



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Devenir des internes de Gynécologie-Obstétrique formé(e)s dans
les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 03/03/2023 à 16h,
au Pôle Formation salle 2,
par **Anaïs TURCSAK**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur *Damien SUBTIL*

Assesseurs :

Madame la Professeure *Chrystèle RUBOD*

Monsieur le Professeur *Charles GARABEDIAN*

Directrice de thèse :

Madame la Professeure *Véronique DEBARGE*

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres aux auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	6
INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET MÉTHODES.....	8
• Type d'étude	
• Population et critères d'éligibilité	
• Recueil de données	
• Objectifs	
• Analyse statistique	
RÉSULTATS.....	11
• Description de la population	
<i>Généralités</i>	
<i>Origines</i>	
<i>Lieu d'exercice actuel</i>	
<i>Type d'établissement actuel</i>	
<i>Type d'activité et temps de travail actuel</i>	
• Parcours professionnel	
<i>L'internat dans les Hauts-de-France</i>	
<i>Lieux d'exercice au cours des carrières</i>	
<i>Type d'établissements et statut</i>	
<i>Type d'activités</i>	
<i>Temps de travail</i>	
<i>Changements d'établissement en cours de carrière</i>	
• La permanence des soins	
<i>La permanence des soins actuellement</i>	
<i>Facteurs d'arrêt de la permanence des soins</i>	
DISCUSSION.....	22

CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXES	31

RÉSUMÉ

Objectifs : Le devenir des gynécologues-obstétricien(ne)s formé(e)s dans les Hauts-de-France a été étudié en analysant leur parcours professionnel d'avant l'internat jusqu'à nos jours. Les objectifs de cette étude sont de déterminer les facteurs qui les amènent à changer de région d'exercice, à s'orienter vers une activité sans obstétrique, et/ou à arrêter la permanence de soins.

Matériel et méthodes : Une enquête a été réalisée auprès de 162 gynécologues-obstétricien(ne)s ayant débuté leur internat dans les Hauts-de-France entre 2003 et 2014. Un questionnaire portant sur leur vie personnelle et leur parcours professionnel leur a été envoyé.

Résultats : La moyenne d'âge est de 37 ans avec une durée d'exercice moyenne de 7 ans. Au fur et à mesure du temps, la proportion de gynécologues-obstétricien(ne)s dans la région baisse. Ainsi au moment de l'étude, 35% d'entre eux ont quitté la région. Ils travaillent actuellement en majorité dans le public (64%) et à temps plein (77%). 80 % d'entre eux pratiquent de l'obstétrique. Plus la carrière avance, plus cette pratique diminue de manière significative ($p < 0,001$) : 95% en pratiquent lors de leur 1^{er} poste et seuls 43% au 4^{ème} poste. La participation à la permanence des soins est de 80%, mais 40% d'entre eux souhaitent (ou souhaitent peut-être) arrêter, dans les 5 ans pour 42% d'entre eux.

Les facteurs significatifs principaux qui amènent les gynécologues-obstétricien(ne)s à rester dans la région sont la réalisation de l'externat dans les Hauts-de-France, un conjoint qui vient de cette région, un internat réalisé à Lille plutôt qu'Amiens. Au sujet de la pratique de l'obstétrique, les facteurs d'arrêt retrouvés sont le sexe masculin, la pratique de la chirurgie, l'exercice dans une autre région que les Hauts-de-France. Enfin, les facteurs qui amènent à arrêter la permanence de soins sont le nombre d'enfants, le fait de pratiquer de la PMA, de la gynécologie médicale et/ou de travailler en cabinet de ville. L'avancée en âge est un facteur significatif de changer de région, d'arrêter l'obstétrique et la permanence de soins.

Conclusion : Après quelques années d'exercice, les gynécologues-obstétricien(ne)s quittent la région, délaissent la pratique de l'obstétrique, la permanence des soins et l'exercice public.

INTRODUCTION

De nombreuses régions de France ne sont pas dotées d'un nombre suffisant de professionnels de santé pour prendre en charge les femmes dans leur globalité. Un vrai problème de santé public se pose alors, notamment dans les maternités. En effet, il faut un effectif minimum de personnel pour assurer la permanence des soins ainsi que la sécurité des naissances et des patientes.

Le métier de gynécologue-obstétricien(ne) est l'aboutissement de plusieurs années de formation. Cette période d'internat se réalise dans une région que l'on choisit après le concours de 6ème année. Chaque diplômé(e) peut ensuite choisir de rester ou non dans sa région de formation, avoir un exercice hospitalier ou libéral, participer ou non à la permanence de soins.

De surcroît, à l'issue d'une formation d'interne, un(e) gynécologue-obstétricien(ne) a de nombreuses compétences dans des domaines variés (obstétrique, chirurgie, gynécologie médicale ... etc). Ainsi, pour un seul choix de DES, une multitude de choix d'exercice est possible. De ce fait, on comprend bien que pour une promotion de cette spécialité, tout le monde ne s'oriente pas vers l'obstétrique et un exercice en maternité.

Avec cette enquête, nous avons voulu étudier le devenir des gynécologues-obstétricien(ne)s formé(e)s dans les Hauts-de-France, en ciblant ceux ayant débuté leur internat de 2003 à 2014. Un questionnaire portant sur leur vie professionnelle et privée a permis de récolter les informations nécessaires. Nous nous sommes intéressés au type de carrière que les gynécologues-obstétricien(ne)s choisissent et aux facteurs qui influencent leur choix.

Les objectifs de cette étude sont d'analyser les causes du changement de région, de l'arrêt de la pratique de l'obstétrique, ainsi que de l'arrêt des gardes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Type d'étude

L'étude réalisée est une enquête de pratique. Des questionnaires ont été envoyés de novembre 2020 à juillet 2021 à une population de gynécologues-obstétricien(ne)s afin de connaître le devenir des médecins formé(s) dans les Hauts-de-France. Nous avons également analysé les facteurs qui influençaient leur choix de carrière : changement de région, changement de type d'activité, choix du secteur privé... etc

Population et critère d'éligibilité

Les critères d'inclusion sont : un internat de gynécologie-obstétrique débuté entre 2003 et 2014 et une formation dans les Hauts-de-France (Lille et Amiens). Les critères d'exclusion sont : la réalisation d'un autre DES (diplôme d'études spécialisées), d'un droit au remord ou d'un internat de gynécologie-obstétrique débuté avant 2003.

Le nombre de médecins concernés sur cette période est de 208. Il y a eu 9 perdus de vue : non retrouvés ou qui n'ont pas voulu fournir leurs coordonnées. Le questionnaire a donc été envoyé à 199 personnes et nous avons reçu 164 réponses (soit un taux de réponse de 82,4%). 2 réponses parmi celles-ci présentent comme critère d'exclusion « un internat débuté avant 2003 » : notre étude est donc basée sur une population de 162 personnes.

Recueil de données

L'outil utilisé pour recueillir les informations est un questionnaire sur "Google form". Il est consultable en annexe 1.

Objectifs

Le devenir professionnel des internes formés dans les Hauts-de-France a été décrit dans cette étude. Puis les objectifs ont été de déterminer les facteurs qui amènent les gynécologues-obstétricien(ne)s à changer de région, à ne plus pratiquer d'obstétrique et à arrêter la permanence de soins.

Analyse statistique

Il a été réalisé tout d'abord une analyse descriptive de la population.

Puis une étude analytique des données a été effectuée : nous avons comparé les gynécologues-obstétricien(ne)s qui sont partis de la région à ceux qui sont restés, ceux qui poursuivent leur activité en obstétrique à ceux qui l'ont arrêtée et ceux qui ne participent plus à la permanence de soins à ceux qui y participent encore. Cette comparaison a été effectuée selon des facteurs socio-économiques tels que l'âge, le sexe, la ville dans laquelle a été réalisé l'internat, le temps depuis l'obtention du DES de gynéco, le nombre d'enfant(s), la région d'externat...

Ces analyses ont été réalisées sur l'ensemble de la population mais aussi secondairement sur la population des gynécologues-obstétricien(ne)s ayant terminé leur post internat. On les appellera par la suite les « gynécologues-obstétricien(ne)s après post internat ». Leur nombre est de 136.

Les tests statistiques utilisés pour ces comparaisons sont le test de Mann-Whitney pour les paramètres quantitatifs et le test du Chi-2 ou le test du Fisher exact en cas d'effectifs théoriques <5 pour les paramètres qualitatifs. Les données qualitatives sont présentées en effectif et en pourcentage. Les données quantitatives sont exprimées par la moyenne et l'écart-

type et/ou la médiane et l'intervalle interquartile. La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et par le test du Shapiro-Wilk. Le changement de lieux des internes, entre leur lieu de provenance et celui de l'aire de faculté où a été réalisé l'internat, est comparé par le test du Chi-2. L'évolution de la présence d'obstétrique, de chirurgie, puis de gynécologie médicale dans l'activité au cours des 4 premiers changements de postes occupés, est analysée à l'aide d'un modèle d'équations d'estimation généralisée (GEE, distribution binomiale, fonction de lien logit), afin de prendre en compte l'effet sujet. Les rapports de risque (odds ratio) ont été calculés avec leurs intervalles de confiance à 95%.

Le seuil de significativité retenu est fixé à 5%. L'analyse statistique est réalisée à l'aide du logiciel SAS, version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA) par l'Unité de Biostatistiques du CHU de Lille.

RÉSULTATS

Description de la population

Généralités :

162 gynécologues-obstétricien(ne)s ayant fait leur internat dans les Hauts-de-France sont inclus. Ils ont débuté leur internat de 2003 à 2014 et obtenu leur DES de 2008 à 2019. 131 personnes ont réalisé leur internat à Lille (81%) et 31 à Amiens (19%). Au moment de l'étude, il y a en moyenne 7 ans écoulés depuis leur diplôme. L'âge moyen est de 37 ans, le nombre d'enfant est de 0 à 4 avec une moyenne à 1,7.

Il y a une nette prédominance féminine : au total 135 femmes (83 %).

Origines :

Les gynécologues-obstétricien(ne)s faisant leur internat dans les Hauts-de-France sont majoritairement originaires de deux régions : les Hauts-de-France (44%) ou l'Île-de-France (37%).

Quant à leur conjoint(e), la moitié d'entre eux vient des Hauts-de-France et 25% d'Île-de-France.

Lieu d'exercice actuel :

106 gynécologues-obstétricien(ne)s sur les 162 formés dans les Hauts-de-France sont restés dans la région (65%). En détail, une majorité exerce dans le Nord (40%) et le Pas-de-Calais (15%). Une plus petite partie des répondants est actuellement dans l'Oise (2%), dans la Somme (4%), dans l'Aisne (1%).

Ceux qui ont quitté la région sont désormais majoritairement en Île-de-France (15%) et dans le Sud de la France (11%). Certains sont aussi partis dans d'autres régions de France métropolitaine (4%), en Outre-mer (3%) et à l'étranger (2%).

Parmi les « gynécologues-obstétricien(ne)s après post internat » : 61% d'entre eux sont restés dans les Hauts-de-France.

Type d'établissement actuel :

La majorité des répondants exerce dans le public (64% dont 6% avec une part d'activité libérale). Parmi eux, on retrouve une majorité de Praticiens Hospitaliers (68%) et de post-internat en cours (11% d'assistants, 8% de CCA, 7% de partagé) ainsi que 2% de PUPH, 3% d'attaché et 1% d'intérimaire. Les personnes exerçant en privé non lucratif représentent 10%.

Quant à l'exercice libéral (privé lucratif et/ou cabinet), il a été choisi par 26%, dont 11% exerçant exclusivement en cabinet de ville.

Parmi les « gynécologues-obstétricien(ne)s après post internat » : la proportion d'activité publique est plus faible (57% de cet effectif, dont 7% avec part libérale), celle d'activité en privé non lucratif est à 12%. A contrario, la proportion d'activité libérale est plus haute (31% dont 13% en cabinet de ville exclusif).

Type d'activité et temps de travail actuel :

80% des gynécologues-obstétricien(ne)s de l'étude pratiquent une activité obstétricale, 65% une activité chirurgicale et 40% une activité de gynécologie médicale.

La majorité des répondant est à temps plein (77%). Parmi les personnes à temps partiel, la plupart ont des contrats de 80% ou plus.

Parmi les « gynécologues-obstétricien(ne)s après post internat » : l'obstétrique est pratiquée par 76% d'entre eux et la chirurgie par 65%. Seuls 74% sont encore à temps plein.

Parcours professionnel

L'internat dans les Hauts-de-France

Les gynécologues-obstétricien(ne)s non originaires des Hauts-de-France sont principalement venus dans la région pour la qualité de la formation (pour 62% d'entre eux) mais aussi car leur classement ne leur permettait pas d'avoir leur 1^{er} choix (pour 51%). Les autres raisons citées sont : l'attrait de la région (17 %) ou suivre leur conjoint(e) (15%).

En début d'internat, la majorité des gynécologues-obstétricien(ne)s n'avaient pas d'idée précise quant à leur futur lieu d'exercice (42%), certains d'entre eux souhaitaient rester dans les Hauts-de-France (32%) et d'autres avaient déjà prévu de changer de région après leur formation (22%), majoritairement pour revenir dans leur région d'origine.

Lieux d'exercice au cours des carrières

Après avoir fini l'internat, 80% des gynécologues-obstétricien(ne)s formés dans les Hauts-de-France restent dans la région pour leur premier poste. Ceux qui la quittent, le font surtout pour l'Île-de-France (10%). Puis les départs sont répartis parmi les autres régions françaises.

Il est intéressant de pondérer ce résultat selon la Faculté de formation (Lille ou Amiens) : il y a significativement plus d'internes qui reste à Lille (86%) qu'à Amiens (52%) lors du premier poste en sortant de l'internat ($p < 0,001$).

Au fur et à mesure du temps, la proportion de gynécologues-obstétricien(ne)s dans la région baisse : 68% dès le 2^{ème} poste, puis 56% et même 36% de ceux qui en sont à leur 3^{ème} et 4^{ème} poste.

Les facteurs qui influencent significativement le départ de la région Hauts-de-France des gynécologues-obstétricien(ne)s ont été analysés (tableau 1). Les répondants qui partent sont plus âgés (médiane de 39,5 ans vs 37 ans ; $p=0,024$) et ont obtenu leur diplôme il y a plus longtemps (8 ans vs 7 ans ; $p=0,029$). Les personnes ayant fait leur externat dans les Hauts-de-France restent significativement plus dans la région que les autres (81,9% vs 52,2% ; $p < 0,001$), de même si le conjoint est originaire de la région (83,1% vs 47,3% ; $p < 0,001$). L'internat réalisé à Lille est un bon facteur d'attractivité (71% des Lillois sont restés contre 41,9% des Amiénois ; $p = 0,002$). Parmi ceux qui avaient déclarés en début d'internat vouloir rester dans les Hauts-de-France, 85,7% sont effectivement restés (vs 38,5% de ceux qui avaient prévu de quitter la région ; $p = 0,001$). Les personnes qui travaillent en structure privée partent significativement plus de la région que les autres (seuls 45,8% d'entre eux sont restés vs 68,8% de ceux qui n'exercent pas en privé ; $p = 0,028$). De même pour ceux qui pratiquent la gynécologie médicale (seuls 55,4% d'entre eux sont restés vs 72,2% de ceux qui n'en pratiquent pas ; $p = 0,027$).

	<u>GO restés dans les Hauts-de-France</u>	<u>GO partis dans une autre région/pays</u>	<u>p</u>
<u>Caractéristiques de la population :</u>			
âge (médiane)	36	38	0,0244
temps depuis diplôme (années)	6	8	0,0291
nombre d'enfant (médiane)	2	2	NS
sexe masculin :	16 (59,3%)	11 (40,7%)	NS
sexe féminin :	90 (66,7%)	45 (33,3%)	
conjoint(e) originaire des Hauts-de-France	64 (83,1%)	13 (16,9%)	<0,001
conjoint(e) originaire d'une autre région	36 (47,3%)	40 (52,6%)	
<u>Études de médecine :</u>			
externat réalisé dans les Hauts-de-France	59 (81,9%)	13 (18,1%)	<0,001
externat réalisés dans une autre région	47 (52,2%)	43 (47,8%)	
internat réalisé à Lille	93 (71%)	38 (29%)	0,002
internat réalisé à Amiens	13 (41,9%)	18 (58,1%)	
<u>Raison de la venue dans les Hauts-de-France :</u>			
car classement ne permettant pas d'avoir le 1er choix : oui	29 (50%)	29 (50%)	NS
car classement ne permettant pas d'avoir le 1er choix : non	34 (61,8%)	21 (38,2%)	
pour la qualité de la formation : oui	31 (52,5%)	28 (47,5%)	NS
pour la qualité de la formation : non	20 (55,6%)	16 (44,4%)	
pour suivre leur conjoint(e) : oui	11 (73,3%)	4 (26,7%)	NS
pour suivre leur conjoint(e) : non	40 (50%)	40 (50%)	
pour l'attrait de la région : oui	9 (56,3%)	7 (43,7%)	NS
pour l'attrait de la région : non	42 (53,2%)	37 (46,8%)	
<u>Projet de début d'internat :</u>			
rester dans les Hauts-de-France	48 (85,7%)	8 (14,3%)	
rentrer dans la région d'origine	10 (38,5%)	16 (61,5%)	0,0001
aller dans une autre région	5 (45,5%)	6 (54,5%)	
ne savait pas	43 (62,3%)	26 (37,7%)	
<u>Début de carrière :</u>			
réalisation d'un clinicat	38 (64,4%)	21 (35,6%)	NS
pas de clinicat effectué	67 (65,7%)	35 (34,3%)	
présence d'obstétrique lors du 1er poste	102 (66,2%)	52 (33,7%)	NS
absence d'obstétrique lors du 1er poste	4 (50%)	4 (50%)	
présence de chirurgie lors du 1er poste	92 (68,7%)	42 (31,3%)	NS
absence de chirurgie lors du 1er poste	14 (50%)	14 (50%)	
présence de gynécologie médicale lors du 1er poste	26 (59%)	18 (41%)	NS
absence de gynécologie médicale lors du 1er poste	80 (67,8%)	38 (32,2%)	
présence de PMA lors du 1er poste	6 (46,2%)	7 (53,8%)	NS
absence de PMA lors du 1er poste	100 (67,1%)	49 (32,9%)	
présence d'orthogénie lors du 1er poste	16 (55,2%)	13 (44,8%)	NS
absence d'orthogénie lors du 1er poste	90 (67,7%)	43 (32,3%)	
<u>Poste actuel :</u>			
exercice actuel en hospitalier	83 (69,2%)	37 (30,8%)	NS
exercice actuel non en hospitalier	23 (54,8%)	19 (45,2%)	
exercice actuel en privé lucratif	11 (45,8%)	13 (54,2%)	0,028
exercice actuel non en privé lucratif	95 (68,8%)	43 (31,2%)	
exercice actuel en cabinet	14 (58,3%)	10 (41,7%)	NS
exercice actuel non en cabinet	92 (66,7%)	46 (33,3%)	
présence d'obstétrique lors du poste actuel	44 (64,7%)	24 (35,3%)	NS
absence d'obstétrique lors du poste actuel	11 (45,8%)	13 (54,2%)	
présence de chirurgie lors du poste actuel	68 (64,1%)	38 (35,9%)	NS
absence de chirurgie lors du poste actuel	38 (67,9%)	18 (32,1%)	
présence de gynécologie médicale lors du poste actuel	36 (55,4%)	29 (44,6%)	0,027
absence de gynécologie médicale lors du poste actuel	70 (72,2%)	27 (27,8%)	
présence de PMA lors du poste actuel	13 (56,5%)	10 (43,5%)	NS
absence de PMA lors du poste actuel	93 (66,9%)	46 (33,1%)	
présence d'orthogénie lors du poste actuel	14 (51,9%)	13 (48,1%)	NS
absence d'orthogénie lors du poste actuel	92 (68,1%)	43 (31,9%)	
carrière universitaire	3 (60%)	2 (40%)	pas de test
pas de carrière universitaire	103 (65,6%)	54 (34,4%)	

Tableau 1 : comparaison entre les gynécologues-obstétricien(ne)s restés dans les Hauts-de-France et ceux qui sont partis (GO = gynécologues-obstétricien(ne)s NS = non significatif, P < 0,005 = significatif)

Type d'établissements et statut

Début de carrière

Lors de leur 1^{er} poste après l'internat, l'ensemble des gynécologues-obstétricien(ne)s travaillaient en hôpital public ou en établissement privé non lucratif (respectivement 96 et 4%). La moitié d'entre eux avait un poste d'assistant dans un hôpital de périphérie, un tiers était chef de clinique dans un CHU, et le reste de l'effectif était assistant partagé entre ces deux structures (17%).

Ils étaient en majorité dans des maternités de type 3 (60%) ou 2 B (23%), avec plus de 3000 naissances par an pour près de la moitié d'entre eux.

Évolution

La proportion travaillant en hôpital public baisse au cours du temps. Ils n'étaient plus que 71% dès leur 2^{ème} poste et 54% lors de leur 3^{ème} poste. De plus, parmi ces derniers il y a de plus en plus de personnes qui cumule une activité libérale en plus de leur pratique hospitalière (2% au 2^{ème} poste vs 13% au 3^{ème} poste).

Quant aux établissements privés non lucratifs, environ 14% de l'effectif y est présent à chaque poste sans variation notable.

L'exercice en libéral (clinique privée ou cabinet de ville) augmente à 15% dès le deuxième poste, puis passe au cours du temps à 32,3 % au 3^{ème} poste voire 50% au 4^{ème} poste. La proportion des professionnels exerçant en cabinet de ville exclusif augmente au cours du temps (7% au 2^{ème} poste, une proportion doublée dès le 3^{ème} poste à 15%).

La proportion de gynécologues-obstétricien(ne)s travaillant dans une maternité de type 1 augmente au cours des carrières (moins de 2% après l'internat à 39% dès le 3^{ème} poste), alors qu'on observe une baisse de la fréquentation des maternités de niveau 3 (65% après l'internat puis 38% dès le 2^{ème} poste).

De façon identique, ce nombre augmente dans les maternités réalisant moins de 1000 naissances par an (6% des répondants après l'internat puis 16% lors du 3^{ème} poste) alors qu'on observe une baisse dans les maternités réalisant plus de 3000 naissances par an (55% après l'internat puis 25% dès le 2^{ème} poste).

Type d'activités

Plus la carrière avance, plus la pratique de l'obstétrique diminue de manière significative ($p < 0,001$) : 95% en pratiquent lors de leur 1^{er} poste puis 81% lors du 2^{ème} poste, 72% lors du 3^{ème} poste, et 43% au 4^{ème} poste.

Les facteurs qui influencent significativement l'arrêt de l'obstétrique chez les gynécologues-obstétricien(ne)s ont été analysés (tableau 2). Ceux qui arrêtent sont significativement plus âgés (médiane de 39,5 ans vs 37 ans ; $p = 0,023$) et plus souvent des hommes (37% vs 17% ; $p = 0,019$). Le fait de pratiquer de la chirurgie est également un facteur significatif d'arrêt (26,4% vs 8,9% ; $p = 0,009$) ainsi que l'exercice dans une autre région que dans les Hauts-de-France (15,1% vs 30,4% ; $p = 0,021$).

Pour la chirurgie gynécologique, 82% des répondants ont pratiqué ce type d'activité lors de leur post-internat. Cette proportion baisse ensuite au cours du temps de manière significative avec par exemple 66% au 3^{ème} poste ($p < 0,0012$).

Ces variations se font au profit notamment de l'activité de gynécologie médicale, car elle n'est pratiquée que par 27% des gynécologues-obstétricien(ne)s au début de la carrière et ce pourcentage s'accroît significativement au fur et à mesure du temps pour atteindre presque 50% des effectifs lors du 3^{ème} poste ($p < 0,001$).

Pour la pratique de la PMA et de l'orthogénie, les pourcentages varient pendant l'exercice mais restent inférieurs à 20% de l'effectif.

	<u>GO faisant de l'obstétrique</u>	<u>GO ne faisant pas d'obstétrique</u>	p
<u>Caratéristiques de la population :</u>			
âge (médiane)	37	39,5	0,023
temps depuis diplôme (années)	7	8	NS
nombre d'enfant (médiane)	2	2	NS
sexe masculin	17 (63%)	10 (37%)	0,019
sexe féminin	112 (83%)	23 (17%)	
<u>Études de médecine :</u>			
externat réalisé dans les Hauts-de-France	60 (83,3%)	12 (16,7%)	NS
externat réalisés dans une autre région	69 (76,7%)	21 (23,3%)	
internat réalisé à Lille	104 (79,4%)	27 (20,6%)	NS
internat réalisé à Amiens	25 (80,7%)	6 (19,3%)	
<u>Début de carrière :</u>			
réalisation d'un clinicat	44 (74,6%)	15 (25,4%)	NS
pas de clinicat effectué	84 (82,4%)	18 (17,6%)	
présence d'obstétrique lors du 1er poste	125 (81,2%)	29 (18,8%)	NS
absence d'obstétrique lors du 1er poste	4 (50%)	4 (50%)	
présence de chirurgie lors du 1er poste	106 (79,%)	28 (20,9%)	NS
absence de chirurgie lors du 1er poste	23 (82,1%)	5 (17,9%)	
présence de gynécologie médicale lors du 1er poste	37 (84,1%)	7 (15,9%)	NS
absence de gynécologie médicale lors du 1er poste	92 (78%)	26 (22%)	
présence de PMA lors du 1er poste	8 (61,5%)	5 (38,5%)	NS
absence de PMA lors du 1er poste	121 (81,2%)	28 (18,8%)	
présence d'orthogénie lors du 1er poste	23 (79,3%)	6 (20,7%)	NS
absence d'orthogénie lors du 1er poste	106 (79,7%)	27 (20,3%)	
exercice dans les Hauts-de-France lors du 1er poste	104 (80%)	26 (20%)	NS
exercice dans une autre région lors du 1er poste	25 (78,1%)	7 (21,9%)	
<u>Poste précédent :</u>			
présence de chirurgie lors du précédent poste	78 (73,6%)	28 (26,4%)	0,009
absence de chirurgie lors du précédent poste	51 (91,1%)	5 (8,9%)	
présence de gynécologie médicale lors du précédent poste	56 (86,1%)	9 (13,9%)	NS
absence de gynécologie médicale lors du précédent poste	73 (75,3%)	24 (24,7%)	
présence de PMA lors du précédent poste	18 (78,3%)	5 (21,7%)	NS
absence de PMA lors du précédent poste	111 (79,9%)	28 (20,1%)	
présence d'orthogénie lors du précédent poste	25 (92,6%)	2 (7,4%)	NS
absence d'orthogénie lors du précédent poste	104 (77%)	31 (23%)	
<u>Poste actuel :</u>			
lieu d'exercice actuel en Hauts-de-France	90 (84,9%)	16 (15,1%)	0,021
lieu d'exercice actuel dans une autre région	39 (69,6%)	17 (30,4%)	
exercice actuel en hospitalier	98 (81,7%)	22 (18,3%)	NS
exercice actuel non en hospitalier	31 (73,8%)	11 (26,2%)	
exercice actuel en privé lucratif	15 (62,5%)	9 (37,5%)	NS
exercice actuel non en privé lucratif	114 (82,6%)	24 (14,4%)	
exercice actuel en cabinet	19 (79,2%)	5 (20,8%)	NS
exercice actuel non en cabinet	110 (79,7%)	28 (20,3%)	
carrière universitaire	4 (80%)	1 (20%)	pas de test
pas de carrière universitaire	125 (79,6%)	32 (20,4%)	

Tableau 2 : comparaison entre les gynécologues-obstétricien(ne)s pratiquant l'obstétrique et ceux n'en pratiquant pas (GO = gynécologues-obstétricien(ne)s, NS = non significatif, p < 0,05 = significatif)

Temps de travail

Les gynécologues-obstétricien(ne)s sont tous à temps plein après leur internat, puis réduisent leur temps de travail au fur et à mesure : 16% l'ont diminué dès le second poste et presque 30% à partir du 3^{ème} poste.

Changements d'établissement en cours de carrière

Parmi les gynécologues-obstétricien(ne)s qui ont déjà choisi de changer d'établissement au cours de leur carrière, les raisons les plus évoquées sont la lourdeur d'activité de jour et de garde. La majorité évoquent cette raison dès leur 1^{er} ou 2^{ème} changement, donc dès le début de carrière. Une meilleure rémunération, le souhait d'évolution de carrière et de changement d'activité clinique est également souvent évoqué par les répondants.

Les autres raisons sont l'attrait de l'équipe et/ou de l'équipement dans le nouvel établissement, ou au contraire une mauvaise entente avec l'équipe médicale et/ou de direction. Il ressort aussi le manque de moyens financier dans l'établissement, le souhait de se rapprocher de son/sa conjoint(e), le souhait de changement de région, le souhait d'une formation complémentaire.

Nous avons aussi mais plus minoritairement : le souhait d'avoir une activité de recherche ou d'en arrêter une. Parfois, il s'agissait d'une absence de poste disponible dans l'établissement dans lequel ils souhaitaient rester.

Au moment de l'enquête, 43% des gynécologues-obstétricien(ne)s souhaitaient quitter leur établissement (ou peut-être) dans les 5 prochaines années. Parmi ces derniers, les raisons évoquées sont similaires à celle citées ci-dessus : ils ne sont pas satisfaits de leur rémunération, la charge de travail de jour et surtout de garde est trop importante, ils ne s'entendent pas avec l'équipe médicale ou de direction, veulent changer de région...

La permanence des soins

La permanence des soins actuellement

80% des gynécologues-obstétricien(ne)s répondants assurent encore la permanence de soins (gardes de nuit et de week-end). Parmi ces derniers, 40% d'entre eux ont répondu qu'ils souhaitent (ou souhaitent peut-être) arrêter. Il s'agit même d'un projet proche dans les 5 ans pour 42%.

Parmi ceux qui ne participent plus à la permanence des soins, l'arrêt est survenu pour la moitié d'entre eux dans les 5 après l'obtention de leur DES. Majoritairement, c'est parce qu'ils ont arrêté leur activité obstétricale de jour et donc ne souhaitaient plus continuer les gardes (pour 78% d'entre eux). Les problèmes de gestion de vie familiale, d'épuisement à cause de cette permanence de soin sont des raisons évoquées par 34% d'entre eux. Parfois, il n'y avait plus de maternité dans leur structure de travail (19%). L'arrêt pour des soucis de santé n'a été la raison que pour 6%.

Facteurs d'arrêt de la permanence des soins

On retrouve dans le tableau 3 que les gynécologues-obstétricien(ne)s qui arrêtent les gardes sont significativement plus âgé(e)s (médiane de 40 ans vs 36 ans ; $p < 0,0001$), sont diplômé(e)s depuis plus longtemps (9 ans vs 6 ans ; $p = 0,0002$) et ont plus d'enfants (2,24 en moyenne vs 1,56 ; $p = 0,001$). Les autres facteurs significatifs d'arrêt sont : le fait de pratiquer dès le 1^{er} poste de la PMA (53,8% d'entre eux ont arrêté vs 17,5 % de ceux qui n'en pratiquaient pas ; $p = 0,005$), de l'orthogénie (34,5% vs 17,3% ; $p = 0,037$) et/ou de la gynécologie médicale (34,1% vs 15,3% ; $p = 0,008$). Le fait d'en pratiquer au poste actuel est également significatif pour la PMA (47,8% vs 13,8 % ; $p = 0,001$) et la gynécologie médicale (30,8% vs 13,4% ; $p = 0,007$). On retrouve également le fait de ne plus travailler en structure hospitalière (59,5% d'entre eux ont arrêté vs 6,7% de ceux qui sont en hospitalier ; $p < 0,0001$),

de ne plus avoir d'activité obstétricale (50% vs 19,1% ; p = 0,003) et/ou d'avoir une activité en cabinet de ville (79,2% vs 10,1% ; p <0,0001).

	<u>GO faisant des gardes</u>	<u>GO ne faisant pas de gardes</u>	<u>p</u>
<u>Caractéristiques de la population :</u>			
âge (médiane)	36	40	<0,0001
temps depuis diplôme (années)	6	9	0,0002
nombre d'enfant (moyenne)	1,56	2,24	0,001
sexe masculin	23 (85,2%)	4 (14,8%)	NS
sexe féminin	106 (78,5%)	29 (21,5%)	
<u>Études de médecine :</u>			
externat réalisé dans les Hauts-de-France	58 (80,6%)	14 (19,4%)	NS
externat réalisés dans une autre région	71 (78,9%)	19 (21,1%)	
internat réalisé à Lille	103 (78,6%)	28 (21,4%)	NS
internat réalisé à Amiens	26 (83,9%)	5 (16,1%)	
<u>Début de carrière :</u>			
réalisation d'un clinicat	49 (83%)	10 (17%)	NS
pas de clinicat effectué	79 (77,5%)	23 (22,5%)	
présence d'obstétrique lors du 1er poste	123 (79,9%)	31 (20,1%)	NS
absence d'obstétrique lors du 1er poste	6 (75%)	2 (25%)	
présence de chirurgie lors du 1er poste	108 (80,6%)	26 (19,4%)	NS
absence de chirurgie lors du 1er poste	21 (75%)	7 (25%)	
présence de gynécologie médicale lors du 1er poste	29 (65,9%)	15 (34,1%)	0,008
absence de gynécologie médicale lors du 1er poste	100 (84,7%)	18 (15,3%)	
présence de PMA lors du 1er poste	6 (46,2%)	7 (53,8%)	0,005
absence de PMA lors du 1er poste	123 (82,5%)	26 (17,5%)	
présence d'orthogénie lors du 1er poste	19 (65,5%)	10 (34,5%)	0,037
absence d'orthogénie lors du 1er poste	110 (82,7%)	23 (17,3%)	
exercice dans les Hauts-de-France lors du 1er poste	100 (76,9%)	30 (23,1%)	NS
exercice dans un autre endroit lors du 1er poste	29 (90,6%)	3 (9,4%)	
<u>Poste actuel :</u>			
exercice actuel en hospitalier	112 (93,3%)	8 (6,7%)	<0,0001
exercice actuel non en hospitalier	17 (40,4%)	25 (59,5%)	
exercice actuel en privé lucratif	15 (62,5%)	9 (37,5%)	NS
exercice actuel non en privé lucratif	114 (82,6%)	24 (17,4%)	
exercice actuel en cabinet	5 (20,8%)	19 (79,2%)	<0,0001
exercice actuel non en cabinet	124 (89,9%)	14 (10,1%)	
présence d'obstétrique lors du poste actuel	55 (80,9%)	13 (19,1%)	0,003
absence d'obstétrique lors du poste actuel	12 (50%)	12 (50%)	
présence de chirurgie lors du poste actuel	89 (84%)	17 (16%)	NS
absence de chirurgie lors du poste actuel	40 (71,4%)	16 (28,6%)	
présence de gynécologie médicale lors du poste actuel	45 (69,2%)	20 (30,8%)	0,007
absence de gynécologie médicale lors du poste actuel	84 (86,6%)	13 (13,4%)	
présence de PMA lors du poste actuel	12 (52,2%)	11 (47,8%)	0,001
absence de PMA lors du poste actuel	117 (84,2%)	22 (15,8%)	
présence d'orthogénie lors du poste actuel	23 (85,2%)	4 (14,8%)	NS
absence d'orthogénie lors du poste actuel	106 (78,5%)	29 (21,5%)	
lieux d'exercice actuel en Hauts-de-France	87 (82,1%)	19 (17,9%)	NS
lieu d'exercice actuel dans une autre région / pays	42 (75%)	14 (25%)	
carrière universitaire	4 (80%)	1 (20%)	
pas de carrière universitaire	125 (79,6%)	32 (20,4%)	pas de test

Tableau 3 : Comparaison entre les gynécologues-obstétricien(ne)s qui font encore des gardes et ceux qui ont arrêté (GO = gynécologues-obstétricien(ne)s, NS = non significatif, p < 0,05 = significatif)

DISCUSSION

162 gynécologues-obstétricien(ne)s ont été interrogés. Parmi eux, 35% ont quitté la région, 80% pratiquent de l'obstétrique et 80% participent à la permanence de soins. Nous avons montré dans cette étude une augmentation des départs de la région, une diminution de la pratique de l'obstétrique et de la participation à la permanence de soins au cours du temps.

Il s'agit d'une population plutôt jeune (37 ans en moyenne) et composée à 83 % de femmes. Cette proportion féminine est similaire à celle observée en France : 88% des gynécologues-obstétricien(ne)s de moins de 39 ans sont des femmes selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2020 (et 56% des gynécologues-obstétricien(ne)s de manière générale). Il s'agit de la 3^{ème} spécialité la plus féminisée pour les choix d'internat en 2021. De même, cette féminisation est retrouvée avec des proportions similaires dans d'autres études (1,2,3). Notre population est donc probablement représentative de la population des jeunes gynécologues-obstétricien(ne)s en France.

Actuellement, les gynécologues-obstétricien(ne)s de notre étude exercent surtout dans le public (64%), avec une pratique de l'obstétrique pour 80% des répondants, de la chirurgie pour 65% et de la gynécologie médicale pour 40%. Des données similaires ont été décrites dans une enquête nationale (4) où l'on recense 78% des internes de gynécologie-obstétrique qui souhaitent pratiquer de l'obstétrique, 66% de la chirurgie et 34% de la gynécologie médicale.

Seule une partie des gynécologues-obstétricien(ne)s de cette étude formés dans les Hauts-de-France sont encore dans la région à l'heure actuelle (65%). Cela concorde avec une étude réalisée en Normandie où 61% des internes souhaitaient rester dans la région après l'internat (1). Parmi les départs, l'Île-de-France et le sud de la France sont les destinations les plus prisées. Ces praticiens souhaitent probablement s'installer dans une région plus attractive ou retrouver leur région d'origine : en effet, les internes hors subdivision sont en majorité originaires d'Île-de-France. Partir de la région était déjà un projet pour près d'un quart des

répondants venant d'ailleurs en arrivant pour faire leur internat à Lille ou Amiens. Nous pourrions expliquer une partie des départs par le fait que seuls 17% des internes étaient venus dans la région pour l'attrait de cette dernière. De plus, si le lieu d'exercice des gynécologues-obstétricien(ne)s en début de parcours est pour la plupart dans les Hauts-de-France (80%), la proportion n'est plus que de 56% pour ceux qui en sont à leur 3^{ème} poste. A noter que le taux de départ est plus important pour les internes Amiénois. Les médecins formés dans la région partent donc avec l'avancée dans leur carrière alors que l'expérience qu'ils ont acquise serait bénéfique pour les maternités des Hauts-de-France. Comment compenser alors le manque d'attractivité de la région ? Avoir la possibilité de sélectionner au moment du concours d'internat les internes les plus motivé(e)s pour s'installer dans la région serait une piste pour résoudre ce problème, par exemple en priorisant ceux originaires des Hauts-de-France. Nous l'avons d'ailleurs démontré de manière significative, le départ de la région augmente quand l'externat a été réalisé dans une autre région, que le/la conjoint(e) est non-originaire de la région, qu'ils avaient prévu de quitter la région quand ils étaient en début d'internat.

Des mesures d'attractivité pourraient être proposées pour fidéliser les médecins en améliorant leur bien-être dans la région : optimiser l'accueil des internes, faciliter l'exercice par les hôpitaux (aides à l'installation, temps continu, salaires attractifs, facilité pour les trajets tels que des navettes, garderies avec horaires adaptés au personnel soignant...). Enfin, les médecins actuels ayant plus souvent un(e) conjoint(e) actifs qu'autrefois, essayer de retenir le conjoint dans la région par différents moyens serait une idée à étayer (par exemple des aides pour lui obtenir un emploi s'il vient d'une autre région).

Dans notre enquête, en début de carrière, les gynécologues-obstétricien(ne)s ont plutôt tendance à travailler en hôpital public, dans des types 3 ou 2B avec plus de 3000 naissances par an et ils sont tous à temps plein. Au fur et à mesure du temps, ils ont tendance à se tourner vers le libéral avec parfois un exercice en cabinet de ville exclusif et à réduire leur temps de travail. On retrouve aussi de plus en plus de gynécologues-obstétricien(ne)s dans les maternités type 1 et de moins en moins dans les maternités réalisant plus de 3000 naissances

par an, même si la proportion reste importante. Toutefois, la majorité des internes actuels souhaiteraient travailler dans des maternités type 2 ou 3 avec des équipes de tailles suffisantes pour garantir un nombre limité de garde sur place selon une étude réalisée en 2018 (5) au sujet du souhait des internes pour leur futur exercice. Il est probable qu'ils s'imaginent travailler dans des structures auxquelles ils ont été habitués lors de l'internat. En effet peu de postes d'internes sont ouverts dans les maternités de niveau 1.

Dans notre étude, plus la carrière avance, plus la pratique de l'obstétrique diminue (95% en pratiquent en sortant de l'internat vs 72% au 3^{ème} poste). Les facteurs qui les amènent significativement à arrêter sont l'avancée en âge, le fait d'être un homme, de pratiquer de la chirurgie ainsi que d'exercer dans une autre région que les Hauts-de-France. Dans la thèse du Dr Breteau réalisée en 2020 sur une population de gynécologues-obstétriciennes (3), d'autres explications ont été rapportées : 58% des participantes ont arrêté l'obstétrique car cette pratique était « trop contraignante », car elles ne l'appréciaient pas (18%) ou par « crainte du médico-légal » pour 7%. Elle rapporte même que 67% pensent que ce n'est pas compatible avec une vie de famille et 76% ont même subi des pressions de leur entourage au sujet de leur travail trop prenant...

Cette pratique étant très liée à la permanence des soins, on peut faire un parallèle avec le fait que dans notre enquête, si elle est encore assurée par une majorité des répondants (80%), 40% d'entre eux souhaitent (ou souhaitent peut-être) arrêter. La moitié de ceux qui ont déjà arrêté l'ont fait dans les 5 ans après la fin de l'internat. Dans notre étude, plus l'âge est avancé et plus le nombre d'enfant est élevé, plus les gynécologues-obstétricien(ne)s arrêtent la permanence des soins. De même, le fait de pratiquer (actuellement ou lors du 1^{er} poste) de la PMA et/ou de la gynécologie médicale, de ne plus travailler en hospitalier, de ne plus avoir d'activité obstétricale de jour, d'avoir une activité en cabinet de ville sont des facteurs qui amènent les gynécologues-obstétricien(ne)s à ne plus réaliser de gardes.

On peut alors se questionner sur cet abandon d'une partie de l'activité ainsi que sur la réduction du temps de travail au cours du temps. Les motivations pour pratiquer le métier de

gynécologues-obstétricien(ne)s ont été étudiées dans une récente étude (6) et sont pour les hommes comme pour les femmes, l'intérêt pour la clinique et le sentiment d'accomplissement en aidant les patientes. On se demande pourquoi alors que la spécialité continue de passionner, des gens changent leur activité initiale ? Des raisons telles que la lourdeur d'activité de jour et de garde ou une rémunération non satisfaisante ont été évoquées dans notre étude.

Certains mettent en cause la féminisation du métier. Pour presque la moitié des femmes gynécologues-obstétriciennes, avoir des enfants étaient une barrière pour leur carrière (vs 5% des hommes) et des discriminations étaient ressenties (vs 7,5% des hommes) (7,8). Toutefois, il a été montré récemment que les hommes tout autant que les femmes avaient pour principales préoccupations dans notre métier d'être en bonne santé et de maintenir un équilibre correct entre le travail et la vie privée (9,10). De la même manière, le nombre d'heures travaillées parmi les gynécologues-obstétricien(ne)s des deux sexes étaient identiques, ainsi que le nombre d'accouchements pratiqués. Une différence signalée était que les femmes prenaient plus de temps avec chaque patient (10). Dans une récente étude Lilloise (11), il n'a pas été retrouvé de différence non plus d'heure de travail, de temps de vacances et d'heures passées en salle d'opération entre femmes et hommes gynécologues, cependant les femmes déclaraient réaliser plus de tâches domestiques dans leur vie privée. Il y a presque 20 ans déjà, on retrouvait dans la littérature que les jeunes médecins de l'époque souhaitaient limiter leur temps de présence au travail quelque soit leur sexe (12).

L'épuisement au travail serait aussi une piste. Selon des articles publiés récemment, la proportion de gynécologues-obstétricien(ne)s ayant des symptômes de burn-out est de 36% (13) et même jusque 41% chez les chirurgiens en général (14). Cela pourrait expliquer en partie l'arrêt de la permanence des soins et de l'obstétrique ainsi que la diminution du temps de travail. Cette facette de la spécialité peut être considérée comme stressante et avec des privations de sommeil. Il est retrouvé dans la littérature que le stress professionnel et un nombre d'heures travaillées élevées sont en lien avec une mauvaise qualité et quantité de

sommeil chez les gynécologues-obstétricien(ne)s, alors que le stress personnel et le nombre d'enfant n'était pas significatif (15,16). Ces praticiens souhaitent diminuer leurs heures de travail à cause de raisons telles que la fatigue et la peur de compromettre la qualité de soins aux patientes (17), et plus ils travaillent d'heure plus le taux de burn-out est élevé et plus ils sont insatisfaits par leur carrière (18). La qualité de vie des chirurgiens gynécologiques a été évaluée dans une étude Lilloise citée ci-dessus (12) : 60% d'entre eux faisaient plus de 50h par semaine et 32% déclaraient avoir déjà fait un épisode de burn-out. Une grande partie d'entre eux (63%) participaient à la permanence des soins en obstétrique, et 41% déclaraient avoir des troubles du sommeil.

Enfin, cette spécialité est considérée comme une activité à haut risque médico-légal. Le risque est multiplié par deux en obstétrique car la mère et son enfant sont pris en charge. Ajouté à cela, la pression des réseaux sociaux et des médias de nos jours peut rendre l'exercice encore plus stressant. De plus, la médiatisation des « violences gynécologiques et obstétricales » rend parfois difficile l'exercice au quotidien et la communication avec les patientes.

Quelles seraient alors les solutions pour résoudre ces problèmes ? Peut-être augmenter le nombre d'internes formés pour pouvoir couvrir les besoins dans chacune des sur-spécialités de la gynécologie-obstétrique. Ainsi un nombre suffisant de personnes sur la ligne de garde pourrait être obtenu afin d'avoir une qualité de vie correcte. La densité de praticiens devrait d'ailleurs augmenter selon les projections de l'ONDPS pour 2030, passant de 7,6 / 100000 habitants en 2020 à 9,4 / 100000 habitants (19). Ces efforts sur le nombre d'internes doivent être poursuivis sous réserve de s'assurer des bonnes conditions de formation.

Concentrer l'activité des maternités sur moins de sites permettraient peut-être de rassembler de plus grandes équipes, afin de permettre au personnel soignant d'être en nombre suffisant et d'avoir un équilibre vie professionnelle / vie privée plus satisfaisant.

Les limites de ce travail sont d'abord représentées par le fait qu'il s'agisse d'une étude déclarative. En effet, les répondants ont pu commettre des erreurs d'inattention lors de la réponse au questionnaire, et engendrer des biais de réponse. De plus, elle a été réalisée dans la seule région Hauts-de-France avec des praticiens plutôt jeunes (âge moyen 37 ans) et ne décrit peut-être pas un échantillon représentatif des gynécologues-obstétricien(ne)s français actuels.

Cette étude a cependant de nombreuses qualités. Tout d'abord, elle est multicentrique car les gynécologues-obstétricien(ne)s interrogés travaillent actuellement dans de nombreux lieux différents. En outre, pour limiter les biais, nous avons expliqué aux participants que les réponses seraient traitées de manière anonyme. Le taux de réponse très important (82,4 %) (qui permet de limiter le biais de sélection), a été obtenu en envoyant le questionnaire nominativement à chaque gynécologues-obstétricien(ne). Enfin, nous avons réalisé le questionnaire avec peu de questions complexes et pas de double négation afin d'éviter le risque d'erreur ou d'incompréhension dans les réponses.

Il serait intéressant, pour approfondir encore plus le sujet, de réaliser une étude qui questionne des gynécologues-obstétricien(ne)s plus âgés afin d'observer l'évolution des pratiques selon les générations. On pourrait envisager de réaliser une étude d'envergure nationale mais aussi d'étudier les arrivées dans la région pour savoir si les départs sont compensés.

CONCLUSION

Le devenir des gynécologues-obstétricien(ne)s formés dans les Hauts-de-France a ainsi été étudié. La pratique de l'obstétrique et de la chirurgie semble diminuer au fur et à mesure des carrières au profit de la gynécologie médicale. De surcroît, l'abandon de la permanence des soins et des structures publiques a aussi été constatée.

Nous avons pu montrer que les personnes ayant fait leur externat dans la région ou avec un conjoint originaire de la région restent significativement plus dans la région que les autres. En outre, l'internat réalisé à Lille plutôt qu'à Amiens est un bon facteur d'attractivité dans la région. Les facteurs qui influencent l'arrêt de l'obstétrique sont entre autres l'âge, le fait d'être un homme, de pratiquer de la chirurgie et d'être parti de la région. Quant aux facteurs qui influencent l'arrêt de la permanence des soins, il s'agit de l'avancée en âge, le nombre d'enfant plus élevé, le fait de pratiquer de la gynécologie médicale ou de la PMA...

BIBLIOGRAPHIE

1. Mandon M, Macé JM, Dreyfus M, Berger L. [Gynaecology and obstetrics in Basse-Normandy: demographic perspectives in 15 years]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. janv 2015;44(1):34-40.
2. Bendifallah S, Hudry D, Niangoh Timoh K, Yaribakht S, Boyon C, Wafo E. [Demography and training of residents in gynaecology and obstetrics: results of a national survey]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2012;40(7-8):458-61.
3. Thèse de Dr BRETEAU (juin 2020) : Féminisation de la profession de gynécologue obstétricien, reprise d'une enquête réalisée en 2003 auprès des femmes internes : que sont-elles devenues 17 ans plus tard ?
4. Dedet B, Carcopino X, Nizard J. [What do French trainees in obstetrics and gynecology wish as future professional activity in 2006? A national survey]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. juin 2008;37(4):400-8.
5. Honoré-Rouge L, Chamagne M, Marnat M, Morel O. Évaluation des critères de choix du futur lieu d'exercice chez les internes lorrains de gynécologie. *Santé Publique*. 2018;30(6):833-43.
6. Tsai CH, Hsieh CH, Huang JP, Lin PL, Kuo TC, Huang MC. A survey of career-decision factors for obstetrics and gynecology residents in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol*. juill 2021;60(4):628-33.
7. Cathelain A, Jourdain M, Cordonnier C, Catteau-Jonard S, Sebbane D, Copin MC, et al. Career aspirations among specialty residents in France: a cross-sectional gender-based comparison. *BMC Med Educ*. 19 janv 2021;21(1):63.
8. Cochran A, Hauschild T, Elder WB, Neumayer LA, Brasel KJ, Crandall ML. Perceived gender-based barriers to careers in academic surgery. *Am J Surg*. août 2013;206(2):263-8.
9. Riedel M, Hennigs A, Dobberkau AM, Riedel C, Bugaj TJ, Nikendei C, et al. The role of gender-specific factors in the choice of specialty training in obstetrics and gynecology: results from a survey among medical students in Germany. *Arch Gynecol Obstet*. janv 2022;305(1):129-37.
10. Delvigne A, Becu L, van Wiemeersch J, Bossens M, Vandromme J. More women gynecologists in Belgium: assessment of changes in the workforce—a survey. *Arch Gynecol Obstet*. déc 2018;298(6):1139-48.
11. Cathelain A, Merlier M, Estrade JP, Duhamel A, Phalippou J, Kerbage Y, et al. Assessment of the quality of life of gynecologic surgeons: A national survey in France. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. oct 2020;49(8):101791.

12. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. v. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Rapport de recherche pour le CNOM. 2005
13. Bourne T, Shah H, Falconieri N, Timmerman D, Lees C, Wright A, et al. Burnout, well-being and defensive medical practice among obstetricians and gynaecologists in the UK: cross-sectional survey study. *BMJ Open*. 25 nov 2019;9(11):e030968.
14. Etheridge JC, Evans D, Zhao L, Ibrahim N, Wick EC, Freischlag JA, et al. Trends in Surgeon Burnout in the US and Canada: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *J Am Coll Surg*. 1 janv 2023;236(1):253-65.
15. Taouk L, Farrow VA, Schulkin J. Amount and quality of sleep: exploring the role of stress and work experience in a sample of obstetrician-gynecologists. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. sept 2018;39(3):190-5.
16. Rutledge T, Stucky E, Dollarhide A, Shively M, Jain S, Wolfson T, et al. A real-time assessment of work stress in physicians and nurses. *Health Psychol*. mars 2009;28(2):194-200.
17. Defoe DM, Power ML, Holzman GB, Carpentieri A, Schulkin J. Long hours and little sleep: work schedules of residents in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol*. juin 2001;97(6):1015-8.
18. Bettes BA, Strunk AL, Coleman VH, Schulkin J. Professional liability and other career pressures: impact on obstetrician-gynecologists' career satisfaction. *Obstet Gynecol*. mai 2004;103(5 Pt 1):967-73.
19. Rapport ONDPS publié en mai 2021

ANNEXES : formulaire google-form envoyé aux gynécologues-obstétriciens

Que deviennent les internes de gynécologie-obstétrique des Hauts-de-France ?

Le questionnaire vous prendra environ 5 minutes, il est possible de revenir en arrière pour changer vos réponses à n'importe quel moment.

thèse d'Anaïs TURCSAK (interne de gynécologie-obstétrique à Lille)
encadrée par Pr Debarge

Cliquez sur "suivant" pour commencer !

Qui êtes vous ?

1. Quel est votre nom et prénom ou vos initiales ? (les résultats seront anonymisés)

2. Êtes-vous un homme ou une femme ?

Une seule réponse possible.

un homme

Une femme

3. Quelle est votre date de naissance ?

Exemple : 7 janvier 2019

4. Dans quel CHU avez-vous fait votre internat ?

Une seule réponse possible.

LILLE

AMIENS

5. Quelle est l'année de l'obtention de votre DES de gynécologie obstétrique ?

Une seule réponse possible.

- 2019
- 2018
- 2017
- 2016
- 2015
- 2014
- 2013
- 2012
- 2011
- 2010
- 2009
- 2008
- 2007
- 2006
- 2005
- 2004
- 2003
- 2002
- 2001
- 2000
- 1999
- 1998
- 1997
- 1996
- 1995
- 1994
- 1993
- 1992
- 1991
- 1990
- 1989

6. Combien d'enfant(s) avez-vous ?

Une seule réponse possible.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou +

7. Où avez-vous fait votre externat ?

Plusieurs réponses possibles.

- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Outre-mer
- Autre : _____

8. Si vous n'étiez pas externe en Haut-de-France, pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venu(e)s pour votre internat ?

Plusieurs réponses possibles.

- pour la qualité de la formation
- pour rejoindre/accompagner votre conjoint
- pour l'attrait de la ville ou de la région
- car votre classement ne permettait pas de rester/aller dans la région voulue
- Autre : _____

9. Si vous avez un(e) conjoint(e), quelle est sa région d'origine ?

Plusieurs réponses possibles.

- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Outre-mer
- Autre : _____

10. En début d'internat, quel était votre/vos projet(s) pour l'après-internat ?

Plusieurs réponses possibles.

- repartir dans la région d'origine autre que Hauts-de-France
- rester dans les Hauts-de-France
- aller dans une autre région qui n'est pas celle d'origine
- je ne savais pas
- Autre : _____

11. Dans quel type d'établissement avez-vous travaillé après votre internat ? ps : chaque changement de statut (CCA vers PH etc..) et/ou de lieu correspond à un changement de "poste" (sauf pour les assistants partagés, ne comptez qu'un seul poste malgré votre changement de lieu)

Plusieurs réponses possibles.

	1er poste	2ème poste	3ème poste	4ème poste	5ème poste	6ème poste
établissement hospitalier public	<input type="checkbox"/>					
établissement hospitalier public avec part libérale	<input type="checkbox"/>					
établissement privé à but lucratif	<input type="checkbox"/>					
établissement privé à but non lucratif	<input type="checkbox"/>					
cabinet de ville	<input type="checkbox"/>					
case à cocher si changement de lieu dans un même type d'établissement ou de cabinet	<input type="checkbox"/>					

12. Quel(s) statut(s) avez-vous eu(s) dans vos différents postes ? (si hospitalier)

Plusieurs réponses possibles.

	1er poste	2ème poste	3ème poste	4ème poste	5ème poste	6ème poste
CCA	<input type="checkbox"/>					
assistant	<input type="checkbox"/>					
assistant partagé	<input type="checkbox"/>					
praticien hospitalier	<input type="checkbox"/>					
PHU	<input type="checkbox"/>					
MCU-PH	<input type="checkbox"/>					
PU-PH	<input type="checkbox"/>					
attaché	<input type="checkbox"/>					
intérimaire	<input type="checkbox"/>					

13. Si vous avez travaillé en maternité, quel en était le type ?

Plusieurs réponses possibles.

	1er poste	2ème poste	3ème poste	4ème poste	5ème poste	6ème poste
maternité type 1	<input type="checkbox"/>					
maternité type 2 a	<input type="checkbox"/>					
maternité type 2 b	<input type="checkbox"/>					
maternité type 3	<input type="checkbox"/>					

14. Si vous avez travaillé en maternité, quel était le nombre d'accouchements par an ?

Plusieurs réponses possibles.

	1er poste	2ème poste	3ème poste	4ème poste	5ème poste	6ème poste
maternité < 500 accouchements par an	<input type="checkbox"/>					
maternité entre 500 et 1000 accouchements par an	<input type="checkbox"/>					
maternité entre 1000 et 2000 accouchements par an	<input type="checkbox"/>					
maternité entre 2000 et 3000 accouchements par an	<input type="checkbox"/>					
maternité entre 3000 et 4000 accouchements par an	<input type="checkbox"/>					
maternité entre 4000 et 5000 accouchements par an	<input type="checkbox"/>					
maternité > 5000 accouchements par an	<input type="checkbox"/>					

15. Quelle est la durée moyenne d'activité dans chacun de vos postes ?

Plusieurs réponses possibles.

	1er poste	2ème poste	3ème poste	4ème poste	5ème poste	6ème poste
<1an	<input type="checkbox"/>					
1 an	<input type="checkbox"/>					
2 ans	<input type="checkbox"/>					
3 ans	<input type="checkbox"/>					
4 ans	<input type="checkbox"/>					
5 ans	<input type="checkbox"/>					
entre 5 et 10 ans	<input type="checkbox"/>					
> 10 ans	<input type="checkbox"/>					

16. Quelle(s) activité(s) avez-vous eu(s) dans vos différents postes ?

Plusieurs réponses possibles.

	1er poste	2ème poste	3ème poste	4ème poste	5ème poste	6ème poste
obstétrique	<input type="checkbox"/>					
chirurgie	<input type="checkbox"/>					
gynécologie médicale	<input type="checkbox"/>					
PMA	<input type="checkbox"/>					
orthogénie	<input type="checkbox"/>					

17. Dans quel(s) département(s) avez-vous exercé après l'internat ?

Plusieurs réponses possibles.

	1 er poste	2ème poste	3ème poste	4ème poste	5ème poste	6ème poste
Nord	<input type="checkbox"/>					
Pas de Calais	<input type="checkbox"/>					
Oise	<input type="checkbox"/>					
Somme	<input type="checkbox"/>					
Aisne	<input type="checkbox"/>					
autre région	<input type="checkbox"/>					
autre pays	<input type="checkbox"/>					

18. Si vous avez répondu autre région ou autre pays, pouvez-vous préciser où ? (par ordre chronologique si plusieurs changements)

19. Quel était votre temps de travail pour chaque poste ? (si part universitaire mais quantité de travail globale temps plein, mettre quand même temps plein)

Plusieurs réponses possibles.

	1er poste	2ème poste	3ème poste	4ème poste	5ème poste	6ème poste
temps plein	<input type="checkbox"/>					
90 %	<input type="checkbox"/>					
80 %	<input type="checkbox"/>					
70 %	<input type="checkbox"/>					
60 %	<input type="checkbox"/>					
< 50 %	<input type="checkbox"/>					

20. Participez vous actuellement à la permanence des soins (gardes de nuit, week-end et jours fériés ?)

Une seule réponse possible.

- oui *Passer à la question 21*
 non *Passer à la question 23*

Passer à la question 25

Oui je participe à la permanence des soins

21. Si vous le pouviez, souhaiteriez-vous arrêter les gardes ?

Une seule réponse possible.

- oui
 non
 peut-être

22. Si vous avez déjà comme projet d'arrêter les gardes, dans combien de temps pensez-vous le faire ?

Passer à la question 25

Non, je ne participe plus à la permanence des soins

23. Pourquoi avez-vous arrêté les gardes ? (plusieurs choix possible)

Plusieurs réponses possibles.

- âge
 problème de santé
 arrêt de l'activité obstétricale
 structure de travail non pourvue d'une maternité
 Autre : _____

24. Combien de temps après la fin de votre internat avez-vous arrêté les gardes ?

Une seule réponse possible.

- directement après
 moins de 5 ans après
 entre 5 et 10 ans après
 entre 10 et 15 ans après
 entre 15 et 20 ans après
 entre 20 et 25 ans après
 entre 25 et 30 ans après
 plus de 35 ans après

Les changements d'établissement en cours de carrière

25. Si vous avez changé d'établissement, pour quelle(s) raison(s) l'avez-vous fait ?

Plusieurs réponses possibles.

	1er changement	2ème changement	3ème changement	4ème changement	5ème changement
lourdeur de l'activité de jour	<input type="checkbox"/>				
lourdeur de l'activité de garde	<input type="checkbox"/>				
meilleure rémunération	<input type="checkbox"/>				
mauvaise entente avec l'équipe médicale dans l'ancien établissement	<input type="checkbox"/>				
mauvaise entente avec l'équipe de direction dans l'ancien établissement	<input type="checkbox"/>				
attrait de l'équipe dans le nouvel établissement	<input type="checkbox"/>				
attrait de l'équipement dans le nouvel établissement	<input type="checkbox"/>				
manque de moyen dans l'ancien établissement	<input type="checkbox"/>				
pour rejoindre un(e) conjoint(e) muté(e)	<input type="checkbox"/>				
souhait de changement de	<input type="checkbox"/>				

26. Souhaitez-vous changer d'établissement dans les 5 prochaines années ?

Une seule réponse possible.

- oui
 non
 peut-être

27. Si oui ou peut-être, pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- lourdeur de l'activité de jour
 lourdeur de l'activité de garde
 meilleure rémunération
 mauvaise entente avec l'équipe médicale dans l'établissement actuel
 mauvaise entente avec l'équipe de direction dans l'établissement actuel
 attrait de l'équipe dans le nouvel établissement
 attrait de l'équipement dans le nouvel établissement
 manque de moyen dans l'établissement actuel
 pour rejoindre un(e) conjoint(e) muté(e)
 souhait de changement de région
 souhait d'évolution de carrière
 changement d'activité clinique
 souhait de formation complémentaire
 souhait d'avoir une activité de recherche ou d'enseignement
 souhait d'arrêter une activité de recherche ou d'enseignement
 Autre : _____

AUTEUR(E) : Nom : TURCSAK

Prénom : Anaïs

Date de soutenance : 03/03/2023

Titre de la thèse : Devenir des internes de gynécologie-obstétrique formé(e)s dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille - 2023 Cadre de classement : médecine

DES + FST/option : gynécologie-obstétrique

Mots clés : gynécologie / obstétrique / internes / devenir

Objectifs : Le devenir des gynécologues-obstétricien(ne)s formé(e)s dans les Hauts-de-France a été étudié en analysant leur parcours professionnel d'avant l'internat jusqu'à nos jours. Les objectifs de cette étude sont de déterminer les facteurs qui les amènent à changer de région d'exercice, à s'orienter vers une activité sans obstétrique, et/ou à arrêter la permanence de soins.

Matériel et méthodes : Une enquête a été réalisée auprès de 162 gynécologues-obstétricien(ne)s ayant débuté leur internat dans les Hauts-de-France entre 2003 et 2014. Un questionnaire portant sur leur vie personnelle et leur parcours professionnel leur a été envoyé.

Résultats : La moyenne d'âge est de 37 ans avec une durée d'exercice moyenne de 7 ans. Au fur et à mesure du temps, la proportion de gynécologues-obstétricien(ne)s dans la région baisse. Ainsi au moment de l'étude, 35% d'entre eux ont quitté la région. Ils travaillent actuellement en majorité dans le public (64%) et à temps plein (77%). 80 % d'entre eux pratiquent de l'obstétrique. Plus la carrière avance, plus cette pratique diminue de manière significative ($p < 0,001$) : 95% en pratiquent lors de leur 1^{er} poste et seuls 43% au 4^{ème} poste. La participation à la permanence des soins est de 80%, mais 40% d'entre eux souhaitent (ou souhaitent peut-être) arrêter, dans les 5 ans pour 42% d'entre eux. Les facteurs significatifs principaux qui amènent les gynécologues-obstétricien(ne)s à rester dans la région sont la réalisation de l'externat dans les Hauts-de-France, un conjoint qui vient de cette région, un internat réalisé à Lille plutôt qu'Amiens. Au sujet de la pratique de l'obstétrique, les facteurs d'arrêt retrouvés sont le sexe masculin, la pratique de la chirurgie, l'exercice dans une autre région que les Hauts-de-France. Enfin, les facteurs qui amènent à arrêter la permanence de soins sont le nombre d'enfants, le fait de pratiquer de la PMA, de la gynécologie médicale et/ou de travailler en cabinet de ville. L'avancée en âge est un facteur significatif de changer de région, d'arrêter l'obstétrique et la permanence de soins.

Conclusion : Après quelques années d'exercice, les gynécologues-obstétricien(ne)s quittent la région, délaissent la pratique de l'obstétrique, la permanence des soins et l'exercice public.

Composition du Jury :

Président : Pr Damien SUBTIL

Assesseurs : Pr Chrystèle RUBOD

Pr Charles GARABEDIAN

Directrice de thèse : Pr Véronique DEBARGE