux issus d'un milieu rural. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,016$). (cf Annexes tableau 14).

Influence du fait d'avoir entrepris une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine sur le choix de la ville envisagé aux ECN :

50,0% des étudiants ayant réalisé une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine choisissaient la ville de Nantes contre 41,3% de ceux n'ayant pas réalisé d'autre formation. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,4$). Par contre si 27,0% des étudiants n'ayant pas réalisé une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine étaient indécis concernant le choix de la ville envisagé aux ECN, ils n'étaient que 7,7% d'indécis parmi ceux ayant réalisé une autre formation. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,032$). (cf Annexes tableau 15).

➤ Si Nantes, pourquoi ?

Il s'agit d'une question ouverte. Nous avons identifié 6 grands critères, les 4 premiers étant revenus très régulièrement dans les réponses :

- VILLE OU IL FAIT BON VIVRE : « Si je devais choisir Nantes ça serait pour son environnement, il fait bon vivre » « ville que j'apprécie » « Nantes est une ville agréable » « Qualité de vie, ville dynamique, jeune, culturellement riche, sans être non plus trop oppressante comme d'autres villes de cette taille » « J'aime cette ville » « Cadre de vie, situation géographique » « Ville agréable à vivre » « La ville en elle-même qui est attrayante » « Ville sympathique » « La vie y est douce » « Pour la vie de famille » « Convivialité, ville de taille adaptée pour y vivre paisiblement » « Ambiance, la ville en elle-même » « La ville de Nantes est attractive » « J'apprécie énormément cette ville et son climat » « Belle ville pas trop grand (versus Paris) mais pas trop petit (Brest, Angers, Limoges...) » « C'est une ville parfaite pour le quotidien : très agréable, culturelle, belle, Proche de la mer proche de la capitale par le TGV, proche de l'internationale par son aéroport, météo correcte » « ville verte, aérée » « Ville accueillante avec de nombreuses activités proposées, localisation » « La ville propose tout pour mon épanouissement au jour d'aujourd'hui »

- PROXIMITE FAMILLE/AMIS/CONJOINT : « Je pourrais rester près de mes proches » « famille et conjoint » « Rapprochement familial » « Proximité du conjoint/de la famille /des amis » « Ville où se trouvent ma famille et mes amis ainsi que mon conjoint » « Cercle social en place » « Non éloignement familial » « Raisons familiales » « Ma famille et mes amis sont dans le coin, mon copain travaille sur Nantes » « Mon conjoint y travaille » « Lieu d'internat de ma compagne »

- REPUTATION INTERNAT/CHU : « internat ayant une très bonne réputation » « la formation des internes y est réputée » « Il me semble que c'est un bon hôpital pour notre formation » « CHU bien réputé, agréable, service de Néphro à la pointe » « CHU à taille

humaine » « Bons échos de l'internat en médecine générale à Nantes » « Qualité de la formation Hospitalo-Universitaire, attitude des responsables de service et ambiance à l'hôpital » « Très bonne formation de pédiatrie, bon centre hospitalier de pédiatrie » « Ville ayant un bon département de médecine générale » « Elle est réputée pour être une des meilleures villes pour la médecine générale ! » « Le CHU de Nantes est bien classé au niveau national » « Très bon internat, des profs très compétents » « Pour la qualité du CHU de Nantes et la bonne image que j'ai de mon internat » « Qualité de la formation médicale » « Les internes de médecine générale sont apparemment bien formés à Nantes, proximité des hôpitaux périphériques » « Connaissance du CHU, internat de MG réputé à Nantes, j'ai fait le certificat optionnel de médecine général et j'ai trouvé les profs très investis, ils m'ont ouvert l'esprit sur une autre pratique de la médecine que l'hôpital. J'ai envie de travailler avec eux à nouveau » « Le CHU arrive toujours dans les meilleurs pour la formation des internes »

- VILLE D'ORIGINE, ATTACHES : « c'est la ville où j'ai grandi, où il y a ma famille et mes amis ! » « Principaux repères » « Port d'attache, début de réseau » « CHU déjà connu », « Ville que je connais » « rester dans l'environnement où j'ai passé mes 6 années d'études »

- PROXIMITE DE LA MER

- PROXIMITE DE PARIS

- AUTRES : « Projet d'installation en Vendée » « Dans la région où je souhaiterais m'installer par la suite » « Achat d'une maison dans la banlieue nantaise récemment » « Découvrir une autre ville, changer d'hôpitaux »

3.2.12 Choix de la médecine :

➤ Pourquoi avoir choisi la médecine ?

Il s'agissait d'une question à choix multiples.

Les réponses ont été classées en fonction du nombre de citations par ordre décroissant :

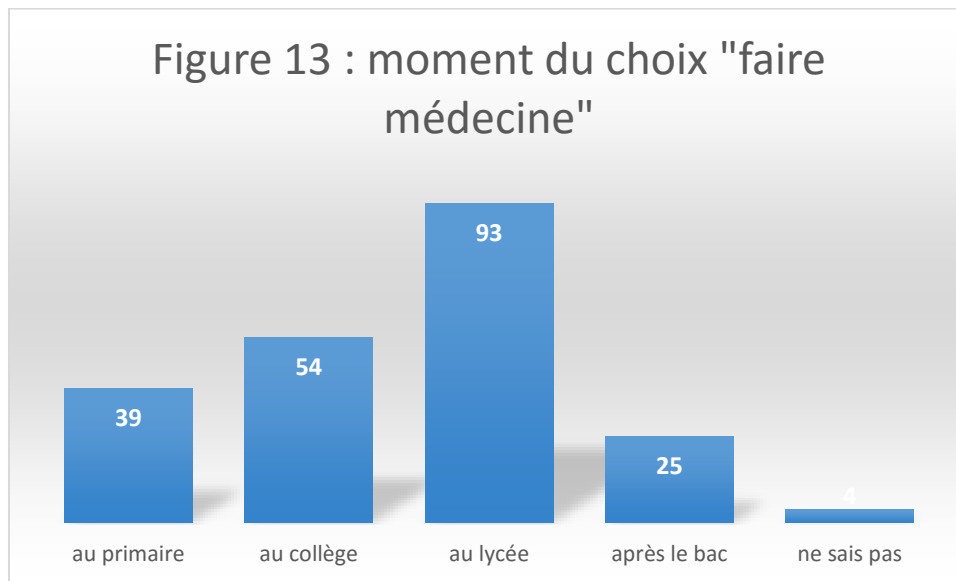
POURQUOI AVOIR CHOISI LA MEDECINE	Citations	% d'étudiants ayant cité cette proposition
être utile	174	80,9%
contact humain	165	76,7%
connaissances médicales	137	63,7%
envie de sauver des vies	47	21,9%
avoir une bonne rémunération	47	21,9%
défi, adrénaline	41	19,1%
soif de reconnaissance	20	9,3%
prestige	19	8,8%
faire de la recherche	17	7,9%
autres	10	4,6%

Parmi les autres propositions, on avait :

« Sécurité d'emplois, sûreté d'emploi, diversité de la pratique et de la patientèle, la pratique libérale, stimulation intellectuelle, liberté d'installation, possibilité de voyage, renouvellement continu des connaissances, universalité et intemporalité du métier, polyvalence de la formation, attrait pour la biologie. »

Ainsi, parmi les propositions qui ont été les plus citées, nous avons : « être utile », « contact humain » et « connaissances médicales ». Les propositions qui ont été les moins citées étaient : « soif de reconnaissance », « prestige » et « faire de la recherche ».

➤ Quand avez-vous eu envie de faire médecine ?



- 93 étudiants, soit 43.3% ont répondu au lycée
- 54 étudiants, soit 25.1% au collège
- 39 étudiants, soit 18.1% au primaire
- une minorité a fait ce choix après le bac : 25 étudiants, soit 11.6%
- à noter, 4 étudiants, soit 1.9% ne savaient pas.

Influence de l'appartenance du père au milieu professionnel médical ou paramédical sur le moment du choix « faire médecine » :

40,5% des étudiants ayant un père appartenant au milieu médical ou paramédical avaient fait le choix de la médecine au lycée contre 43,8% de ceux dont le père n'exerce pas une profession médicale ou paramédicale. Il n'avait pas été montré de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,71$). (cf Annexes tableau 16).

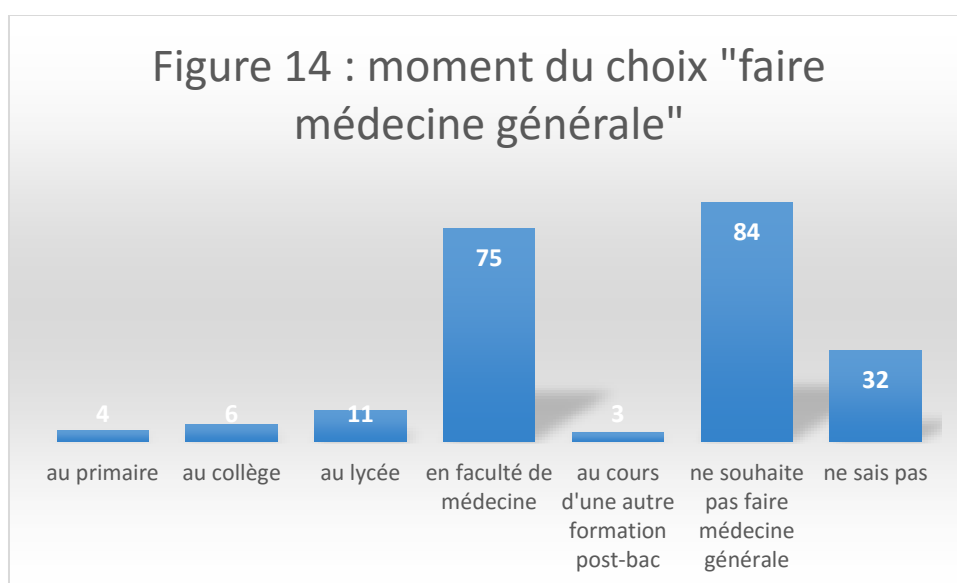
Influence de l'appartenance de la mère au milieu professionnel médical ou paramédical sur le moment du choix « faire médecine » :

34,4% des étudiants ayant une mère appartenant au milieu médical ou paramédical avaient fait le choix de la médecine au lycée contre 47,0% de ceux dont la mère n'exerce pas une profession médicale ou paramédicale. Il n'avait pas été montré de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,087$). 18,7% des étudiants ayant une mère appartenant au milieu médical ou paramédical avaient fait le choix de la médecine après le bac contre 8,6% de ceux dont la mère n'exerce pas une profession médicale ou paramédicale. Il avait été montré une différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,034$). (cf Annexes tableau 17).

Relation entre le choix de spécialité envisagé aux ECN et le moment du choix « faire médecine » :

58,6% des étudiants qui se destinaient à la médecine générale ont déclaré avoir fait ce choix au lycée contre 37,4% des étudiants qui se destinaient à une autre spécialité. Les différences entre les 2 groupes sont statistiquement significatives ($p=0,0088$). 1,7% des étudiants qui se destinaient à la médecine générale ont déclaré avoir fait ce choix après le bac contre 18,7% des étudiants qui se destinaient à une autre spécialité. Les différences observées étaient également statistiquement significatives ($p=0,0018$). (cf Annexes tableau 18).

➤ Quand avez-vous eu envie de faire médecine générale ?



Le choix de la spécialité médecine générale se faisait clairement « en faculté de médecine » pour 75 étudiants ; 34,9% suivi de « au lycée » pour 11 étudiants ; 5,1%, « au collège » pour 6 étudiants ; 2,8%, au primaire pour 4 étudiants ; 1,9%, et « au cours d'une autre formation post bac » pour 3 étudiants ; 1,4%. Enfin, 32 étudiants ; 14,9%, répondaient « ne sais pas ».

A noter pour cette question, nous avons au total 46% des étudiants qui émettaient une réponse sur le moment où ils ont fait le choix de la médecine générale, soit 99 étudiants alors que 58 étudiants (27% des étudiants) déclaraient vouloir choisir la médecine générale aux ECN. 39,1% répondaient qu'ils ne souhaitent pas faire médecine générale, soit 84 étudiants alors qu'ils étaient 49,8% (107 étudiants) à avoir déclaré qu'ils souhaitent une autre spécialité que médecine générale.

➤ Avez-vous été encouragé à choisir la médecine générale ?

Ils étaient 71 étudiants soit 33% à avoir été encouragés à choisir la médecine générale.

➤ Si oui, par qui ?

A la question « si oui, par qui ? », la question était à choix multiples.

Si oui, par qui avez-vous été encouragé à choisir médecine générale	Nombre de citations	% d'étudiants ayant cité cette proposition
parents	31	43,7%
votre médecin traitant	26	36,6%
amis	25	35,2%
médecins généralistes libéraux	21	29,6%
médecins hospitaliers	9	12,7%
conjoint	7	9,9%
autre	11	15,5%

Les propositions les plus citées étaient : « parents et amis », « votre médecin traitant » et « les médecins généralistes libéraux ».

Les propositions qui ont été les moins cochées étaient « les médecins hospitaliers » et « conjoint » 7 fois. Dans les propositions autres, on retrouvait : « la famille » (2 fois), « les profs de la fac » (7 fois), « le certificat optionnel de médecine générale à la faculté » (1 fois) et « interne » (1 fois).

Influence des encouragements à faire médecine générale sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

Il n'avait pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les groupes encouragé à choisir la médecine générale aux ECN oui/non et le choix envisagé de la médecine générale aux ECN ($p=0,48$). (cf Annexes tableau 19).

➤ Avez-vous été encouragé à ne pas choisir la médecine générale ?

Ils étaient 84 étudiants soit 39.1% à avoir été encouragés à ne pas choisir la médecine générale.

➤ Si oui, par qui ?

A la question « si oui, par qui ? », la question était à choix multiples.

Si oui, par qui avez-vous été encouragé à ne pas choisir la médecine générale	Nombre de citations	% d'étudiants ayant cité cette proposition
médecins hospitaliers	57	67,9%
amis	27	32,1%
parents	21	25,0%
médecins généralistes libéraux	15	17,9%
votre médecin traitant	7	8,3%
conjoint	4	4,8%
autre	10	11,9%

Cette fois, ce sont les médecins hospitaliers qui ont été cités le plus grand nombre de fois (57 fois), suivi par les amis (27 fois), les parents (21 fois), les médecins généralistes libéraux (15 fois), votre médecin traitant (7 fois) et conjoint (4 fois). Dans le texte libre autre, nous avons : les professeurs (5 fois), internes de spécialité et médecins spécialistes libéraux (2 fois chacun) et enfin les médias (1 fois).

Influence des encouragements à ne pas faire médecine générale sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

Il n'avait pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les groupes encouragé à ne pas choisir la médecine générale aux ECN oui/non et le choix envisagé de la médecine générale aux ECN ($p=0,46$). (cf Annexes tableau 20).

3.2.13 Information suffisante sur le métier de médecin généraliste :

75.8% des étudiants s'estimaient insuffisamment informés sur le métier de médecin généraliste.

Influence de la réalisation du stage ambulatoire de 2^e cycle sur le fait de se sentir suffisamment informé sur le métier de médecin généraliste :

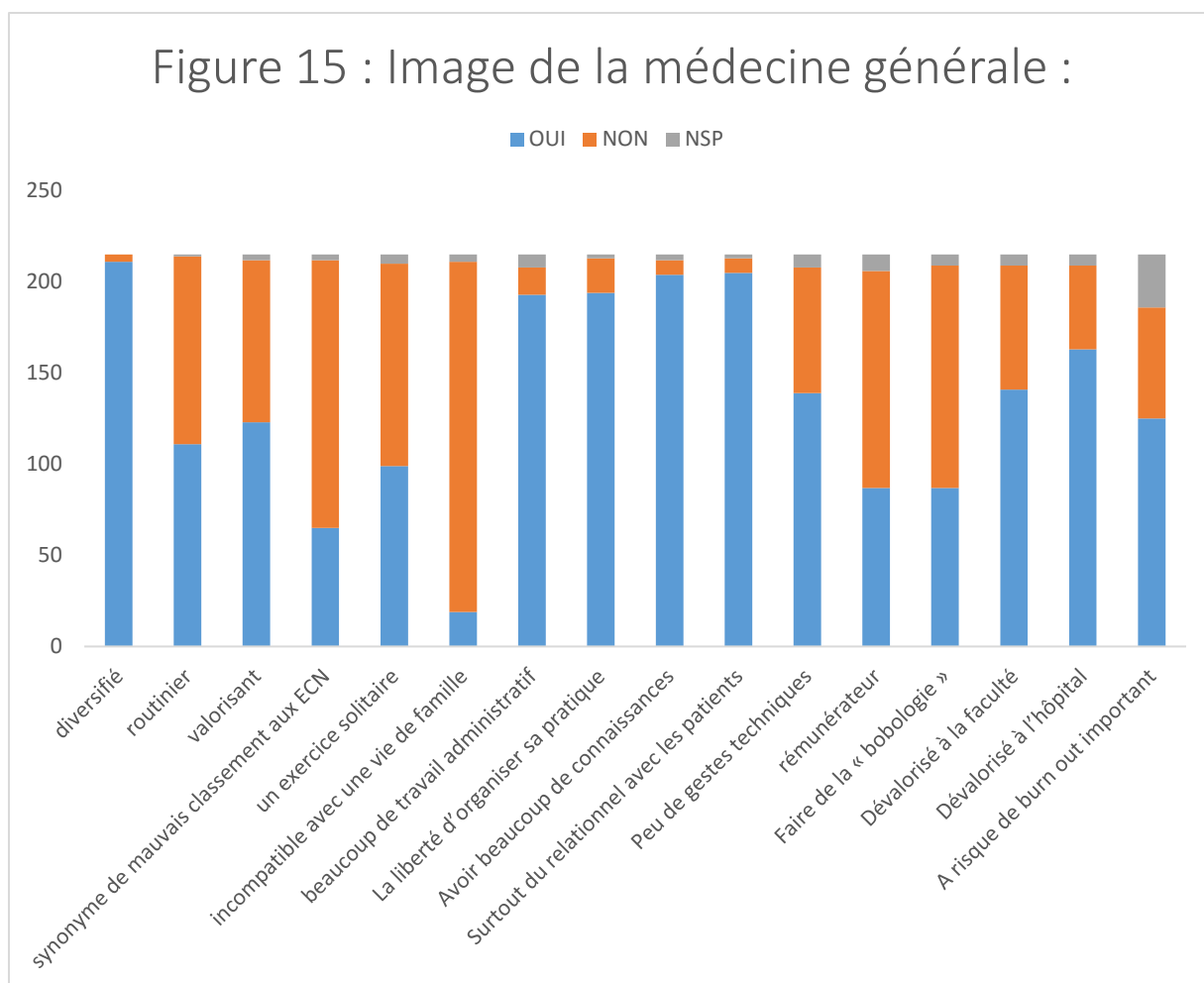
Il n'avait pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les groupes. (cf Annexes tableau 21).

3.2.14 Image de la médecine générale :

➤ Selon vous, la médecine générale c'est :

Les propositions « tout-à-fait d'accord » et « plutôt d'accord » ont été regroupées en réponses positives et les propositions « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord » en réponses négatives.

MEDECINE GENERALE =	OUI	NON	NSP
Diversifié	211 (98,1%)	4 (1,9%)	0 (0%)
Routinier	111 (51,6%)	103 (47,9%)	1 (0,5%)
Valorisant	123 (57,2%)	89 (41,4%)	3 (1,4%)
synonyme de mauvais classement aux ECN	65 (30,2%)	147 (68,4%)	3 (1,4%)
un exercice solitaire	99 (46,1%)	111 (51,6%)	5 (2,3%)
incompatible avec une vie de famille	19 (8,8%)	192 (89,3%)	4 (1,9%)
beaucoup de travail administratif	193 (89,8%)	15 (7,0%)	7 (3,2%)
La liberté d'organiser sa pratique	194 (90,2%)	19 (8,9%)	2 (0,9%)
Avoir beaucoup de connaissances	204 (94,9%)	8 (3,7%)	3 (1,4%)
Surtout du relationnel avec les patients	205 (95,4%)	8 (3,7%)	2 (0,9%)
Peu de gestes techniques	139 (64,7%)	69 (32,1%)	7 (3,2%)
rémunérateur	87 (40,5%)	119 (55,3%)	9 (4,2%)
Faire de la « bobologie »	87 (40,5%)	122 (56,7%)	6 (2,8%)
Dévalorisé à la faculté	141 (65,6%)	68 (31,6%)	6 (2,8%)
Dévalorisé à l'hôpital	163 (75,8%)	46 (21,4%)	6 (2,8%)
A risque de burn out important	125 (58,1%)	61 (28,4%)	29 (13,5%)



Nous avons étudié l'influence éventuelle entre, successivement le sexe, l'année d'étude, la réalisation du stage ambulatoire de 2^e cycle et le choix de spécialité envisagé aux ECN sur l'image de la médecine générale par les étudiants de notre échantillon.

Nous avons observé uniquement des différences significatives entre les groupes « choix médecine générale aux ECN » (=MG) et « choix autre spécialité aux ECN » (=AS) concernant les propositions suivantes : « routinier », « synonyme de mauvais classement aux ECN », « exercice solitaire », « liberté d'organiser sa pratique », « peu de gestes techniques » et « faire de la bobologie ».

« la médecine générale, c'est routinier » :

- 37,9% du groupe MG pensait que oui contre 60,7% du groupe AS.
- 60,3% du groupe MG pensait que non contre 39,3% du groupe AS (p=0,005).

« la médecine générale, c'est synonyme de mauvais classement aux ECN » :

- 17,2% du groupe MG pensait que oui contre 35,5% du groupe AS.

- 81,0% du groupe MG pensait que non contre 63,6% du groupe AS (p=0,025).

« la médecine générale, c'est un exercice solitaire » :

- 29,3% du groupe MG pensait que oui contre 57,0% du groupe AS.

- 67,2% du groupe MG pensait que non contre 42,1% du groupe AS (p=0,00095).

« la médecine générale, c'est la liberté d'organiser sa pratique » :

- 98,3% du groupe MG pensait que oui contre 83,2% du groupe AS.

- 1,7% du groupe MG pensait que non contre 15,0% du groupe AS (p=0,0052).

« la médecine générale, c'est réaliser peu de gestes techniques » :

- 50,0% du groupe MG pensait que oui contre 76,6% du groupe AS.

- 46,6% du groupe MG pensait que non contre 20,6% du groupe AS (p=0,0011).

« la médecine générale, c'est faire de la bobologie »

- 17,2% du groupe MG pensait que oui contre 55,1% du groupe AS.

- 77,6% du groupe MG pensait que non contre 42,1% du groupe AS (p=3,6^E-6).

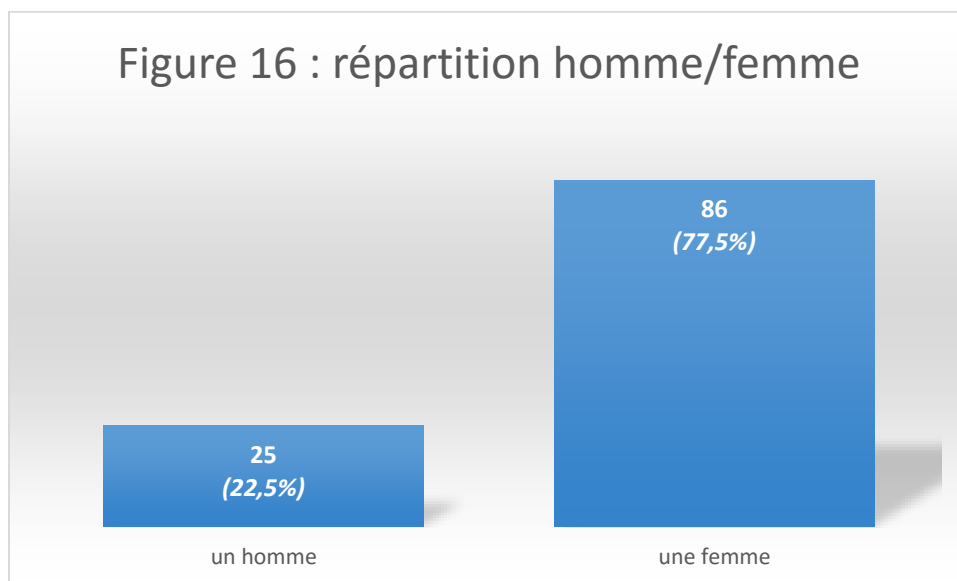
(cf Annexes tableaux 22, 23, 24 et 25).

3.3 Internes de médecine générale :

3.3.1 Répondants au questionnaire :

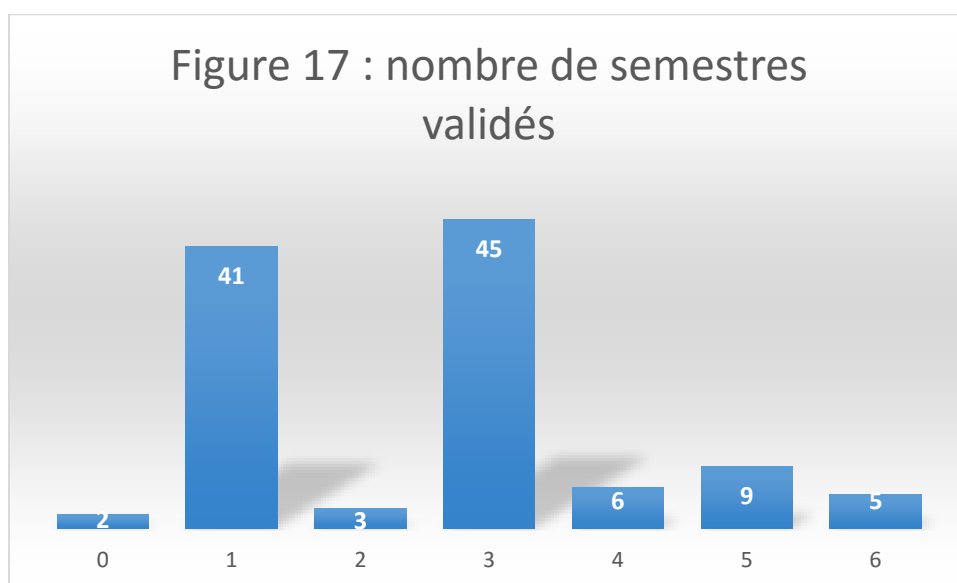
Au total nous avons 111 répondants sur 264 personnes interrogées soit un taux de réponses de 42%.

3.3.2 Sexe :



86 femmes ont répondu au questionnaire soit 77,5% de notre échantillon. 25 hommes ont répondu soit 22,5% de notre échantillon.

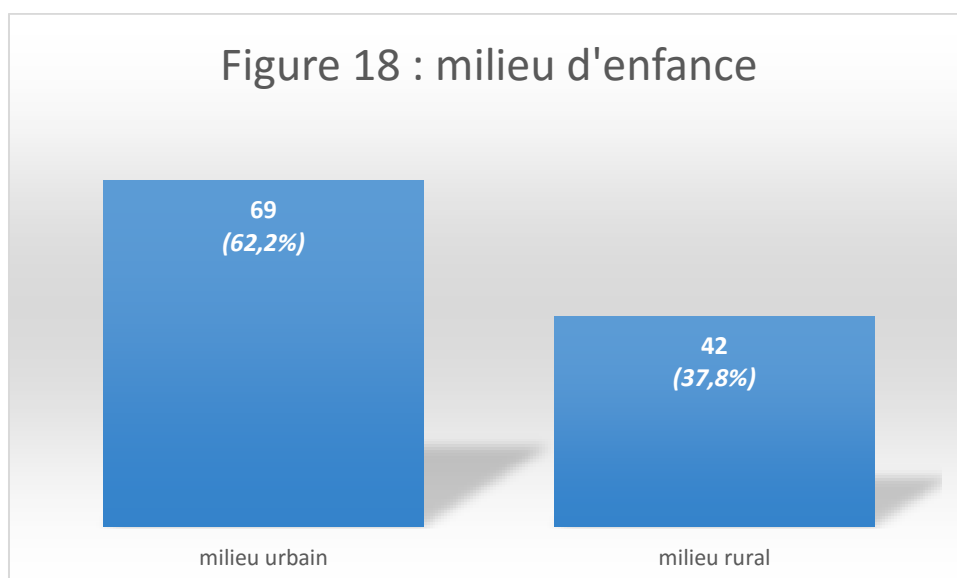
3.3.3 Nombre de semestres validés :



Les internes de notre étude étaient surtout des internes de 1^{ère} année ayant validé un semestre et 2^{ème} année d'internat ayant validé 3 semestres.

Par la suite, les internes ayant validé 0 ou 1 semestre seront dénommés TCEM1, les internes ayant validé 2 ou 3 semestres seront dénommés TCEM2 et les internes ayant validé 4, 5 ou 6 semestres seront dénommés TCEM3.

3.3.4 Milieu d'enfance :



Dans notre échantillon, 62.2% des internes de médecine générale étaient issus du milieu urbain et 37.8% du milieu rural.

3.3.5 Activité professionnelle du père :

➤ Votre père a-t-il une activité professionnelle médicale ou paramédicale ?

17,1% des internes (19 internes) en médecine générale répondants avaient un père qui exerçait une activité professionnelle médicale ou paramédicale.

➤ Si oui, laquelle ?

QUELLE ACTIVITE MEDICALE PERE	Fréquence
médecin généraliste	7
médecin spécialiste autre	7
médecin non précisé	1
pharmacien	1
paramédical	3
Total	19

Précisions :

Autres spécialités : anesthésiste (1), chirurgien (1), gériatre (1), gynécologue (2), neurologue (1), radiologue (1)

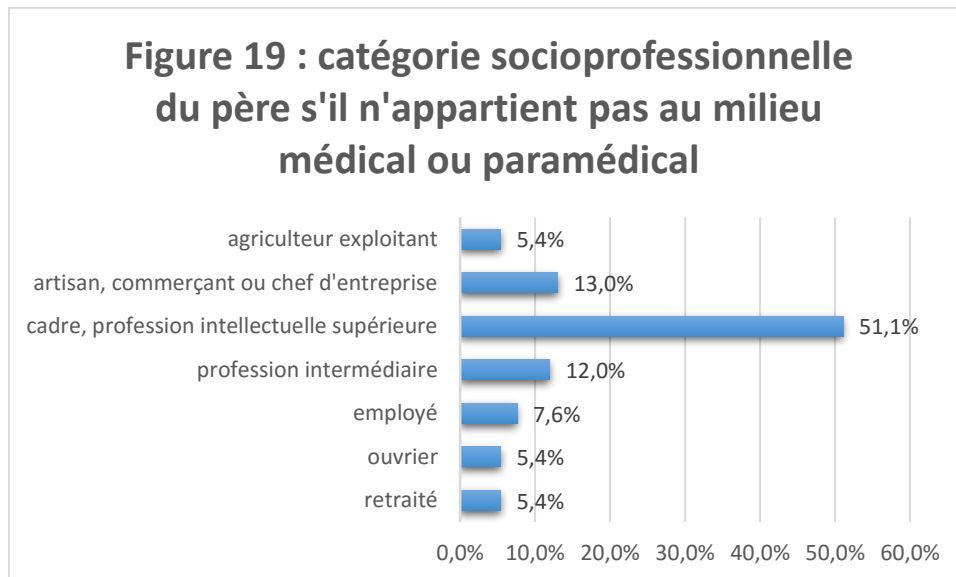
Paramédicaux : kinésithérapeute (1), psychologue (1), technicien biologiste (1)

Il s'agissait en majorité de médecins généralistes ou spécialistes autres (15 sur 19). Sur l'ensemble de notre échantillon, 13,5% des internes de médecine générale avaient un père médecin.

➤ Dans quelles conditions exerce-t-il ?

Parmi eux, 12 pères exerçaient en libéral (63,2 %), 4 pères travaillaient en salariat (21 %) et 3 pères avaient une activité mixte (15,8 %).

➤ Catégorie socioprofessionnelle du père s'il n'appartient pas au milieu médical ou paramédical



Au total, la catégorie socio professionnelle la plus représentée était celle des cadres et professions intellectuelles supérieures (51.1%) puis venaient respectivement celle des artisans, commerçant ou chefs d'entreprise (13.1%), celle des professions intermédiaires (12%), celle des employés (7.6%) et enfin celle des agriculteurs exploitants, ouvriers et retraités à nombre égal (5.4%).

3.3.6 Activité professionnelle de la mère :

➤ Votre mère a-t-elle une activité professionnelle médicale ou paramédicale ?

25,2 % des internes (28 internes) en médecine générale répondants avaient une mère qui exerçait une activité professionnelle médicale ou paramédicale.

➤ Si oui, laquelle ?

QUELLE ACTIVITE MEDICALE MERE	Fréquence
médecin généraliste	2
médecin spécialiste autre	4
pharmacien	3
orthodontiste	1
sage-femme	1
paramédicale	16
autre profession	1
Total	28

Précisions :

Autres spécialités : anesthésiste (1), gynécologue (1), médecin du travail (1), pédiatre (1)

Paramédicaux : aide-soignante (1), infirmière (10), infirmière en psychiatrie (2), infirmière puéricultrice (1), psychomotricienne (1), technicien de laboratoire (1)

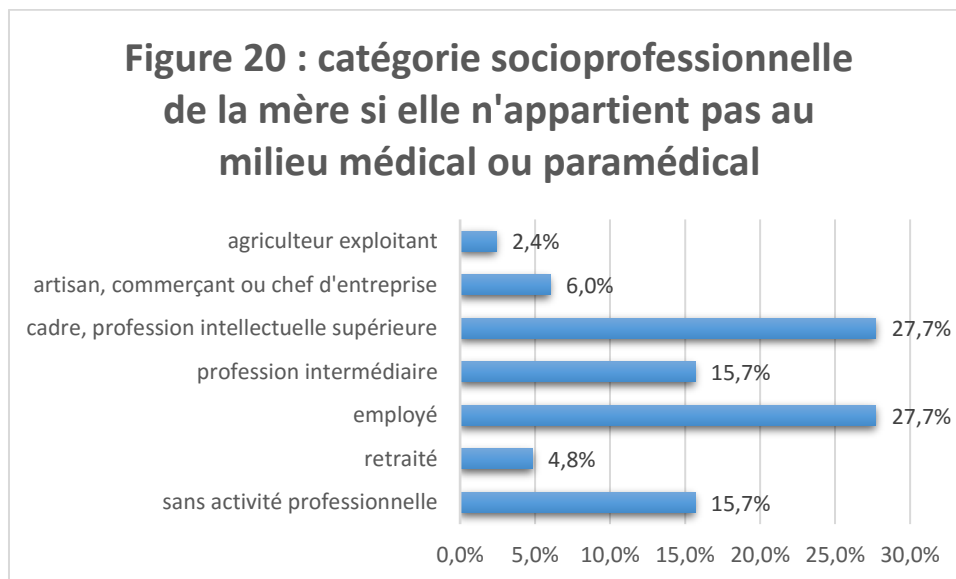
Autre profession : aide-ménagère (1)

Il s'agissait dans la plupart des cas de mères exerçant une activité paramédicale, infirmière en particulier. Sur l'ensemble de notre échantillon, 5,4% des internes de médecine générale avaient une mère médecin.

➤ Dans quelles conditions exerce-t-elle ?

Parmi elles, 6 mères exerçaient en libéral (21,4 %), 20 mères travaillaient en salariat (71,4 %) et 2 mères avaient une activité mixte (7,2 %).

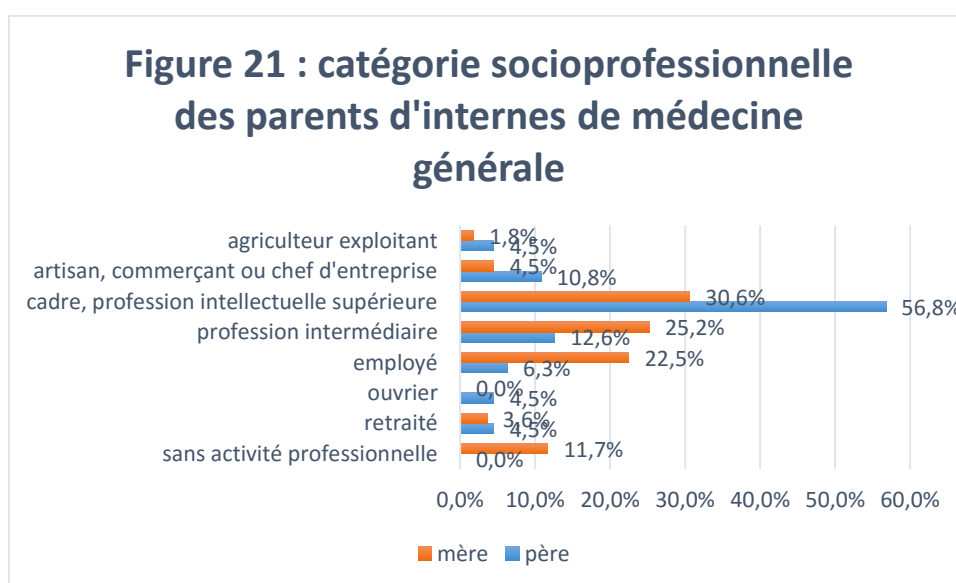
- Catégorie socio professionnelle de la mère si elle n'appartient pas au milieu médical ou paramédical :



Au total, la catégorie socio professionnelle la plus représentée était celle des cadres et professions intellectuelles supérieures (27.7%) et celle des employées (27.7%) puis venaient, celle des professions intermédiaires (15.7%) et celle des sans activité professionnelle (15.7%).

5 étudiants (6%) avaient une mère artisan, commerçant ou chef d'entreprise, 4 étudiants (4.8%) avaient une mère retraitée et 2 avaient une mère agriculteur exploitant (2.4%).

Nous avons intégré aux catégories socioprofessionnelles correspondantes les parents ayant une activité médicale ou paramédicale. Nous obtenons le tableau suivant :



Répartition des catégories socioprofessionnelles du père en fonction de l'année d'étude des étudiants :

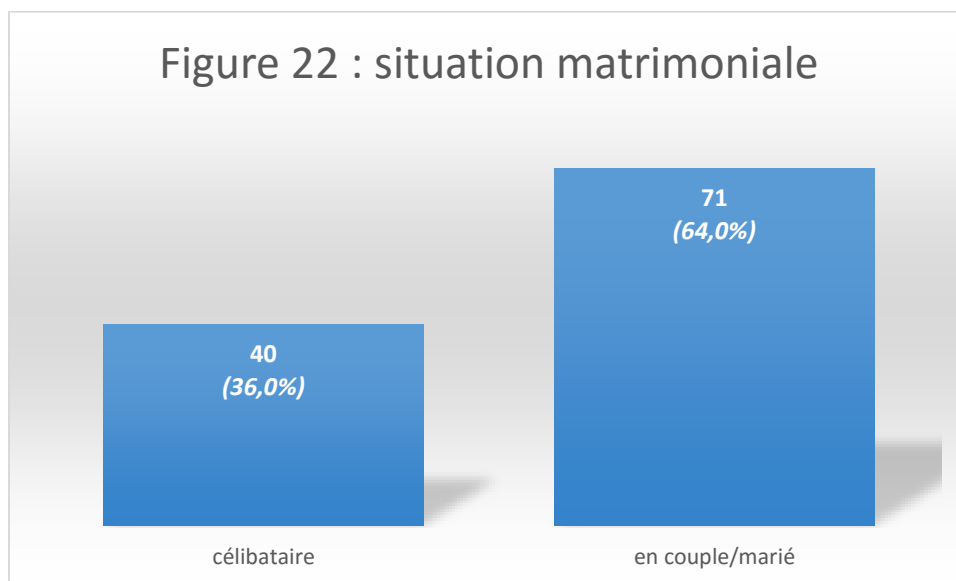
Les pères cadres ou professions intellectuelles supérieures représentaient 58,1% des pères d'étudiants en TCEM1, 52,1% en TCEM2 et 65,0% en TCEM3. Ces résultats étaient non significatifs ($p=0,6$). (cf Annexes tableau 26).

Répartition des catégories socioprofessionnelles de la mère en fonction de l'année d'étude des étudiants :

Les mères cadres ou professions intellectuelles supérieures représentaient 37,2% des mères d'étudiants en TCEM1, 22,9% en TCEM2 et 35,0% en TCEM3. Ces résultats étaient non significatifs ($p=0,3$). (cf Annexes tableau 26).

Au total, 9,5% des internes de médecine générale de notre échantillon avaient un parent médecin.

3.3.7 Situation matrimoniale :



36% des internes de médecine générale de cette étude étaient célibataires et 64%, en couple ou mariés.

Répartition de la situation matrimoniale en fonction du sexe :

44% des hommes étaient célibataires contre 33,7% des femmes. 56,0% des hommes étaient en couple ou mariés contre 66,3% des femmes. Cette différence était non significative ($p=0,35$). (cf Annexes tableau 27).

Répartition de la situation matrimoniale en fonction de l'année d'étude :

Les IMG en couple ou mariés représentaient 60,5% des TCEM1, 62,5% des TCEM2 et 75,0% des TCEM3. Ces résultats étaient non significatifs. (cf Annexes tableau 26).

➤ Avez-vous des enfants ?

13 étudiants, soit 11.7% avaient de 1 à 3 enfants.

Répartition du fait d'avoir un ou plusieurs enfants en fonction du sexe :

8,0% des hommes avaient 1 ou plusieurs enfants contre 12,8% des femmes (non significatif, $p=0,73$). (cf Annexes tableau 27).

Répartition du fait d'avoir un ou plusieurs enfants en fonction de l'année d'étude :

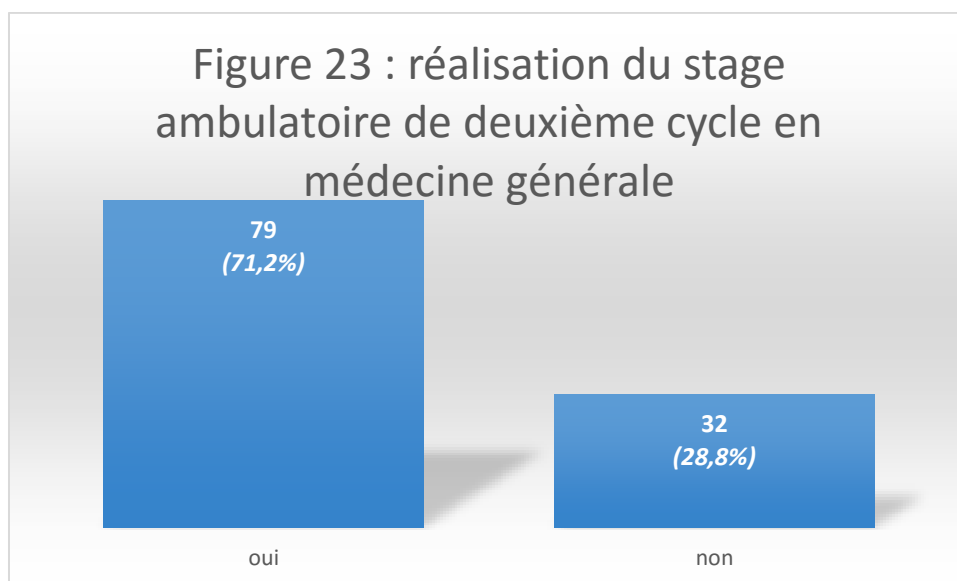
En comparant les populations de TCEM1 et TCEM2, il n'y a pas eu de différence significative pour le fait d'avoir ou non des enfants ($p=0,21$). (cf Annexes tableau 26).

3.3.8 Autre formation avant d'entrer en faculté de médecine :

5 étudiants soit 4.5% des internes avaient suivi une autre formation avant la médecine. Il s'agissait de : BTS Action-Co et IFSI pendant respectivement 2 et 3 ans, école de commerce pendant 2 mois, informatique pendant 3 ans, MPSI (prépa maths) pendant 1 an et un étudiant a parlé de jeune fille au pair pendant 1 an.

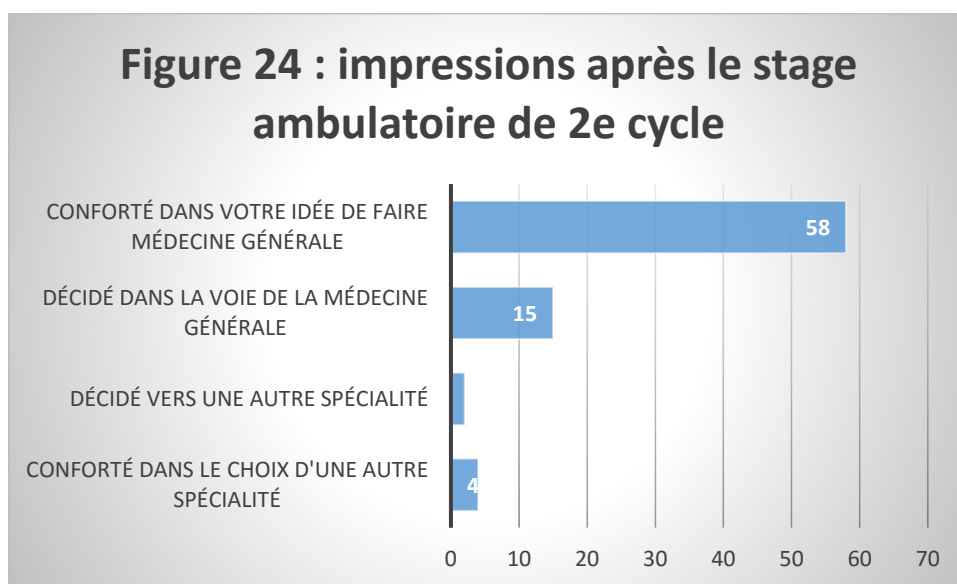
3.3.9 Stage d'externe en médecine générale :

- Avez-vous réalisé votre stage ambulatoire de deuxième cycle en médecine générale ?



Les 2/3 des étudiants avaient réalisé le stage ambulatoire de 2^e cycle en médecine générale.

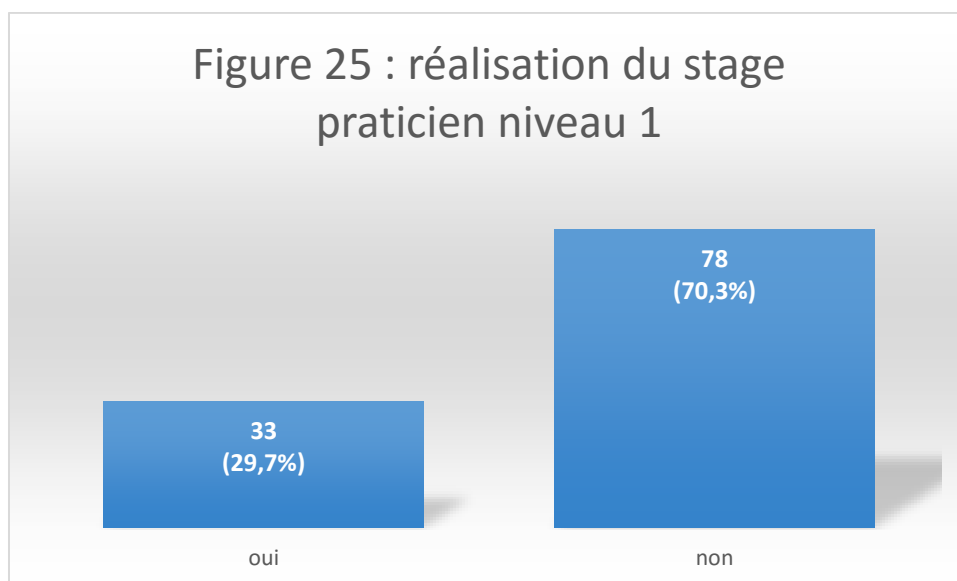
- Si oui, ce stage vous avait :



Ce stage les avait alors en majorité conforté dans leur idée de faire médecine générale (58 étudiants, 73,4%) ou décidé dans la voie de la médecine générale (15 étudiants, 19,0%). Seuls 2 étudiants (2,5%) se sont décidés vers une autre spécialité suite à ce stage et 4 étudiants (5,1%) ont été confortés dans le choix d'une autre spécialité.

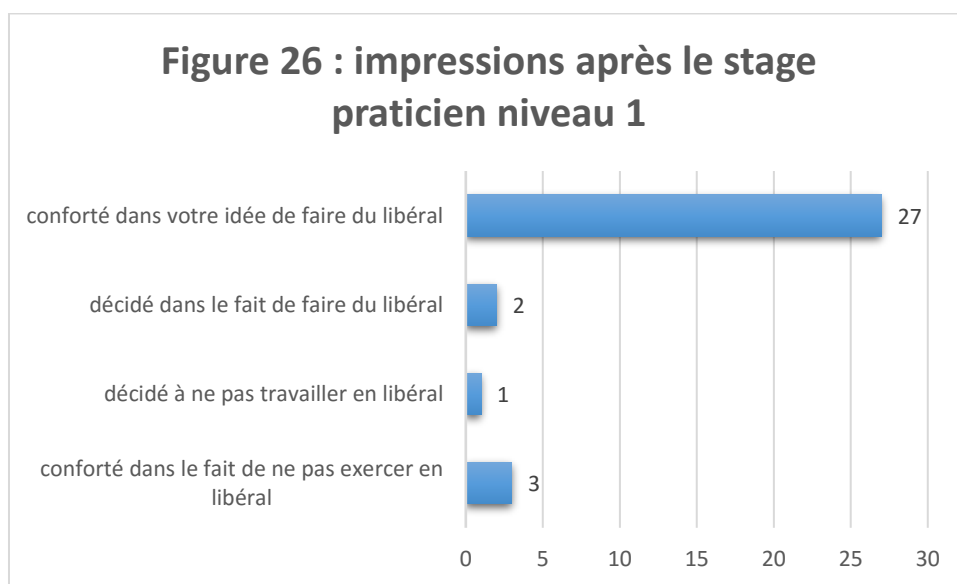
3.3.10 Stage praticien niveau 1 :

- Avez-vous réalisé votre stage praticien niveau 1 ?



Un tiers des étudiants avait réalisé le stage ambulatoire de 3^e cycle en médecine générale.

- Si oui, ce stage vous avait :



Ce stage les avait alors en majorité conforté dans leur idée de faire du libéral (27 étudiants, 81,8%) ou décidé dans le fait de faire du libéral (2 étudiants, 6,1%). Seul 1 étudiant (3,0%) s'est décidé à ne pas travailler en libéral suite à ce stage et 3 étudiants (9,1%) ont été confortés dans le fait de ne pas exercer en libéral.

19 étudiants (57,6%) l'avaient réalisé en 4^e semestre, 8 étudiants (24,2%) en 5^e semestre, 5 étudiants (15,2%) en 3^e semestre et 1 étudiant en 6^e semestre. Il s'agissait d'un exercice en milieu mixte pour 22 étudiants (66,7%), en milieu rural pour 6 étudiants (18,2%) et en milieu urbain pour 5 étudiants (15,1%).

3.3.11 SASPAS :

➤ Avez-vous réalisé un SASPAS ?

9 étudiants avaient réalisé le SASPAS. Ce stage les avait alors en majorité conforté dans leur idée de faire du libéral.

5 étudiants l'avaient réalisé en 6^e semestre et 4 étudiants en 5^e semestre. Il s'agissait d'un exercice en milieu mixte pour 6 étudiants, en milieu rural pour 1 étudiant et en milieu urbain pour 2 étudiants.

3.3.12 Choix de la médecine :

➤ Pourquoi avoir choisi la médecine ?

Les réponses ont été classées en fonction du nombre de citations par ordre décroissant :

POURQUOI AVOIR CHOISI LA MEDECINE	Citations	% d'internes ayant cité cette proposition
contact humain	98	88,3%
être utile	84	75,7%
connaissances médicales	56	50,4%
envie de sauver des vies	19	17,1%
défi, adrénaline	10	9,0%
argent	10	9,0%
prestige	9	8,1%
soif de reconnaissance	8	7,2%
faire de la recherche	3	2,7%
autres	7	6,3%

Autres : « Etudes longues », « Accompagner l'humain, pas vraiment sauver », « Désir de faire de la médecine légale », « Indépendance », « Prendre soin des autres » « Stimulation intellectuelle », « Aucune envie particulière. »

Au total, les propositions les plus souvent citées étaient « contact humain », « être utile », dans une moindre mesure les « connaissances médicales ». Les propositions les moins souvent citées étaient « prestige », « soif de reconnaissance » et « faire de la recherche ».

➤ Pourquoi avoir choisi la médecine générale ?

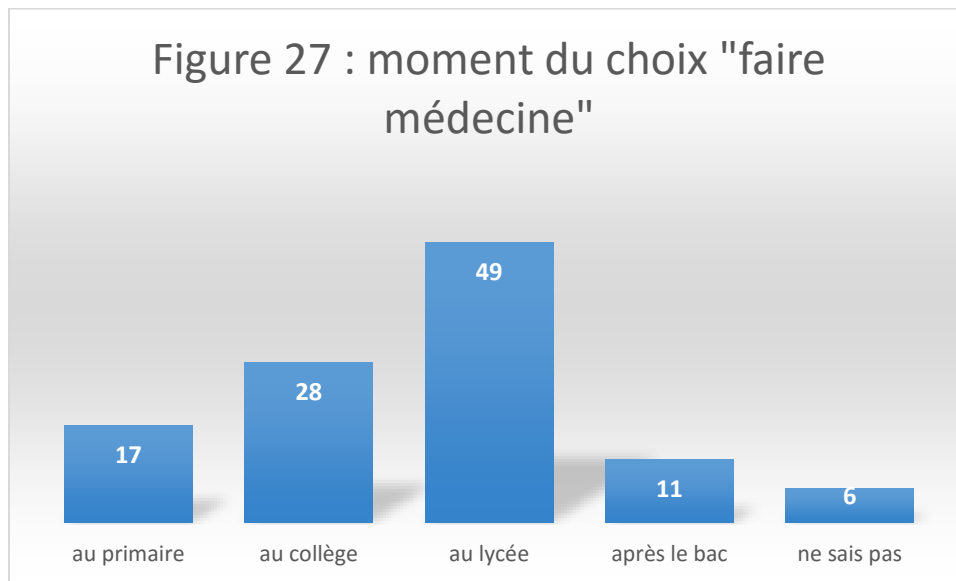
Les réponses ont été classées en fonction du nombre de citations par ordre décroissant :

POURQUOI AVOIR CHOISI MED GE	Citations	% des internes ayant cité cette proposition
polyvalence	93	83,8%
suivi des patients au long cours	67	60,4%
être indépendant	55	49,5%
qualité de vie	38	34,2%
aucune autre spécialité ne vous attirait	21	18,9%
moins d'années d'études	17	15,3%
tremplin vers un DESC	8	7,2%
autres	6	5,4%

Autres : « Relation humaine », « Pas le choix après les ECN » « Correspond à ma manière de travailler », « Relation avec les patients (2) », « Classement insuffisant pour la chirurgie. »

Au total, les propositions les plus souvent citées étaient « polyvalence », « suivi au long cours », et « être indépendant ». Les propositions les moins souvent citées étaient « tremplin vers un DESC » et « moins d'années d'études ».

➤ Quand avez-vous eu envie de faire médecine ?



A la très grande majorité, le choix s'est effectué au lycée pour 49 étudiants (44,1%), suivi de « au collège » pour 28 étudiants (25,2%), au primaire pour 17 internes (15,3%) et « après le bac » pour 11 internes (9,9%). A noter, 6 internes ne savaient pas.

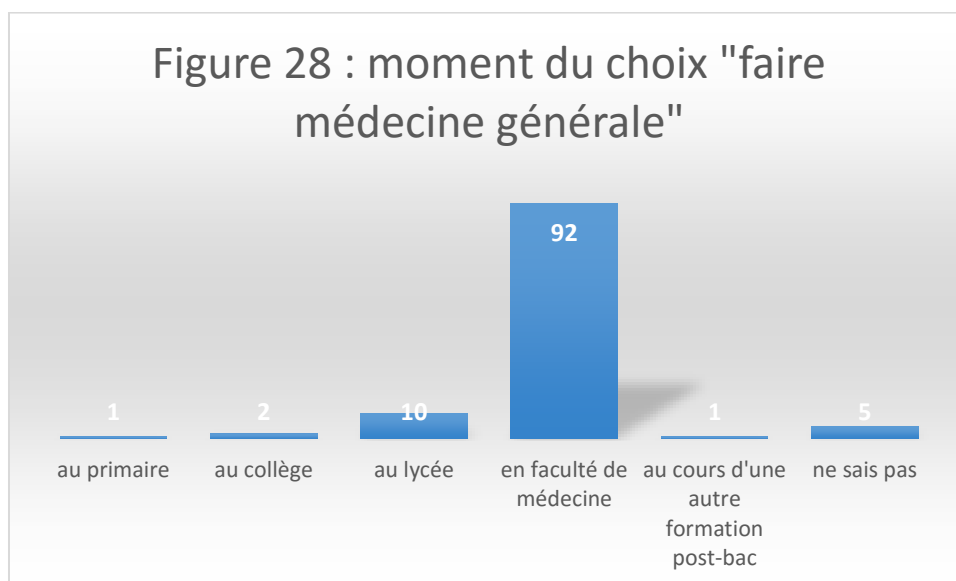
Influence de l'appartenance du père au milieu professionnel médical ou paramédical sur le moment du choix « faire médecine » :

36,8% des étudiants ayant un père appartenant au milieu médical ou paramédical avaient fait le choix de la médecine au lycée contre 45,6% de ceux dont le père n'exerce pas une profession médicale ou paramédicale. Il n'avait pas été montré de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,61$). (cf Annexes tableau 28).

Influence de l'appartenance de la mère au milieu professionnel médical ou paramédical sur le moment du choix « faire médecine » :

39,3% des étudiants ayant une mère appartenant au milieu médical ou paramédical avaient fait le choix de la médecine au lycée contre 45,8% de ceux dont la mère n'exerce pas une profession médicale ou paramédicale. Il n'avait pas été montré de différence statistiquement significative entre les groupes ($p=0,66$). (cf Annexes tableau 29).

➤ Quand avez-vous eu envie de faire médecine générale ?



Le choix de la spécialité médecine générale se faisait lui clairement en faculté de médecine pour 92 étudiants, soit 82,9% de notre échantillon.

➤ Avez-vous été encouragé à faire médecine générale ?

Ils sont 45 étudiants (40.5%) à avoir été encouragés à choisir la médecine générale, contre 59,5%, non.

Si oui, par qui avez-vous été encouragé à choisir la médecine générale	Nombre de citations	% d'étudiants ayant cité cette proposition
parents	25	55,6%
amis	24	53,3%
votre médecin traitant	19	42,2%
conjoint	15	33,3%
médecins généralistes libéraux	7	15,6%
médecins hospitaliers	3	6,7%
autre	3	6,7%

Parmi ceux ayant été encouragés à faire médecine générale, l'influence venait en majorité des « parents » : cité 25 fois et « amis », cité 24 fois, suivi de « votre médecin traitant », cité 19 fois et « conjoint », cité 15 fois. Par contre, les propositions « médecins libéraux » et « médecins hospitaliers » n'ont que très peu été citées (médecins libéraux : 7 fois et médecins hospitaliers

3 fois). A noter, 3 étudiants ont cité d'autres propositions : « à la fac », « ministère de la santé » et « famille en général ».

➤ Avez-vous été encouragé à ne pas faire médecine générale ?

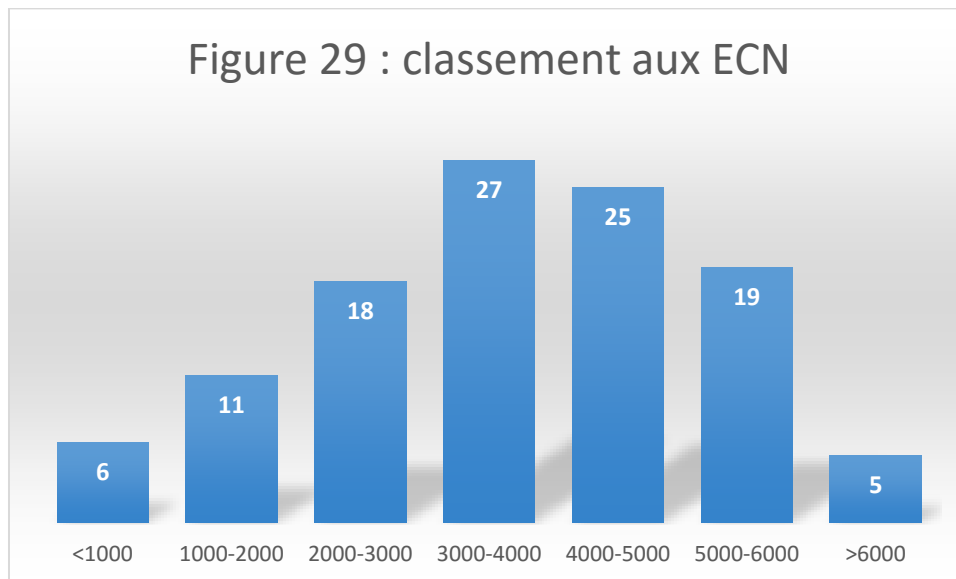
Ils sont 60 étudiants (54.1%) à avoir été encouragés à ne pas choisir la médecine générale.

Si oui, par qui avez-vous été encouragé à ne pas choisir la médecine générale	Nombre de citations	% d'étudiants ayant cité cette proposition
médecins hospitaliers	41	68,3%
parents	15	25,0%
amis	9	15,0%
médecins généralistes libéraux	9	15,0%
votre médecin traitant	7	11,7%
conjoint	0	0,0%
autre	6	10,0%

Parmi ceux ayant été encouragés à ne pas choisir médecine générale, c'était en grande majorité par des « médecins hospitaliers », cité 41 fois. La proposition « parents » a été citée 15 fois, les « amis » et « médecins libéraux », 9 fois. Enfin, « votre médecin traitant » a été cité 7 fois. 6 étudiants ont mentionné d'autres propositions : « la famille » : 4 fois et « la fac » : 2 fois.

3.3.13 Les ECN :

➤ Quel était votre classement aux ECN :



- 5,4% des étudiants se situaient parmi les 1000 premiers
- 9,9% des étudiants étaient situés entre les rangs 1000 et 2000
- 16,2% des étudiants étaient situés entre les rangs 2000 et 3000
- 24,3% des étudiants étaient situés entre les rangs 3000 et 4000
- 22,5% des étudiants étaient situés entre les rangs 4000 et 5000
- 17,1% des étudiants étaient situés entre les rangs 5000 et 6000
- 4,5% des étudiants se situaient après le rang 6000

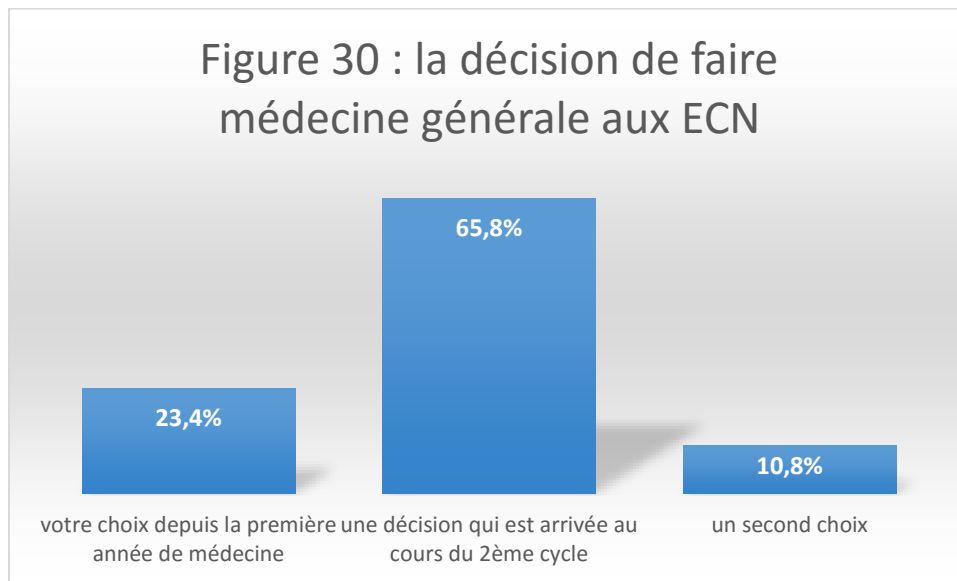
Ainsi, on a pu observer une plus grande proportion d'étudiants classés entre les rangs 3000 et 5000.

➤ Si on vous offrait la possibilité de changer de spécialité sans repasser l'ECN, vous :

Ils ont répondu :

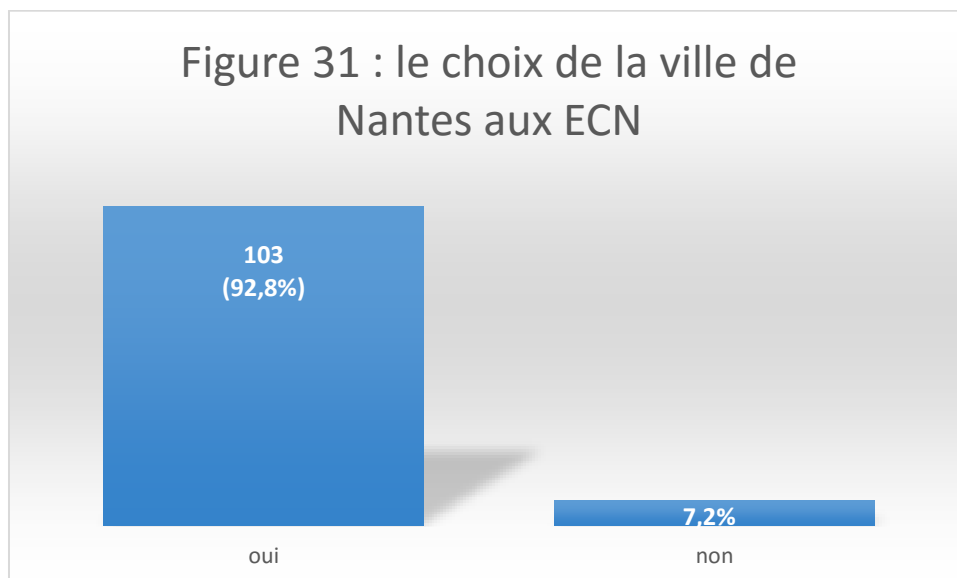
- « restez en médecine générale, ne changez pas » pour 79 étudiants, 71,2%
- « hésitez » pour 17 étudiants, 15,3%
- « changez immédiatement pour une autre spécialité » pour 1 étudiant
- « aimeriez cumuler une autre spécialité en plus de la médecine générale » pour 14 étudiants, 12,6%

➤ La décision de faire médecine générale aux ECN :



- cela représente une décision qui est arrivée au cours du 2ème cycle pour 73 étudiants, 65,8%
- votre choix depuis la première année de médecine pour 26 étudiants, 23,4%
- un second choix pour 12 étudiants, 10,8%

➤ La ville de Nantes aux ECN était-elle un premier choix :



Il s'agissait d'un premier choix pour 103 étudiants 93%.

➤ Si oui, pourquoi ?

Il s'agit d'une question ouverte. Nous avons identifié 6 grands critères, les 4 premiers revenant très régulièrement dans les réponses :

- REPUTATION INTERNAT/CHU : « Bonne réputation pour la formation en médecine générale » « le site du Simgo super accueillant » « Périphéries proches de Nantes et attractives » « Faible amplitude géographique des hôpitaux périphériques » « Je voulais faire le DESC d'urgence, qui est très accessible à Nantes » « Excellente formation hospitalière » « Bien évaluée par les internes de médecine générale en terme de formation » « Bon classement de la fac chaque année » « Bonne réputation du DMG » « maquette assurée en 3 ans » « Qualité de l'accueil »

- VILLE OU IL FAIT BON VIVRE : « Qualité de vie, dynamisme culturel » « ville active 25-35 ans » « Ville qui bouge, bonne réputation de la ville » « Ville et région attrayante » « Cadre de vie » « Grande ville avec de nombreuses activités » « Situation géographique » « Nantes : ville à taille humaine » « climat » « Ville de Nantes en plein développement » « réputation de la ville (étudiante festive agréable) »

- PROXIMITE FAMILLE/AMIS/CONJOINT : « Proximité familiale » « Amis sur Nantes » « Conjoint travaillant sur Nantes » « Famille dans la région »

- VILLE D'ORIGINE, ATTACHES : « Je suis originaire de Vendée et je souhaitais rester dans ma région » « Rester dans l'Ouest » « Connaissance de la région car externat fait à Nantes » « Nantaise, je souhaitais rester à proximité de ma famille et de mes amis » « externat à Nantes : facilité de conserver les habitudes , bonne connaissance des réseaux médicaux » « Je connaissais déjà les hôpitaux, les réseaux, les modes de fonctionnement » « J'ai apprécié mon mes études et externat à Nantes » « Habitant près de Nantes j'ai voulu rester dans la région »

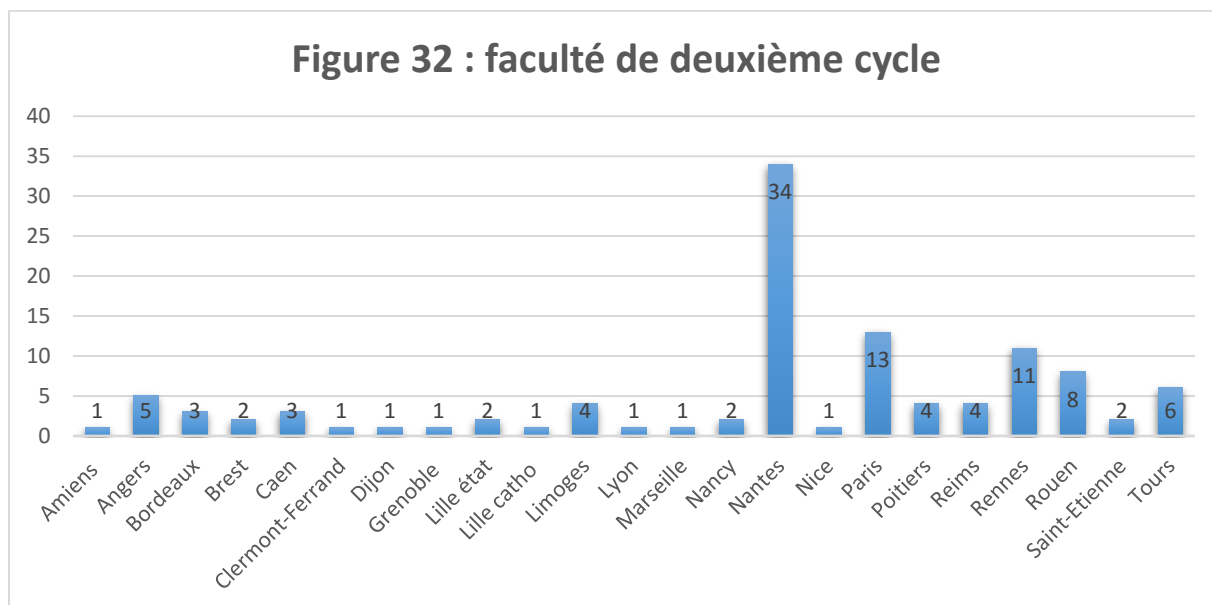
- PROXIMITE DE LA MER

- PROXIMITE DE PARIS

- AUTRES : « Envie de changer et découvrir une autre région sans être trop loin de la région d'origine (Tours) » « Quitter Paris » « Pas loin de Rennes, ma fac d'origine mais tout en changeant de coin » « Envie de bouger un peu » « Envie de changer de ville où j'ai réalisé mon externat » « Ville proche de ma ville natale (Rennes) » « Ne pas faire médecine gé à Paris ou Ile de France où j'ai fait mon externat » « Ville proche de ma ville d'origine (Bretagne) » « Présence d'un aéroport » « Envie de changer de Paris » « Dans une région que je ne connaissais pas et que j'avais envie de découvrir » « Envie de changer de ville » « pour

découvrir une autre région » « Envie de changer d'horizon » « Rester dans l'ouest (je viens de Caen) Aller dans une région un peu plus au Sud pour le climat » « Découverte d'une nouvelle région » « Plusieurs de mes amis partaient dans l'ouest Ville que je ne connaissais pas et sa visite avant les choix m'avait plu » « Changer d'hôpital sans aller trop loin (je viens d'Angers) » « accès au DESC d'urgence » « moins cher que Paris pour se loger »

3.3.14 Faculté de deuxième cycle :



Ainsi, 1/3 des étudiants de notre échantillon étaient issus de la faculté de Nantes. Environ 10% étaient originaires de Paris et 10% de Rennes.

➤ Si extérieur à Nantes, connaissiez-vous Nantes avant votre internat ?

Ils étaient 59 étudiants (53,2%) à déclarer connaître Nantes avant l'internat

C'était en majorité par la « famille » : 21 étudiants, les « amis » pour 15 étudiants, par le biais d'une « destination touristique » pour 6 étudiants et par le « conjoint » pour 1 étudiant.

3.3.15 Qualificatifs pour Nantes et sa région :

Il s'agissait d'une question à choix multiples.

COMMENT QUALIFIEZ VOUS NANTES	Citations	% des internes ayant cité cette proposition
accueillante	94	84,7%
dynamique	90	81,1%
loisirs diversifiés	65	58,6%
bien desservie en transports	55	49,5%
climat doux	50	45,0%
richesse du patrimoine	39	35,1%
calme	13	11,7%
nouvelles technologies importantes	3	2,7%
monotone	2	1,8%
isolée	1	0,9%
polluée	0	0,0%
agitée	0	0,0%
autres	7	6,3%

Autres : « Insécurité », « Proche de la mer » (2), « Littoral Atlantique », « que Nantes, le reste sans intérêt », « proche de Paris et de la mer », « mal desservie en transports. »

Au total, la ville de Nantes était « accueillante », « dynamique », comportait des « loisirs diversifiés », était « bien desservie en transports », dotée d'un « climat doux » et pourvue d'une « richesse du patrimoine ».

3.3.16 Propositions déterminantes dans le choix de Nantes aux ECN :

Nous avons regroupé les réponses oui tout-à-fait et plutôt oui en réponses positives et les réponses plutôt non et non pas du tout en réponses négatives.

- Le cadre géographique : oui pour 107 étudiants (96.4%) et non pour 4 étudiants (3.6%)
- La proximité des hôpitaux périphériques : oui pour 92 étudiants (82.9%) et non pour 17 étudiants (15.3%), 2 étudiants ne savent pas (1.8%).

- La réputation du CHU de Nantes : oui pour 77 étudiants (69.4%), non pour 27 étudiants (24.3%), 7 étudiants ne savent pas (6.3%)
- La réputation du DMG de Nantes : oui pour 67 étudiants (60.4%), non pour 34 étudiants (30.6%), ne savent pas pour 10 étudiants (9%)
- Le mode de validation du DES avec un RSCA par an : oui pour 9 étudiants (8.1%), non pour 90 étudiants (81.1%), ne savent pas pour 12 étudiants (10,81%)
- Le nombre de maîtres de stages : oui pour 22 étudiants (19.8%), non pour 68 étudiants (61.3%), ne savent pas pour 21 étudiants (18,9%)
- Le nombre d'enseignants de médecine générale : oui pour 12 étudiants (10.8%), non pour 74 étudiants (66.7%), ne sais pas pour 25 étudiants (22,5%)
- Le rapprochement familial ou conjoint : oui pour 66 étudiants (59.5%), non pour 41 étudiants (36.9%), ne sais pas pour 4 étudiants (3,6%)

Influence du sexe sur les propositions admises comme déterminantes dans le choix pour Nantes :

16,0% des femmes ont répondu « ne sais pas » à la proposition rapprochement familial ou conjoint contre 0% des hommes ($p=0,004$). (cf Annexes tableau 30).

Influence de l'année d'étude sur les propositions admises comme déterminantes dans le choix pour Nantes :

La proposition « réputation du DMG de Nantes » a été signifiée comme déterminante pour 83,7% des TCEM1, 52,1% des TCEM2 et 30,0% des TCEM3. Elle n'a pas été reconnue comme déterminante pour le choix de Nantes pour 11,6% des TCEM1, 33,3% des TCEM2 et 65,0% des TCEM3 ($p=0,0055$). (cf Annexes tableau 31).

Influence du milieu d'enfance sur les propositions admises comme déterminantes dans le choix pour Nantes :

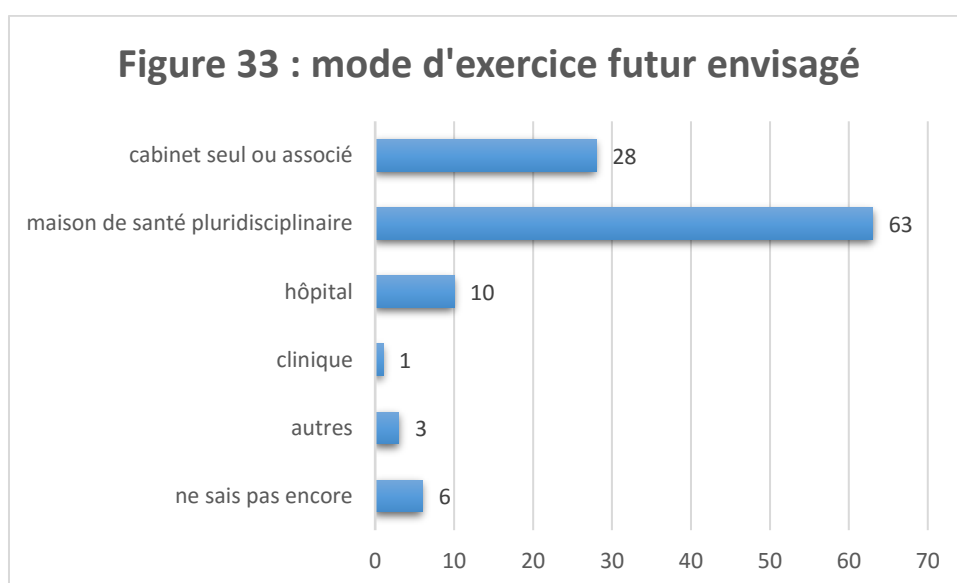
La proposition « cadre géographique » a été signifiée comme déterminante pour 100% des IMG issus d'un milieu urbain et 90,5% de ceux issus d'un milieu rural. Elle n'a pas été reconnue comme déterminante pour le choix de Nantes pour aucun interne issu d'un milieu urbain et 9,5% de ceux issus d'un milieu rural ($p=0,019$). (cf Annexes tableau 32).

Influence de la situation matrimoniale sur les propositions admises comme déterminantes dans le choix pour Nantes :

On a observé une différence statistiquement significative : 71,8% des internes en couple ou marié affirmaient que la proposition « rapprochement familial ou conjoint » avait été déterminante dans leur choix pour Nantes contre 37,5% de ceux qui étaient célibataires ($p=0,0009$). (cf Annexes tableau 33).

3.3.17 Exercice futur :

➤ Quel sera votre exercice futur ?

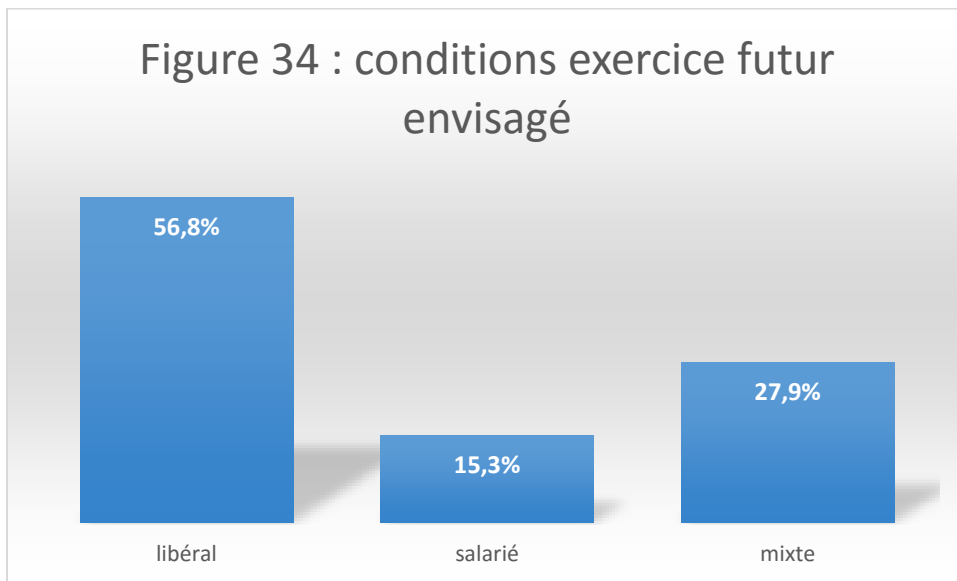


La majorité des internes de notre étude souhaitent exercer en maison de santé pluridisciplinaire : 63 étudiants (56,8%), puis en cabinet seul ou associé : 28 étudiants (25,2%), à l'hôpital : 10 étudiants (9%), en clinique : 1 étudiant (0,9%). 3 étudiants ont exprimé d'autres choix d'exercice : PMI, prison, urgentiste. 6 étudiants (5,4%) ne savaient pas encore.

Influence du sexe sur le mode d'exercice futur :

On avait une différence statistiquement significative entre hommes et femmes concernant l'exercice futur. Il y avait 65,1% des femmes qui souhaitent travailler en maison de santé pluridisciplinaire contre 28,0% des hommes ($p=0,0013$). D'autre part, 19,8% des femmes avaient fait le choix d'un cabinet seul ou associé contre 44,0% des hommes ($p=0,019$). (cf Annexes tableau 34).

➤ Dans quelles conditions ?

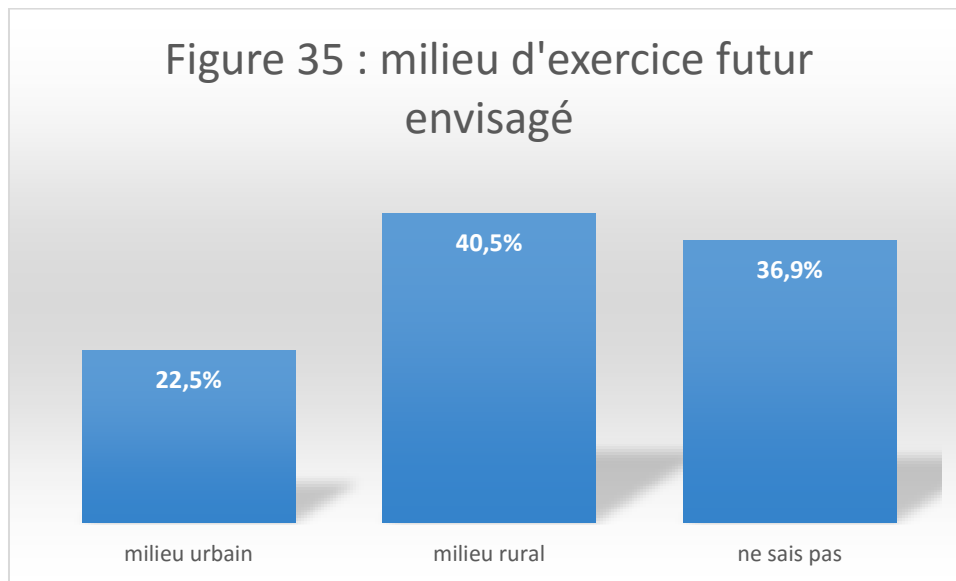


La moitié des internes de médecine générale choisissait le secteur libéral (63 étudiants, 56,8%). 17 étudiants (15,3%) souhaitaient exercer en salariat et 31 étudiants (27,9%) en secteur mixte.

Influence du sexe sur le secteur d'exercice futur :

36,0% des hommes envisageaient un exercice en libéral contre 62,8% des femmes. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,022$). 20,0% des hommes pensaient au salariat contre 13,9% des femmes. Enfin, 44,0% des hommes choisissaient l'exercice mixte contre 23,3% des femmes. Mais ces différences sont non significatives ($p=0,53$ et $p=0,074$). (cf Annexes tableau 34).

➤ Milieu d'exercice futur envisagé :



Les étudiants privilégiaient le milieu rural à 40.5%. Ils choisissaient le milieu urbain à 22.5% et 36.9% des étudiants ne savaient pas encore.

Influence du sexe sur le milieu d'exercice futur :

44,0% des hommes affirmaient vouloir exercer en milieu urbain contre 16,3% des femmes. Cette différence était significative ($p=0,0035$). (cf Annexes tableau 34).

Influence du milieu d'enfance sur le milieu d'exercice futur :

30,4% des IMG issus d'un milieu urbain souhaitaient exercer en milieu urbain contre 9,5% de ceux issus d'un milieu rural. 24,6% des IMG issus d'un milieu urbain souhaitaient exercer en milieu rural contre 66,7% de ceux issus d'un milieu rural. Ces différences étaient statistiquement significatives. (cf Annexes tableau 35).

Influence du milieu dans lequel a été réalisé le stage ambulatoire praticien niveau 1 sur le milieu d'exercice futur :

Sur les 33 internes ayant déjà réalisé ce stage : 66,7% des étudiants ayant réalisé leur stage ambulatoire de 3^e cycle en milieu rural ont souhaité s'installer en milieu rural contre 45,4% des internes ayant réalisé leur stage en milieu mixte et aucun étudiant ayant fait son stage en milieu urbain. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,028$). (cf Annexes tableau 36).

➤ Lieu d'exercice futur envisagé :

Près des 2/3 des internes envisageaient d'exercer en Pays de la Loire (75 étudiants 67,6%). Puis 6 étudiants (5,4%) iront en Bretagne. 7 étudiants (6,3%) choisissaient une autre région (Haute-Savoie, Moselle, Pays Basque, Poitou-Charentes, Ile de France, Bordeaux, Marseille). 1 étudiant répondait l'étranger et 22 étudiants ne savaient pas (19,8%).

Parmi les étudiants désirant exercer en Pays-de-la-Loire, nous avons la répartition suivante pour les départements :

PAYS DE LA LOIRE	Fréquence
Loire-Atlantique	57
Vendée	11
Loire-Atlantique ou Vendée	3
Maine et Loire	3
Mayenne	1
Total	75

C'est préférentiellement la Loire-Atlantique et la Vendée dans une moindre proportion que les internes choisissaient.

79,4% des IMG ayant fait leur 2^e cycle à Nantes souhaitaient exercer en Loire-Atlantique ou en Vendée contre 57,1% des IMG ayant fait leur 2^e cycle dans une autre subdivision. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,024$). 23,4% des IMG ayant fait leur 2^e cycle ailleurs qu'à Nantes souhaitaient exercer dans un autre département que Loire-Atlantique ou Vendée, alors qu'aucun IMG ayant réalisé son externat à Nantes envisageait d'exercer dans une autre subdivision. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,0021$). (cf Annexes Tableau 37).

IV. DISCUSSION

4.1 Forces et limites de l'étude :

➤ Forces :

A notre connaissance, il s'agit de la seule étude s'intéressant aux déterminants du choix de la médecine générale à la faculté Nantes concernant les externes et les internes de médecine générale. Le fait que la ville de Nantes soit de plus en plus plébiscitée par les étudiants lors des classements aux ECN fait qu'il est probable que d'autres thèses sur ce sujet pourraient voir le jour.

Nos questionnaires ont été adressés à la fois aux étudiants de 2^e cycle des études médicales et aux internes de médecine générale ce qui a permis de mettre en évidence une certaine maturation dans l'évolution du choix de spécialité aux ECN.

La formulation électronique des questionnaires a permis d'éviter un processus assez fastidieux de distribution/récupération voire un coût financier des questionnaires papiers avec un retour immédiat des réponses collectées. Le traitement numérique des réponses permet également l'absence d'erreurs de saisie des réponses.

➤ Limites :

Le faible nombre de réponses comparé à l'effectif de population visé, surtout pour les étudiants de deuxième cycle, ne nous permet pas d'avoir une puissance statistique élevée mais laisse la possibilité de dresser un état des lieux concernant la population restreinte interrogée.

Nous avons relevé un problème d'imprécision de certaines questions entraînant une mauvaise compréhension de celles-ci mais cela nous a été apparu au moment des résultats.

Il existe vraisemblablement un biais de mémorisation et de déclaration avec les questions rétrospectives, par exemple : « à quel moment avez-vous eu envie de faire médecine ? » mais aussi les questions sur les impressions du stage ambulatoire de 2^e cycle pour les IMG.

4.2 Caractéristiques socio démographiques de notre échantillon :

4.2.1 Taux de participation à l'étude :

215 étudiants de DFASM ont répondu sur une population cible de 728 étudiants (soit 30,0%). Nous avons 111 répondants sur 264 internes de médecine générale interrogés soit un taux de réponses de 42%.

Le taux chez les étudiants de deuxième cycle est assez faible. Plusieurs explications sont possibles :

- La période de diffusion des questionnaires : les mois d'été avec des étudiants en vacances, le passage des ECN pour les étudiants de DFASM3.
- L'absence de troisième relance : les thèses ayant entrepris environ 3 relances semblent avoir un taux de participation plus important.
- Le fait de lancer les questionnaires uniquement par internet. Il aurait peut-être été profitable de distribuer lors de la deuxième relance des questionnaires papiers lors d'un choix de stages par exemple où l'ensemble des étudiants sont présents.
- Le nombre de questionnaires diffusés aux étudiants ayant lassé certains.
- La longueur du questionnaire ayant certainement rebuté un nombre important d'externes et d'internes, le questionnaire s'il n'était pas abouti n'était pas valide donc non comptabilisé.

Dans la thèse de C. Cazelles Bou auprès des étudiants du PCEM2 au DCEM4, grâce à des distributions de questionnaires papiers lors de périodes d'examens ou de séminaires, le taux de participation était de 77,4%. (31)

On trouve tout de même d'autres thèses avec des taux de participation faibles. L'étude de S. Gauchet et D. Thabut, réalisée auprès des DCEM4 des universités de Paris Descartes et Pierre et Marie Curie à l'issue des ECN 2011 via des questionnaires sur internet a récolté 24% de réponses. (32)

Parmi les étudiants de 2^e cycle, un peu plus d'un étudiant sur deux (53,9%) était en DFASM 1, un peu plus d'un étudiant sur trois (39,1%) était en DFASM 2 et seulement 15 étudiants, soit 7%, étaient en DFASM 3. Ces derniers sont donc largement sous-représentés.

Les IMG de notre étude étaient surtout des internes de 1^{ère} année ayant validé un semestre et 2^e année d'internat ayant validé 3 semestres.

Nous avons une plus grande proportion d'étudiants de DFASM1 parmi les répondants (54%). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'au moment du questionnaire (période d'été et de post-ECN), les étudiants de dernière année étaient occupés à préparer leur choix de spécialité et d'UFR. Par ailleurs, il semblerait que les étudiants de dernière année de deuxième cycle ou de dernière année de troisième cycle sont moins nombreux parmi les répondants. En effet, dans la thèse de C. Cazelles Bou, le taux de participation était de 47,1% parmi les DCEM4 contre 92,8% parmi les PCEM2. (31)

4.2.2 Répartition par sexe :

Nous avons eu une plus grande proportion de femmes parmi les répondants de DFASM : 62,3% et les internes de médecine générale : 77,5%. Cette plus grande proportion de femmes se retrouve dans la population d'étudiants de deuxième cycle (57,5% des DFASM1, 57,0% des DFASM2 et 52,9% des DFASM3 en 2015) et d'internes de médecine générale à Nantes (71,9% en 2014 et 62,2% en 2015).

Cette proportion est comparable à celle de plusieurs autres études. (31-37)

D'une part, elles semblent plus nombreuses à participer aux enquêtes. Par exemple :

- Les résultats de l'enquête de l'ISNAR-IMG 2011 sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, 72,3% des internes ayant répondu au questionnaire sont des femmes. (38)
- Dans l'enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale réalisée par l'ISNAR-IMG de novembre à décembre 2013 : 74,5 % des répondants sont des femmes. (39)

D'autre part, il y a de plus en plus d'étudiantes parmi les inscrits en médecine. En janvier 2002, 64% des étudiants inscrits en première année de médecine étaient des femmes et plus de 50% étaient inscrites en internat et résidanat.(40)

Aux ECN, les femmes sont majoritaires en médecine générale et leur proportion reste relativement stable : en 2004 : 61,5%, en 2005 : 58,1%, en 2006 : 62,5%. (21) A partir de 2007, 2 internes sur 3 en médecine générale sont des femmes (65,9% en 2007 et 66,4% en 2008). (41) Aux ECN de 2013, 62,9% des futurs internes de médecine générale sont des femmes. (42) Aux ECN de 2014, la part des femmes en médecine générale est de 62,3%. (23)

Dans notre étude, elles sont d'ailleurs statistiquement plus nombreuses chez les IMG que chez les étudiants de DFASM ($p=0,006$). (cf Annexes tableau 38).

Cette plus forte proportion de femmes à l'université se constate également dans les autres filières.

Tableau réalisé à partir des données de l'INSEE :

% de femmes parmi les étudiants inscrits en université par discipline	2009-2010	2010-2011	2012	2014
Droit, sciences politiques	64,3	63,9	64,2	64,8
Lettres, sciences du langage	71,7	71,1	70,3	70,1
Langues	73,8	73,7	73,9	74,1
Sciences humaines sociales	67,3	68,4	67,9	68,0
Sciences de la nature et de la vie	59,5	59,7	59,9	59,1
Médecine-odontologie	61,3	61,1	62,2	62,2
Pharmacie	66,9	67	65,4	64,3
Plurisanté *		63,2	64,1	66,3

* : la Paces (Première année commune des études de santé) est comptabilisée en plurisanté cursus licence.

(43-46)

4.2.3 Situation familiale :

65,1% des étudiants de DFASM étaient célibataires contre 36,0% des IMG. 34,0% des étudiants de DFASM étaient en couple ou mariés contre 64,0% chez les IMG ($p=5,0^E-7$). (cf Annexes tableau 38).

On comptait 63,8% de célibataires parmi les DFASM1, 66,7% parmi les DFASM2 et 66,7% parmi les DFASM3. Chez les IMG, les internes en couple ou mariés étaient 60,5% en TCEM1, 62,5% en TCEM2 et 75,0% en TCEM3.

Concernant les enfants, 3.3% des étudiants de DFASM en avaient contre 11.7% des IMG ($p=0,0026$). (cf Annexes tableau 38). On constate une évolution progressivement croissante des étudiants ayant des enfants : ils étaient 2,6% en DFASM1, 3,6% en DFASM2 et 6,7% en DFASM3. De même, chez les IMG, ils étaient 2,3% en TCEM1, 10,4% en TCEM2 et 35% en TCEM3.

Il est logique de constater qu'il existe statistiquement plus d'étudiants en couple ou mariés parmi les internes de médecine générale que chez les étudiants de deuxième cycle et statistiquement plus d'internes de médecine générale ayant des enfants par rapport aux étudiants de deuxième cycle par l'augmentation de l'âge des étudiants. Avec les premiers revenus d'internes, il est plus aisé de vivre à deux voir de fonder une famille. Par ailleurs, le fait d'avoir passé les ECN et donc ne plus avoir la pression du concours, les nombreux items à assimiler et les conférences le soir permet probablement d'envisager plus sereinement un projet d'enfant.

Ces résultats sont confirmés par d'autres études similaires :

- Dans la thèse de C. Cazelles Bou, aucun n'a d'enfants parmi les étudiants du PCEM2 au DCEM4. (31)
- Dans la thèse de C. Braun Neves : « la proportion d'internes vivant en couple augmente régulièrement de la T1 (42 %) à la T3 (68 %) (tableau 8). Les trois années confondues, les femmes vivent en couple un peu plus souvent que les hommes (62 % contre 49 %). 7 % des T1 ont un enfant, comme 16 % des T2 et 23 % des T3. » (33)
- Dans la thèse de D. Groboz Lecoq interrogeant les IMG de TCEM3 : « 78.3% des étudiants sont en couple et 88% n'ont pas d'enfants. » (34)

4.2.4 Niveau social des parents :

Les catégories socioprofessionnelles des parents d'étudiants ont été organisées selon la nomenclature de l'INSEE de 1982 révisée en 2003. (47)

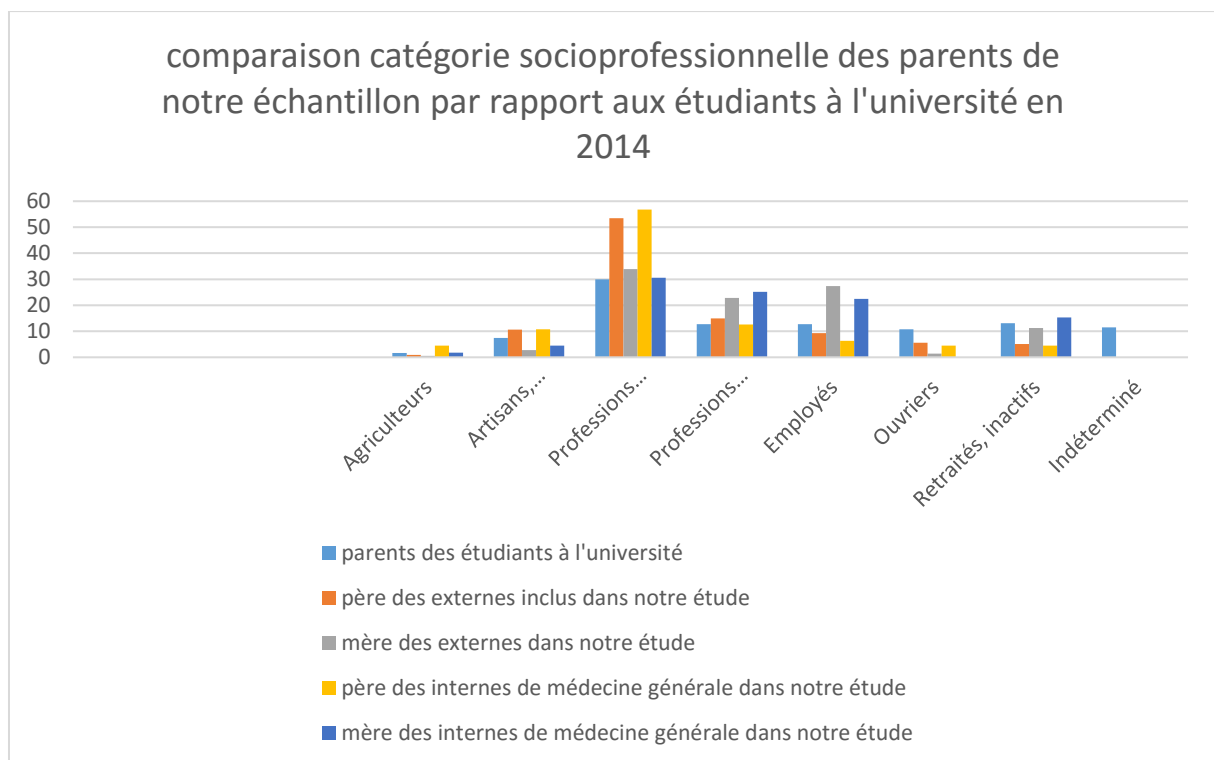
Dans notre échantillon, la CSP la plus représentée chez les parents d'étudiants est celle des cadres ou professions intellectuelles supérieures que ce soit chez les pères d'étudiants de 2^e cycle (53,5%) ou chez les pères d'internes de médecine générale (56,8%). Cette catégorie est également majoritaire chez les mères d'étudiants de 2^e cycle et les mères d'internes de médecine générale mais dans une moindre proportion (respectivement 33,9% et 30,6%).

Cette plus grande proportion d'étudiants en médecine dont les parents appartiennent aux catégories socioprofessionnelles élevées se retrouve dans d'autres thèses et données de la littérature.

- Dans la thèse de C. Cazelles Bou, menée à Poitiers, les cadres et professions intellectuelle supérieure sont également majoritaires avec 57.9% des pères d'étudiants et 36.1% des mères d'étudiants. (31)

- Dans la thèse de Braun Neves, ces chiffres sont nettement supérieurs probablement du fait que l'échantillon se compose d'internes en médecine générale à la faculté de médecine René Descartes de l'université Paris 5. Les pères sont 76% à être cadres ou à exercer une profession intellectuelle supérieure. Les mères sont 48% à être cadres ou à avoir une profession intellectuelle supérieure. L'Ile-de-France concentre certainement plus de catégories socioprofessionnelles élevées que la province. (33)

Les CSP des parents d'étudiants de notre échantillon ont été comparées à celles des étudiants inscrits à l'université en France en 2014, selon les données INSEE (48) :



Ainsi, les catégories socioprofessionnelles élevées sont nettement représentées chez les parents d'étudiants en médecine par rapport aux autres étudiants à l'université. Les employés sont assez peu représentés dans notre étude par les pères d'étudiants de 2^e cycle et les pères des internes de médecine générale mais plutôt nombreux chez les mères de notre échantillon par rapport aux parents d'étudiants à l'université. Il n'y a que très peu de parents ouvriers dans notre enquête.

Les catégories socioprofessionnelles des parents d'étudiants ont été comparées à celles des étudiants à la rentrée 2012-2013 en fonction du cursus choisi :

On peut définir le tableau suivant :

Les étudiants selon la catégorie socioprofessionnelle de leurs parents (%)							
	Université	Institut universitaire de technologie	Section de technicien supérieur	Classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE)	Ecoles d'ingénieurs non universitaires	Etudiants de DFASM dans notre échantillon	IMG dans notre échantillon
Agriculteurs, Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	9,2	11,4	11,6	10,5	12,1	7,4	10,8
Professions libérales, cadres supérieurs	30,4	28,4	13,9	49,8	47,8	43,7	43,7
Professions intermédiaires	12,8	16,8	12,7	12,1	11,1	19,1	18,9
Employés	12,3	15,3	15,5	9,4	6,4	18,1	14,4
Ouvriers	10,7	14,9	20,0	6,3	5,1	3,5	2,2
Retraités, inactifs	13,1	8,9	12,0	6,2	6,7	2,1	4,0
Indéterminé	11,5	4,3	14,4	5,7	10,9	6,0	5,8

Source : Ministère de l'Education nationale – Rentrée 2012-2013 - © Observatoire des inégalités.

Même si la catégorie socioprofessionnelle des cadres et professions intellectuelles supérieures est prépondérante chez les parents de nos étudiants en médecine, nous observons des taux encore supérieurs chez les parents d'étudiants inscrits en CPGE ou écoles d'ingénieurs non universitaire. Le fait d'avoir des études moins onéreuses à l'université par rapport aux grandes écoles permet d'accueillir des étudiants aux origines plus modestes.

D'après le document de travail de la DREES, en janvier 2002, les étudiants en médecine appartiennent souvent à des familles de cadres et professions intellectuelles supérieures :

- 44% des pères d'étudiants de PCEM1 sont cadres ou occupent une profession intellectuelle supérieure. Ils sont 57% en PCEM2 et 59% en 2^{ème} cycle.

- De même la proportion de parents qui exercent une profession libérale parmi l'ensemble des parents cadres et professions intellectuelles supérieures s'accroît tout au long du cursus : chez les PCEM1 : 34%, 37% en PCEM2 et 39% en 2^{ème} cycle.
- Les étudiants en médecine dont les parents exercent une profession intermédiaire sont 15% au sein des 2 premiers cycles.
- La catégorie des employés : en PCEM1, 11% des parents sont employés, 8% en PCEM2 et 6% en DCEM.
- Enfin, concernant la catégorie des agriculteurs est la moins représentée (de 1 à 2% de l'ensemble des parents selon l'année de médecine considérée). (49)

Sur la période 1990-2002, les catégories socio professionnelles des pères d'étudiants ont peu évolué. Les étudiants en 1^{ère} et 2^{ème} années de médecine, odontologie et pharmacie ont beaucoup plus souvent un père cadre ou profession intellectuelle supérieure et moins souvent un père employé, ouvrier ou profession intermédiaire par rapport aux autres filières : droit, lettres et sciences. De plus ces écarts se sont particulièrement accentués pour les 2^{ème} années des 3 filières médecine, odontologie et pharmacie sur la décennie.

Sur la période 1990-2002, 43% des médecins avaient un père cadre supérieur contre 29% de l'ensemble des cadres supérieurs. La part d'étudiants ayant un père artisan ou commerçant tend à diminuer, celle des étudiants ayant un père profession intermédiaire tend à augmenter. (50)

Une autre étude de la DREES portant sur des données de 2004 nous dit que parmi les étudiants en médecine, 45 % des parents sont cadres supérieurs, 17 % sont professions intermédiaires, 15 % sont artisans commerçants, 11 % sont employés, 8 % sont ouvriers et 4% agriculteurs. Selon la DREES : "*la forte proportion de médecins issus de familles de cadres et professions intellectuelles supérieures est sans doute due en partie à la forte propension des enfants de médecins à embrasser eux-mêmes (la) profession.*" (50)

Ces résultats sont comparables à nos résultats. Il semble en effet que le fait d'avoir un père cadre ou profession intellectuelle supérieure soit un avantage pour devenir médecin. Le fait d'avoir des parents médecins fournit des exemples voire des modèles à imiter. Les parents médecins peuvent apporter à leurs enfants : informations, aides pratiques, suivi du travail et aides financières.

Au plus on progresse dans les années d'études, au plus le taux d'étudiants ayant un père issu de cette catégorie augmente. Est-ce le fait que les étudiants ayant un père appartenant aux autres

catégories professionnelles abandonneraient leurs études en cours ? Est-ce plutôt le fait que d'année en année, la part d'étudiants ayant un père cadre ou profession intellectuelle supérieure augmente du fait de la progression dans l'échelle sociale due à l'âge ? ou bien est-ce plutôt le fait que les études de médecine se démocratisent et s'ouvrent progressivement à des étudiants ayant un père appartenant à une catégorie socioprofessionnelle inférieure ?

La filière médecine serait donc moins élitiste qu'auparavant ? nous n'avons pas pris en compte dans cette étude les internes d'autres spécialités, il aurait été intéressant de répertorier la catégorie socioprofessionnelle de leur père. En effet, d'après les données de la littérature, il existe une différence notable entre le taux de cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les pères des médecins spécialistes libéraux et des médecins généralistes, ceci au détriment des derniers. Toujours selon la même enquête de la DREES, 51% des spécialistes libéraux ont un père cadre supérieur contre 40% des généralistes (pourcentage le plus bas de tous les médecins). De plus, les classes moyennes et populaires sont plus représentées parmi les généralistes. (50)

Dans la thèse de C. Perier auprès des internes de la faculté de médecine de Nantes en 2009, concernant la catégorie socioprofessionnelle des parents des internes : 17% des internes ont leur père médecin. 9% des internes ont leur mère médecin. Au total, 13.1% des parents d'internes sont médecins. (37) Ces chiffres sont légèrement supérieurs aux nôtres : 13,5% des IMG répondants ont un père médecin, 5,4% des IMG répondants ont une mère médecin et 9,5% des IMG ayant répondu à notre questionnaire ont un parent médecin.

4.3 Stages ambulatoires en médecine générale de 2^e et 3^e cycle :

4.3.1 Stage ambulatoire de deuxième cycle :

Une plus grande proportion des étudiants de deuxième cycle n'avait pas réalisé de stage ambulatoire de deuxième cycle (83,7%). Les deux tiers des IMG avaient réalisé le stage ambulatoire de 2^e cycle en médecine générale.

Chez les étudiants de DFASM, ce faible taux d'étudiants ayant réalisé leur stage ambulatoire de deuxième cycle en médecine générale s'explique déjà parce que parmi nos répondants, on compte une plus grande proportion d'étudiants de DFASM1, ce stage étant plutôt réalisé à la fin du 2^e cycle.

D'autre part, malgré l'arrêté du 4 mars 1997 qui stipule que « Chaque étudiant doit effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la médecine générale », ce stage était encore peu réalisé à cette époque, donc tous les IMG de notre étude n'avaient pas réalisé ce stage. Plusieurs raisons à cela : des effectifs d'étudiants de plus en plus importants avec le *numerus clausus* qui augmente, le peu de maîtres de stage disponibles et les faibles moyens des DMG.

Un autre arrêté en date du 23 novembre 2006 fixe que « conformément aux dispositions de l'article 8-II de l'arrêté du 4 mars 1997 susvisé, à compter de l'année universitaire 2006-2007, les étudiants de première ou de deuxième année de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales effectuent un stage chez un ou des médecins généralistes appelés "maîtres de stage agréés" ».

Un questionnaire national portant sur l'état des lieux de la médecine générale au 1^{er} janvier 2011 avec 34 DMG interrogés nous dit que 17 DMG proposaient un stage long conforme à la réglementation, 5 DMG proposaient un stage long d'une durée inférieure à celle imposée. 51,5% des UFR proposaient une formation facultaire intégrée au stage de médecine générale pour les étudiants de 2^e cycle. (14)

En 2010, le rapport Hubert précisait que seulement 37% des étudiants avaient pu en bénéficier. De plus, les maîtres de stages représentaient moins de 7% des généralistes installés. (52)

Avec un étudiant sur deux qui, à l'issue des ECN se dirige vers la médecine générale, il devrait y avoir au moins un stage obligatoire en milieu ambulatoire pour l'ensemble des étudiants de 2^e cycle sinon le modèle du praticien hospitalier salarié demeure l'unique référence pour les étudiants en médecine, ils ne peuvent alors pas faire un choix éclairé au moment des ECN. Comme le souligne le rapport Hubert, il est important de diversifier les formes d'exercice par des stages hors CHU et l'enseignement de médecine générale doit être davantage intégré dans le 2^e cycle. Le nombre de maîtres de stage universitaires et d'enseignants de médecine générale restent à ce jour insuffisant pour pouvoir faire basculer les choses. (52)

A Nantes, depuis la rentrée 2015, c'est 100% des étudiants qui le réalisent et le choix s'effectue en DFASM 3.

Ce stage a une influence sur le choix des étudiants. Dans notre échantillon, la réalisation de ce stage a permis d'éclairer et de décider 34% des étudiants vers la médecine générale avec seulement 16,3% d'étudiants ayant validé ce stage. Ce qui signifie qu'avec 100% d'étudiants

de 2^e cycle réalisant un stage ambulatoire en médecine générale, on améliorerait certainement les vocations vers cette spécialité. Par ailleurs, parmi les étudiants ayant réalisé leur stage ambulatoire de 2^e cycle en médecine générale, 57,1% se destinent à la médecine générale et 42,8% à une autre spécialité. Notre effectif d'étudiants ayant effectivement réalisé le stage étant faible, il est difficile de conclure mais il semblerait que le stage ambulatoire de 2^e cycle à Nantes a tendance à augmenter le désir de ces étudiants à s'orienter vers la médecine générale. Or, il apparaît dans l'étude relayée par le CNOM interrogeant les étudiants de 2^e cycle que le lieu de stage semble influencer le choix de la médecine générale : les étudiants qui ont fait leur stage dans le département de Loire-Atlantique ont déclaré à 89,5% « avoir envie de faire de la médecine générale », suivis de ceux de Gironde (88,5%) et du Rhône (87,5%). (1)

Dans notre étude, ce stage était réalisé en milieu urbain à 71%, rural à 9% et mixte à 20%. Quand on voit que l'on manque de médecins généralistes surtout en campagne, une mesure visant à augmenter le nombre de maîtres de stage en milieu rural pourrait certainement susciter des vocations chez ces étudiants.

4.3.2 Stage ambulatoire de 3^e cycle en médecine générale :

Dans notre étude, un tiers des internes avait réalisé le stage ambulatoire de 3^e cycle en médecine générale. Etant donné que nos répondants au questionnaire étaient principalement en 1^{ère} et 2^e année de TCEM et vu que ce stage ambulatoire se réalise plutôt en fin de cursus, il est logique de constater qu'une plus grande proportion des IMG n'avait pas réalisé ce stage.

Par ailleurs, comme le souligne A. Galvani dans sa thèse : « le stage chez le praticien est très attendu par les internes de médecine générale, il leur permet de découvrir un exercice nouveau de la médecine et de corriger certaines idées reçues sur la médecine générale en libéral. » (53)

Selon J. Couture Pages, « ce stage praticien niveau 1 suscitait un désir de pratique médicale ambulatoire » chez les internes de médecine générale interrogés : « avant le stage, 65,1% des répondants souhaitent exercer la médecine générale ; et ils sont 78,7% après » (résultats statistiquement significatifs). (53)

4.3.3 SASPAS :

9 étudiants, soit 8,1% des internes de médecine générale avaient réalisé le SASPAS.

Les résultats de l'enquête de l'ISNAR-IMG 2011 montrent le même taux avec 9 % des internes ayant répondu qui ont validé un SASPAS. (38)

D'une part, notre effectif de répondants au questionnaire n'était pas suffisant, d'autre part ce sont surtout des étudiants de début de cycle qui ont répondu et donc n'ayant pas été en mesure de le faire.

Actuellement, le stage praticien niveau 1 est obligatoire dans la maquette du DES et donc réalisé par l'ensemble des internes. Le SASPAS lui, est effectué par 30% des internes seulement. (51)

A Nantes, on a la chance d'avoir, en 2016, 37 terrains de SASPAS différents pour des promotions d'environ 120 internes de médecine générale, ce qui revient à dire qu'à Nantes, 62% des IMG réalisent un SASPAS.

Selon l'enquête de l'ISNAR IMG en 2011, 30% des internes de médecine générale réalisent 2 stages chez le praticien pendant leur internat. (38)

Selon la grande enquête de l'ISNAR IMG en 2013, elle propose un SASPAS obligatoire pour valider le DES et travaille à favoriser la réalisation de stages de pédiatrie et de gynécologie ambulatoire afin que le futur DES comporte au moins 50% de stages ambulatoires. La médecine générale est la seule spécialité à n'avoir au cours de sa formation, qu'un seul semestre dans sa spécialité. Le SASPAS a une forte influence sur le projet d'installation des internes : alors que 13% des internes n'ayant pas effectué de stage ambulatoire ont un projet d'installation, ce taux augmente significativement après la validation du stage de niveau 1 (13% versus 22%) et après la validation du stage de niveau 2 (22% passant à 28,6%). (39)

Enfin, l'ISNAR-IMG nous laisse une note d'optimisme en observant dans les résultats de son enquête que 71% des internes ayant répondu ont montré leur volonté d'être maîtres de stage à leur tour. (38)

Le nombre de maîtres de stage va donc continuer à augmenter et nous espérons qu'à terme l'ensemble des internes de médecine générale aura accès au SASPAS en plus du stage praticien niveau 1.

Dans notre étude, 100% des internes de médecine générale ayant réalisé un SASPAS affirment que ce stage les a confortés dans leur idée de faire du libéral. Certes notre effectif est de nouveau très faible et ceux qui choisissent un SASPAS sont déjà plus intéressés que les autres à faire du libéral mais on peut tout de même émettre l'hypothèse qu'au plus nous aurons des internes en SASPAS, au plus nous aurons des internes qui choisiront le libéral. On sait bien que ce qui effraie les internes dans leur choix de projet professionnel, c'est ce qui leur est inconnu. Avec

six mois passés en ambulatoire contre 2ans et demi à l'hôpital, on comprend pourquoi ils se dirigent plus vers le salariat.

4.4 Choix de la médecine :

4.4.1 Pourquoi envisage-t-on de faire médecine :

Dans notre étude, les propositions qui ont été les plus citées, chez les étudiants de 2^e cycle comme chez les internes de médecine générale sont : « être utile », « contact humain » et « connaissances médicales ». Les propositions qui ont été les moins citées étaient : « soif de reconnaissance », « prestige » et « faire de la recherche ».

On note par contre que les externes sont significativement plus nombreux que les internes de médecine générale à avoir cité « avoir une bonne rémunération » (21,9% versus 9,0%, $p=0,004$), « défi, adrénaline » (19,1% versus 9,0%, $p=0,02$) et « connaissances médicales » (63,7% versus 50,4%, $p=0,02$). Les IMG ont cité significativement plus souvent « contact humain » que les étudiants de DFASM (88,3% versus 76,7%, $p=0,01$). (cf Annexes tableau 39). Par comparaison, nous pouvons citer les résultats obtenus par C Cazelles Bou : le qualificatif le plus cité était : « rapport privilégié avec les patients ». Le qualificatif le moins cité était : « flexibilité des horaires ». Les critères positifs de la médecine générale : « rapport privilégié avec les patients, approche globale de la personne, diversité des pathologies. » Les critères négatifs étaient : « dévalorisation de la médecine générale, étendue du savoir trop important, isolement, monotonie de l'exercice, bobologie. » (31)

Les critères de choix sont donc principalement de type humaniste : « être utile », « contact humain » avec une proportion encore plus marquée chez les IMG et scientifique : « connaissances médicales », avec une prépondérance des étudiants de DFASM par rapport aux IMG pour cette proposition. Dans les propositions autres, nous retiendrons aussi les propositions émises par deux IMG : « accompagner l'humain » et « prendre soin des autres ». Nous citerons Maurice Tubiana qui a dit : « la naissance de la médecine a été clinique, sa période de gloire a été et reste encore scientifique, son futur sera social et humain. »

La « soif de reconnaissance » n'a motivé que 9,3% des étudiants de DFASM/7,2% des IMG et le « prestige », 8,8% des étudiants de DFASM, 8,1% des IMG. L'envie de faire médecine est donc un choix altruiste. Les étudiants en médecine étant plus souvent issus d'un milieu aisé avec des parents appartenant en majorité à la catégorie des cadres et professions intellectuelles

supérieures, leur envie de faire médecine leur permet le maintien du statut social. On pourrait penser comme le montre A-C Hardy Dubernet, que les étudiants dont les parents appartiennent à des catégories socioprofessionnelles moins aisées sont motivés à entreprendre des études médicales par l'ascension sociale. (54)

Deux étudiants ont mentionné dans les propositions autres, « la sécurité d'emploi ». Il est vrai que les médecins ne sont guère touchés par le chômage, ce qui est assez rare comparé aux autres professions.

A la question sur les raisons du choix de la médecine générale par les internes de médecine générale, les propositions les plus souvent citées étaient « polyvalence » (83,8%), « suivi au long cours » (60,4%), et « être indépendant » (49,5%). La proposition la moins souvent citée était « tremplin vers un DESC » (7,2%).

La « polyvalence » est vraiment ce qui caractérise la profession de médecin généraliste et ce qui attire les internes. Le « suivi des patients au long cours » est bien particulier à la médecine générale, il ne se retrouve pas dans les autres spécialités car même pour les pédiatres, le suivi s'arrête à la majorité alors que les généralistes ont la possibilité de soigner des patients durant toute leur vie sur plusieurs générations.

4.4.2 A quel moment envisage-t-on de faire médecine :

La répartition pour le moment auquel se fait le choix de la filière médicale est la même chez les étudiants de 2^e cycle et chez les internes de médecine générale. A savoir :

- « au lycée » pour 43,3% à 44,1% des répondants de notre étude
- « au collège » pour 25,1% à 25,2% des répondants de notre étude
- « au primaire » pour 15,3% à 18,1% des répondants de notre étude
- « après le bac » pour 9,9% à 11,6% des répondants de notre étude

Nos résultats se rapprochent de ceux observés par C. Cazelles Bou, en effet dans sa thèse, 65.6% des étudiants ont fait le choix d'un cursus médical durant leurs études secondaires. 11.5% après le lycée. 22,8% au primaire. (31)

Dans la thèse de J. Buisson, réalisée en 2010 interrogeant les élèves de terminale scientifique de l'académie parisienne, les résultats montraient que « la médecine est la première profession citée dans celle souhaitée dans l'enfance. » (56)

La filière médicale est donc attractive auprès des élèves, notamment les adolescents. C'est un des rares métiers qui est bien identifié dès le plus jeune âge comme pompier ou instituteur. On ne dit pas à 14-15 ans que l'on veut devenir analyste financier... D'autre part, c'est un métier qui impressionne.

4.4.3 Facteurs influençant le moment du choix de faire médecine :

Le fait d'avoir un parent ayant une activité professionnelle médicale ou paramédicale n'influe pas significativement sur le moment à partir duquel les étudiants choisissent de s'orienter vers la filière médicale ni chez les externes ni chez les internes de médecine générale. Autrement dit, ce n'est pas parce que certains fils et filles de médecins ou d'infirmières « baignent » dans le milieu des blouses blanches depuis qu'ils sont enfants qu'ils vont se destiner plus tôt que les autres vers cette orientation professionnelle. A-C. Hardy Dubernet nous dit que « le désir précoce de devenir médecin est proportionnellement moins évoqué par les enfants de cadres ou professions libérales que par les enfants d'ouvrier ou d'employé, pour qui l'accès à ces études et cette profession supposent un objectif difficile à atteindre, requérant une motivation profondément enracinée. » (54)

Par ailleurs, nous avons observé une différence statistiquement significative entre les étudiants qui envisageaient de choisir médecine générale aux ECN (groupe MG) et ceux qui envisageaient de choisir une autre spécialité (groupe AS). A savoir que le groupe MG affirmait avoir eu envie de faire médecine au lycée à 58,6% contre 37,4% dans le groupe AS. De même que le groupe MG affirmait avoir eu envie de faire médecine après le bac à 1,7% contre 18,7% dans le groupe AS. On peut donc affirmer que ceux qui se destinent à la médecine générale prennent cette décision plus tôt que ceux qui se destinent à une autre spécialité. En effet, arrivés au lycée, les étudiants ont tous consulté plus ou moins souvent un médecin généraliste mais beaucoup moins souvent un spécialiste d'organe, qui sait ce qu'est un médecin interniste à 17-18 ans ?

Dans la thèse de J. Buisson, réalisée en 2010 interrogeant les élèves de terminale scientifique de l'académie parisienne, les résultats montraient que « la médecine générale reste une profession attractive surtout chez les élèves prévoyant de faire médecine l'année prochaine mais paradoxalement elle resterait très peu choisie si l'on projette les élèves dans la situation de choix de spécialité à l'ECN. » (55)

Chez les externes comme chez les internes de médecine générale, le choix de la spécialité médecine générale se faisait clairement « en faculté de médecine. »

A noter pour cette question, nous avons au total 46% des étudiants de DFASM qui émettaient une réponse sur le moment où ils ont fait le choix de la médecine générale alors qu'ils étaient seulement 27% des étudiants à déclarer vouloir choisir la médecine générale aux ECN. 39.1% répondaient qu'ils ne souhaitaient pas faire médecine générale alors qu'ils étaient 49.8% à avoir déclaré qu'ils souhaitaient une autre spécialité que médecine générale aux ECN. Ils sont 26 étudiants à vouloir choisir une autre spécialité aux ECN et à affirmer qu'ils souhaitent faire de la médecine générale.

Ainsi, nous pouvons penser que la question a été mal comprise des étudiants de DFASM étant donné qu'il y avait deux questions successives sur le moment du choix de la médecine d'abord puis de la médecine générale. Ou alors, nous pouvons penser que certains étudiants n'étaient pas sûrs de leur choix pour la spécialité aux ECN et ont évoqué deux réponses contradictoires. Comme nous n'avons pas pu savoir la raison de cette différence, nous avons pris la décision de ne pas réaliser d'analyse statistique sur cette question.

4.5 Encouragements/découragements à faire médecine générale :

Ils étaient 33% chez les externes et 40,5% chez les internes à avoir été encouragés à choisir la médecine générale. Il n'y avait pas de différence significative entre les étudiants de DFASM et les internes de médecine générale sur le fait d'avoir été ou non encouragé à faire médecine générale ($p=0,1791$). Ceux qui encourageaient à faire médecine générale étaient : « les parents » (43,7% à 55,6%), « les amis » (35,2% à 53,3%), « votre médecin traitant » (36,6% à 42,2%), « médecins généralistes libéraux » (15,6% à 29,6%), « votre conjoint » (9,9% à 33,3%) et « médecins hospitaliers (6,7% à 12,7%).

Nous observons qu'un étudiant de DFASM a indiqué dans la proposition autre : « le certificat optionnel de médecine générale à la faculté. » Le DMG a mis en place à Nantes un certificat optionnel de médecine générale dont l'objectif est « d'acquérir les concepts théoriques de la discipline. Il aborde les fonctions du médecin généraliste et son rôle en matière de prévention et dépistage. » Il s'agit de cours théoriques assurés par un généraliste enseignant et ouvert aux étudiants de DFASM1 et DFASM2. (56) Malheureusement je n'ai pris connaissance de ce certificat qu'en réceptionnant les réponses au questionnaire des externes. Cela aurait été

certainement contributif dans ce travail d'analyser si les étudiants ayant réalisé ce certificat ont une image modifiée de la médecine générale par rapport à ceux ne l'ayant pas réalisé et s'ils envisagent plus facilement la médecine générale aux ECN.

Par contre, il y avait 39,1% des étudiants de DFASM qui avaient été encouragés à ne pas choisir médecine générale aux ECN contre 54,1% des internes de médecine générale. Ces résultats étaient statistiquement significatifs ($p=0,0098$). (cf Annexes tableau 39).

Il est étonnant de constater qu'encore de nos jours, 39,1% des externes et 54,1% des IMG ont été encouragés à ne pas choisir médecine générale, en majorité par des médecins hospitaliers (67,9% à 68,3%). Cela signifie que la médecine générale est toujours dénigrée par certains praticiens hospitaliers.

Il n'a pas été noté de différence significative des encouragements ou non encouragements sur le choix envisagé aux ECN pour la spécialité chez les étudiants de 2^e cycle. Le fait d'avoir été encouragé à choisir médecine générale ou encouragé à ne pas choisir médecine générale n'influe pas sur le choix de spécialité aux ECN. Avec un interne de médecine générale sur deux qui a été encouragé à ne pas choisir médecine générale aux ECN, on peut dire que ces internes sont plutôt téméraires.

4.6 Image de la médecine générale chez les étudiants de 2^e cycle :

La médecine générale selon les externes c'est : « diversifié » (98,1%), « surtout du relationnel avec les patients » (95,4%), « avoir beaucoup de connaissances » (94,9%), « la liberté d'organiser sa pratique » (90,2%), « dévalorisé à l'hôpital » (75,8%), « dévalorisé à la faculté » (65,6%), « peu de gestes techniques » (64,7%), « à risque de burn out important » (58,1%), « valorisant » (57,2%).

Ils étaient mitigés pour dire que la médecine générale, c'est : « routinier » (51,6%) et que ce n'est pas « un exercice solitaire » (51,6%).

La médecine générale pour les externes, ce n'est pas : « incompatible avec une vie de famille » (89,3%), « synonyme de mauvais classement aux ECN » (68,4%), « faire de la bobologie » (56,7%), « rémunérateur » (55,3%).

Les étudiants de 2^e cycle avaient plutôt une représentation juste de la médecine générale. Ces représentations de la médecine générale se retrouvent dans d'autres travaux. Dans la thèse de J. Buisson en région parisienne, « l'image que [les élèves de terminale scientifique] se font de la

médecine générale est celle d'une médecine proche du patient, répétitive et permettant une meilleure vie privée que les autres spécialités qui sont considérées comme plus rémunératrices, prestigieuses, techniques, apportant plus de satisfaction personnelle et nécessitant plus de vocation. » (55)

Un travail de thèse réalisé en 2014 a analysé le devenir de la représentation de la médecine générale des externes, des internes en médecine générale de la faculté de Marseille et des jeunes médecins généralistes installés en région PACA au travers des peurs et attentes. Les principaux résultats démontrent que les externes ont une représentation juste des aspects positifs du métier de médecin généraliste libéral mais leur représentation est fautive, de manière significative, concernant les aspects négatifs suivants : « motif de consultation inintéressant, sensation d'être inférieur aux spécialistes, etc... ». (57)

Dans la thèse de S. Duriez, il existait un lien entre la mauvaise vision des étudiants vis-à-vis de la médecine générale et le désir de non-choix de cette discipline. La pratique supposée de « bobologie » par les généralistes était un des critères de ce non-choix, ainsi que l'éventualité d'une vie de famille impossible. Le critère « vie de famille » était déterminant pour les femmes et les DCEM2. Il n'existait pas de lien entre le sentiment de dévalorisation de la médecine générale au sein de la faculté et le non-choix. (58)

Le fait d'avoir réalisé ou non le stage ambulatoire de 2^e cycle en médecine générale n'a pas d'influence sur ce que pensent les étudiants de la médecine générale mais notre effectif d'étudiants ayant fait le stage était bien inférieur à celui des étudiants ayant déjà effectué ce stage. Cela a donc pu créer un biais dans nos résultats et empêcher d'observer une influence positive de ce stage sur la représentation de la médecine générale. Il n'y a pas non plus de différence entre les étudiants des 3 années de DFASM. Là encore notre échantillon n'était pas équitablement réparti entre les 3 années de DFASM.

Nous avons observé une différence statistiquement significative concernant l'image de la médecine générale chez les DFASM entre les groupes : choix médecine générale souhaité aux ECN (groupe MG) et choix autre spécialité souhaité aux ECN (groupe AS) : alors que dans le groupe AS, les étudiants pensaient que la médecine générale c'était « routinier », « solitaire » et « faire de la bobologie », dans le groupe MG, ils pensaient que non. Ils étaient plus nombreux dans le groupe MG que dans le groupe AS à penser que la médecine générale n'était pas synonyme de mauvais classement aux ECN. Ils étaient plus nombreux dans le groupe AS que dans le groupe MG à penser que la médecine générale ce n'était pas la liberté d'organiser sa pratique.

La proposition sur le burn out semble avoir moins intéressé les étudiants, ils sont 13,5% à avoir répondu « ne sais pas ». Les étudiants ne semblent pas avoir été sensibilisés à ce syndrome et pourtant on sait qu'en France, 47% des médecins libéraux présentent les symptômes du burn out selon plusieurs études. (59) D'après une étude réalisée en 2008 par la DREES sur un panel de 1900 médecins généralistes issus de 5 régions différentes, les médecins sont deux fois plus déprimés que la population générale (10 à 15% selon les études) : près d'un médecin sur trois est touché par la dépression.(60) Le taux de suicide était de 14% chez les médecins actifs français (contre 5.6% dans la population générale de la tranche d'âge 35-65 ans) selon une étude menée en octobre 2003 par le Dr Léopold pour le CNOM. (61)

Ainsi, notre étude démontre comme d'autres études que certains étudiants de deuxième cycle ont une image dévalorisée de la médecine générale. On peut néanmoins soulever l'hypothèse suivante : les étudiants qui souhaitent faire médecine générale gardent une bonne image de la médecine générale au fur et à mesure de leur avancée dans les études. Par contre, l'absence de cours spécifiques dévolus à la médecine générale et d'information sur les spécificités du métier de généraliste, les stages quasiment exclusivement réalisés à l'hôpital sous l'égide de praticiens hospitaliers qui fonctionnent en équipe pluridisciplinaire et prennent en charge des malades avec des pathologies sévères, les cours de conférences où la médecine générale est considérée comme la voie de l'échec font que certains étudiants vont avoir une image dévalorisée de la médecine générale. Et donc en se projetant plusieurs années plus tard, on imagine que ces visions vont perdurer et se transmettre ensuite aux générations futures.

Si l'on veut redonner une bonne image de la médecine générale à tous les étudiants en médecine, il me semble nécessaire de dispenser des cours spécifiques à la médecine générale par des enseignants de médecine générale et proposer des stages ambulatoires en médecine générale dès le début des études de médecine. Etant donné qu'environ un étudiant sur deux est un futur médecin généraliste, il est naturel d'allouer autant d'heures à cette spécialité qu'aux autres.

4.7 Information sur le métier de médecin généraliste chez les étudiants de DFASM :

75.8% des étudiants de deuxième cycle s'estimaient insuffisamment informés sur le métier de médecin généraliste. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur cette proposition entre les étudiants ayant réalisé leur stage ambulatoire de 2^e cycle et ceux qui ne l'avaient pas réalisé.

Dans la thèse de Braun Neves, 83% des internes estiment ne pas avoir été suffisamment sensibilisés à la médecine générale pendant leurs études. (33)

L. Giboudot, à Besançon : « les médecins interrogés estiment ne pas avoir été suffisamment formés à l'exercice de la médecine générale. » (28)

Notre travail confirme que la médecine générale reste mal connue des étudiants, elle n'est pas assez présente dans le cursus des étudiants en médecine au profit des autres spécialités.

4.8 Le choix souhaité aux ECN chez les étudiants de 2^e cycle pour la spécialité :

Près d'un externe sur deux déclarait vouloir choisir une spécialité autre que médecine générale (49.8%), près d'un sur trois déclarait vouloir faire médecine générale (27,0%) sachant que 23.2% des étudiants ne s'étaient pas encore décidés dans leur choix.

Dans la thèse de C. Cazelles Bou, un étudiant sur deux n'a pas d'idée précise de la spécialité qu'il souhaite exercer, 16% se destinent à la médecine générale et 32% à une autre spécialité. Parmi les étudiants ayant déjà 1 idée de la spécialité choisie, 33.2% se destinent à la médecine générale et 65.7% à une autre spécialité. (31)

4.8.1 Influence du sexe sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

Il y avait statistiquement plus de femmes que d'hommes qui déclaraient vouloir choisir médecine générale aux ECN (32,1% contre 18,5%) et plus d'hommes que de femmes qui se destinaient à une autre spécialité (56,8 contre 45,5%).

La DREES nous dit que : « l'attractivité de la médecine générale se renforce chez les femmes, alors qu'elle diminue chez les hommes. En 2014, 14 % des femmes ayant le choix entre toutes

les spécialités ont opté pour la médecine générale, contre 12 % en 2013. En revanche, seuls 5 % des hommes ayant le choix entre toutes les spécialités en 2014 se sont orientés vers la médecine générale, contre 6 % en 2013. » (23)

Nous constatons que dans notre échantillon, parmi ceux se destinant à la médecine générale, 74,1% sont des femmes. Aux ECN de 2014, le pourcentage de femmes en médecine générale était de 62,3%. Parmi ceux se destinant à une autre spécialité dans notre échantillon, 57,0% sont des femmes. Aux ECN de 2014, le pourcentage de femmes dans l'ensemble des disciplines hors médecine générale est de 55,8%. (23)

L'internat de médecine générale de Nantes serait donc plus féminisé que les autres ? Le magazine What's Up Doc nous le confirme avec un taux de 64% de féminisation, il est premier ex-æquo avec celui de Montpellier. (62)

4.8.2 Influence de l'année d'études sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

Nous avons 46,7% des étudiants de DFASM 3 qui souhaitaient choisir médecine générale aux ECN contre seulement 17,2% des DFASM 1, résultats statistiquement significatifs ($p=0,0012$).

Ainsi, en extrapolant, si nous avons eu un taux de participation parmi les DFASM3 égal à celui des DFASM1 et DFASM2, nous aurions probablement au moins 1 externe sur 2 qui déclarerait faire le choix de la médecine générale aux ECN.

4.8.3 Influence du milieu d'enfance sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

23,3% des étudiants de DFASM issus d'un milieu urbain envisagent la médecine générale contre 34,8% des étudiants issus d'un milieu rural. Nos résultats étaient sans différence significative. Dans d'autres thèses, on retrouve également un engouement supérieur de la médecine générale pour les étudiants issus de la campagne que ceux issus de la ville mais avec des différences plus importantes.

Dans la thèse de C. Cazelles Bou, « parmi les répondants, les étudiants ayant vécu leur enfance en ville optent pour la médecine générale dans 27% des cas contre 40% pour ceux venant de la campagne. » (31)

Selon l'enquête de C. Perier : 47,5% des internes ayant grandi dans une ville de moins de 5000 habitants font de la médecine générale contre 27% de ceux qui ont grandi dans une ville de plus de 15000 habitants. (37)

Il semble donc que le lieu de vie durant l'enfance (ville ou campagne) constitue un des facteurs influençant le choix des étudiants sur la spécialité qu'ils souhaitent exercer, à savoir que le fait d'avoir vécu en campagne engendre plus de vocations vers la médecine générale. Cela n'est pas à l'avantage de la médecine générale étant donné que les facultés de médecine sont situées en ville.

4.8.4 Influence du niveau social des parents sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

Le fait d'avoir un père ou mère appartenant au milieu médical ou paramédical n'a pas d'influence sur le choix de spécialité envisagé aux ECN.

Dans la thèse de C. Perier auprès des internes de la faculté de Médecine de Nantes en 2009, « 91% des internes ayant un parent médecin pensent que ceci est intervenu dans leur choix de faire médecine. En revanche, le fait d'avoir un parent médecin semble diminuer les motivations à faire de la médecine générale. » (37)

4.8.5 Influence du fait d'avoir réalisé une autre formation avant médecine sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

53,8% (14/26) des étudiants ayant fait une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine souhaitent choisir une autre spécialité aux ECN contre 49,2% (93/189) de ceux n'ayant pas fait d'autre formation. Il n'y a pas de différence significative ($p=0,66$).

15,4% (4/26) des étudiants ayant fait une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine souhaitent choisir médecine générale aux ECN contre 28,6% (54/189) de ceux n'ayant pas fait d'autre formation. Il n'y a pas de différence significative ($p=0,16$). Nous notons que les étudiants ayant déjà réalisé une autre formation avant médecine pendant 1 à 7 ans, ayant peut-être des enfants sont attirés par les spécialités comptant le plus grand nombre d'années d'études.

4.8.6 Influence du fait d'avoir réalisé le stage ambulatoire de 2^e cycle sur le choix de spécialité envisagé aux ECN :

20,0% des étudiants ayant réalisé leur stage ambulatoire de 2^e cycle souhaitent choisir médecine générale aux ECN contre 28,3% de ceux ne l'ayant pas réalisé. 60,0% des étudiants ayant réalisé leur stage ambulatoire de 2^e cycle souhaitent choisir une autre spécialité aux ECN contre 47,8% de ceux ne l'ayant pas réalisé. Nos résultats ne mettent pas en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes. En effet, d'une part notre groupe stage ambulatoire de 2^e cycle était faible, d'autre part, ce stage est probablement choisi en priorité par les étudiants étant attirés par la médecine générale.

4.9 Le choix de la médecine générale aux ECN par les internes de médecine générale :

Tableau récapitulatif ECN 2004 à 2014 réalisé à partir des données de la DREES :

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Candidats inscrits aux ECN	3879	4472	5176	5631	5884	6422	7106	7924	8156	8441	8668
Postes ouverts aux ECN	3988	4803	4760	5366	5704	6186	6839	7626	7564	7903	8190
Evolution du nombre de PO aux ECN		+20%	-1%	+13%	+6%	+8%	+11%	+12%	-1%	+4%	+4%
Postes pourvus aux ECN	3368	3822	4430	4905	5084	5518	6132	6941	7313	7623	7860
Postes non pourvus aux ECN	620	981	330	461	620	668	707	685	251	280	330
Postes non pourvus aux ECN en %	15%	20%	7%	9%	11%	11%	10%	9%	3%	3%	4%
Numerus clausus 5ans + tôt	3700	3850	4100	4700	5100	5550	6200	6850	7100	7300	7400
Evolution du numerus clausus		+4%	+6%	+15%	+8%	+9%	+12%	+10%	+4%	+3%	+1%
Postes ouverts en MG	1841	2400	2353	2866	3200	3333	3632	3930	3543	3799	3752
% de postes pourvus en MG	67%	59%	86%	84%	81%	82%	82%	84%	95%	95%	94%
Postes non pourvus en MG	609	981	323	452	609	612	654	629	177	193	215

Durant la décennie 2004-2014, ce sont au total 5454 postes d'internes en médecine générale qui n'ont pas été pourvus. Cela représente 9,4% des 58104 médecins généralistes inscrits en activité régulière à l'ordre au premier janvier 2015.

Pourquoi y-a-t-il autant de postes restés vacants en médecine générale ? Est-ce vraiment une spécialité qui n'attire pas les étudiants ?

D'abord, il faut dire qu'en 2004 et 2005, le nombre de postes ouverts aux ECN est supérieur au nombre de candidats inscrits. On constate également de nombreux redoublants. Ceci s'explique par soit l'absence des candidats les jours des ECN, soit par la non-validation du DCEM des étudiants. Le dernier stage de DCEM4 ayant lieu après les ECN, il suffit pour les étudiants pensant avoir échoué aux ECN de faire invalider ce stage pour repasser les ECN l'année d'après. (21)

Par ailleurs, le nombre de postes ouverts est très variable d'une discipline à l'autre et d'une année sur l'autre. Comme nous l'a fait remarquer G. Bloy, « les quotas par filière sont très variables (par exemple 20 en gynéco-obstétrique, 300 en psychiatrie, 550 en chirurgie, 2400 en médecine générale), il en va de soi que la médecine générale soit la dernière discipline choisie. »

(5) Entre 2004 et 2005, le nombre de postes ouverts en MG a augmenté de 30%, ce qui explique que le pourcentage de postes pourvus en MG en 2005 a encore diminué (59% en 2005 contre 67% en 2004).

A partir de 2006, la situation de la médecine générale aux ECN s'améliore progressivement pour plusieurs raisons :

- dès 2006, le nombre de postes ouverts aux ECN devient inférieur au nombre de candidats inscrits. Le taux de postes non pourvus passe de 20% à 7%. La médecine générale pourvoit 86% de ses postes. (63)

- augmentation de la part de postes ouverts en médecine générale sur la totalité des postes ouverts. En 2008, 56,1% des postes ouverts étaient des postes d'internes en médecine générale contre 53,4% en 2007, 49,4% en 2006. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 22 juillet 2009 introduit plusieurs nouveautés pour les ECN : ainsi, conformément au décret n°2010-804 du 13 juillet 2010, l'ONDPS fait des propositions aux ministres de la santé et de l'enseignement supérieur concernant le nombre et la répartition des effectifs d'internes en médecine à former par région ou subdivision pour une période de cinq ans (2011-2015), révisable chaque année. Ces évolutions sont proches de celles du *numerus clausus*. A terme les progressions des postes ouverts devraient se poursuivre à un rythme supérieur à la moyenne pour les spécialités médicales, la biologie médicale, la médecine du travail et la médecine générale. (64,65)

- à partir de 2008, on note la fin de la période transitoire durant laquelle les résidents en médecine générale pouvaient passer les ECN. (41)

- renforcement de l'attractivité de la médecine générale au classement des disciplines dans l'ordre de préférence des étudiants réalisé de 2006 à 2009 (sur la base de la comparaison des choix des étudiants dans leur subdivision d'affectation entre deux disciplines qui leur sont accessibles). Chez les femmes, l'attractivité de la médecine générale est importante (3^e spécialité sur 11 en 2006 et 2007, elle se classe 2^e en 2008 et 2009). Chez les hommes, elle est située à la 4^e-5^e place. D'autre part, quand les spécialités chirurgicales et médicales ont pourvu tous leurs postes ou la majeure partie, la médecine générale a déjà pourvu un quart des postes finalement pourvus. (41, 63, 64, 65)

- en 2012, modification du calendrier de validation des 4^e années de 2^e cycle. Le décret n° 2011-954 du 10 août 2011 vise à réduire le taux « d'inadéquation » entre le nombre d'étudiants qui passent les ECN et ceux qui participent effectivement au choix de postes. Les validations du deuxième cycle se font désormais avant la délibération du jury des épreuves classantes nationales. Les redoublements ne sont donc plus autorisés sauf pour des motifs dûment justifiés. La progression de la part des postes pourvus a été particulièrement marquée en médecine générale où elle est passée de 84% en 2011 à 95% aux ECN 2012. (66)

Dans notre population d'internes de médecine générale, 89.2% des internes ont choisi d'aller vers la médecine générale de manière volontaire (dont 23,4% depuis la première année de médecine). Donc, la médecine générale n'est pas choisie par dépit.

Ces résultats sont comparables aux données de la littérature, dans l'enquête de l'ISNAR-IMG 2011, 84,2 % des internes ayant répondu déclarent avoir volontairement choisi la médecine générale lors des ECN. (38)

A Lille, M. Befve, La médecine générale était le premier choix à l'amphithéâtre de garnison pour 78,4% de la population. (67)

Dans la thèse de Groboz-Lecoq : 38.3% à avoir choisi la MG en 1^{er} choix ECN. (34)

Dans la thèse de Pitol Belin interrogeant les étudiants ayant passé l'ECN à l'issue de l'année 2008-2009 et ayant choisi le DES de MG dans 3 UFR : Grenoble, Clermont-Ferrand et Créteil, le choix de la médecine générale est volontaire pour 89.2% des étudiants, contraint pour moins de 4%. (68)

Il ne s'agit pas non plus d'une voie de l'échec avec 15,3% des IMG ayant répondu à notre questionnaire sont classés parmi les 2000 premiers aux ECN. On a pu observer une plus grande proportion d'étudiants classés entre les rangs 3000 et 5000. Notre répartition des étudiants est tout-à-fait comparable aux résultats des ECN des années précédentes issus de la DREES.

La médecine générale recrute à tous les niveaux de classement, notamment grâce à son nombre de postes ouverts le plus important. En 2012, 15% des étudiants classés entre les rangs 1000 et 2000 ont choisi la médecine générale, ils sont 13% en 2013 et 11% en 2014. En 2012 et 2013, 7% des 1000 premiers classés ont choisi médecine générale, ils sont 5% en 2014. Le rang du premier affecté en médecine générale aux ECN n'a fait que croître : 78^e en 2012, 49^e en 2013 et 25^e en 2014. (23,42,66)

D'autre part, s'il y a autant d'étudiants situés en fin de classement aux ECN envisageant la médecine générale, ce n'est pas forcément qu'ils n'auraient pas pu avoir un meilleur classement. Ils ont peut-être moins préparé les épreuves écrites sachant qu'ils avaient un poste assuré dans cette discipline. Ces étudiants ont également pu accorder plus de temps en stage auprès des patients afin d'approfondir les relations humaines. (5)

En 2014, parmi les 1000 premiers classés aux ECN, 90% étaient des femmes. Dans notre échantillon, nous avons une proportion de 83,3% de femmes. (23)

Si on offrait la possibilité aux internes de médecine générale de changer de spécialité sans repasser l'ECN, ils « resteraient en médecine générale, ne changent pas » (71,2%), ils « hésiteraient » (15,3%), ils « aimeraient cumuler une autre spécialité en plus de la médecine générale » (12,6%). Enfin, 1 étudiant « changerait immédiatement pour une autre spécialité ».

Les internes de médecine générale à Nantes sont donc épanouis dans cette spécialité mais la possibilité d'une passerelle vers une autre spécialité intéresse tout de même un tiers d'entre eux.

4.10 Le choix souhaité aux ECN chez les étudiants de 2^e cycle pour la ville :

La ville de Nantes était choisie à 42.3% par les répondants au questionnaire. Ils étaient 33% à faire le choix d'une autre ville et 24.7% ne savaient pas.

4.10.1 Influence du sexe sur le choix de la ville envisagé aux ECN :

39,5% des hommes envisageaient de choisir la ville de Nantes aux ECN contre 44,0% des femmes. 32,1% des hommes choisissaient une autre ville contre 33,6% des femmes. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes ni pour le choix de Nantes ($p=0,52$) ni pour le choix d'une autre ville ($p=0,82$). (cf Annexes tableau 12).

4.10.2 Influence de l'année d'études sur le choix de la ville envisagé aux ECN :

Il n'y avait pas de différence significative pour le choix de la ville aux ECN entre les DFASM1 et les DFASM2. (cf Annexes tableau 13).

4.10.3 Influence du milieu d'enfance sur le choix de la ville aux ECN :

52,2% des étudiants issus d'un milieu rural choisissaient la ville de Nantes contre 37,7% de ceux issus d'un milieu urbain. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,045$). 38,3% des étudiants issus d'un milieu urbain choisissaient une autre ville contre 21,7% de ceux issus d'un milieu rural. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,016$). (cf Annexes tableau 14).

4.10.4 Influence du fait d'avoir entrepris une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine sur le choix de la ville envisagé aux ECN :

50,0% des étudiants ayant réalisé une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine choisissaient la ville de Nantes contre 41,3% de ceux n'ayant pas réalisé d'autre formation. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,4$). Par contre si 27,0% des étudiants n'ayant pas réalisé une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine étaient indécis concernant le choix de la ville envisagé aux ECN, ils n'étaient que 7,7% d'indécis parmi ceux ayant réalisé une autre formation. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,032$). (cf Annexes tableau 15).

4.11 Le choix de Nantes aux ECN par les internes de médecine générale :

Selon les données de la DREES répertoriant les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN de 2004 à 2014, nous constatons que c'est le même groupe de villes qui pourvoit tous ses postes ouverts ou la quasi-totalité et d'un autre côté, ce sont pratiquement toujours les mêmes villes dans lesquelles il reste des postes vacants. En effet, si taux d'affectation des postes ouverts en médecine générale est de 94% en 2014 sur toute la France, il est variable d'une UFR à l'autre : 68% à Reims, 74% à Dijon et 100% dans 18 villes dont Nantes. Certaines régions seraient donc plus attractives que d'autres pour les futurs internes.

Nous noterons que le nombre de postes ouverts n'est pas forcément égal au nombre de candidats inscrits aux ECN ni au *numerus clausus* 5 ans plus tôt. Par exemple, en 2010, on compte à Marseille et Lyon 1,4 fois plus de candidats inscrits que de postes ouverts et 1,8 fois plus à Paris.

La démographie médicale est un des critères pour déterminer les effectifs de postes ouverts par région. Ainsi les villes ayant les densités médicales inférieures à la moyenne nationale possèdent pour la plupart un nombre de postes offerts supérieur au nombre de candidats inscrits. Et ces subdivisions ne pourvoient pas l'ensemble de leurs postes à l'exception de :

- En 2009, Rennes et Toulouse
- En 2010, Grenoble, Montpellier, Rennes et Toulouse
- En 2011, Grenoble, Montpellier et Nantes
- En 2012, Montpellier, Rennes et Saint Etienne
- En 2013, Grenoble, Montpellier, Nantes, Nice et Toulouse
- En 2014, Aix-Marseille, Grenoble, Montpellier, Nantes, Nice et Toulouse

Ces villes d'affectations sont donc particulièrement attractives. Sur la décennie 2004-2014, les UFR de Bordeaux, Grenoble, Lyon, Montpellier, Nantes, Nice, Rennes et Toulouse attirent les étudiants provenant d'autres régions et en conservent moins de la moitié. Les futurs internes qui y arrivent par contrainte à cause de leur classement sont peu nombreux. Dans l'ensemble, ces villes sont sensiblement aussi celles qui apparaissent dans le haut de classement des villes les plus adaptées aux jeunes (l'Express 2013) ou encore aux villes où il fait bon travailler classés par l'institut Great Place to work en 2015 (hormis pour Grenoble).

Les UFR qui ont plus de candidats inscrits que de postes ouverts ont toutes un taux d'affectation des postes ouverts en médecine générale de 100% sauf :

- En 2009, Limoges et Nancy
- En 2010, Limoges
- En 2011, Limoges, Nancy et Strasbourg
- En 2012, Limoges, Nancy et Paris
- En 2013, Besançon, Clermont Ferrand, Paris, Nancy, Rouen
- En 2014, Amiens, Besançon, Paris, Lille, Limoges, Nancy, Reims et Tours

A contrario, ce sont des villes qui sont délaissées par les étudiants en médecine. Les étudiants qui en sont originaires préfèrent quitter leur région alors qu'ils auraient eu un meilleur choix de classement pour les stages dans leur région d'origine.

Donc le fait d'augmenter le nombre de postes ouverts dans une subdivision donnée ne permet pas forcément d'améliorer la situation de cette subdivision en ce qui concerne la médecine générale. Les étudiants semblent préférer certaines villes qu'importe si le nombre de postes ouverts par rapport au nombre de candidats inscrits leur est plus favorable. Nous constatons d'ailleurs, que la part de mobilité en médecine générale pour changer de subdivision a progressé : 36% en 2005, 41% en 2008 et 43% en 2011.

Les zones sous dotées en médecins généralistes pourraient s'inspirer de la ville d'Angers pour attirer les internes chez eux. En effet, cette ville se situait 24^e au classement général des villes aux ECN en 2014, elle est remontée en 2015 à la 15^e place. Pour expliquer cela :

- une politique globale des responsables des CHU et doyen de la faculté pour améliorer les conditions de vie des internes avec rénovation de l'internat.
- une campagne vidéo diffusée sur YouTube réalisée en 2015 et une nouvelle version sortie en 2016 vantant les mérites de son CHU (qualité, présence d'un simulateur), son internat, ses loisirs diversifiés, ses logements à prix accessibles et enfin la présence d'une crèche au sein de l'hôpital pour y garder les futurs enfants des internes. (24)

Dans notre échantillon d'internes de médecine générale : la ville de Nantes représentait un premier choix pour 103 étudiants, soit 93%. 30,6% des étudiants de notre échantillon étaient issus de la faculté de Nantes. Environ 10% étaient originaires de Paris et 10% de Rennes. Au total, 22 UFR différentes étaient représentées à Nantes.

Ces résultats sont confirmés par les données de la littérature : les étudiants originaires de Nantes et ayant choisi cette UFR représentaient 26% des étudiants en 2012 (moyenne des 28 UFR : 49%) et 28% des étudiants en 2014 (moyenne des 28 UFR : 47%). (23,66)

Afin d'expliquer ce choix, nous allons découvrir ce qui a motivé les futurs internes pour venir à Nantes :

4.12 Les déterminants du choix de la médecine générale à Nantes :

La ville de Nantes est choisie par les étudiants de deuxième cycle et les internes de médecine générale pour les mêmes raisons, à savoir :

- « ville où il fait bon vivre » (qualité de vie, situation géographique, climat doux, nombreuses activités proposées, ville à taille humaine, proche de la capitale par le TGV, présence d'un aéroport permettant de voyager).

Il n'est pas étonnant de retrouver ces propositions. En effet, au classement l'Express 2013 des villes où il fait bon vivre pour les jeunes : Nantes se place en 3ème position.

La ville de Nantes pousse les étudiants de deuxième cycle qui en sont originaires à y rester et les internes d'autres villes à y venir car elle conjugue les critères plébiscités par les jeunes générations à savoir : la qualité de vie, un bassin d'emplois pour le conjoint et une offre culturelle très diversifiée. Plus petite que Lyon, elle a l'avantage d'être une ville moyenne.

L'attractivité de Nantes a vraiment été accélérée grâce à l'ouverture de la ligne TGV la reliant à la capitale en seulement deux heures en 1990. (69)

Sur la période 2000-2015, la population des habitants des Pays-de-la-Loire connaît une croissance soutenue : +0,9% en moyenne annuelle contre 0,6% en France métropolitaine. C'est près de deux fois supérieur à la croissance de population observée dans la région dans les années 1980 et 1990. Sur la période 2008-2013, la Loire-Atlantique connaît une évolution annuelle moyenne de 1,13% contre 0,5% en France métropolitaine. (70)

- proximité de la famille, des amis et du conjoint (ville d'origine, connaissance d'un réseau)

- réputation du CHU ou de l'internat (qualité de la formation médicale, site du SIMGO accueillant, hôpitaux périphériques proches de Nantes et attractifs, professeurs investis dans la médecine générale, CHU bien classé au niveau national).

Le CHU est reconnu comme ayant une formation de qualité. Au palmarès des 50 meilleurs hôpitaux publics du Point paru en 2016 : le CHU de Nantes est 6^{ème}. Les Nouvelles Cliniques Nantaises arrivent en 2^{ème} position dans le classement des cliniques. (71)

Contrairement à des villes comme Paris ou Lille, l'internat de médecine générale est réputé à Nantes selon les étudiants en médecine. On a l'assurance de « réaliser sa maquette en 2 ans », c'est-à-dire de valider les quatre stages obligatoires durant les deux premières années d'internat puis d'avoir 1 an pour réaliser soit un SASPAS soit un stage dans le cadre d'un DESC. Par exemple l'IMG qui souhaite faire le DESC d'urgence devra réaliser deux stages dans des services d'urgences validant ce diplôme en place des deux stages libres de la maquette.

De plus, le travail pédagogique de l'équipe enseignante du DMG à Nantes a abouti à l'élaboration du « RSCA, le modèle nantais », repris ensuite par d'autres DMG. (72)

La faculté de Nantes se distingue également des autres facultés françaises par un autre atout : « les techniques innovantes d'enseignement en santé impliquant des acteurs professionnels. » Il s'agit d'une mise en situation pour les étudiants en médecine de 3^e et 5^e années où des comédiens professionnels jouent le rôle des malades. Cette expérience s'articule autour de trois axes :

- Axe 1 : mise en place de l'apprentissage du raisonnement clinique basé sur les signes cliniques des maladies et de la relation patient-médecin en contexte ambulatoire.

- Axe 2 : amélioration de la qualité de la communication et de la transmission de l'information entre les patients malades d'un cancer et les futurs médecins avec un entretien simulé d'annonce de maladie grave.

- Axe 3 : apprentissage de la relation médecin-parents-enfants en Pédiatrie.

Cela permet ainsi aux étudiants de se mettre en situation professionnelle réelle. A l'hôpital, on nous apprend à soigner les pathologies graves et rares mais pas à examiner un tympan, diagnostiquer une angine ou prendre en charge une déchirure musculaire. L'accent est mis sur l'importance de la relation médecin-malade. L'étudiant apprend à raisonner seul face au malade alors qu'il est habitué à visiter les patients, entouré d'autres étudiants durant les stages hospitaliers. La technique du « patient standardisé » (joué par un acteur) est née aux Etats-Unis dans les années 1960 à l'initiative du Dr Howard Barrows puis s'est développée dans les

facultés de médecine des pays anglo-saxons. Un rapport de la HAS paru en 2012 propose de l'intégrer dans tous les programmes d'enseignements des professionnels de santé. (73)

La rédaction de « What's up Doc » a réparti les spécialités et les CHU selon le rang de classement moyen des internes qui les ont choisis de 2013 à 2015. On peut remarquer la progression croissante de la ville de Nantes : se classant successivement 3e en 2013-2014, 2e en 2014-2015 et 1ère en 2015-2016. Les autres villes citées régulièrement dans le haut de ce classement sont : Lyon (1ère en 2013-2014 et 2014-2015), Montpellier, Grenoble, Rennes, Toulouse et Bordeaux.

Au classement des CHU pour la spécialité médecine générale, la ville de Nantes suit la même progression et se classe 1ère en 2015-2016. On retrouve quasiment les mêmes villes en tête de classement pour la médecine générale, à savoir : Grenoble, Rennes, Lyon, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et La Réunion.

Le CHU de Nantes est plébiscité par les futurs internes :

- « La formation est bonne dans à peu près toutes les spécialités avec certains pôles très attractifs » « proximité du littoral et de Paris, qualité de vie, dynamisme culturel ».
 - « La formation est bonne dans à peu près toutes les spécialités avec des pôles très attractifs » estime la présidente du Bureau des internes, Hélène Buchoul.
 - Le CHU bénéficie d'un système d'échange avec les autres universités du Grand Ouest qui permet d'assister à des cours en visio conférence donnés par les meilleurs spécialistes de la région.
 - Philippe Sudreau, directeur gal du CHU Nantes : « il y a une bonne synergie entre le CHU et l'université ».
 - Pr Jolliet, doyen : « l'hôpital est très impliqué dans la recherche avec de nombreux essais cliniques ».
 - Pr Magnan, président de la CME : « nous sommes assez gros pour avoir une offre de soins diversifiée et une recherche dynamique mais assez petits pour que l'interne ne se sente pas perdu ».
 - D'autre part, le nouveau CHU : ouverture en 2023 sur l'Ile de Nantes, à côté de la fac de médecine et 2 instituts de recherche en santé.
 - « La région est dynamique ce qui favorise l'installation », Hélène Buchoul.
- (24,62,74)

Selon les IMG ayant répondu à notre questionnaire, la ville de Nantes était « accueillante », « dynamique », comportait des « loisirs diversifiés », était « bien desservie en transports », dotée d'un « climat doux » et pourvue d'une « richesse du patrimoine ».

Les propositions qui ont été retenues comme déterminantes dans le choix de la ville de Nantes pour les IMG :

« le cadre géographique » (96.4%), « la proximité des hôpitaux périphériques » (82.9%), « la réputation du CHU de Nantes » (69.4%), « la réputation du DMG de Nantes » (60.4%), « le rapprochement familial ou conjoint » (59.5%).

On retrouve donc les mêmes propositions que ci-dessus. Il est important de noter que les hôpitaux périphériques de Nantes sont à 1h30 au maximum (exception faite pour Le Mans où il y a 2 postes). (75) Quand on sait que les internes changent de stage et donc d'hôpital tous les 6 mois, il leur faut soit prendre un logement à l'internat soit choisir des lieux de stage pas trop éloignés de leur domicile. S'ils sont célibataires ou sans enfant ce n'est pas trop compliqué mais dans le cas contraire, le fait d'avoir le choix entre différents lieux de stage intéressants et pas trop éloignés est primordial.

Les propositions qui n'ont pas été retenues comme déterminantes :

« le nombre de maîtres de stages » (19.8%), « le nombre d'enseignants de médecine générale » (10.8%), « le mode de validation du DES avec un RSCA par an » (8.1%).

Ces propositions n'intéressaient probablement pas les futurs IMG au moment de leur choix aux ECN. La production de traces de compétences sous formes de RSCA, de porte-folio est déterminée spécifiquement par chaque DMG. Certains demandent 1 RSCA par semestre comme à Paris Descartes (76), 2 RSCA par semestre comme à Bordeaux (77).

On observe une différence statistiquement significative : 71,8% des internes en couple ou marié affirment que la proposition « rapprochement familial ou conjoint » a été déterminante dans leur choix pour Nantes contre 37,5% de ceux qui sont célibataires. Ce n'est pas étonnant, les étudiants célibataires sont en effet plus mobiles contrairement aux étudiants vivant maritalement qui ne peuvent pas s'organiser de la même façon.

La proposition « réputation du DMG de Nantes » a recueilli des réponses bien différentes en fonction de l'année d'études : elle a été signifiée comme déterminante pour 83,7% des TCEM1, 52,1% des TCEM2 et 30,0% des TCEM3. Elle n'a pas été reconnue comme déterminante pour

le choix de Nantes pour 11,6% des TCEM1, 33,3% des TCEM2 et 65,0% des TCEM3 ($p=7,8E-5$). On pourrait apporter deux explications à ces résultats : d'une part, la réputation du DMG paraît importante aux yeux des étudiants de début d'internat qui veulent la meilleure formation pour leur futur exercice puis au fur et à mesure de l'internat, ce critère devient moins important pour les étudiants qui pensent plutôt à leur futur lieu d'installation. D'autre part, la ville de Nantes, se hissant progressivement à la première place des classements d'UFR pour les ECN, la réputation du DMG suit le même chemin et attire de plus en plus d'étudiants.

Nos résultats sont corroborés par plusieurs autres données de la littérature :

Dans la thèse de V. Cheilan concernant les motivations du choix des internes de médecine générale aux ECN à Grenoble : « la qualité de la formation pratique et théorique est une caractéristique importante pour les personnes interrogées. La considération des internes, la diversité, la qualité des stages ainsi que la réalisation de la maquette en 2 ans participent à la valeur donnée à ce DES. Le cadre géographique est un des critères évoqués. La situation de la ville de Grenoble au cœur des Alpes, la proximité et la qualité des villes des périphériques attirent les étudiants. » (25)

Dans la thèse de A. Calvé sur les déterminants du choix de la spécialité médecine générale à la faculté de Toulouse : « pour les 2/3, Toulouse est une ville attractive avec une formation de qualité. » (26)

Dans la thèse de Pitol Belin, « les internes ayant choisi la médecine générale privilégient la qualité de vie. Leur choix est complexe et multifactoriel, dicté essentiellement par les contraintes familiales, l'aménité régionale et le développement territorial local. Les caractéristiques pédagogiques des différentes UFR sembleraient plutôt un facteur d'exclusion. » (68)

Le choix d'une ville peut s'expliquer par plusieurs facteurs comme la renommée scientifique de services de formation, la qualité de l'encadrement pédagogique, la qualité de vie professionnelle pendant l'internat, le confort d'exercice professionnel ainsi que la qualité de vie pendant et après l'internat.

Dans un sondage BVA, réalisé en mars 2007, interrogeant les étudiants en médecine et les jeunes médecins sur leurs attentes prioritaires dans le choix d'installation professionnelle étaient : l'épanouissement personnel (81%), la localisation compatible avec la profession du conjoint (si conjoint) (58%), exercer le mieux possible sa discipline (55%), la relation avec les

patients (43%), l'environnement géographique (41%), le revenu (16%), l'utilité sociale (14%) (78)

A Lille, les IMG interrogés par M. Befve ont répondu que « la disponibilité pour la vie privée était un facteur déterminant du choix professionnel pour 74% de l'ensemble de notre population. L'importance de ce facteur était similaire pour les deux sexes. » (67)

D'après P. Lemoine, à Lille, « il apparaît que la famille était au cœur de la décision du lieu d'installation (compatibilité avec le travail du conjoint, établissements scolaires, services de proximité). » (79)

A. Galvani, à Nice, nous livre les mêmes résultats : « la qualité de vie et la conciliation des vies personnelle et professionnelle sont les priorités des internes interrogés. » (52) Egalement, J. Pages, à Paris, « ils veulent privilégier leur vie privée, puis la relation au patient avant une vie quotidienne professionnelle épanouie. » (53)

4.13 L'exercice futur par les internes de médecine générale :

4.13.1 Mode d'exercice futur :

Nous cherchions à savoir si les futurs médecins généralistes ayant réalisé leur internat à Nantes étaient majoritairement intéressés par l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire par rapport aux cabinets de médecine générale. Ainsi nous n'avons pas dissocié dans les propositions exercice en cabinet seul ou associé, le mode d'exercice en cabinet seul étant très marginal et non plébiscité par les jeunes générations.

La majorité des internes de notre étude souhaitent exercer en maison de santé pluridisciplinaire (56,8%), puis en cabinet seul ou associé (25,2%), à l'hôpital (9%), en clinique (0.9%). 3 étudiants ont exprimé d'autres choix d'exercice : PMI, prison, urgentiste.

Evolution du mode d'exercice des médecins diplômés de médecine générale :

En 2008,

- 37% de ces diplômés exercent en cabinet individuel
- 30% en cabinet de groupe
- 19% à l'hôpital (public pour 16%, privé pour 3%)
- 12% ont une autre activité (prévention : 4,7%, administration-contrôle : 4,8%) (5)

Dans la thèse de C. Perier auprès des internes de la faculté de médecine de Nantes en 2009 : Le projet professionnel des internes de médecine générale : 57% ambulatoire, 20% indécis, 18% hôpital, 5% mixte (hôpital et ambulatoire). (37)

Thèse de G. Boukhors : Les jeunes généralistes étaient attirés par les centres de santé pour : l'allègement possible du rythme de travail pour une meilleure qualité de soins, la facilitation de l'accès aux soins, le travail en équipe et l'acquisition de privilèges du salariat tout en exerçant la médecine générale. (80)

Influence du sexe sur le mode d'exercice futur :

On a une influence du sexe sur le mode d'exercice futur. Il y a 65,1% des femmes qui souhaitent travailler en maison de santé pluridisciplinaire contre 28,0% des hommes ($p=0,0013$). D'autre part, 19,8% des femmes font le choix d'un cabinet seul ou associé contre 44,0% des hommes (0,019).

Le choix d'un exercice en groupe est donc largement plébiscité par nos internes. Nous pouvons expliquer ce phénomène de différentes façons :

- meilleure organisation du temps de travail et continuité de la permanence de soins : « partager le travail ce qui leur permet d'avoir des créneaux horaires raisonnables, une liberté d'organisation et plus de vacances. »
- diminution du coût de fonctionnement individuel : partage de « leurs frais ce qui leur apporte un grand confort, ils disposent de secrétaires qui leur font gagner du temps (...) Ce partage diminue leurs responsabilités et leur niveau de stress. »
- possibilité d'avoir un avis collégial sur les situations les plus complexes leur conférant un sentiment de plus grande sécurité. Les étudiants en médecine ont été habitués depuis le début des stages hospitaliers à raisonner en équipe pluridisciplinaire, il est logique de constater qu'ils souhaitent poursuivre dans cette voie « l'exercice en groupe crée une émulation saine des pratiques. » (5) (81)

Ce type d'exercice, même s'il nécessite une bonne communication permet d'améliorer la qualité de vie des médecins.

4.13.2 Secteur d'exercice futur :

Quand nous parlons de secteur libéral, nous ne faisons pas référence au mode économique mais au secteur ambulatoire en opposition au salariat.

La moitié des internes de médecine générale choisi le secteur libéral (63 étudiants, 56,8%). 17 étudiants (15,3%) souhaitaient exercer en salariat et 31 étudiants (27,9%) en secteur mixte.

Il y avait significativement plus de femmes (62,8%) que d'hommes (36,0%) qui choisissaient le libéral ($p=0,022$).

Nos futurs médecins généralistes semblent avoir une grande appétence pour le libéral et le secteur mixte, ils ne soutiennent pas le salariat selon nos résultats ce qui va à l'encontre de l'évolution des données entre 2007 et 2016 concernant le secteur d'exercice des médecins généralistes en France. En 2016, 56,9% des médecins généralistes en France exercent en libéral (soit une baisse de 13,5% par rapport à 2007), 36,5% exercent en salariat (soit une hausse de 5,3% par rapport à 2007) et 6,5% en secteur mixte (baisse de 8,3% par rapport à 2007).

Dans la région Pays-de-la-Loire, ce sont quasiment les mêmes chiffres qui sont retrouvés : 66% exercent en secteur libéral ou mixte (baisse de 7%) et 34% en salariat (hausse de 24%). (1)

Le fait que le secteur ambulatoire perde des médecins vient d'une part de la démographie médicale qui diminue et d'autre part, de la création de postes salariés à l'hôpital pour des médecins généralistes. Ceux-ci désertifient le secteur ambulatoire au profit du salariat.

4.13.3 Milieu d'exercice futur :

Les étudiants privilégiaient le milieu rural à 40.5%. Ils choisissaient le milieu urbain à 22.5% et 36.9% des étudiants ne savaient pas encore.

Ces chiffres sont comparables à ceux de l'étude menée par N. Baude et A. Flacher chez les internes de médecine générale dans les différentes facultés françaises : 15,5 % des étudiants répondants choisissaient le milieu urbain, 26,6 % le péri-urbain, 43,2 % le semi-rural, 8 % le rural. (82) par contre, les résultats sont inversés dans l'étude de C. Braun Neves réalisée en région parisienne avec 69,2% à 77,4% des internes qui privilégient le milieu urbain et 3,8% à 10% qui envisagent un exercice en milieu rural. (33)

Influence du sexe sur le milieu d'exercice futur :

Il y avait une influence du sexe sur le milieu d'exercice futur. 44,0% des hommes affirmaient vouloir exercer en milieu urbain contre 16,3% des femmes ($p=0,0035$).

Donc les femmes ne peuvent pas être un des facteurs à l'origine de la désertification médicale dans les campagnes puisqu'elles sont plus nombreuses que les hommes à vouloir s'y installer.

Influence du milieu d'enfance sur le milieu d'exercice futur :

Il y avait une influence du milieu d'enfance sur le milieu d'exercice futur. Il y avait plus d'étudiants issus d'un milieu urbain que rural qui souhaitaient exercer en milieu urbain (30,4% versus 9,5%) et plus d'étudiants issus d'un milieu rural que d'un milieu urbain souhaitant exercer en milieu rural (66,7% versus 24,6%).

Influence du milieu dans lequel a été réalisé le stage ambulatoire praticien niveau 1 sur le milieu d'exercice futur :

Sur les 33 internes ayant déjà réalisé ce stage : 66,7% des étudiants ayant réalisé leur stage ambulatoire de 3^e cycle en milieu rural ont souhaité s'installer en milieu rural contre 45,4% des internes ayant réalisé leur stage en milieu mixte et aucun étudiant ayant fait son stage en milieu urbain. D'autre part, 60,0% des étudiants ayant réalisé leur stage praticien niveau 1 en milieu urbain privilégiaient un exercice futur en milieu urbain contre 9,1% de ceux ayant fait leur stage en milieu mixte et aucun étudiant ayant fait ce stage en milieu rural.

Dans notre étude, le milieu d'exercice futur est influencé par le milieu d'enfance et le milieu dans lequel a été réalisé le stage ambulatoire en médecine générale de 3^e cycle. Ces résultats ne sont pas le fait du hasard et sont retrouvés dans d'autres études. (67,82) En effet, cela permet, en réalisant un stage ambulatoire de six mois en milieu rural de démystifier cet environnement d'exercice. On voit bien ici l'intérêt à augmenter le nombre de terrains de stages en milieu rural, cela aurait certainement pour effet de favoriser l'attractivité vers ce milieu.

4.13.4 Lieu d'exercice futur envisagé :

Près des 2/3 des internes envisageaient d'exercer en Pays de la Loire (67,6%). C'est préférentiellement la Loire-Atlantique et la Vendée (dans une moindre proportion) que les internes choisissaient.

79,4% (27/34) des IMG ayant réalisé leur externat à Nantes souhaitent exercer dans la subdivision de Nantes contre 57,1% (44/77) de ceux qui ont passé leur externat en dehors de la subdivision de Nantes. On retrouve une différence statistiquement significative ($p=0.0242$).

Les résultats de l'enquête de l'ISNAR-IMG 2011 montrent des chiffres légèrement supérieurs aux nôtres avec 78,7 % des internes déclarant vouloir exercer dans leur région d'internat. Concernant la subdivision de Nantes, ils sont 85,1% à déclarer vouloir exercer dans cette subdivision. D'autre part, 89,7 % des internes, qui sont restés dans leur région d'externat, souhaitent exercer dans leur région d'internat. Et pour ceux qui ont changé de région pour faire leur internat, ce pourcentage diminue à 63,9 %. (38)

CONCLUSION

Les caractéristiques sociodémographiques des étudiants de deuxième cycle à Nantes : il s'agissait d'une femme, issue d'un milieu urbain, célibataire et sans enfant. Ses parents appartenaient à la catégorie socioprofessionnelle des cadres et professions intellectuelles supérieures. Chez la majorité des étudiants, les parents n'appartenaient pas au milieu médical ou paramédical. S'ils y appartenaient, le père exerçait la profession médecin et la mère, celle d'infirmière. Elle n'avait pas réalisé d'autre formation avant d'entrer en faculté de médecine. Elle n'avait pas encore réalisé son stage ambulatoire de 2^e cycle en médecine générale.

Elle avait fait le choix de la filière médecine pour « être utile », le « contact humain » et les « connaissances médicales ». L'envie de faire médecine lui était venue au lycée, si elle envisageait de faire médecine générale, l'envie lui était venue en faculté de médecine. Elle n'avait pas été encouragée à faire médecine générale. Elle n'avait pas été encouragée à ne pas choisir médecine générale comme spécialité non plus, si elle l'avait été cela aurait été par les médecins hospitaliers.

Aux ECN, elle envisageait de choisir une autre spécialité que médecine générale. Son choix de ville se portait sur Nantes pour le fait que ce soit une ville où il fait bon vivre, la proximité de sa famille, ses amis, son conjoint et la réputation de l'internat/du CHU.

Elle ne se sentait pas suffisamment informée sur le métier de médecin généraliste. Selon elle, la médecine générale c'était : « diversifié, routinier, valorisant, la liberté d'organiser sa pratique, avoir beaucoup de connaissances, surtout du relationnel avec les patients, peu de gestes techniques, dévalorisé à la faculté, dévalorisé à l'hôpital et à risque de burn out important. » Ce n'était pas : « synonyme de mauvais classement aux ECN, un exercice solitaire, incompatible avec une vie de famille, rémunérateur ni faire de la bobologie ».

Les caractéristiques sociodémographiques des internes de médecine générale à Nantes : notre archétype était une femme, issue d'un milieu urbain, en couple ou mariée, sans enfant. Ses parents appartenaient à la catégorie socioprofessionnelle des cadres et professions intellectuelles supérieures. Chez la majorité des internes, les parents n'appartenaient pas au milieu médical ou paramédical. S'ils y appartenaient, le père exerçait la profession médecin et la mère, celle d'infirmière. Elle n'avait pas réalisé d'autre formation avant d'entrer en faculté

de médecine. Elle avait réalisé son stage ambulatoire de 2^e cycle en médecine générale ce qui l'avait confortée dans l'idée de faire médecine générale. Par contre, elle n'avait pas encore accédé au stage praticien niveau 1 ni au SASPAS.

Elle avait fait le choix de la filière médecine pour le « contact humain », « être utile » et les « connaissances médicales ». Le choix de la spécialité médecine générale lui ai apparu pour sa « polyvalence » et le « suivi des patients au long cours ». L'envie de faire médecine lui était venue au lycée, puis celle de faire médecine générale en faculté de médecine. Elle n'avait pas été encouragée à faire médecine générale. Par contre elle avait été encouragée à ne pas choisir médecine générale comme spécialité par les médecins hospitaliers.

Aux ECN, elle s'était classée entre les rangs 3000 et 4000. Elle avait fait ce choix de manière volontaire. D'ailleurs si on lui offrait la possibilité de changer de spécialité sans repasser les ECN, elle souhaiterait rester en médecine générale. La ville de Nantes aux ECN était son premier choix pour les raisons suivantes : « la réputation de l'internat de médecine générale et du CHU, le fait que ce soit une ville où il fait bon vivre et la proximité de sa famille, ses amis et son conjoint. » Elle provenait d'une autre faculté que Nantes mais connaissait cette ville avant son internat. Ses qualificatifs pour Nantes étaient : « accueillante », « dynamique » et « loisirs diversifiés ».

La ville de Nantes attire les futurs médecins généralistes car elle conjugue à la fois une situation géographique assez favorable à la fois proche de Paris et du littoral offrant une qualité de vie jugée comme très satisfaisante pour l'épanouissement personnel et familial, une faculté dotée d'un enseignement de qualité, des professeurs hospitalo-universitaires qui œuvrent à revaloriser la médecine générale, un CHU considéré comme réputé avec des terrains de stages pas trop éloignés.

Depuis 2004, la création du DES de médecine générale, c'est une spécialité qui reste mal connue des étudiants, dévalorisée à la faculté et à l'hôpital. Par contre, elle est de plus en plus attractive aux ECN : diminution du nombre de postes restés vacants, féminisation des études médicales avec des femmes qui plébiscitent cette spécialité, des étudiants bien classés aux ECN qui la choisissent alors qu'ils avaient le choix entre plusieurs autres spécialités.

Avec la généralisation du stage ambulatoire 2^e cycle, l'augmentation du nombre de maitres de stage et l'augmentation du nombre d'internes ayant accès à un SASPAS, on ne peut qu'imaginer une poursuite de cette embellie.

La médecine générale n'attire pas suffisamment d'étudiants pour garantir un renouvellement efficace des effectifs de médecins généralistes. L'évolution comparée des postes vacants et les classements des étudiants aux ECN ont tout de même permis de constater l'attractivité croissante pour la médecine générale et que la décision de cette spécialité est volontaire et non par dépit parce qu'il ne restait que cette possibilité.

Les incitations financières à l'installation en zone rurale ne peuvent donc pas peser bien lourd dans la balance, comparé à la proximité d'une école/d'un collège pour les enfants, un bassin d'emploi pour le conjoint et des activités de loisirs. En effet, d'une part, comme le montre un grand nombre de données de la littérature, les jeunes médecins privilégient l'environnement et la qualité de vie familiale dans leur choix d'installation professionnelle. D'autre part les jeunes médecins, en s'installant sont rapidement assurés d'un revenu confortable (en moyenne, ils atteignent le seuil des 5000 actes annuels en 2 ans). (5) On pourrait ajouter qu'avec des parents issus des classes aisées, les étudiants en médecine n'ont pas besoin d'aide financière pendant leurs études à la grande majorité.

Les pistes de réflexion pour renforcer l'attrait de la médecine générale seraient d'augmenter le nombre de stages ambulatoires en milieu rural, améliorer l'information sur la pratique libérale de la médecine générale, communiquer à l'égard des étudiants en médecine sur les atouts de la région.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1er janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Paris, 2016.
2. Charpak Y, Knockaert R. Les médecins aujourd'hui en France. Actualité et dossier en santé publique. Septembre 2000;(32):15–66.
3. Institut ELABE. Consultation Médecins et Sondage Grand Public Etre médecin aujourd'hui : quel vécu des médecins ? quelles perceptions des français ? [En ligne]. 2015 [consulté le 25 avril 2016]. Disponible sur : http://elabe.fr/wpcontent/uploads/2015/12/ELABE_CNOM_GRANDECONSULTATION_SYNTHESE.pdf
4. Kahn-Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir [en ligne]. 2005 [consulté le 15 mars 2015]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-729>
5. Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2010. 423 p.
6. Yvon B, Lehr-Drylewicz AM, Bertrand P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine. 2007;3(2):83–88.
7. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Paris, 2015.
8. Franco-Rodrigues A, Abramovici F. Médecine générale : une spécialité à (re)connaître ? Regards croisés entre internes et médecins généralistes. Médecine. Avril 2013;9(4):183-7.
9. Buronfosse N. En quoi les critères socio-familiaux et économiques influencent-ils les choix professionnels d'un jeune médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. Angers: Faculté de médecine; 2009.
10. Lapeyre N, Robelet M, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins Genre, carrière et gestion des temps sociaux Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2006.
11. Da Silva N, Gadreau M. La médecine libérale en France. Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs; juin 2015; n°17.
12. Wallach D. Numerus clausus: Pourquoi la France va manquer de médecins. Springer Science & Business Media; 2011. 296 p.
13. Taha A, Boulet P, Beis J, Yana J, Ferrat E, Calafiore M, et al. Etat des lieux de la médecine générale universitaire au 1er janvier 2015 : la construction interne de la FUMG. Exercer. 2015;(122):267-82.

14. Cazard S, Renard V. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2011 [Thèse d'exercice]. Paris: Faculté de médecine Paris Est Créteil; 2014.
15. Lerouge J, Taha A, Renard V. Etat des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2013. Collège National des Généralistes Enseignants. [En ligne] 2016 [consulté le 15 mars 2015]. Disponible sur : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_201301.pdf
16. Conseil National des Généralistes Enseignants. Effectifs d'enseignants et d'étudiants en médecine générale. cnge.fr. Avril 2014. [En ligne] [consulté le 30 avril 2016]. Disponible sur : http://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_avril_2014_effectifs_denseignants_et_detud/
17. Conseil National des Généralistes Enseignants. Le Monde du 1er mai 2014 -Tribune des Professeurs Universitaires de médecine générale La nécessité d'une politique volontariste pour la formation des médecins généralistes. cnge.fr. Avril 2014. [en ligne] [consulté le 30 avril 2016]. Disponible sur : http://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/liste_alphabetique/le_monde_du_1er_mai_2014_tribune_des_professeurs_u/
18. Budowski M, Gay B. Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. Rev Exerc. 2005;75:142–144.
19. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. woncaeurope.org. 2002 [En ligne] [consulté le 30 avril 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
20. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S [En ligne] [consulté le 10 mai 2016]. Disponible sur : http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
21. Billaut A. Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales. DREES, Etudes et Résultats; mars 2006; n°474.
22. Billaut A. Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales. Drees, Etudes et Résultats; septembre 2005; n°429.
23. Bachelet M. 7 860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en 2014. DREES, Etudes et Résultats; octobre 2015; n°937.
24. Renaud A, Pandelé Y, Lienhard C et Al. Classement 2015-2016 Les spécialités et les CHU choisis par les jeunes médecins. What's Up Doc; février 2016; n°24.
25. Cheilan V. Les motivations du choix des internes de médecine générale aux épreuves classantes nationales 2009 pour la faculté de Grenoble: approche qualitative [Thèse d'exercice]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2010.

26. Calvé A. Le choix de la médecine générale à Toulouse par les internes des promotions 2008 et 2009 [Thèse d'exercice]. Toulouse: Université Paul Sabatier Faculté des sciences médicales Rangueil; 2010.
27. Météron T. La réorientation en médecine générale au cours du troisième cycle des études médicales à Rennes entre 1997 et 2009 : motivations et devenir des étudiants [Thèse d'exercice]. Rennes: Université européenne de Bretagne; 2012.
28. Giboudot L. Que sont devenus ceux qui avaient choisi la médecine générale suite aux ECN 2005 ? : Etude qualitative sur les choix et le devenir professionnel de jeunes médecins deux ans après la validation du DES [Thèse d'exercice]. Besançon: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2011.
29. Université de Nantes - UFR Médecine. Etudes Médicales [En ligne] [consulté le 10 sept 2015]. Disponible sur : http://www.medecine.univ-nantes.fr/26602928/0/fiche___pagelibre/&RH=MEDECINE_FR1&RF=1182868390315
30. Département de Médecine Générale de Nantes. Déroulement du DES de MG à la faculté de Nantes. dm-g-nantes.fr. [En ligne] [consulté le 18 mars 2016]. Disponible sur : http://www.dm-g-nantes.fr/OLD/index.php?option=com_content&view=article&id=87&Itemid=61
31. Cazelles Bou C. Représentations de la médecine générale chez les étudiants en médecine. Etude réalisée à Poitiers en 2007 [Thèse d'exercice]. Poitiers: Université de Poitiers; 2010.
32. Gaucher S, Thabut D. L'enseignement et l'enseignant influencent le choix de la spécialité médicale. Enquête auprès de 207 étudiants. Presse Médicale. avril 2013;42(4):89-95.
33. Braun 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 [Thèse d'exercice]. Paris: Université René Descartes; 2005.
34. Groboz-Lecoq D. Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Etudes Spécialisées [Thèse d'exercice]. Nice: Université de Nice Sophia Antipolis; 2014.
35. Boutiller B. Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale [Mémoire pour l'obtention de la qualification en médecine générale]. Amiens: Université de Picardie; 2004.
36. Versabeau S. Description de la population entrante en Diplôme d'Etude Spécialisée de médecine générale à la faculté de médecine de l'université Lille 2 de 2004 à 2013 [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé; 2014.
37. Périer C. Quelle place pour l'histoire de vie des internes en médecine dans leurs choix d'orientation professionnelle ? : une enquête auprès de 313 internes de la Faculté de Médecine de Nantes [Thèse d'exercice]. Nantes: Université de Nantes Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.

38. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, résultats complets. isnar-img.com. [En ligne] [consulté le 4 janvier 2016]. Disponible sur : http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf
39. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale. isnar-img.com. [En ligne] [consulté le 4 janvier 2016]. Disponible sur : http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/guides/150126_enquete_nationale_isnar-img_-_formation_des_img_-_resultats.pdf
40. Billaut A, Breuil-Genier P, Collet M, Sicart D. Les évolutions démographiques des professions de santé. Santé et protection sociale, Données sociales-la société française. 2006;555–564.
41. Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008. DREES, Etudes et Résultats; janvier 2009; n°676.
42. Bachelet M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013. DREES, Etudes et Résultats; octobre 2014; n°894.
43. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Etudiants inscrits dans l'enseignement supérieur en 2009. insee.fr. [En ligne] [consulté le 24 avril 2016]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F102
44. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Etudiants inscrits dans l'enseignement supérieur en 2010. insee.fr. [En ligne] [consulté le 24 avril 2016]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F102#presentation
45. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Etudiants inscrits dans l'enseignement supérieur en 2012. insee.fr. [En ligne] [consulté le 24 avril 2016]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T14F102
46. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Etudiants inscrits dans l'enseignement supérieur en 2014. insee.fr. [En ligne] [consulté le 24 avril 2016]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T16F102
47. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS 2003). insee.fr. [En ligne] [consulté le 24 avril 2016]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcse/pcse2003/doc/Guide_PCS-2003.pdf
48. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Origine sociale des étudiants français à l'université en 2014. insee.fr. [En ligne] [consulté le 24 avril 2016]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF07150
49. Labarthe G, Hérault D. Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002. DREES, Etudes et Résultats; juin 2003; n°244.
50. Breuil-Genier P, Sicart D. L'origine sociale des professionnels de santé. DREES, Etudes et Résultats; juin 2006; n°496.
51. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris: Présidence de la République; 2010. 183p.

52. Galvani A. Influence du stage chez le praticien sur les déterminants de l'installation des internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. Nice : Université de Nice-Sophia Antipolis Faculté de Médecine; 2011.
53. Couture Pages J. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. Paris: Université Paris VII - Denis Diderot Faculté de médecine Bichat - Lariboisière; 2010.
54. Hardy-Dubernet A, Gadéa C. De « faire médecine » à « faire de la médecine ». DREES, Série Etudes; octobre 2005; n°53.
55. Buisson J. Les élèves de terminale scientifique de l'Académie de Paris et la vocation en médecine générale : enquête auprès de 665 élèves [Thèse d'exercice]. Paris: Université Paris Diderot - Paris 7 UFR de médecine; 2010.
56. Département de Médecine Générale de Nantes. Certificat optionnel de médecine générale. dm-g-nantes.fr. [En ligne] [consulté le 24 août 2015]. Disponible sur : http://www.dm-g-nantes.fr/OLD/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=70
57. Ritton E. Désaffection de la filière médecine générale par les étudiants en médecine : l'image du métier en cause ? [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille : Université d'Aix-Marseille Faculté de Médecine; 2014.
58. Duriez S. Influence de l'image de la médecine générale sur le désir de choix de la spécialité : enquête réalisée auprès de 825 étudiants hospitaliers lillois [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé; 2008.
59. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. urml-idf.org. Juin 2007 [En ligne] [consulté le 25 avril 2016]. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/presse/DP_070621.pdf
60. Montaut A. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES, Etudes et Résultats; juin 2010; n°731.
61. Galam E. Burn out des médecins libéraux - première partie : une pathologie de la relation d'aide. Médecine. 1 nov 2007;3(9):419-21.
62. Lemke C, Balfagon S, Lienhard C, Duboc H. Classement 2014-2015 Les spécialités et les CHU choisis par les jeunes médecins. What's Up Doc; février 2015; n°18.
63. Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006. DREES, Etudes et Résultats; avril 2007; n°571.
64. Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007. DREES, Etudes et Résultats; décembre 2007; n°616.
65. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. DREES, Etudes et Résultats; février 2010; n°720.
66. Godefroy P. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012. DREES, Etudes et Résultats; septembre 2013; n°852.

67. Befve M. Facteurs déterminant le mode d'exercice de la médecine générale : enquête auprès des jeunes médecins généralistes issus des facultés de médecine de Lille (promotion 2004 à 2008) [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé; 2014.
68. Pitol Belin S. Raisons du choix de spécialité et de localisation des internes de médecine générale dans trois facultés françaises [Thèse d'exercice]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2010.
69. Dubois S. TGV : un quart de siècle de bouleversements géoéconomiques et géopolitiques. *Géoéconomie*. Décembre 2011;(52):89-104.
70. Aguer O, Goin A. Une démographie dynamique malgré un léger ralentissement. *Insee Analyses Pays de la Loire*; janvier 2016; n°27.
71. Palmarès des hôpitaux. Les CHU de Nantes, Rennes, Rouen dans le Top 10. *Ouest France*. 25 août 2016.
72. Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J, Senand R. Récit de situation complexe et authentique. Le modèle nantais. *Rev Prat Médecine Générale*. 2004;654-655(18):724-6.
73. Pagneux PF. A Nantes, les futurs médecins s'entraînent avec des comédiens. *La Croix*. 23 juin 2013.
74. Deschenau A, Jaillant R, Louvrier C, Marchand G, Durand M. Classement 2013-2014 Les spécialités et les CHU choisis par les jeunes médecins. *What's Up Doc*; février 2014; n°12.
75. Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux. Guide de présentation des villes et des spécialités, 2008.
76. Département de Médecine Générale de Faculté de Paris Descartes. D.E.S. de Médecine Générale. Note d'information pour les étudiants qui entrent en 1ère année du 3ème cycle. dmg.medecine.parisdescartes.fr. [En ligne] [consulté le 26 juin 2016]. Disponible sur : <http://dmg.medecine.parisdescartes.fr/wp-content/uploads/sites/3/2014/06/Plaquette-T1-2015-du-8-octobre.pdf>
77. Collège santé de l'université de Bordeaux. Troisième cycle de médecine générale. sante.u-bordeaux.fr. [En ligne] [consulté le 26 juin 2016]. Disponible sur : <https://sante.u-bordeaux.fr/>
78. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. www.conseil-national.medecin.fr. [En ligne] [cité 15 août 2016]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetebvaattentesdesmedecins.pdf>
79. Lemoine P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives : enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008) [Thèse d'exercice]. Lille : Université du droit et de la santé; 2014.
80. Boukhors G. Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2014.

81. Da Silva-Louza C. Raisons ayant motivé le choix des médecins généralistes d'exercer en groupe [Thèse d'exercice]. Reims: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2013.
82. Baude N, Flacher A, Bosson JL, Marchand O. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir : les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. *Medecine*. 2008;4(3):135-40.

ANNEXES

Questionnaire destiné aux étudiants de DFASM :

Questionnaire destiné aux externes dans le cadre d'un travail de Thèse

Bonjour je réalise une thèse sur les déterminants du choix de la médecine générale à Nantes
Merci de remplir ce questionnaire en ligne, temps estimé 5 minutes

***Obligatoire**

1. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- ☐ un homme
☐ une femme

2. Quelle est votre année d'études ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ DFASM 1
☐ DFASM 2
☐ DCEM 4/DFASM 3

3. Où avez-vous grandi ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ milieu urbain
☐ milieu rural

activité professionnelle du père

4. Votre père a-t-il une activité professionnelle médicale ou paramédicale ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui *Passez à la question 5.*
☐ non *Passez à la question 7.*

activité professionnelle du père

5. Si oui, laquelle ? *

.....

6. et dans quelles conditions exerce-t-il ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ salarié
☐ libéral
☐ mixte

Passez à la question 8.

activité professionnelle du père

7. Si non, quelle est sa catégorie socioprofessionnelle ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ agriculteur exploitant
- ☐ artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- ☐ cadre, profession intellectuelle supérieure
- ☐ profession intermédiaire
- ☐ employé
- ☐ ouvrier
- ☐ retraité
- ☐ sans activité professionnelle

activité professionnelle de la mère

8. Votre mère a-t-elle une activité professionnelle médicale ou paramédicale ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui Passez à la question 9.
- ☐ non Passez à la question 11.

activité professionnelle de la mère

9. Si oui, laquelle ? *

10. et dans quelles conditions exerce-t-elle ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ salarié
- ☐ libéral
- ☐ mixte

Passez à la question 12.

activité professionnelle de la mère

11. Si non, quelle est sa catégorie socioprofessionnelle ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ agriculteur exploitant
- ☐ artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- ☐ cadre, profession intellectuelle supérieure
- ☐ profession intermédiaire
- ☐ employé
- ☐ ouvrier
- ☐ retraité
- ☐ sans activité professionnelle

situation matrimoniale**12. Quelle est votre situation matrimoniale ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ célibataire
- ☐ en couple/marié
- ☐ divorcé
- ☐ veuf

13. Avez-vous des enfants ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ oui
- ☐ non

14. Si oui, combien ?

autre formation avant la médecine**15. Avez-vous suivi une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ oui
- ☐ non

16. Si oui, laquelle ?

17. et pendant combien de temps ?

stage d'externe en médecine générale

18. Avez-vous réalisé le stage d'externe en médecine générale ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ oui *Passez à la question 19.*
- ☐ non *Passez à la question 21.*

stage d'externe en médecine générale**19. Si oui, est-ce-que ce stage vous a : ****Une seule réponse possible.*

- ☐ conforté dans votre choix de faire médecine générale
- ☐ décidé vers le choix de la médecine générale
- ☐ décidé dans le choix d'une autre spécialité
- ☐ conforté dans votre choix de ne pas faire médecine générale

20. il s'agissait d'un exercice en milieu : **Une seule réponse possible.*

- ☐ urbain
- ☐ rural
- ☐ mixte

choix ECN**21. Quel est votre premier choix aux ECN pour la spécialité ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ médecine générale
- ☐ autre spécialité
- ☐ ne sais pas

22. Quel est votre premier choix aux ECN pour la ville ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ Nantes
- ☐ autre ville
- ☐ ne sais pas

23. Si Nantes, pourquoi ?

choix médecine

24. Pourquoi avoir choisi la médecine ? *

3 réponses maximum

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ envie de sauver des vies
- ☐ être utile
- ☐ contact humain
- ☐ soif de reconnaissance
- ☐ défi, adrénaline
- ☐ faire de la recherche
- ☐ avoir une bonne rémunération
- ☐ prestige
- ☐ connaissances médicales
- ☐ Autre : _____

choix médecine**25. Quand avez-vous eu envie de faire médecine ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ au primaire
- ☐ au collège
- ☐ au lycée
- ☐ après le bac
- ☐ ne sais pas

26. Quand avez-vous eu envie de faire médecine générale ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ au primaire
- ☐ au collège
- ☐ au lycée
- ☐ en faculté de médecine
- ☐ au cours d'une autre formation post-bac
- ☐ ne sais pas
- ☐ ne souhaite pas faire médecine générale

choix médecine**27. Avez-vous été encouragé à choisir la médecine générale ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ oui
- ☐ non

28. Si oui, par qui ?

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ parents
- ☐ conjoint
- ☐ amis
- ☐ votre médecin traitant
- ☐ médecins hospitaliers
- ☐ médecins généralistes libéraux
- ☐ Autre : _____

choix médecine générale**29. Avez-vous été encouragé à ne pas choisir la médecine générale ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ oui
- ☐ non

30. Si oui, par qui ?

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ parents
- ☐ conjoint
- ☐ amis
- ☐ votre médecin traitant
- ☐ médecins hospitaliers
- ☐ médecins généralistes libéraux
- ☐ Autre : _____

information sur le métier de généraliste**31. Pensez-vous avoir été suffisamment informé sur le métier de médecin généraliste depuis votre entrée à la faculté de médecine ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ tout-à-fait d'accord
- ☐ plutôt d'accord
- ☐ plutôt pas d'accord
- ☐ pas du tout d'accord

image de la médecine générale

32. Selon vous, la médecine générale, c'est : **Une seule réponse possible par ligne.*

	tout-à-fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt pas d'accord	pas du tout d'accord	ne sais pas
diversifié	☐	☐	☐	☐	☐
routinier	☐	☐	☐	☐	☐
valorisant	☐	☐	☐	☐	☐
synonyme de mauvais classement aux ECN	☐	☐	☐	☐	☐
un exercice solitaire	☐	☐	☐	☐	☐
incompatible avec une vie de famille	☐	☐	☐	☐	☐
beaucoup de travail administratif	☐	☐	☐	☐	☐
la liberté d'organiser sa pratique	☐	☐	☐	☐	☐
avoir beaucoup de connaissances	☐	☐	☐	☐	☐
surtout du relationnel avec les patients	☐	☐	☐	☐	☐
peu de gestes techniques	☐	☐	☐	☐	☐
rémunérateur	☐	☐	☐	☐	☐
faire de la "bobologie"	☐	☐	☐	☐	☐
dévalorisé à la faculté	☐	☐	☐	☐	☐
dévalorisé à l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐
à risque de burn out important	☐	☐	☐	☐	☐

Fourni par



Questionnaire destiné aux internes de médecine générale :

Questionnaire de thèse destiné aux internes de médecine générale

Bonjour je réalise une thèse sur les déterminants du choix de la médecine générale à Nantes
Merci de répondre à ce questionnaire, temps estimé 5 à 8 minutes

***Obligatoire**

1. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- ☐ un homme
☐ une femme

2. Combien de semestres avez-vous validés ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6

3. Où avez-vous grandi ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ milieu urbain
☐ milieu rural

activité professionnelle du père

4. Votre père a-t-il une activité professionnelle médicale ou paramédicale ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui *Passez à la question 5.*
☐ non *Passez à la question 7.*

activité professionnelle du père

5. Si oui, laquelle : *

6. et dans quelles conditions exerce-t-il ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ salarié
- ☐ libéral
- ☐ mixte

*Passez à la question 8.***activité professionnelle du père****7. Si non, quelle est sa catégorie socioprofessionnelle ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ agriculteur exploitant
- ☐ artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- ☐ cadre, profession intellectuelle supérieure
- ☐ profession intermédiaire
- ☐ employé
- ☐ ouvrier
- ☐ retraité
- ☐ sans activité professionnelle

activité professionnelle de la mère**8. Votre mère a-t-elle une activité professionnelle médicale ou paramédicale ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ oui *Passez à la question 9.*
- ☐ non *Passez à la question 11.*

activité professionnelle de la mère**9. Si oui, laquelle : ***

10. et dans quelles conditions exerce-t-elle ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ salarié
- ☐ libéral
- ☐ mixte

*Passez à la question 12.***activité professionnelle de la mère**

11. Si non, quelle est sa catégorie socioprofessionnelle ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ agriculteur exploitant
- ☐ artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- ☐ cadre, profession intellectuelle supérieure
- ☐ profession intermédiaire
- ☐ employé
- ☐ ouvrier
- ☐ retraité
- ☐ sans activité professionnelle

situation matrimoniale**12. Quelle est votre situation matrimoniale ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ célibataire
- ☐ en couple/marié
- ☐ divorcé
- ☐ veuf

13. Avez-vous des enfants ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ oui
- ☐ non

14. Si oui, combien ?

autre formation avant médecine**15. Avez-vous suivi une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ oui
- ☐ non

16. Si oui, laquelle ?

17. et pendant combien de temps ?

stage d'externe en médecine générale

18. Avez-vous réalisé votre stage ambulatoire de 2ème cycle ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ oui *Passez à la question 19.*
☐ non *Passez à la question 20.*

stage d'externe en médecine générale**19. Si oui, ce stage vous avait : ****Une seule réponse possible.*

- ☐ conforté dans votre idée de faire médecine générale
☐ décidé dans la voie de la médecine générale
☐ décidé vers une autre spécialité
☐ conforté dans le choix d'une autre spécialité

stage praticien**20. Avez-vous réalisé votre stage praticien de 3ème cycle ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ oui *Passez à la question 21.*
☐ non *Passez à la question 24.*

stage praticien**21. Si oui, ce stage vous a : ****Une seule réponse possible.*

- ☐ conforté dans votre idée de faire du libéral
☐ décidé dans le fait de faire du libéral
☐ décidé à ne pas travailler en libéral
☐ conforté dans le fait de ne pas exercer en libéral

22. En quel semestre l'avez-vous réalisé ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ troisième
☐ quatrième
☐ cinquième
☐ sixième

23. Il s'agissait d'un exercice : **Une seule réponse possible.*

- ☐ en milieu urbain
☐ en milieu rural
☐ mixte

SASPAS

24. Avez-vous réalisé un SASPAS ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui *Passez à la question 25.*
☐ non *Passez à la question 28.*

SASPAS

25. Si oui, ce stage vous a : *

Une seule réponse possible.

- ☐ conforté dans votre idée de faire du libéral
☐ décidé dans le fait de faire du libéral
☐ décidé à ne pas travailler en libéral
☐ conforté dans le fait de ne pas exercer en libéral

26. En quel semestre l'avez-vous réalisé ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ quatrième
☐ cinquième
☐ sixième

27. Il s'agissait d'un exercice : *

Une seule réponse possible.

- ☐ en milieu urbain
☐ en milieu rural
☐ mixte

choix médecine

28. Pourquoi avoir choisi la médecine ? *

3 réponses maximum

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ envie de sauver des vies
- ☐ être utile
- ☐ contact humain
- ☐ soif de reconnaissance
- ☐ défi, adrénaline
- ☐ faire de la recherche
- ☐ argent
- ☐ prestige
- ☐ connaissances médicales
- ☐ Autre : _____

choix médecine générale**29. Pourquoi avoir choisi la médecine générale ? ***

3 réponses maximum

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ polyvalence
- ☐ tremplin vers un DESC
- ☐ aucune autre spécialité ne vous attirait
- ☐ suivi des patients au long cours
- ☐ être indépendant
- ☐ qualité de vie
- ☐ moins d'années d'études
- ☐ Autre : _____

choix médecine**30. Quand avez-vous eu envie de faire médecine ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ au primaire
- ☐ au collège
- ☐ au lycée
- ☐ après le bac
- ☐ ne sais pas

31. Quand avez-vous eu envie de faire médecine générale ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ au primaire
☐ au collège
☐ au lycée
☐ en faculté de médecine
☐ au cours d'une autre formation post-bac
☐ ne sais pas

choix médecine générale**32. Avez-vous été encouragé à faire médecine générale ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ oui
☐ non

33. Si oui, par qui ?*plusieurs choix possibles**Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ parents
☐ conjoint
☐ amis
☐ médecin traitant
☐ médecins hospitaliers
☐ médecins libéraux
☐ Autre : _____

choix médecine générale**34. Avez-vous été encouragé à ne pas faire médecine générale ? ****Une seule réponse possible.*

- ☐ oui
☐ non

35. Si oui, par qui ?

plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ parents
☐ conjoint
☐ amis
☐ médecin traitant
☐ médecins hospitaliers
☐ médecins libéraux
☐ Autre : _____

choix ECN**36. Quel était votre classement aux ECN ? ****Une seule réponse possible par ligne.*

	<1000	1000-2000	2000-3000	3000-4000	4000-5000	5000-6000	>6000
classement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

37. Si on vous offrait la possibilité de changer de spécialité sans repasser l'ECN, vous :

*

Une seule réponse possible.

- ☐ restez en médecine générale, ne changez pas
☐ hésitez
☐ changez immédiatement pour une autre spécialité
☐ aimeriez cumuler une autre spécialité en plus de la médecine générale

38. La médecine générale aux ECN, c'était : **Une seule réponse possible.*

- ☐ votre choix depuis la première année de médecine
☐ une décision qui est arrivée au cours du 2ème cycle
☐ un second choix

39. La ville de Nantes aux ECN c'était un premier choix ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ oui
☐ non

40. Si oui, pourquoi ?

choix Nantes

41. Dans quelle faculté avez-vous réalisé votre externat ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Nantes
- ☐ Autre : _____

42. Si extérieur à Nantes, connaissiez-vous Nantes avant votre externat ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
- ☐ non

43. Si oui, comment ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ famille
- ☐ amis
- ☐ destination touristique
- ☐ Autre : _____

choix Nantes

44. Comment qualifiez-vous Nantes et sa région ? *

4 réponses maximum

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ accueillante
☐ isolée
☐ polluée
☐ agitée
☐ calme
☐ dynamique
☐ bien desservie en transports
☐ monotone
☐ climat doux
☐ richesse du patrimoine
☐ loisirs diversifiés
☐ nouvelles technologies importantes
☐ Autre : _____

choix Nantes**45. Parmi les propositions suivantes lesquelles ont été déterminantes dans votre choix pour Nantes : ****Une seule réponse possible par ligne.*

	oui, tout-à-fait	plutôt oui	plutôt non	non, pas du tout	ne sais pas
le cadre géographique	☐	☐	☐	☐	☐
la proximité des hôpitaux périphériques	☐	☐	☐	☐	☐
la réputation du CHU de Nantes	☐	☐	☐	☐	☐
la réputation du DMG de Nantes	☐	☐	☐	☐	☐
le mode de validation du DES avec 1 RSCA par an	☐	☐	☐	☐	☐
le nombre de maîtres de stages	☐	☐	☐	☐	☐
le nombre d'enseignants de médecine générale	☐	☐	☐	☐	☐
rapprochement familial ou du conjoint	☐	☐	☐	☐	☐

futur exercice

46. Quel sera votre exercice futur ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ cabinet seul ou associé
- ☐ maison de santé pluridisciplinaire
- ☐ hôpital
- ☐ clinique
- ☐ Autre : _____

47. et dans quelles conditions ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ libéral
- ☐ salarié
- ☐ mixte

48. Vous envisagez d'exercer en : **Une seule réponse possible.*

- ☐ milieu urbain
- ☐ milieu rural
- ☐ ne sais pas

49. Dans quel département souhaitez-vous exercer ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ loire-atlantique
- ☐ vendée
- ☐ mayenne
- ☐ sarthe
- ☐ votre département d'externat
- ☐ Autre : _____

Fourni par



Réponses des étudiants de DFASM à la question ouverte sur le choix de Nantes :

Si Nantes, pourquoi ? étudiants de DFASM
j'y habite depuis le début de mes études et j'ai 4-5 fois pendant mon enfance, me sentant bien dans cette ville et cette région. proximité de paris, de la mer,
Ville agréable internat ayant une très bonne réputation. Je me vois bien vivre en campagne aux alentours de Nantes dans l'avenir
Si je devais choisir Nantes ça sera pour son environnement, il fait bon vivre, et la formation des internes y est réputée
ville d'origine, proximité famille/amis, principaux repères, ville que j'apprécie, appartement très agréable plein centre-ville
Il me semble que c'est un bon hopital pour notre formation. Je pourrais rester près de mes proches. Nantes est une ville agréable
Attache, famille et conjoint
Parce que j'y habite et que c'est une bonne ville
Qualité de vie, ville dynamique, jeune, culturellement riche, sans être non plus trop oppressante comme d'autres villes de cette taille. Ocean à proximité. Famille. CHU bien réputé, agréable. Service de Nephro à la pointe
La ville est sympa, proche de la cote. Ma famille est en grande partie dans l'Ouest de la France "L'herbe n'est pas toujours plus verte ailleurs"
Cadre de vie, proximité de la côte, possibilité de stage à St Nazaire
Parce que j'aime cette ville, je m'y suis habituée, mon copain a un CDI à Nantes et que le CHU est bien. De plus, la mer n'est pas loin.
Là où mon réseau professionnel s'est créé, cadre de vie, situation géographique.
ville agréable à vivre, CHU à taille humaine et déjà "connu"
Famille à côté
raison personnelle avant tout puis la ville en elle-même qui est attrayante
Ville sympathique, rapprochement familial
Proximité du conjoint/de la famille/des amis Logement à disposition Continuité avec l'externat
je trouve que nantes est une ville agréable à vivre. De plus, d'être à Nantes serait plus facile pour tout ce qui sera logistique au moment de l'internat, vu que j'y habite déjà (appartement...)
Ville connue, agréable, proche de la famille, proche de la mer. Seconds choix dans le grand ouest (Angers, Rennes, Caen, Brest)
Car s'agit de ma ville natale où se trouvent ma famille et mes amis ainsi que mon conjoint
Cercle social en place ville agréable en Bretagne
Car ville où j'ai toujours vécu
Ville d'attache avec famille, amis et bon CHU pour l'internat
Ville agréable que je connais CHU me paraît être bon

Non éloignement familial
Bons échos de l'internat en médecine générale à Nantes
Proximité familiale
Position de la ville (près de la mer et de Paris) ainsi que la vie qui y est douce
Cadre de vie , proximité de mes proche et réputation du CHU
Pour des raisons pratiques familiales
Qualité de Vie
Qualité de la formation Hospitalo-Universitaire
Attitude des responsables de service et ambiance à l'hôpital
mariage proche, projet d'installation en vendée
Très bonne formation de pédiatrie, bon centre hospitalier de pédiatrie
Facilité (pas de déménagement etc)
- Ville ayant un bon département de médecine générale, - Ville agréable - Proche de ma famille et mes amis - Dans la région ou je souhaiterait m'installer par la suite
Pour la vie de famille
convivialité famille proche mer proche chu dynamique ville de taille adaptée pour y vivre paisiblement
Raison familiale
Ambiance
La ville en elle même
Elle est réputée pour être une des meilleures villes pour la médecine générale !
C'est la ville où j'ai grandi, où il y a ma famille et mes amis !
C'est une ville attractive, qui me permettra de rester dans l'environnement où j'ai passé mes 6 années d'étude. L'internat y est très réputé. La ville offre de nombreux avantages (situation, activités, dynamisme, etc...)
Le chu de Nantes est bien classé au niveau national, la ville de Nantes est attractive et j'ai toujours vécu dans cette ville
Ma famille et mes amis sont dans le coin, mon copain travaille sur Nantes. J'aime la ville et j'ai déjà mon appartement ici.
Achat d'une maison dans la banlieue nantaise récemment
Grande ville très dynamique
Proximité de la mer
Proximité de ma famille et de mon compagnon
ville que je connais avec des attaches, bonne qualité de vie et bon CHU
Parce que j'aime bien Nantes, je pense qu'il y fait bon vivre et ma famille vit à coté de Nantes
Très bon internat, des profs très compétents, très bon cadre de vie. De plus je vis dans la région depuis pas mal de temps donc j'y ai tous mes amis/famille, même si je suis préparé à m'en séparer selon mon classement aux ECN, ça reste un plus non négligeable.
J'ai toujours vécu à Nantes, c'est une ville très agréable. Ma famille et mes amis sont à Nantes.
Pour rester dans ma ville d'origine afin de conserver mes liens familiaux et amicaux. Pour la qualité du CHU de Nantes et la bonne image que j'ai de son internat.

Qualité de vie de la ville Qualité de la formation médicale Famille dans les environs Petite amie travaillant dans la région
Bonne formation à la médecine générale proximité familiale ville agréable mon ami est en CDI à nantes
Toute ma famille y habite et j'apprécie énormément cette ville et son climat.
mon conjoint y travaille
Je connais l'organisation du CHU de NANTES, la formation d'interne est plutôt réputée. Port d'attache, début de réseau. Ville attractive
Mon compagnon travaille à Nantes. Les internes de médecine générale sont apparemment bien formés à Nantes. Proximité de la famille. Proximité des hôpitaux périphériques.
proximité familiale qualité de vie
Car c'est la ville où j'ai toujours vécu, où j'ai ma famille et mes amis.
Belle ville, pas trop grand (versus Paris) mais pas trop petit (Brest, Angers, Limoge..), bonne qualité de vie, population plutôt jeune, CHU renommé, terrain connu, réputé
Après renseignement, c'est un bon CHU pour passer l'internat. Mais si je n'ai pas Nantes, je voudrais une ville d'Ouest.
Lieu d'internat de ma compagne
- Proximité avec ma famille et mes amis - Je connais la ville - enseignement de qualité
Connaissance du CHU Internat de MG réputé à Nantes J'ai fait le certificat optionnel de médecine générale et j'ai trouvé les prof très investis, ils m'ont ouvert l'esprit sur une autre pratique de la médecine que l'hôpital. J'ai envie de travailler avec eux à nouveau.
Rester proche de ma famille et mes amis
Tout sauf Nantes ! pour découvrir enfin une autre ville
Mon premier choix sera psychiatrie et mon 2e médecine générale et les 2 spécialités sont bien réputées à Nantes Raisons personnelles: C'est ma ville natale, ma famille y réside et c'est plus confortable pour faire garder éventuellement mon fils qui a quelques mois. J'ai vécu assez en dehors de Nantes pour me rendre compte que c'est une ville parfaite pour le quotidien: très agréable, culturelle, belle, proche de la mer, proche de la capitale par le TGV, proche de l'internationale par son aéroport, météo correcte. Je viens aussi d'acheter un appartement à Nantes.
Ville de naissance, parents vivant à nantes, conjoint travaillant sur nantes, ville agréable, repères
J'ai déménagé à Nantes pour l'externat (je vivais auparavant à Rouen), donc pas forcément envie d'être de nouveau "déracinée" et de tout recommencer ailleurs. Nantes me plaît car : - ville verte, aérée, agréable, dynamique

- plein de choses à découvrir encore dans la région, et la côte n'est pas trop loin - entre la Bretagne et le Sud Ouest, 2 régions agréables - A 4h de chez mes parents donc distance max acceptable
je souhaite découvrir une autre ville, changer d'hopitaux
ville accueillante avec de nombreuses activités proposées localisation bonne prise en charge au CHU
ville agreable, pas loin de la mer ni de paris, grande mais pas trop. bon internat de façon générale
Famille Cadre de vie
Près de chez moi et de ma famille. Ville dynamique et jeune. Climat plutôt sympathique
Nantes est une belle ville et pour raison pratique j'aimerais y rester.
pas de contrainte de déménagement ! Ville attractive; Internat interessant
rester dans la même ville ou a proximité du conjoint
Réalisant mon externat à Nantes, je souhaite faire mon internat et exercer dans la région nantaise pour rester près de mon conjoint, de ma famille et de mes amis. La réputation de l'internat de Nantes est aussi très bonne.
Nantes est réputée pour être une bonne ville pour la formation des internes en médecine générale. Je n'ai pas spécialement envie de changer de ville et je suis en couple avec quelqu'un qui a un travail stable sur Nantes
Bon cadre de vie Connaissance de l'hôpital Plus proche de la famille et des amis
Concubin à Nantes + cadre de vie
Je suis de Nantes et ça me permet de rester près de ma famille
Proximité famille et amis. Travail de mon ami.
Parce que j'y ai toujours vécu, c'est une ville où il fait bon vivre, très dynamique, j'y ai tous mes amis, et puis le chu arrive toujours dans les meilleurs pour la formation des internes
Grande ville, bonne réputation de Nantes au niveau hospitalier, ville des études
La ville me plaît, l'ambiance de travail à l'hopital aussi. Mon concubin est interne bientôt chef au CHU de Nantes. Je souhaite donc rester dans la même ville que lui.
car je suis attaché à rester près de mes proches et de mon amie si mon classement me le permet sachant que le choix de la sapé primera sur le choix de la ville nantes est par ailleurs un bon CHU et la ville propose tout pour mon épanouissement au jour d'aujourd'hui
J'habite dans cette ville (ou les alentours : vertou) depuis mes 10 ans (j'en ai maintenant 23) et j'y suis bien : j'y ai une bonne partie de ma famille et de mes amis et trouve qu'elle offre les avantages d'une grande ville sans ses inconvénients.
Proximité avec ma maison dont je suis propriétaire et qualité de vie nantaise.

Réponses des internes de médecine générale à la question ouverte sur le choix de Nantes :

Si Nantes, pourquoi ? internes de médecine générale
Pour la ville et ses périphériques (villes sympas de bord de mer)
Je suis originaire de Vendée et je souhaitais rester dans ma région pour la qualité de vie et pour m'y installer plus tard
Qualité de vie, proximité de la mer, dynamisme culturel
Urbain, ville culturel qui bouge, ville active 25-35 ans, proche de la mer, bonne réputation pour la formation en médecine générale
envie de changer et découvrir une autre région sans être trop loin de la région d'origine (Tours)
Qualité de vie, Bord de mer Bonne périph bon enseignement QUITTER PARIS !!!!
ville qui bouge, bonne réputation de la ville, pas loin de rennes ma fac d'origine mais tout en changeant de coin , bonne réputation pour la médecine générale , périph pas loin de nantes, le site du SIMGO super accueillant
envie de bouger un peu ville et région attrayantes bonne réputation de la formation en médecine générale choix de mon conjoint (interne aussi) pour sa spécialité
Cadre de vie Attache
rester dans l'ouest, proche de la mer, grande ville avec de nombreuses activités
Ville dynamique Envie de changer de ville où j'ai réalisé mon externat Périphéries proches de nante et attractives Ville proche de ma ville natale (Rennes)
Situation géographique
Je voulais prendre la Reunion. J'ai eu peur de partir seul. Je regrette mon choix
Ancienne externe de Nantes, proximité familiale. Bonne réputation de la formation à Nantes. Faible amplitude géographique des hôpitaux périphériques
J'hésite avec psychiatrie
Je suis nantaise d'origine et je voulais faire le DESC d'urgence, qui est très accessible à Nantes. De plus, j'aime la ville et l'internat a bonne réputation. Les périphériques sont très proches et agréables.
- ne pas faire de la médecine gé à Paris ou ile de France où j'ai fait mon externat, excellente formation hospitalière - projet de vie à deux - région de la famille - qualité de vie ++
Changement de faculté

Proximité de la mer Proche de ma ville d'origine (Paris) Famille dans la région
Ville attrayante, qui bouge beaucoup Proche de ma Bretagne natale Proche de la mer (45mn) Présence d'un aéroport Amis sur Nantes
Conjoint travaillant sur nantes
Ville dynamique, proche de la mer. Periph pas trop éloignées. Ville proche de ma ville d'origine (Bretagne)
Bonne formation pour le DESC urgences
Envie de changer de Paris, Nantes = grande ville très riche en activités et culture mais à taille humaine Proche de la Bretagne Proche de la mer
1- Car D3 et D4 à Nantes 2- Projet d'exercice en milieu rural dans le grand ouest, donc rapprochement géographique sur les zones d'installation envisagées (56). 3- Rapprochement familial
lieu de mon externat, proximité familiale, bonne réputation de la formation
Réputation de la formation pour la médecine générale, bouche-à-oreille. Attrait culturel de la ville de Nantes Qualité de vie : climat, proximité de la mer des stages périphériques. Famille dans la région.
Proche de Paris, ce qui était plus pratique pour réaliser la formation complémentaire que je souhaitais. Dans une région que je ne connaissais pas et que j'avais envie de découvrir. Bien évaluée par les internes de médecine générale en terme de formation.
Proximité amis et famille Connaissance de la région car externat fait à Nantes
dans l'ouest proximité de certains périphériques bonne qualité de formation
Conjoint interne à Nantes. Choix de ville décidé ensemble l'année auparavant pour ville, qualité de vie et formation en médecine générale supposée réputée (j'en doute à présent).
Qualité de vie Envie de changer de ville Raison personnelle (suivre mon mari)
nantaise, je souhaitais rester à proximité de ma famille et de mes amis
attrait du littoral, qualité de vie, 2 départements donc possibilité d'habiter à Nantes et travailler à l'extérieur
- conjointe sur Nantes - externat à Nantes : facilité de conserver les habitudes, bonne connaissance des réseaux médicaux
originaire de nantes compagnon restant à nantes qualité de la formation à nantes hôpitaux périphériques à proximité
pour découvrir une autre région

Qualité de vie, périphéries proches, côte, réputation
J ai fait mon externat a Nantes et mon ami travaille dans la région
Pour rester proche de mon conjoint et de ma famille Je connaissais déjà les hôpitaux, les réseaux, les modes de fonctionnement La formation y est très bonne
Proximité familiale et qualité de la formation
Grande ville. Envie de changer d'horizon. Offre culturelle. Bretagne pas loin
ville attractive, proximité de la mer, réputée pour la médecine générale famille et amis sur nantes
qualité de la formation rapprochement conjugal
Rester dans l'ouest (je viens de Caen) Aller dans une région un peu plus au Sud pour le climat Proximité des périphériques, attractifs, bord de mer Ville de Nantes en plein développement
L'internat en médecine générale est bien réputé à Nantes J'ai apprécié mon mes etudes et externat à Nantes Habitant près de nantes j'ai voulu rester dans la région
Ville sympa+++ Reputation de Bonne formation en médecine générale Découverte d'une nouvelle région
Internat de MG avec bonne réputation. Ville attractive, proche de la mer
Externe à Nantes Famille et amis pas loin Bon classement de la fac chaque année Veux travaille dans les Pays de la Loire
Grande ville attractive Plusieurs de mes amis partaient dans l'ouest Près de la mer Ville que je ne connaissais pas et sa visite avant les choix m'avait plu
une ville et une région ou j'ai toujours eu envie de venir vivre une maquette qui se fait en 3 ans des stages periph proches de Nantes permettant d'avoir un logement stable a Nantes pour une vie de couple
Ville des etudes de premier et second cycle Bonne réputation du DMG
Conjointe sur Nantes
Externat réalisé à Nantes Proximité des hopitaux de périphéries par rapport à Nantes Conjoint qui n'est pas en médecine qui ne peut donc pas bouger tous les 6 mois Ville dynamique, agréable a vivre Proximité de la cote
Accès au DESC d'urgence Qualité de vie Choix personnel
Suivre mon conjoint

Ma ville de naissance et de vie
Bonne formation
Périphériques biens
Changer d'hôpital sans aller trop loin (je viens d'Angers)
conjoint déjà à Nantes
Qualité de vie
Formation
Famille
envie de changer de lieu
qualité de vie
il me semblait qu'il y avait une bonne formation pour la médecine générale
région connue avec rapprochement familial
Localité. Cadre de vie. Océan pas loin
Ville de naissance et mon mari habite nantes
Qualité de vie
Proximité de l'océan atlantique, pratique intensive de la croisière.
Qualité de vie
climat
Ma ville natale
Région sympa, peu de distance entre Nantes et les hôpitaux périphériques par rapport à lyon
Ville attractive, bonne formation medecine générale, maquette assurée en 3ans, proche de la mer
Bonne formation en médecine générale, j'avais eu une bonne formation a l'externat, envie de partir du centre, périphéries attractives
Famille et amis car originaire de Vendée. Conjoint travaillant sur Nantes.
Proximité des périphériques, océan pas loin, ville sympa.
Parce que j'y ai fait mes études avant l'internat, que ma famille ainsi que la famille de mon mari habite dans la région, tout comme de nombreux amis.
Ville de naissance.
Rester dans la même ville que mon mari, famille et amis.
J'ai fait toutes mes études à Nantes bonne formation
J'ai mes amis aussi
Proche de ma famille
Pas loin de la mer
Moins cher que paris pour se loger
Periph pas trop loin donc possibilité de s'installer de suite sans etre obligé de vivre a l'internat (conjoint pas en médecine)
bonne réputation
Qualité de formation
Ville attractive et ayant réalisé l'externat dans cette ville je souhaitais y rester
Périphérique proches pr les semestres d'internat
Conjoint sur place (avec possibilité de mutation si nécessaire mais bon...^^)
Je suis de ma région question d'habitude vie et entourage
Qualité de l'accueil et de la formation, périphériques sympathiques, amis dans la même ville, richesse culturelle, proximité de la côte.
Bonne réputation de la formation, qualité de vie, possibilité de mutation de mon conjoint
qualité de la formation
ville dynamique
accessibilité a ma ville d'origine

Parissienne, je voulais quitter Paris. Nantes, à l'ouest, près de la mer, assez près de Paris, assez grande, m'a attirée. La formation était réputée bonne. Et il fallait aller quelque part
qualité de la formation ville de Nantes la proximité avec la côte atlantique
proche mer proche Bretagne réputation de la ville (étudiante, festive, agréable)
Je vis à Nantes Ville que je connais bien Rester près de ma famille, de mes amis Ville très agréable à vivre Proche de la côte atlantique et de la Bretagne sud
conjoint ayant un travail sur Nantes et ne pouvant pas changer de ville
Situation géographique, qualité de l'internat et changement d'air (études à Angers)
- réputation de la ville : dynamique, climat, agréable à vivre - taille de ville correcte - localisation géographique
J'ai fait toutes mes études de médecine à Nantes donc c'est une ville que je connais bien et où je me plais! Ma famille et tous mes amis sont dans les environs et la plupart se destinent également à la médecine générale à Nantes, je n'ai pas envie de quitter tout le monde :) Je suis en couple et les périph ne sont pas trop éloignés ce qui nous permettra peut-être de vivre dans le même appartement mon ami et moi ou au moins de se voir facilement. J'ai entendu que la formation de médecine générale à Nantes est bonne.

Tableaux d'analyse statistique :

Tableau 1 :

sexe	répondants de DFASM à notre questionnaire n=215 (%)	population cible des étudiants de DFASM à Nantes n=728 (%)	p
<i>homme</i>	81 (37,7%)	321 (44,1%)	0,094*
<i>femme</i>	134 (62,3%)	407 (55,9%)	

Tableau 2 :

sexe	répondants de DFASM1 à notre questionnaire n=116 (%)	population cible des DFASM1 à Nantes n=275 (%)	p
<i>homme</i>	43 (37,1%)	117 (42,5%)	0,31*
<i>femme</i>	73 (62,9%)	158 (57,5%)	
	répondants de DFASM2 à notre questionnaire n=84 (%)	population cible des DFASM2 à Nantes n=230 (%)	
<i>homme</i>	35 (41,7%)	99 (43,0%)	0,83*
<i>femme</i>	49 (58,3%)	131 (57,0%)	
	répondants de DFASM3 à notre questionnaire n=15 (%)	population cible des DFASM3 à Nantes n=223 (%)	
<i>homme</i>	3 (20,0%)	105 (47,1%)	0,041*
<i>femme</i>	12 (80,0%)	118 (52,9%)	

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 3 :

	DFASM1 n=116 (%)	DFASM2 n=84 (%)	p	DFASM3 n=15 (%)	p
catégorie socioprofessionnelle du père					
<i>cadre, profession intellectuelle supérieure</i>	62 (53,4%)	43 (51,2%)	0,75*	10 (66,7%)	0,54*
<i>autre catégorie socioprofessionnelle</i>	54 (46,6%)	41 (48,8%)		5 (33,3%)	
catégorie socioprofessionnelle de la mère					
<i>cadre, profession intellectuelle supérieure</i>	43 (37,1%)	22 (26,2%)	0,1*	8 (53,3%)	0,072*
<i>autre catégorie socioprofessionnelle</i>	73 (62,9%)	62 (73,8%)		7 (46,7%)	
situation matrimoniale					
<i>célibataire</i>	74 (63,8%)	56 (66,7%)	0,65**	10 (66,7%)	0,84**
<i>en couple/marié</i>	40 (34,5%)	28 (33,3%)		5 (33,3%)	
<i>divorcé</i>	2 (1,7%)	0 (0%)		0 (0%)	
est parent d'un ou plusieurs enfants					
<i>oui</i>	3 (2,6%)	3 (3,6%)	0,7**	1 (6,7%)	0,45**
<i>non</i>	113 (97,4%)	81 (96,4%)		14 (93,3%)	

Tableau 4 :

	homme n=81 (%)	femme n=134 (%)	p
situation matrimoniale			
<i>célibataire</i>	53 (65,4%)	87 (64,9%)	1**
<i>en couple/marié</i>	27 (33,3%)	46 (34,3%)	
<i>divorcé</i>	1 (1,2%)	1 (0,8%)	
est parent d'un ou plusieurs enfants			
<i>oui</i>	2 (2,5%)	5 (3,7%)	0,71**
<i>non</i>	79 (97,5%)	129 (96,3%)	

Tableau 5 :

choix envisagé de la spécialité aux ECN	homme n=81 (%)	femme n=134 (%)	p
<i>médecine générale</i>	15 (18,5%)	43 (32,1%)	0,03*
<i>autre spécialité</i>	46 (56,8%)	61 (45,5%)	0,11*
<i>ne sais pas</i>	20 (24,7%)	30 (22,4%)	0,7*

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 6 :

choix envisagé de la spécialité aux ECN	DFASM1 n=116 (%)	DFASM2 n=84 (%)	p	DFASM3 n=15 (%)	p
<i>médecine générale</i>	20 (17,2%)	31 (36,9%)	0,0016*	7 (46,7%)	0,0012**
<i>autre spécialité</i>	66 (56,9%)	35 (41,7%)	0,033*	6 (40,0%)	0,078**
<i>ne sais pas</i>	30 (25,9%)	18 (21,4%)	0,47*	2 (13,3%)	0,55**

Tableau 7 :

choix envisagé de la spécialité aux ECN	milieu urbain n=146 (%)	milieu rural n=69 (%)	p
<i>médecine générale</i>	34 (23,3%)	24 (34,8%)	0,076*
<i>autre spécialité</i>	75 (51,4%)	32 (46,4%)	0,49*
<i>ne sais pas</i>	37 (25,3%)	13 (18,8%)	0,29*

Tableau 8 :

choix envisagé de la spécialité aux ECN	père exerçant une activité médicale ou paramédicale		p
	oui n=37 (%)	non n=178 (%)	
<i>médecine générale</i>	8 (21,6%)	50 (28,1%)	0,42*
<i>autre spécialité</i>	18 (48,6%)	89 (50,0%)	0,88*
<i>ne sais pas</i>	11 (29,7%)	39 (21,9%)	0,31*

Tableau 9 :

choix envisagé de la spécialité aux ECN	mère exerçant une activité médicale ou paramédicale		p
	oui n=64 (%)	non n=151 (%)	
<i>médecine générale</i>	15 (23,4%)	43 (28,5%)	0,45*
<i>autre spécialité</i>	37 (57,8%)	70 (46,3%)	0,12*
<i>ne sais pas</i>	12 (18,8%)	38 (25,2%)	0,31*

Tableau 10 :

choix envisagé de la spécialité aux ECN	réalisation d'une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine		p
	oui n=26 (%)	non n=189 (%)	
<i>médecine générale</i>	4 (15,4%)	54 (28,6%)	0,16*
<i>autre spécialité</i>	14 (53,8%)	93 (49,2%)	0,66*
<i>ne sais pas</i>	8 (30,8%)	42 (22,2%)	0,33*

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 11 :

choix envisagé de la spécialité aux ECN	réalisation du stage ambulatoire de 2e cycle		p
	oui n=35 (%)	non n=180 (%)	
<i>médecine générale</i>	7 (20,0%)	51 (28,3%)	0,31*
<i>autre spécialité</i>	21 (60,0%)	86 (47,8%)	0,19*
<i>ne sais pas</i>	7 (20,0%)	43 (23,9%)	0,62*

Tableau 12 :

choix envisagé de la ville aux ECN	homme n=81 (%)	femme n=134 (%)	p
Nantes	32 (39,5%)	59 (44,0%)	0,52*
autre ville	26 (32,1%)	45 (33,6%)	0,82*
ne sais pas	23 (28,4%)	30 (22,4%)	0,32*

Tableau 13 :

choix envisagé de la ville aux ECN	DFASM1 n=116 (%)	DFASM2 n=84 (%)	p	DFASM3 n=15 (%)	p
<i>Nantes</i>	46 (39,7%)	34 (40,5%)	0,91*	11 (73,3%)	0,047**
<i>autre ville</i>	39 (33,6%)	29 (34,5%)	0,89*	3 (20,0%)	0,61**
<i>ne sais pas</i>	31 (26,7%)	21 (25,0%)	0,78*	1 (6,7%)	0,26**

Tableau 14 :

choix envisagé de la ville aux ECN	milieu urbain n=146 (%)	milieu rural n=69 (%)	p
<i>Nantes</i>	55 (37,7%)	36 (52,2%)	0,045*
<i>autre ville</i>	56 (38,3%)	15 (21,7%)	0,016*
<i>ne sais pas</i>	35 (24,0%)	18 (26,1%)	0,74*

Tableau 15 :

choix envisagé de la ville aux ECN	réalisation d'une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine		p
	oui n=26 (%)	non n=189 (%)	
<i>Nantes</i>	13 (50,0%)	78 (41,3%)	0,4*
<i>autre ville</i>	11 (42,3%)	60 (31,7%)	0,28*
<i>ne sais pas</i>	2 (7,7%)	51 (27,0%)	0,032*

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 16 :

moment du choix "faire médecine"	père exerçant une profession médicale ou paramédicale		
	oui n=37 (%)	non n=178 (%)	p
<i>au primaire</i>	6 (16,2%)	33 (18,5%)	0,74*
<i>au collège</i>	8 (21,6%)	46 (25,8%)	0,59*
<i>au lycée</i>	15 (40,5%)	78 (43,8%)	0,71*
<i>après le bac</i>	7 (18,9%)	18 (10,1%)	0,13*
<i>ne sais pas</i>	1 (2,7%)	3 (1,7%)	

Tableau 17 :

moment du choix "faire médecine"	mère exerçant une profession médicale ou paramédicale		
	oui n=64 (%)	non n=151 (%)	p
<i>au primaire</i>	12 (18,7%)	27 (17,9%)	0,88*
<i>au collège</i>	17 (26,6%)	37 (24,5%)	0,75*
<i>au lycée</i>	22 (34,4%)	71 (47,0%)	0,087*
<i>après le bac</i>	12 (18,7%)	13 (8,6%)	0,034*
<i>ne sais pas</i>	1 (1,6%)	3 (2,0%)	

Tableau 18 :

moment du choix "faire médecine"	médecine générale n=58 (%)	autre spécialité n=107 (%)	p
<i>au primaire</i>	6 (10,3%)	21 (19,6%)	0,12*
<i>au collège</i>	15 (25,9%)	26 (24,3%)	0,82*
<i>au lycée</i>	34 (58,6%)	40 (37,4%)	0,0088*
<i>après le bac</i>	1 (1,7%)	20 (18,7%)	0,0018*
<i>ne sais pas</i>	2 (3,5%)	0 (0%)	

Tableau 19 :

choix envisagé de la spécialité aux ECN	a été encouragé à choisir la médecine générale aux ECN		p
	oui n=71 (%)	non n=144 (%)	
<i>médecine générale</i>	17 (23,9%)	41 (28,5%)	0,48*
<i>autre spécialité</i>	39 (54,9%)	68 (47,2%)	0,29*
<i>ne sais pas</i>	15 (21,1%)	35 (24,3%)	0,6*

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 20 :

choix envisagé de la spécialité aux ECN	a été encouragé à ne pas choisir la médecine générale aux ECN		p
	oui n=84 (%)	non n=131 (%)	
<i>médecine générale</i>	25 (29,8%)	33 (25,2%)	0,46*
<i>autre spécialité</i>	36 (42,8%)	71 (54,2%)	0,1*
<i>ne sais pas</i>	23 (27,4%)	27 (20,6%)	0,25*

Tableau 21 :

vous sentez-vous suffisamment informé sur le métier de médecin généraliste ?	réalisation du stage ambulatoire de 2e cycle en médecine générale			p
	oui	n=35 (%)	non n=180 (%)	
<i>tout-à-fait d'accord</i>	1 (2,9%)		8 (4,4%)	1**
<i>plutôt d'accord</i>	4 (11,4%)		39 (21,7%)	0,25**
<i>plutôt pas d'accord</i>	16 (45,7%)		84 (46,7%)	1**
<i>pas du tout d'accord</i>	14 (40,0%)		49 (27,2%)	0,16**

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 22 :

propositions concernant la médecine générale		homme	femme	p
diversifié	<i>oui</i>	79 (97,5%)	132 (98,5%)	0,63**
	<i>non</i>	2 (2,5%)	2 (1,5%)	
routinier	<i>oui</i>	41 (50,6%)	70 (52,2%)	0,86**
	<i>non</i>	40 (49,4%)	63 (47,0%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	1 (0,7%)	
valorisant	<i>oui</i>	51 (63,0%)	72 (53,7%)	0,23**
	<i>non</i>	30 (37,0%)	59 (44,0%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	3 (2,2%)	
synonyme de mauvais classement aux ECN	<i>oui</i>	28 (34,6%)	37 (27,6%)	0,27**
	<i>non</i>	53 (65,4%)	94 (70,1%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	3 (2,2%)	
un exercice solitaire	<i>oui</i>	37 (45,7%)	62 (46,3%)	1**
	<i>non</i>	42 (51,9%)	69 (51,5%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (2,5%)	3 (2,2%)	
incompatible avec une vie de famille	<i>oui</i>	8 (9,9%)	11 (8,2%)	0,27**
	<i>non</i>	70 (86,4%)	122 (91,0%)	
	<i>ne sais pas</i>	3 (3,7%)	1 (0,7%)	
beaucoup de travail administratif	<i>oui</i>	75 (92,6%)	118 (88,1%)	0,62**
	<i>non</i>	4 (4,9%)	11 (8,2%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (2,5%)	5 (3,7%)	
liberté d'organiser sa pratique	<i>oui</i>	70 (86,4%)	124 (92,5%)	0,33**
	<i>non</i>	10 (12,3%)	9 (6,7%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (1,2%)	1 (0,7%)	
avoir beaucoup de connaissances	<i>oui</i>	75 (92,6%)	129 (96,3%)	0,25**
	<i>non</i>	5 (6,2%)	3 (2,2%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (1,2%)	2 (1,5%)	
surtout du relationnel avec les patients	<i>oui</i>	74 (91,4%)	131 (97,8%)	0,069**
	<i>non</i>	5 (6,2%)	3 (2,2%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (2,5%)	0 (0%)	
peu de gestes techniques	<i>oui</i>	55 (67,9%)	84 (62,7%)	0,29**
	<i>non</i>	22 (27,2%)	47 (35,1%)	
	<i>ne sais pas</i>	4 (4,9%)	3 (2,2%)	
rémunérateur	<i>oui</i>	32 (39,5%)	55 (41,0%)	0,62**
	<i>non</i>	47 (58,0%)	72 (53,7%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (2,5%)	7 (5,2%)	
faire de la "bobologie"	<i>oui</i>	36 (44,4%)	51 (38,1%)	0,69**
	<i>non</i>	43 (53,1%)	79 (59,0%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (2,5%)	4 (3,0%)	
dévalorisé à la faculté	<i>oui</i>	56 (69,1%)	85 (63,4%)	0,46**
	<i>non</i>	22 (27,2%)	46 (34,3%)	
	<i>ne sais pas</i>	3 (3,7%)	3 (2,2%)	
dévalorisé à l'hôpital	<i>oui</i>	66 (81,5%)	97 (72,4%)	0,16**
	<i>non</i>	12 (14,8%)	34 (25,4%)	
	<i>ne sais pas</i>	3 (3,7%)	3 (2,2%)	
à risque de "burn out" important	<i>oui</i>	51 (63,0%)	74 (55,2%)	0,12**
	<i>non</i>	24 (29,6%)	37 (27,6%)	
	<i>ne sais pas</i>	6 (7,4%)	23 (17,2%)	

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 23 :

propositions concernant la médecine générale		DFASM1 (n=116)	DFASM2 (n=84)	P	DFASM3 (n=15)	P
<i>diversifié</i>	<i>oui</i> <i>non</i>	113 (97,4%) 3 (2,6%)	83 (98,8%) 1 (1,2%)	0,64**	15 (100%) 0 (0%)	0,73**
<i>routinier</i>	<i>oui</i> <i>non</i> <i>ne sais pas</i>	64 (55,2%) 52 (44,8%) 0 (0%)	41 (48,8%) 42 (50,0%) 1 (1,2%)	0,34**	6 (40,0%) 9 (60,0%) 0 (0,0%)	0,43**
<i>valorisant</i>	<i>oui</i> <i>non</i> <i>ne sais pas</i>	61 (52,6%) 53 (45,7%) 2 (1,7%)	56 (66,7%) 27 (32,1%) 1 (1,2%)	0,11**	6 (40%) 9 (60,0%) 0 (0%)	0,13**
<i>synonyme de mauvais classement aux ECN</i>	<i>oui</i> <i>non</i> <i>ne sais pas</i>	40 (34,5%) 74 (63,8%) 2 (1,7%)	22 (26,2%) 61 (72,6%) 1 (1,2%)	0,44**	3 (20,0%) 12 (80,0%) 0 (0%)	0,58**
<i>un exercice solitaire</i>	<i>oui</i> <i>non</i> <i>ne sais pas</i>	58 (50,0%) 55 (47,4%) 3 (2,6%)	33 (39,3%) 49 (58,3%) 2 (2,4%)	0,31**	8 (53,3%) 7 (46,7%) 0 (0%)	0,57**
<i>incompatible avec une vie de famille</i>	<i>oui</i> <i>non</i> <i>ne sais pas</i>	14 (12,1%) 99 (85,3%) 3 (2,6%)	5 (6,0%) 78 (92,9%) 1 (1,2%)	0,28**	0 (0%) 15 (100%) 0 (0%)	0,37**
<i>beaucoup de travail administratif</i>	<i>oui</i> <i>non</i> <i>ne sais pas</i>	101 (87,1%) 9 (7,8%) 6 (5,2%)	80 (95,2%) 3 (3,6%) 1 (1,2%)	0,16**	12 (80,0%) 3 (20,0%) 0 (0%)	0,084**
<i>liberté d'organiser sa pratique</i>	<i>oui</i> <i>non</i> <i>ne sais pas</i>	105 (90,5%) 10 (8,6%) 1 (0,9%)	75 (89,3%) 8 (9,5%) 1 (1,2%)	0,91**	14 (93,3%) 1 (6,7%) 0 (0%)	0,97**

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

propositions concernant la médecine générale		DFASM1 (n=116)	DFASM2 (n=84)	P	DFASM3 (n=15)	P
<i>avoir beaucoup de connaissances</i>	<i>oui</i>	109 (94,0%)	80 (95,2%)	1**	15 (100%)	1**
	<i>non</i>	5 (4,3%)	3 (3,6%)		0 (0%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (1,7%)	1 (1,2%)		0 (0%)	
<i>surtout du relationnel avec les patients</i>	<i>oui</i>	111 (95,7%)	79 (94,0%)	0,86**	15 (100%)	0,94**
	<i>non</i>	4 (3,4%)	4 (4,8%)		0 (0%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (0,9%)	1 (1,2%)		0 (0%)	
<i>peu de gestes techniques</i>	<i>oui</i>	73 (62,9%)	54 (64,3%)	0,86**	12 (80,0%)	0,77**
	<i>non</i>	38 (32,8%)	28 (33,3%)		3 (20,0%)	
	<i>ne sais pas</i>	5 (4,3%)	2 (2,4%)		0 (0%)	
<i>rémunérateur</i>	<i>oui</i>	53 (45,7%)	29 (34,5%)	0,2**	5 (33,3%)	0,40**
	<i>non</i>	57 (49,1%)	52 (61,9%)		10 (66,7%)	
	<i>ne sais pas</i>	6 (5,2%)	3 (3,6%)		0 (0%)	
<i>faire de la "bobologie"</i>	<i>oui</i>	54 (46,6%)	30 (35,7%)	0,19**	3 (20,0%)	0,14**
	<i>non</i>	60 (51,7%)	50 (59,5%)		12 (80,0%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (1,7%)	4 (4,8%)		0 (0%)	
<i>dévalorisé à la faculté</i>	<i>oui</i>	83 (71,6%)	52 (61,9%)	0,32**	6 (40,0%)	0,082**
	<i>non</i>	30 (25,9%)	30 (35,7%)		8 (53,3%)	
	<i>ne sais pas</i>	3 (2,6%)	2 (2,4%)		1 (6,7%)	
<i>dévalorisé à l'hôpital</i>	<i>oui</i>	84 (72,4%)	68 (81,0%)	0,27**	11 (73,3%)	0,53**
	<i>non</i>	27 (23,3%)	15 (17,9%)		4 (26,7%)	
	<i>ne sais pas</i>	5 (4,3%)	1 (1,2%)		0 (0%)	
<i>à risque de "burn out" important</i>	<i>oui</i>	64 (55,2%)	55 (65,5%)	0,33**	6 (40,0%)	0,04**
	<i>non</i>	38 (32,8%)	20 (23,8%)		3 (20,0%)	
	<i>ne sais pas</i>	14 (12,1%)	9 (10,7%)		6 (40,0%)	

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 24 :

propositions concernant la médecine générale		réalisation du stage ambulatoire de 2e cycle		p
		oui n=35 (%)	non n=180 (%)	
<i>diversifié</i>	<i>oui</i>	35 (100%)	176 (97,8%)	1**
	<i>non</i>	0 (0%)	4 (2,2%)	
<i>routinier</i>	<i>oui</i>	16 (45,7%)	95 (52,8%)	0,55**
	<i>non</i>	19 (54,3%)	84 (46,7%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	1 (0,6%)	
<i>valorisant</i>	<i>oui</i>	16 (45,7%)	107 (59,4%)	0,19**
	<i>non</i>	18 (51,4%)	71 (39,4%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (2,9%)	2 (1,1%)	
<i>synonyme de mauvais classement aux ECN</i>	<i>oui</i>	11 (31,4%)	54 (30,0%)	0,49**
	<i>non</i>	23 (65,7%)	124 (68,9%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (2,9%)	2 (1,1%)	
<i>un exercice solitaire</i>	<i>oui</i>	15 (42,9%)	84 (46,7%)	0,77**
	<i>non</i>	19 (54,3%)	92 (51,1%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (2,9%)	4 (2,2%)	
<i>incompatible avec une vie de famille</i>	<i>oui</i>	5 (14,3%)	14 (7,8%)	0,25**
	<i>non</i>	29 (82,9%)	163 (90,6%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (2,9%)	3 (1,7%)	
<i>beaucoup de travail administratif</i>	<i>oui</i>	31 (88,6%)	162 (90,0%)	0,29**
	<i>non</i>	4 (11,4%)	11 (6,1%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	7 (3,9%)	
<i>liberté d'organiser sa pratique</i>	<i>oui</i>	32 (91,4%)	162 (90,0%)	1**
	<i>non</i>	3 (8,6%)	16 (8,9%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	2 (1,1%)	
<i>avoir beaucoup de connaissances</i>	<i>oui</i>	33 (94,3%)	171 (95,0%)	0,49**
	<i>non</i>	1 (2,9%)	7 (3,9%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (2,9%)	2 (1,1%)	
<i>surtout du relationnel avec les patients</i>	<i>oui</i>	34 (97,1%)	171 (95,0%)	1**
	<i>non</i>	1 (2,9%)	7 (3,9%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	2 (1,1%)	
<i>peu de gestes techniques</i>	<i>oui</i>	25 (71,4%)	114 (63,3%)	0,77**
	<i>non</i>	9 (25,7%)	60 (33,3%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (2,9%)	6 (3,3%)	
<i>rémunérateur</i>	<i>oui</i>	9 (25,7%)	78 (43,3%)	0,11**
	<i>non</i>	25 (71,4%)	94 (52,2%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (2,9%)	8 (4,4%)	
<i>faire de la "bobologie"</i>	<i>oui</i>	11 (31,4%)	76 (42,2%)	0,45**
	<i>non</i>	23 (65,7%)	99 (55,0%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (2,9%)	5 (2,8%)	
<i>dévalorisé à la faculté</i>	<i>oui</i>	27 (77,1%)	114 (63,3%)	0,28**
	<i>non</i>	8 (22,9%)	60 (33,3%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	6 (3,3%)	
<i>dévalorisé à l'hôpital</i>	<i>oui</i>	28 (80,0%)	135 (75,0%)	0,86**
	<i>non</i>	6 (17,1%)	40 (22,2%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (2,9%)	5 (2,8%)	
<i>à risque de "burn out" important</i>	<i>oui</i>	17 (48,6%)	108 (60,0%)	0,41**
	<i>non</i>	12 (34,3%)	49 (27,2%)	
	<i>ne sais pas</i>	6 (17,1%)	23 (12,8%)	

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 25 :

propositions concernant la médecine générale		choix envisagé aux ECN pour la spécialité		p
		médecine générale (n=58)	autre spécialité (n=107)	
<i>diversifié</i>	<i>oui</i>	58 (100%)	103 (96,3%)	0,3**
	<i>non</i>	0 (0%)	4 (3,7%)	
<i>routinier</i>	<i>oui</i>	22 (37,9%)	65 (60,7%)	0,005**
	<i>non</i>	35 (60,3%)	42 (39,3%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (1,7%)	0 (0%)	
<i>valorisant</i>	<i>oui</i>	35 (60,3%)	58 (54,2%)	0,78**
	<i>non</i>	22 (37,9%)	47 (43,9%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (1,7%)	2 (1,9%)	
<i>synonyme de mauvais classement aux ECN</i>	<i>oui</i>	10 (17,2%)	38 (35,5%)	0,025**
	<i>non</i>	47 (81,0%)	68 (63,6%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (1,7%)	1 (0,9%)	
<i>un exercice solitaire</i>	<i>oui</i>	17 (29,3%)	61 (57,0%)	0,00095**
	<i>non</i>	39 (67,2%)	45 (42,1%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (3,4%)	1 (0,9%)	
<i>incompatible avec une vie de famille</i>	<i>oui</i>	5 (8,6%)	12 (11,2%)	0,35**
	<i>non</i>	53 (91,4%)	91 (85,0%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	4 (3,7%)	
<i>beaucoup de travail administratif</i>	<i>oui</i>	52 (89,7%)	98 (91,6%)	0,91**
	<i>non</i>	4 (6,9%)	6 (5,6%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (3,4%)	3 (2,8%)	
<i>liberté d'organiser sa pratique</i>	<i>oui</i>	57 (98,3%)	89 (83,2%)	0,0052**
	<i>non</i>	1 (1,7%)	16 (15,0%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	2 (1,9%)	
<i>avoir beaucoup de connaissances</i>	<i>oui</i>	56 (96,6%)	99 (92,5%)	0,74**
	<i>non</i>	1 (1,7%)	6 (5,6%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (1,7%)	2 (1,9%)	
<i>surtout du relationnel avec les patients</i>	<i>oui</i>	56 (96,6%)	102 (95,3%)	1**
	<i>non</i>	2 (3,4%)	4 (3,7%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	1 (0,9%)	
<i>peu de gestes techniques</i>	<i>oui</i>	29 (50,0%)	82 (76,6%)	0,0011**
	<i>non</i>	27 (46,6%)	22 (20,6%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (3,4%)	3 (2,8%)	
<i>rémunérateur</i>	<i>oui</i>	22 (37,9%)	44 (41,1%)	0,91**
	<i>non</i>	34 (58,6%)	59 (55,1%)	
	<i>ne sais pas</i>	2 (3,4%)	4 (3,7%)	
<i>faire de la "bobologie"</i>	<i>oui</i>	10 (17,2%)	59 (55,1%)	3,6E-6**
	<i>non</i>	45 (77,6%)	45 (42,1%)	
	<i>ne sais pas</i>	3 (5,2%)	3 (2,8%)	
<i>dévalorisé à la faculté</i>	<i>oui</i>	40 (69,0%)	63 (58,9%)	0,39**
	<i>non</i>	17 (29,3%)	39 (36,4%)	
	<i>ne sais pas</i>	1 (1,7%)	5 (4,7%)	
<i>dévalorisé à l'hôpital</i>	<i>oui</i>	46 (79,3%)	77 (72,0%)	0,17**
	<i>non</i>	12 (20,7%)	24 (22,4%)	
	<i>ne sais pas</i>	0 (0%)	6 (5,6%)	
<i>à risque de "burn out" important</i>	<i>oui</i>	34 (58,6%)	65 (60,7%)	0,68**
	<i>non</i>	16 (27,6%)	32 (29,9%)	
	<i>ne sais pas</i>	8 (13,8%)	10 (9,3%)	

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 26 :

	TCEM1 n=43 (%)	TCEM2 n=48 (%)	p	TCEM3 n=20 (%)	p
catégorie socioprofessionnelle du père					
<i>cadre, profession intellectuelle supérieure</i>	25 (58,1%)	25 (52,1%)	0,56*	13 (65,0%)	0,6*
<i>autre catégorie socioprofessionnelle</i>	18 (41,9%)	23 (47,9%)		7 (35,0%)	
catégorie socioprofessionnelle de la mère					
<i>cadre, profession intellectuelle supérieure</i>	16 (37,2%)	11 (22,9%)	0,14*	7 (35,0%)	0,3*
<i>autre catégorie socioprofessionnelle</i>	27 (62,8%)	37 (77,1%)		13 (65,0%)	
situation matrimoniale					
<i>célibataire</i>	17 (39,5%)	18 (37,5%)	0,84*	5 (25,0%)	0,51*
<i>en couple/marié</i>	26 (60,5%)	30 (62,5%)		15 (75,0%)	
est parent d'un ou plusieurs enfants					
<i>oui</i>	1 (2,3%)	5 (10,4%)	0,21**	7 (35,0%)	0,0015**
<i>non</i>	42 (97,7%)	43 (86,6%)		13 (65,0%)	

Tableau 27 :

	homme n=25 (%)	femme n=86 (%)	p
situation matrimoniale			
<i>célibataire</i>	11 (44,0%)	29 (33,7%)	0,35*
<i>en couple/marié</i>	14 (56,0%)	57 (66,3%)	
est parent d'un ou plusieurs enfants			
<i>oui</i>	2 (8,0%)	11 (12,8%)	0,73**
<i>non</i>	23 (92,0%)	75 (87,2%)	

Tableau 28 :

	père exerçant une profession médicale ou paramédicale		
moment du choix "faire médecine"	oui n=19 (%)	non n=92 (%)	p
<i>au primaire</i>	6 (31,6%)	11 (12,0%)	0,073**
<i>au collège</i>	3 (15,8%)	25 (27,2%)	0,39**
<i>au lycée</i>	7 (36,8%)	42 (45,6%)	0,61**
<i>après le bac</i>	1 (5,3%)	10 (10,9%)	0,69**
<i>ne sais pas</i>	2 (10,5%)	4 (4,3%)	0,27**

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 29 :

moment du choix "faire médecine"	mère exerçant une profession médicale ou paramédicale		
	oui n=28 (%)	non n=83 (%)	p
<i>au primaire</i>	6 (21,4%)	11 (13,2%)	0,36**
<i>au collège</i>	6 (21,4%)	22 (26,5%)	0,8**
<i>au lycée</i>	11 (39,3%)	38 (45,8%)	0,66**
<i>après le bac</i>	3 (10,7%)	8 (9,6%)	1**
<i>ne sais pas</i>	2 (7,1%)	4 (4,8%)	0,64**

Tableau 30 :

Propositions déterminantes dans le choix pour Nantes	homme (n=25)	femme (n=86)	p
<i>cadre géographique</i>	25 (100%) 0 (0%)	82 (95,3%) 4 (4,7%)	0,57**
<i>proximité des hôpitaux périphériques</i>	21 (84%) 3 (12%) 1 (4%)	71 (82,5%) 14 (16,3%) 1 (1,2%)	0,53**
<i>réputation du CHU de Nantes</i>	17 (68%) 8 (32%) 0 (0%)	60 (69,8%) 19 (22,1%) 7 (8,1%)	0,27**
<i>réputation du DMG de Nantes</i>	13 (52%) 11 (44%) 1 (4%)	54 (62,8%) 23 (26,7%) 9 (10,5%)	0,27**
<i>mode de validation du DES avec un RSCA par an</i>	0 (0%) 23 (92%) 2 (8%)	9 (10,5%) 67 (77,9%) 10 (11,6%)	0,22**
<i>nombre de maîtres de stages</i>	5 (20%) 15 (60%) 5 (20%)	17 (19,8%) 53 (61,6%) 16 (18,6%)	1**
<i>nombre d'enseignants de médecine générale</i>	1 (4%) 17 (68%) 7 (28%)	11 (12,8%) 57 (66,3%) 18 (20,9%)	0,44**
<i>rapprochement familial ou conjoint</i>	13 (52%) 8 (32%) 4 (16%)	53 (61,6%) 33 (38,4%) 0 (0%)	0,004**

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 31 :

propositions déterminantes pour le choix de Nantes	TCEM1 (n=43)	TCEM2 (n=48)	P	TCEM3 (n=20)	P
<i>cadre géographique</i>	43 (100%) 0 (0%)	44 (91,7%) 4 (8,3%)	0,12**	20 (100%) 0 (0%)	0,1**
<i>proximité des hôpitaux périphériques</i>	34 (79,1%) 7 (16,3%) 2 (4,6%)	39 (81,2%) 9 (18,7%) 0 (0%)	0,52**	19 (95%) 1 (5%) 0 (0%)	0,31**
<i>réputation du CHU de Nantes</i>	30 (69,8%) 12 (27,9%) 1 (2,3%)	37 (77,1%) 6 (12,5%) 5 (10,4%)	0,079**	10 (50%) 9 (45%) 1 (5%)	0,028**
<i>réputation du DMG de Nantes</i>	36 (83,7%) 5 (11,6%) 2 (4,6%)	25 (52,1%) 16 (33,3%) 7 (14,6%)	0,0055**	6 (30%) 13 (65%) 1 (5%)	7,8E-5**
<i>mode de validation du DES avec un RSCA par an</i>	6 (13,9%) 30 (69,8%) 7 (16,3%)	2 (4,2%) 41 (85,4%) 5 (10,4%)	0,15**	1 (5%) 19 (95%) 0 (0%)	0,11**
<i>nombre de maîtres de stages</i>	6 (13,9%) 26 (60,5%) 11 (25,6%)	13 (27,1%) 27 (56,2%) 8 (16,7%)	0,26**	3 (15%) 15 (75%) 2 (10%)	0,33**
<i>nombre d'enseignants de médecine générale</i>	6 (13,9%) 26 (60,5%) 11 (25,6%)	3 (6,2%) 33 (68,7%) 12 (25,0%)	0,47**	3 (15%) 15 (75%) 2 (10%)	0,41**
<i>rapprochement familial ou conjoint</i>	24 (55,8%) 16 (37,2%) 3 (7,0%)	29 (60,4%) 18 (37,5%) 1 (2,1%)	0,59**	13 (65%) 7 (35%) 0 (0%)	0,76**

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 32 :

propositions déterminantes dans le choix pour Nantes	issu d'un milieu urbain (n=69)	issu d'un milieu rural (=42)	p
<i>cadre géographique</i>	69 (100%) 0 (0%)	38 (90,5%) 4 (9,5%)	0,019**
<i>proximité des hôpitaux périphériques</i>	60 (87,0%) 7 (10,1%) 2 (2,9%)	32 (76,2%) 10 (23,8%) 0 (0%)	0,076**
<i>réputation du CHU de Nantes</i>	45 (65,2%) 18 (26,1%) 6 (8,7%)	32 (76,2%) 9 (21,4%) 1 (2,4%)	0,34**
<i>réputation du DMG de Nantes</i>	43 (62,3%) 18 (26,1%) 8 (11,6%)	24 (57,1%) 16 (38,1%) 2 (4,8%)	0,27**
<i>mode de validation du DES avec un RSCA par an</i>	6 (8,7%) 54 (78,3%) 9 (13,0%)	3 (7,1%) 36 (85,7%) 3 (7,1%)	0,67**
<i>nombre de maîtres de stages</i>	11 (15,9%) 41 (59,4%) 17 (24,6%)	11 (26,2%) 27 (64,3%) 4 (9,5%)	0,095**
<i>nombre d'enseignants de médecine générale</i>	7 (10,1%) 44 (63,8%) 18 (26,1%)	5 (11,9%) 30 (71,4%) 7 (16,7%)	0,52**
<i>rapprochement familial ou conjoint</i>	41 (59,4%) 25 (36,2%) 3 (4,3%)	25 (59,5%) 16 (38,1%) 1 (2,4%)	1**

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 33 :

propositions déterminantes dans le choix pour Nantes	célibataire (n=40)	en couple/marié (n=71)	p
<i>cadre géographique</i>	40 (100%) 0 (0%)	67 (94,4%) 4 (5,6%)	0,29**
<i>proximité des hôpitaux périphériques</i>	33 (82,5%) 6 (15%) 1 (2,5%)	59 (83,1%) 11 (15,5%) 1 (1,4%)	1**
<i>réputation du CHU de Nantes</i>	29 (72,5%) 8 (20,0%) 3 (7,5%)	48 (67,6%) 19 (26,8%) 4 (5,6%)	0,7**
<i>réputation du DMG de Nantes</i>	25 (62,5%) 11 (27,5%) 4 (10,0%)	42 (59,2%) 23 (32,4%) 6 (8,4%)	0,83**
<i>mode de validation du DES avec un RSCA par an</i>	2 (5,0%) 32 (80,0%) 6 (15,0%)	7 (9,9%) 58 (81,7%) 6 (8,4%)	0,46**
<i>nombre de maîtres de stages</i>	6 (15,0%) 24 (60,0%) 10 (25,0%)	16 (22,5%) 44 (62,0%) 11 (15,5%)	0,4**
<i>nombre d'enseignants de médecine générale</i>	2 (5,0%) 27 (67,5%) 11 (27,5%)	10 (14,1%) 47 (66,2%) 14 (19,7%)	0,3**
<i>rapprochement familial ou conjoint</i>	15 (37,5%) 23 (57,5%) 2 (5,0%)	51 (71,8%) 18 (25,4%) 2 (2,8%)	0,0009**

Tableau 34 :

exercice futur envisagé	homme n=25 (%)	femme n=86 (%)	p
mode d'exercice futur envisagé			
<i>cabinet seul ou associé</i>	11 (44,0%)	17 (19,8%)	0,019**
<i>maison de santé pluridisciplinaire</i>	7 (28,0%)	56 (65,1%)	0,0013**
<i>hôpital ou clinique</i>	6 (24,0%)	7 (8,1%)	0,07**
<i>autre</i>	0 (0%)	1 (1,2%)	1**
<i>ne sais pas</i>	1 (4,0%)	5 (5,8%)	1**
conditions exercice futur envisagé			
<i>libéral</i>	9 (36,0%)	54 (62,8%)	0,022**
<i>salarie</i>	5 (20,0%)	12 (13,9%)	0,53**
<i>mixte</i>	11 (44,0%)	20 (23,3%)	0,074**
milieu exercice futur envisagé			
<i>milieu urbain</i>	11 (44,0%)	14 (16,3%)	0,0035*
<i>milieu rural</i>	8 (32,0%)	37 (43,0%)	0,32*
<i>ne sais pas</i>	6 (24,0%)	35 (40,7%)	0,13*

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 35 :

milieu d'exercice futur envisagé	milieu d'enfance		p
	milieu urbain n=69 (%)	milieu rural n=42 (%)	
<i>milieu urbain</i>	21 (30,4%)	4 (9,5%)	0,011*
<i>milieu rural</i>	17 (24,6%)	28 (66,7%)	1,2E-5*
<i>ne sais pas</i>	31 (44,9%)	10 (23,8%)	0,025*

Tableau 36 :

milieu souhaité pour l'exercice futur	milieu dans lequel a été réalisé le stage ambulatoire de 3e cycle			p
	en milieu urbain n=5 (%)	en milieu rural n=6 (%)	mixte n=22 (%)	
<i>milieu urbain</i>	3 (60,0%)	0 (0%)	2 (9,1%)	0,028**
<i>milieu rural</i>	0 (0%)	4 (66,7%)	10 (45,4%)	0,091**
<i>ne sais pas</i>	2 (40,0%)	2 (14,3%)	10 (45,4%)	0,88**

Tableau 37 :

département envisagé pour l'exercice futur	subdivision de 2e cycle		p
	Nantes n=34 (%)	autre subdivision n=77 (%)	
<i>Loire-Atlantique ou Vendée</i>	27 (79,4%)	44 (57,1%)	0,024*
<i>autre département</i>	0 (0%)	18 (23,4%)	0,0021*
<i>ne sais pas</i>	7 (20,6%)	15 (19,5%)	0,89*

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 38 :

caractéristiques	étudiants de DFASM n= 215 (%)	IMG n= 111 (%)	p
sexe			
<i>homme</i>	81 (37,7%)	25 (22,5%)	0,006*
<i>femme</i>	134 (62,3%)	86 (77,5%)	
situation matrimoniale			
<i>célibataire</i>	140 (65,1%)	40 (36,0%)	0,0000005*
<i>en couple/marié</i>	73 (34,0%)	71 (64,0%)	
<i>divorcé</i>	2 (0,9%)	0 (0%)	
est parent d'un ou plusieurs enfants			
<i>oui</i>	7 (3,3%)	13 (11,7%)	0,0026*
<i>non</i>	208 (96,7%)	98 (88,3%)	
père exerçant une profession médicale ou paramédicale			
<i>oui</i>	37 (17,2%)	19 (17,1%)	0,98*
<i>non</i>	178 (82,8%)	92 (82,9%)	
mère exerçant une profession médicale ou paramédicale			
<i>oui</i>	64 (29,8%)	28 (25,2%)	0,39*
<i>non</i>	151 (70,2%)	83 (74,8%)	
réalisation d'une autre formation avant d'entrer en faculté de médecine			
<i>oui</i>	26 (12,1%)	5 (4,5%)	0,027*
<i>non</i>	189 (87,9%)	106 (95,5%)	

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Tableau 39 :

caractéristiques	étudiants de DFASM n= 215 (%)	IMG n= 111 (%)	p
raisons du choix "faire médecine"			
<i>être utile</i>	174 (80,9%)	84 (75,7%)	0.27*
<i>contact humain</i>	165 (76,7%)	98 (88,3%)	0.01*
<i>connaissances médicales</i>	137 (63,7%)	56 (50,4%)	0.02*
<i>envie de sauver des vies</i>	47 (21,9%)	19 (17,1%)	0.31*
<i>avoir une bonne rémunération</i>	47 (21,9%)	10 (9%)	0.004*
<i>défi, adrénaline</i>	41 (19,1%)	10 (9%)	0.02*
<i>soif de reconnaissance</i>	20 (9,3%)	8 (7,2%)	0.52*
<i>prestige</i>	19 (8,8%)	9 (8,1%)	0.82*
<i>faire de la recherche</i>	17 (7,9%)	3 (2,7%)	0.06*
moment du choix "faire médecine"			
<i>au primaire</i>	39 (18,1%)	17 (15,32%)	0,52*
<i>au collège</i>	54 (25,1%)	28 (25,23%)	0,98*
<i>au lycée</i>	93 (43,3%)	49 (44,14%)	0,88*
<i>après le bac</i>	25 (11,6%)	11 (9,91%)	0,64*
<i>ne sais pas</i>	4 (1,9%)	6 (5,41%)	/
a été encouragé à choisir la médecine générale			
<i>oui</i>	71 (33,0%)	45 (40,5%)	0,18*
<i>non</i>	144 (67,0%)	66 (59,5%)	
a été encouragé à ne pas choisir la médecine générale			
<i>oui</i>	84 (39,1%)	60 (54,1%)	0,0098*
<i>non</i>	131 (60,9%)	51 (45,9%)	

* : test du Chi-deux

** : test exact de Fisher

Liste des abréviations

CES : Certificat d'Etudes Spécialisées

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNU : Conseil National des Universités

CPGE : Classe Préparatoire aux Grandes Ecoles

CSP : Catégorie Socio Professionnelle

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter Universitaire

EBM : Evidence Based Medicine (médecine fondée sur les preuves)

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EURACT : European Academy of Teachers in General Practice

FMC : Formation Médicale Continue

GEAR : Groupe d'Echange à l'Approche Réflexive

GEP : Groupe d'Echange de Pratiques

GPEP : Groupe Pédagogique d'Echange de Pratiques

IMG : Interne de Médecine Générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

JNMG : Journées Nationales de Médecine Générale

Loi HPST : Loi “Hôpital, Patients, Santé et Territoire”

MCA : Maître de Conférences Associé

MCU : Maître de Conférence Universitaire

MG : Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

PA : Professeur Associé

PACA : Provence-Alpes-Côte-D’azur

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PU-PH : Praticien Universitaire-Praticien Hospitalier

RSCA : Récit de Situation Clinique Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SERAM : Séances d'Entraînement au Raisonnement Médical

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SIMGO : Syndicat des Internes de Médecine Générale de l’Ouest

SNEMG : Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d’Evaluation Continues

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation mondiale des médecins de famille)

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

SABLONNIERE Stéphanie

ETUDE DES DETERMINANTS INFLUENÇANT LE CHOIX DE LA MEDECINE
GENERALE A NANTES :

*Enquête auprès des étudiants de deuxième cycle et des internes de médecine générale à la
faculté de médecine de Nantes*

RESUME

Contexte : Le département de la Loire-Atlantique apparaît comme l'un des plus attractifs de France concernant l'attractivité des médecins généralistes avec une augmentation de ses effectifs de 8% sur la période 2007-2016 pendant que sur le plan national, les généralistes voient leur nombre chuter de la même proportion. Au classement 2015-2016 des villes plébiscitées par les futurs internes concernant le choix de la ville aux ECN, Nantes se classe première pour la médecine générale et les autres spécialités. L'objectif principal était de recenser les facteurs déterminants le choix de la médecine générale à Nantes.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive par deux questionnaires distribués par voie électronique auprès des étudiants de 2^e cycle et des IMG de la faculté de médecine de Nantes inscrits pour l'année 2014-2015.

Résultats : Les femmes étaient majoritaires parmi nos répondants : 62,3% des étudiants de DFASM et 77,5% des IMG. 75,8% des étudiants de DFASM s'estimaient insuffisamment informés sur le métier de médecin généraliste. Chez les DFASM, la médecine générale aux ECN était envisagée en majorité par les femmes (32,1% contre 18,5% des hommes). L'image de la médecine générale était plutôt dévalorisée chez les étudiants de 2^e cycle souhaitant choisir une autre spécialité aux ECN. 37,9% du groupe MG pensait que c'était « routinier » contre 60,7% du groupe AS. 17,2% du groupe MG pensait que c'était « synonyme de mauvais classement aux ECN » contre 35,5% du groupe AS. 29,3% du groupe MG pensait que c'était « solitaire » contre 57,0% du groupe AS. 17,2% du groupe MG pensait que c'était « faire de la bobologie » contre 55,1% du groupe AS. Parmi les étudiants ayant été encouragés à ne pas choisir médecine générale aux ECN, c'était par les médecins hospitaliers chez 67,9% des étudiants de DFASM. La médecine générale n'est pas choisie par dépit : c'était un premier choix pour 89% des IMG. 15,3% des IMG étaient classés parmi les 2000 premiers aux ECN. Les étudiants de DFASM et les IMG avaient envie de passer leur internat à Nantes pour la qualité de vie, la situation géographique à la fois proche du littoral et proche de la capitale, une offre variée de loisirs, les professeurs investis dans la médecine générale, un CHU de pointe. Les déterminants du choix de la médecine générale à Nantes pour les IMG étaient : le cadre géographique (96,4%), la proximité des hôpitaux périphériques (82,9%), la réputation du CHU de Nantes (69,4%), la réputation du DMG (60,4%) et le rapprochement familial (59,5%).

Conclusion : Il reste encore à améliorer l'image de la médecine générale. Les pistes à envisager sont : optimiser l'information sur la profession de médecin généraliste, poursuivre l'augmentation du nombre de terrains de stages en ambulatoire notamment en milieu rural et communiquer sur les atouts des régions, surtout celles qui sont désertées. Plus la médecine générale sera présente dans la formation théorique et pratique, plus les vocations seront facilitées.

MOTS-CLES

- médecine générale, choix professionnel, attractivité, Nantes.