



HAL
open science

Identification des freins et leviers relatifs au choix du lieu d'exercice futur : enquête qualitative réalisée auprès des internes lorrains de Gynécologie Obstétrique

Laetitia Honore-Rougé

► To cite this version:

Laetitia Honore-Rougé. Identification des freins et leviers relatifs au choix du lieu d'exercice futur : enquête qualitative réalisée auprès des internes lorrains de Gynécologie Obstétrique. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297399

HAL Id: hal-03297399

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297399>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR en MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

HONORE-ROUGE Laetitia
Le 14 septembre 2018

Identification des freins et leviers relatifs au choix du lieu d'exercice futur : enquête qualitative réalisée auprès des internes Lorrains de Gynécologie Obstétrique

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur O.MOREL	}	Président
M. le Professeur J.JUDLIN	}	Juge
M. le Docteur C.BAUMANN	}	Juge
M. le Docteur M.CHAMAGNE	}	Juge



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude
CHARDOT

Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard
FOLIGUET

Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain
GERARD

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE
FAOU

Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude
MARCHAL

- Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre
NICOLAS -

Pierre PAYSANT Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU

Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====
PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD
–
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU
Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS

Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS

(1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Olivier MOREL

Professeur de Gynécologie et Obstétrique,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Vous m'avez transmis la rigueur, la discipline et la passion nécessaires à la pratique de notre belle spécialité.

Je vous remercie pour cette solide formation, et pour la confiance que vous m'avez accordée.

Je vous remercie également de la pédagogie que vous faite au quotidien dans un climat de sérénité.

Veillez recevoir le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN,

Professeur de Gynécologie et Obstétrique,

Qui nous fait l'honneur de siéger dans notre jury.

Je vous remercie de m'avoir accueillie dans votre service durant ces cinq années
et de m'avoir offert des enseignements de qualité tout au long de mon cursus.

Soyez assuré de ma reconnaissance.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN,

Professeur de Santé publique

Qui me fait l'honneur d'avoir accepté de juger mon travail et de siéger dans notre jury.

Je vous remercie du temps précieux que vous m'avez accordé.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

A notre directeur de thèse

Monsieur le Docteur Matthieu Chamagne

Docteur de Gynécologie et Obstétrique

Qui m'a fait l'honneur de bien vouloir encadrer ces deux travaux consécutifs et avec qui j'ai énormément apprécié travailler. Je te remercie de ta rapidité de correction, de ta disponibilité, de tes compliments motivants et de tes conseils.

Ce fût un plaisir de partager ce travail avec toi.

A mes parents, mes leaders

Je vous remercie du fond du cœur de m'avoir soutenu jours après jours, années après années de manière indéfectible autant financièrement que psychologiquement durant ces douze années. Merci de votre tendresse et amour au quotidien, de vos attentions et de vos conseils m'ayant aidé à surmonter ces différentes épreuves. Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous. Je vous Aime

A mon mari

Merci d'avoir surmonté avec moi tous ces examens, ces moments de doutes et de stress et ces aventures semestrielles. Merci de m'avoir toujours encouragé avec ta phrase préférée dont nous tairons le secret. Merci de m'avoir donné une si belle petite fille et d'être aussi présent pour elle durant mes longues soirées de garde. Je vous Aime

A ma sœur

Même si mon départ de la maison à mes 18ans a été difficile pour toi, merci de m'avoir toujours soutenu. Notre colloc à Nancy, aussi brève fût elle reste un excellent moment. Maintenant marraine de ma petite fille, je sais que tu seras la pour la soutenir de la même manière dans ses choix.

A ma belle famille

Depuis sept ans votre famille est devenu mienne et j'en suis fière, chacun de vous a toujours su dire les bons mots pour me conseiller et m'orienter. Je vous remercie de votre soutien. Vous êtes formidables.

A ma famille

Merci de m'avoir toujours encourager dans mes révisions même durant les fêtes de Noël et merci d'être présents encore aujourd'hui à mes côtés.

A ma meilleure amie Amande

Merci d'avoir passé et repassé cette première année de médecine que je n'aurai pas aussi bien supporté si tu n'avais pas été là. Depuis nous ne nous sommes plus quittées et continuons à vivre des moments inestimables. Douze ans d'amitié où tu es une des seules à pouvoir entendre et comprendre les bons mais aussi les mauvais moments de notre si belle spécialité.

A mes amis sincères : Damien, Anaïs, Nono, Caro, Manon, Morgane, Elo

Merci d'être toujours présents depuis le collège pour certain. Merci de m'avoir encouragé durant mes révisions et de n'avoir jamais jugé les fins de soirées écourtées pour pouvoir travailler le lendemain. Merci de nous avoir hébergé après notre magnifique interCHU à la Réunion et d'avoir fait en sorte que je puisse réviser tranquillement mon DIU d'échographie chez chacun de vous. C'est grâce à vos amitiés si précieuses que toutes ces choses valent la peine d'être vécues.

A mes amis de fac : François, Manon, Sophie, Vincent, Caro, Laurianne

Merci à vous pour ces si bons moments passés durant toutes ces années et notamment nos soirées potins/révisions ou vin rouge/fromage/révisions. C'est à vos côtés que j'ai passé un des moments les plus éprouvants de ma vie : les ECN. Vous êtes inoubliables.

A mes co-internes : Delphine, Bérénice, Axelle et Mathilde

Merci à Béré d'avoir pris du temps pour corriger mes travaux universitaires et de m'avoir conseillé dans les conduites à tenir.

Merci à Delphine d'avoir été ma co-interne de premier semestre et d'avoir partagé nos doutes, nos craintes et nos premiers exploits. Merci à Axelle de nous avoir formé en premier semestre pour ces horribles ovaires que nous ne trouvions jamais en échographie. De l'eau a coulé sous les ponts et maintenant nous passons de bons moments ensemble à boire et manger tout en se racontant nos expériences respectives.

Merci à Mathilde, Laure et Manon d'avoir survécu avec moi à notre stage de chirurgie.

A Marion Roesch

Merci d'avoir partagé l'expérience de ta première année d'assistantat et d'avoir partagé ton savoir-faire. Merci de m'avoir appris la physiologie de l'accouchement et la pratique de la ventouse à la bisontine. C'est suite à cette cohésion professionnelle que s'est créée notre amitié. Après avoir partagé les ventouses et les sièges, nous partageons aujourd'hui nos voyages et secrets.

A Maud :

Merci d'avoir été ma traductrice en chef pour ces différents projets et d'être toujours là après tant d'années d'amitié.

A l'équipe du CHU

Merci pour ces semestres formateurs. Merci aux sages-femmes et notamment à Véronique Noble de m'avoir laissé pratiquer énormément d'accouchements physiologiques. Merci au Dr Estelle Perdriolle de m'avoir fait découvrir les prémisses de la médecine fœtale. Merci aux différents correcteurs des travaux universitaires réalisés durant toutes ces années.

A l'équipe du CHR de Metz

Merci au Dr Marie-Laure Eszto de m'avoir encouragé et formé en diagnostic anténatal. Mais également de m'avoir donné l'envie de devenir échographiste de part sa passion pour cette spécialité et son intellect impressionnant.

Merci au Dr Sandra Dahlhoff d'avoir été mon modèle en obstétrique durant tous ces semestres. Ton calme légendaire et ton savoir-faire obstétrical sont ma référence en salle de naissance.

Merci aux sages-femmes de m'avoir formé et conseillé en premier semestre et de m'avoir fait confiance en dernier semestre. Merci à Mme Collin Mariannick d'avoir toujours mis en doute mes demandes d'examens biologiques à l'UGO pour me faire réfléchir sur leur nécessité mais surtout merci d'avoir été là pour la naissance d'Ambre.

Merci aux sages-femmes échographistes et surtout à Mme Delinger Lydie de m'avoir conseillé et d'avoir approfondie ma formation durant six mois.

A l'équipe du CHR de Thionville

Merci au Dr Marie-France Olieric de m'avoir accueillie un an d'affilé dans sa maternité et d'avoir rendu ces gardes plus animées et plus sympathiques. Ta gentillesse, ton professionnalisme et ton humanité sont pour moi un modèle au quotidien.

Merci au Dr Gunther et au Dr Collin de m'avoir fait confiance et de m'avoir formé à la chirurgie.

Merci aux sages-femmes pour ces moments de purs bonheurs qui font que cette équipe est avant tout une petite famille dans laquelle on se sent chez soi.

Merci aux infirmières et aux aides-soignantes de chirurgie pour tous ces bons moments partagés, ces cafés et ces fous-rire durant nos gardes.

Merci à cette équipe de nous faire découvrir le bonheur d'une cohésion et d'une ambiance familiale.

A l'équipe de chirurgie digestive du CHR de Metz

Je vous remercie tous de votre gentillesse, votre partage de connaissance autant théorique que pratique, de votre confiance et de tous ces bons moments partagés pendant quasiment un an. Ces semestres pourtant difficiles pour nous sont grâce à vous devenus plaisants. J'ai apprécié travailler à vos côtés et je suis admirative de ce que vous faites.

A l'équipe du CHU Sud de la Réunion

Merci à Pr Boukerrou d'avoir accepté ma demande de hors filière et de m'avoir accueilli dans son service pendant six mois. Cette expérience fût magique autant sur le plan professionnel que personnel avec la découverte d'une île splendide.

Merci au Drs Dumont Coralie, Roussin Stéphanie et Omarjee Asma de m'avoir fait découvrir l'échographie et la médecine fœtale et de m'y avoir formé. Grâce à vos compétences et votre pédagogie, je suis reparti de cette magnifique île avec des bagages énormes.

Merci au Dr Bracq Aurore de m'avoir fait faire mes premières spatules et d'avoir partagés tous ces beaux moments dont cette soirée welch typique de chez toi.

Merci à tous les praticiens rencontrés durant ces cinq années, c'est grâce à ce que vous faites qu'on devient ce que l'on est et que notre spécialité est belle et réussie.

Merci à tous ceux que j'aurai pu oublier et qui m'ont soutenue durant ce long périple...

A toutes les patientes dont j'ai croisé le chemin, leurs conjoints et leurs bébés. Vous nous accueillez dans les moments les plus intimes de votre existence et chacune de nos rencontres a forgé mon expérience professionnelle et ma connaissance de la vie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure

d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Liste des abréviations

AMP : Assistance médicale à la procréation
AR : Anesthésiste- réanimateur
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Assistant Spécialiste
CCA: Chef de Clinique Assistant
CV : Curriculum Vitae
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CNG: Centre National de Gestion
CSP: Code de Santé Publique
DES : Diplôme d'enseignement supérieur
DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DIU : Diplôme interuniversitaire
DU : Diplôme universitaire
ECN : Epreuves classantes nationales
ESD : Entretien semi-directif
FHF: Fédération Hospitalière Françaises
GM: Gynécologie Médicale
GO : Gynécologie-Obstétrique
HAS : Haute Autorité de Santé
ISNI : Inter syndicat National des Internes
MCU : Maître de Conférences Universitaires
MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy
PH: Praticien Hospitalier
PHC: Praticien Hospitalier Contractuel
PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
RPL : Réseau Périnatal Lorrain
RTT : Récupération du temps de travail
SF : Sages-femmes
TTA : Temps de travail additionnel
UMS : Unité minimum de signification

Table des Matières

Introduction	39
Matériels et Méthode	41
- Type d'étude	41
- Echantillon	41
- Recueil des données	41
- Analyse des données	43
Résultats	45
1. Profil des participants	45
a. Spécialité	45
b. Secteur tarifaire	46
c. La ville	46
c.1 Potentiel culturel	47
c.2 Nombre d'habitants	47
c.3 Gare TGV	47
c.4 Distance domicile-travail	47
d. La maternité	47
e. La carrière	48
e.1 Carrière universitaire	49
e.2 Les gardes	49
e.3 Poste à temps partagé	50
e.4 Rémunération	52

2. Entretien semi-directif	52
a. Cursus	52
b. Type de carrière et critères de choix	54
c. Critères de choix pour le type de maternité	57
d. Rôle de l'expérience professionnelle et personnelle antérieure	60
e. Freins et leviers	62
Discussion	63
Conclusion	67
Bibliographie	69
Annexes	73
Résumé	

I. INTRODUCTION

L'attractivité médicale est une notion plutôt récente [1,2]. Depuis quelques années, le système hospitalier français est en mutation. [3] En se calquant sur les transformations réalisées dans les pays anglo-saxons et dans certains pays européens, la loi Hôpital, Santé, Patients, Territoire de 2009 vise à orienter l'hôpital public français vers plus de performance et d'efficacité. Le but avoué est de réduire les déficits publics et notamment celui de la Sécurité Sociale, ce qui engendre une rationalisation des dépenses, avec par exemple la tarification à l'activité [3]. A ces restructurations organisationnelles profondes s'ajoute une situation démographique préoccupante: diminution du nombre de professionnels de santé notamment des médecins, augmentation de la demande de soins par une population qui s'accroît et se soigne d'avantage. Cette augmentation des besoins n'a pas été anticipée par la régulation des flux de formations des médecins. De plus en gynécologie- obstétrique (GO), ces besoins se font ressentir et se répartissent dans différents secteurs tels que le secteur libéral, les cliniques privées et les maternités publiques qui se divisent en 3 types. La concurrence avec le secteur privé pèse sur le recrutement dans les établissements publics et notamment les maternités de type I. Bien que l'exercice y semble moins diversifié et n'inclut pas ou peu les aspects de la pratique tournés vers la recherche et l'enseignement, les rémunérations plus importantes et les conditions de travail avantageuses semblent compenser ce manque.

Pour les hôpitaux publics, plusieurs travaux ont été lancés par le ministère des affaires sociales et de la santé, par le Centre National de Gestion (CNG) [4], par la Fédération Hospitalière de France (FHF) [5] ou encore par les représentants des internes pour identifier quelles pistes pourraient être envisagées dans les hôpitaux afin de les rendre plus attractifs. Parmi les mesures proposées par ces instances, il existe deux axes principaux : l'un est d'attirer les médecins dans l'établissement, l'autre est de les garder. Les internes en médecine sont donc une cible privilégiée pour les établissements car leur recrutement peut se faire au cours de l'internat. Il s'agit de recrutements sécurisants car la pratique des internes aura pu être évaluée au cours des différents stages et des propositions de postes faites à des personnes déjà connus voire intégrés dans les équipes médicales. Dans les spécialités telles que la GO, les internes sont amenés à passer plusieurs fois dans un même lieu de stage, ce qui permet de voir l'évolution de ces derniers au fur et à mesure de l'internat.

Ces difficultés de recrutement, et notamment dans les maternités de type I de Lorraine, nous ont amené à réfléchir sur les besoins de ces dernières et par ce questionnaire nous avons tenté de comprendre pourquoi ces maternités étaient délaissées au profit des types II et III. Notre étude fait suite au travail que nous avons effectué en 2016 [6] et qui portait sur un questionnaire quantitatif dont l'objectif était de connaître les motivations des futurs assistants dans leur choix de poste. Cette étude montrait qu'une large majorité des internes avaient émis le souhait d'exercer dans une maternité de type II ou III, au détriment des maternités de type I. Nous avons souhaité le mener à terme en réalisant un entretien semi-directif (ESD) dont l'objectif principal était d'évaluer les motivations des internes inscrits au diplôme d'étude spécialisé (DES) de GO dans leur choix de carrière. L'objectif secondaire était de rappeler les résultats obtenus lors de l'enquête réalisée en 2016.

II. Matériel et Méthodes

Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude descriptive réalisée à partir d'ESD et de questions à réponses fermées auprès de dix internes de GO lorrains. La réalisation des entretiens a impliqué de construire une grille de questions validée par un méthodologiste de la plateforme d'aide à la recherche clinique du CHRU de Nancy. (Annexe 1)

Echantillon :

Nous avons sélectionné dix internes de GO sur la base du volontariat, tous semestres confondus, durant la période de novembre 2017 à avril 2018.

Notre panel était composé de huit femmes et deux hommes. L'âge de nos participants variait de 26 à 32 ans.

Six internes sur dix n'étaient pas externes en Lorraine, neuf sur dix étaient en couple dont deux mariés et cinq avec un enfant. Huit internes vivaient à Nancy ou en banlieue nancéienne, dont deux en location.

Nous avons répertorié 9 diplômes universitaires (DU) ou diplôme interuniversitaires (DIU) différents choisis par les internes interrogés. Les plus fréquents sont le DIU d'échographie envisagé ou validé par 9 internes sur 10, le DU de gynécologie médicale par 6 internes et surtout réalisé en premier semestre, le DIU de mécanique et techniques obstétricales par 8 internes. Certains étaient choisis par des internes souhaitant se sur-spécialiser comme le DIU de médecine fœtale, de sénologie ou encore de chirurgie vaginale.

Recueil des données :

Les données ont été collectées par des entretiens, de manière individuelle aidée par un dictaphone permettant une retranscription fidèle des données sur Word en intégralité avec leurs hésitations, leurs répétitions. Cet enregistrement été ensuite supprimé avec anonymisation des informations.

L'ensemble de ces entretiens constituait la matière première de notre travail défini comme le corpus ou verbatim (Annexe 4). Nous avons ensuite réalisé une analyse

thématique. Elle a consisté à découper transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se référait au même thème. Elle permettait de dégager la structure, les processus et les thématiques propres à chacun des sous - groupes qui composaient le corpus [7]

La durée des entretiens a varié de 30 à 45 minutes

La grille d'entretien était composée de 6 questions ouvertes (Annexes 1) :

- Pouvez-vous me décrire votre cursus jusqu'à aujourd'hui et jusqu'à la fin de votre internat ?
- Quelle carrière envisagez-vous après votre internat ?
- Quels sont pour vous les critères vous ayant amené à choisir cette carrière plutôt qu'une autre ?
- Quels sont pour vous les éléments majeurs vous amenant à choisir cette maternité plutôt qu'une autre plus petite ou plus grande ?
- En quoi votre expérience professionnelle et personnelle antérieure joue-t-elle un rôle dans votre choix de carrière ?
- Quels sont pour vous les freins et les leviers relatifs au choix du lieu d'exercice futur ?

Les réponses étaient approfondies si besoin par des sous questions établies en amont et validées.

Le choix des questions posées aux internes avait fait l'objet d'une méthodologie précise avec un passage en revue des travaux semblables effectués en GO mais également dans les autres spécialités. Nous nous sommes basés sur les mesures issues des rapports et travaux concernant l'attractivité de l'exercice médicale à l'hôpital public puis les avons ajustées afin qu'elles s'adaptent à la spécialité de la GO. [1-4, 10-17]. Les mesures ne concernant pas directement les praticiens mais plutôt en rapport avec le versant managérial étaient exclues.

Concernant l'objectif secondaire, un questionnaire composé de 40 questions réparties en quatre parties, créé sur Google Form, leur a été envoyé par mail. Cette étude nous permettait d'évaluer l'importance accordée par les internes aux mesures d'attractivité et surtout de déterminer les centres d'intérêts de chacun, les différents projets de carrières et leur orientation géographique privilégiée. Nous avons utilisé comme sources d'informations, les données transmises par les coordonnateurs de spécialité, les chiffres publiés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) [8] et le Réseau Périnatal Lorrain (RPL). [9]

Il renseignait dans une première partie, les caractéristiques des répondants ; le sexe, l'avancement dans le cursus caractérisé par le semestre en cours, les critères principaux de choix de cette spécialité et la carrière envisagée telle que la surspécialisation (Echographie et diagnostic anténatal, chirurgie, Assistance médicale à la procréation (AMP)), le secteur d'activité (public, privé, cabinet de ville), et le statut souhaité (chef de clinique assistant (CCA) ou assistant spécialiste (AS)). Nous nous sommes également intéressés à leur lieu de naissance afin de savoir si la région Lorraine était un choix ou une obligation secondaire aux épreuves classantes nationales (ECN).

La seconde partie du questionnaire concernait les critères de choix pour la ville, la région et le lieu d'exercice. Nous nous sommes attachés à rechercher si la proximité d'un aéroport, d'une gare ou d'une ville animée et culturelle étaient des éléments importants dans le choix d'un lieu de travail.

La troisième partie se focalisait sur les critères de choix du poste en lui-même, le mode d'exercice souhaité, les connaissances de chacun à propos des salaires en début et en fin de carrière et si la possibilité d'un temps partagé entre deux structures pouvait être acceptable.

La dernière partie nous amenait à raisonner sur l'attractivité des maternités en elle-même en se demandant si le type de la maternité, son nombre d'accouchements annuels, les gardes sur place, la présence d'un anesthésiste-réanimateur (AR), d'un pédiatre, d'un service de chirurgie viscérale ou encore la possibilité d'un staff et d'une discussion pluridisciplinaire étaient des éléments primordiaux dans le choix d'un poste. Les réponses étaient obtenues de manière anonyme et les données essentiellement quantitatives étaient analysées statistiquement par des pourcentages.

Analyse des données :

Nous avons réalisé une analyse thématique qui consiste à découper transversalement ce qui se réfère au même thème dans chaque entretien. Elle permet de dégager la structure, les processus et les thématiques propres à chacun des sous-groupes qui composent le corpus [18]. Le découpage du discours en fragments correspondant à des thèmes permet d'en repérer les modalités et les fréquences d'apparition à l'aide d'une grille d'analyse. Celle-ci est construite sur la base d'une première lecture de quelques entretiens ainsi que sur les hypothèses initialement posées. Les extraits d'entretiens se rapportant au même thème sont regroupés en Unités Minimum de Signification (UMS) qui figure en exposant ^x dans le texte et sont regroupés dans l'annexe 3.

III. Résultats

1. Profil des participants

Sur les 10 internes volontaires pour l'entretien semi-directif, tous ont accepté de répondre au questionnaire.

a. La spécialité :

L'âge moyen des internes était de 29 ans. Ils se répartissaient du premier au dixième semestre. Notre échantillon était composé de 80% de femmes. 40% des internes avaient un ou une conjoint(e) exerçant dans le milieu médical et 60% des internes avaient effectué leur étude à Nancy.

L'orientation vers cette spécialité lors de l'examen classant national (ECN) s'était fondée sur un désir de pratiquer l'obstétrique pour 80% des internes et 20% pour la chirurgie gynécologique (Tableau I). Puis deux internes durant leur cursus se sont surspécialisés en AMP et trois vers la chirurgie gynécologique.

Tableau I: Désir des internes de GO concernant leur orientation future en fonction du sexe

	TOTAL (N=10) n (%)	SEXE (N) n (%)	
		FEMMES (N=8)	HOMMES (N=2)
Surspécialisation			
Obstétrique	5 (50)	4/5 (80)	1/5 (20)
Chirurgie	3 (30)	2/3 (67)	1/3 (33)
AMP	2 (20)	2/2 (100)	0
Type de carrière envisagée			
Publique	7 (70)	6/8 (75)	2/2 (100)
Secteur privée en clinique	2 (20)	2/8 (25)	0
Cabinet de ville	1 (10)	0	1/2 (50)
Désir de travailler dans le Grand Est	5 (50)	4/8 (50)	1/2 (50)
Désir de carrière universitaire	6 (60)	4/8 (50)	2/2 (100)

b. Secteur d'activité :

Pour leur exercice futur, le choix principal était d'exercer dans une maternité publique au sein d'une équipe obstétricale dans 82,8% des cas, le second choix s'orientait vers la clinique privé avec possibilité d'effectuer des accouchements ou de pratiquer la chirurgie (14,3%). L'activité en cabinet de ville était choisie en dernier (2,9% des internes).

c. La ville :

c-1. Potentiel culturel

Le choix d'un poste était dépendant de la ville mais surtout de son attractivité et de son potentiel culturel pour 90% des internes. (Tableau II)

Tableau II: Critères d'attractivité du lieu d'exercice pour le choix de poste en fonction du sexe

	TOTAL (N=10) n (%)	SEXE n (%)	
		FEMMES (N=8)	HOMMES (N=2)
Nombre d'habitants dans la ville de la maternité			
Oui	5 (50)	4 (50)	1 (50)
Non	5 (50)	4 (50)	1 (50)
Présence d'une gare TGV			
Oui	5 (50)	3 (37,5)	2 (100)
Non	5 (50)	5 (62,5)	0
Présence d'un aéroport			
Oui	2 (20)	1 (12,5)	1 (50)
Non	8 (80)	7 (87,5)	1 (50)
Potentiel culturel			
Oui	9 (90)	7 (87,5)	2 (100)
Non	1 (10)	1 (12,5)	0
Distance domicile-travail			
15-30 minutes	5 (50)	4 (50)	1 (50)
30-60 minutes	4 (40)	3 (37,5)	1 (50)
>60 minutes	1 (10)	1 (12,5)	0
Travailler en Lorraine			
Un souhait	3 (30)	2 (25)	1 (50)
Envisageable	7 (70)	6 (75)	1 (50)

c-2. Nombre d'habitants

50% des internes considéraient que le nombre d'habitants dans la ville où se trouve la maternité était un critère de choix. Pour eux il était important de vivre dans une ville de plus de 50 000 habitants telle que Nancy.

c-3. La région Lorraine

Avoir un post internat dans cette région était une possibilité envisageable dans 70% des cas et un souhait dans 30% des cas.

c-4. Gare TGV

Parmi les internes ayant choisi ce critère d'attractivité, la présence de transport en commun et notamment de gare TGV était le second élément important après le potentiel culturel de la ville (50% des internes).

c-5. Distance domicile-travail

Un temps de trajet bref (15 à 30 minutes) était le troisième critère le plus souvent retenu par les internes (50% des internes). 40% toléraient jusqu'à 60 minutes.

d. La maternité :

Le type de maternité était un critère de choix pour 90% des internes. 67% d'entre eux s'orientaient en priorité vers une maternité de type III et 33% vers un type II. 77,8% des internes plaçaient le type I en dernière position. Nous observons une différence dans le choix du type de maternité selon le sexe avec une préférence masculine de 100% vers les maternités de type III contre 57,1% chez les femmes. 28,6% des femmes préféreraient travailler en maternité de type I ou II plutôt qu'en maternité de type III.

Pour 100% des internes il était important de travailler dans un établissement régi par une hiérarchie avec des staffs quotidiens. (Tableau III)

Tableau III: Critères professionnels dans le choix d'un poste en fonction du sexe

	TOTAL (N=10) n (%)	SEXE n (%)	
		FEMMES (N=8)	HOMMES (N=2)
Politique d'établissement			
Indépendante	0	0	0
Protocolisée/ Hiérarchisée	10 (100)	8 (100)	2 (100)
Nombre d'astreintes ou de garde par mois			
Aucune	0	0	0
≤ 4	3 (30)	2 (25)	1 (50)
De 5 à 8	6 (60)	6 (75)	0
>8	1 (10)	0	1 (50)
Importance du type de maternité			
Oui	9 (90)		
Non	1 (10)	7 (87,5)	2 (100)
		1 (12,5)	0 (100)
Choix du type de maternité			
	N=9	FEMMES N=7	HOMMES N=2
Type I	0	0	0
Type II	3 (33)	3 (43)	0
Type III	6 (67)	4 (57)	2 (100)
Temps partagé			
Oui	9 (90)	8 (100)	1 (50)
Non	1 (10)	0	1 (50)
En fonction du trajet			
	N=9	FEMMES N=8	HOMMES N=1
Moins de 30 minutes	3 (33)	3 (37,5)	0
30minutes à 1h30	6 (67)	5 (62,5)	1 (100)
Plus d'1h30	0	0	0
Motivation d'une carrière universitaire			
	N =6 (60)	FEMMES N=4	HOMMES N=2
Devenir enseignant	4 (66)	3 (75)	1 (50)
Faire de la recherche	1 (17)	0	1 (50)
Devenir chef de service	0	0	0
Salaire	1 (17)	1 (25)	0

Pour 80% d'entre eux, le nombre d'accouchements réalisés dans la structure était un critère important: 37,5% aimeraient travailler dans une structure réalisant entre 1500 et 3000 accouchements, 50% dans une maternité réalisant plus de 3000 accouchements.

40% des internes seraient d'accord pour travailler dans une maternité réalisant entre 800 et 1500 accouchements sans garde sur place. La motivation principale serait d'être intégrée dans un temps partagé (75% des internes). 40% des internes de notre étude accepteraient un poste dans les maternités réalisant moins de 800 accouchements par an. La motivation principale dans ce cas serait la même (50% des cas). Les conditions salariales n'étant un critère de choix que pour 25% d'entre eux ainsi que l'allègement du temps de travail.

Concernant le choix de la maternité, les critères majeurs étaient de travailler dans une maternité avec des gardes de nuit et de week-end sur place pour 80% d'entre eux, d'avoir des internes présents dans la structure et d'effectuer un travail d'enseignement (60%).

Le fait d'avoir un anesthésiste et un pédiatre de garde dédiés à l'obstétrique était un critère pour 100% et 90% des internes ainsi que la présence d'un service de chirurgie viscérale, urologique et de réanimation au sein de la même structure pour 50% d'entre eux. Le nombre de praticiens dans l'équipe n'était pas essentiel pour 40% des internes, tandis que 40% préféreraient travailler dans une équipe de 6 à 10 gynécologues.

e. La carrière :

e-1. Carrière universitaire :

100% des internes désiraient poursuivre par un post-internat, dont 60% désiraient se lancer dans une carrière universitaire et obtenir un poste de chef de clinique au Centre hospitalier régional universitaire (CHRU). La motivation principale était de devenir enseignant pour 66,6% d'entre eux, de faire de la recherche pour 16,7%. Aucun n'avait le désir de devenir un jour chef de service. La majoration du revenu mensuel arrivait en troisième position.

e-2. Les gardes :

60% des internes souhaitaient effectuer 5 à 8 gardes par mois en tant qu'assistant, tandis que 30% ne désiraient pas en faire plus de 4 par mois.

e-3. Poste à temps partagé :

Le dernier point auquel nous nous sommes intéressés était la possibilité d'un poste à temps partagé. Cette proposition de poste partagé était envisageable pour 90% des internes mais dépendait du temps de trajet par rapport à leur domicile. Ce choix n'était plus envisageable si la distance excédait 1h de trajet. Les motivations évoquées en priorité étaient l'accès à un travail et à un panel de pathologies plus diversifiées du fait d'une population plus vaste pour 33,4% des internes. Le bénéfice de travailler dans plusieurs équipes était un critère dans 44,4% des cas, l'assurance d'une sécurité de l'emploi tout comme la volonté de faire une médecine de proximité étaient évoqués dans 11,1% des cas. En dernière position nous retrouvions la volonté de négocier un meilleur revenu mensuel (Tableau IV).

Tableau IV : Critères de choix du type de maternités en fonction du sexe

CRITERES DE CHOIX	TOTAL (N=10) n (%)	SEXE n (%)	
		FEMMES (N=8)	HOMMES (N=7)
Nombre d'accouchement			
Oui	8 (80)	7 (87,5)	1 (50)
Préférences			
>3000 accouchements	4 (40)	3 (42,8)	1 (100)
1500 à 3000 accouchements	3 (30)	3 (42,8)	0
<1500	1 (10)	1 (14,2)	0
Non	2 (20)	1 (12,5)	1 (50)
Si proposition de poste dans une maternité réalisant entre 800 et 1500 accouchements			
Oui	4 (40)	3 (37,5)	1 (50)
Non	6 (60)	5 (62,5)	1 (50)
Motivations	N=4	FEMMES (N=3)	HOMMES (N=1)
Temps partagé	3 (75)	2 (66,7)	1 (100)
Allègement du temps de travail	1 (25)	1 (33,3)	0
Amélioration salariale	0	0	0

Si proposition de poste dans une maternité réalisant moins de 800 accouchements			
Oui	4 (40)	3 (37,5)	1(50)
Non	6 (60)	5 (62,5)	1 (50)
Motivations	N=4	FEMMES (N=3)	HOMMES (N=1)

Temps partagé	2 (50)	2 (66,7)	0
Allègement du temps de travail	1 (25)	1 (33,3)	0
Amélioration salariale	1 (25)	0	1(100)
Système de Gardes			
Sur place	8 (80)	7 (87,5)	1 (50)
Astreinte à domicile	0	0	0
N'est pas un critère de choix	2 (20)	1 (12,5)	1 (50)
Présence d'internes			
Oui	6 (60)	4 (50)	2 (100)
Non	4 (40)	4 (50)	0
Anesthésistes de garde sur place			
Oui	10 (100)	8 (100)	2 (100)
Non	0	0	0
Pédiatres de garde sur place			
Oui	9 (90)	7 (87,5)	2 (100)
Non	1 (10)	1 (12,5)	2 (28,6)
Service de chirurgie digestive ou urologique			
Oui	5 (50)	4 (50)	1 (50)
Non	5 (50)	4 (50)	1 (50)
Nombre de praticiens dans l'équipe			
N'est pas un critère de choix	4 (40)	3 (37,5)	1 (50)
<5	0	0	0
6 à 10	4 (40)	4 (50)	0
>10	2 (20)	1 (12,5)	1 (50)

e-4. Rémunération :

Sur le plan de la rémunération, l'objectif de revenu mensuel moyen net, gardes incluses, en post-assistanat immédiat pour 80% variait de 2500 à 5500 euros dont 40% des internes avaient comme objectif de gagner entre 3500 à 4500 euros. 10% des internes aimeraient gagner plus de 8000 euros par mois en tant qu'assistant. La même question était posée mais pour un objectif de fin de carrière, 80% des internes souhaitaient être rémunérés dans une fourchette allant de 5500 euros à plus de 8000 euros, avec une majorité de 40% dans la fourchette de plus de 8000 euros. Pour 60% des internes le revenu mensuel moyen net, gardes incluses d'un praticien hospitalier (PH) travaillant dans un établissement public en post-assistanat immédiat serait de 4500 à 5500 euros. Pour 30% d'entre eux, il serait de 3500 à 4500 euros par mois. D'après 70% des internes, pour le même profil mais en fin de carrière, le revenu mensuel serait de 5500 à 6500 euros, tandis que 20% l'estimait à plus de 8000 euros. Nous avons posé la même question mais pour un gynécologue-obstétricien exerçant en cabinet libéral et n'effectuant pas d'accouchement ni de garde en clinique privée, et travaillant à des quantités horaires similaires aux PH, les réponses étaient très diverses avec une petite majorité des internes soit 30% évaluant ce revenu mensuel entre 4500 et 5500 euros. Pour les gynécologues-obstétriciens ayant une activité mixte c'est-à-dire un exercice libéral combiné à la pratique d'accouchements dans le secteur privé, le revenu mensuel estimé par 40% des internes variait de 6500 à 8000 euros.

2. Entretien semi-directif

a. Cursus

Nous avons interrogé 10 internes volontaires de semestres différents (figure 1) :

- 1 interne de premier semestre
- 1 interne de troisième semestre
- 1 interne de cinquième semestre
- 2 internes de septième semestre
- 1 interne de huitième semestre
- 3 internes de neuvième semestre
- 1 interne de dixième semestre

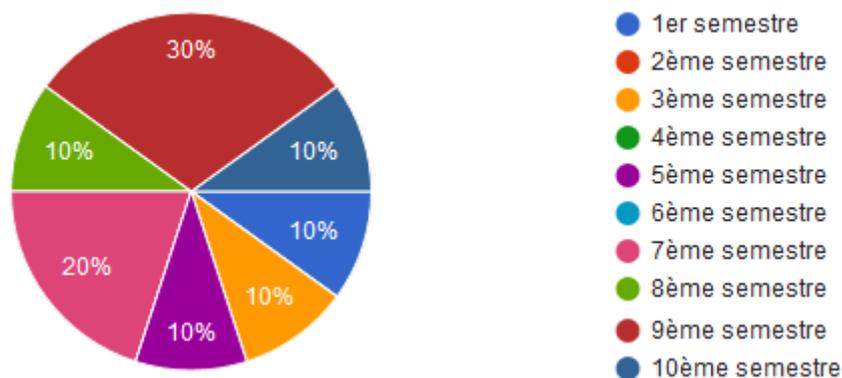


Figure 1 : Répartition selon le semestre

Notre panel montrait que chaque interne était passé ou avait la volonté de passer dans des stages différents dès les trois premiers semestres. Cinq avaient réalisé des stages dans des établissements différents (CHU, CHR Metz-Thionville, Remiremont ; CHU hôpital d'enfants). Quatre étaient passés dans un stage d'AMP dès ces trois premiers semestres et tous étaient passés au CHU à temps plein ou partagé avec le CH de Toul. Seuls les nouveaux internes dépendant de la phase socle ne pouvaient choisir leur stage.

Seulement deux internes étaient passés durant leur internat dans une maternité de type IIA et un interne en maternité de type I en temps partagé avec le CHU.

Deux internes étaient restés dans un même stage durant deux semestres. Trois avaient effectué leur hors filière dès les trois premiers semestres. Un interne n'était jamais passé à Thionville : *Je n'ai fait aucun semestre à Thionville car trop loin et plus petite structure que Metz.* (3)

Sept internes sur dix avaient choisi leur stage de manière réfléchi avec des terrains variés et des orientations selon leur désir de carrière comme par exemple ¹ : *Grosso modo, le premier c'est un peu sur les conseils de X ou Y mais après oui la maquette a été faite en fonction de ce que je veux faire donc passer au plus vite à l'ICL, valider le DESC de cancéro en validant la radiothérapie. Et derrière les trois hors filières.* (6) Trois s'étaient vu imposer leurs stages en début d'internat ²: *Je n'ai pas pu choisir mes premiers stages à cause de mon rang de classement puis j'ai choisi des stages variés pour avoir une formation la plus complète possible donc pas une orientation vers une surspécialisation* (9) ou encore *Avec la nouvelle réforme et la phase socle, les premiers semestres ne choisissent pas leurs premiers stages.* (7) mais encore *Non, en fait en début d'internat, il n'y avait pas beaucoup de choix disponibles et les hors filières étaient pris par les vieux donc on ne pouvait pas les faire.* (10)

b. Type de carrière et critères de choix

Les internes décrivaient l'obstétrique comme une spécialité médico-chirurgicale, vaste et transversale, complexe, optimiste avec des patientes en bonne santé. Cinq internes avaient choisi cette spécialité suite à un stage d'externat³: *J'ai fait deux stages d'externe passionnants qui m'ont donné envies de faire cette spé. (3)* ou *Moi avant tout quand j'ai passé le concours de l'internat, ce qui m'intéressait c'était la spécialité avant tout peu importe la ville. (5)* Deux internes étaient attirés par l'aspect urgence que l'on peut rencontrer en obstétrique⁴: *j'aime l'adrénaline et l'urgence (5)* et *on arrive quand même à sauver des vies. (6)* Un interne avouait ne pas s'être rendu compte de la spécialité avant de commencer l'internat⁵: *je pensais que la gynéco c'était uniquement faire des consultations en cabinet (2)* Cinq internes s'orientaient plutôt vers l'obstétrique⁶ et la médecine fœtale avec un choix d'orientation vers le sixième ou le septième semestre le plus souvent, deux internes s'étaient orientés vers l'AMP⁷ en troisième semestre : *cette pratique m'a bien plu et puis euh parler de reproduction c'est une autre part de la gynéco qui m'a plu et que j'avais envie d'approfondir. (2)*, trois internes vers la chirurgie⁸ dont deux vers la cancérologie vers le cinquième semestre.

Nous avons constaté que 100% des internes ayant participé à l'entretien avaient un désir de carrière hospitalière en fin d'internat immédiat⁹ mais 7 d'entre eux envisageaient une pratique en cabinet de ville en fin de carrière avec une majorité féminine¹⁰: *A partir de 50 ans je pense faire du libéral. Les gardes sont trop fatigantes et c'est une spécialité usante. (1), mais également Premièrement pour l'overdose de l'ambiance hospitalière puis parce que je pense qu'en fin de carrière on est moins malléable donc c'est plus compliqué de se remettre à jour et de changer ses pratiques. Et l'adrénaline est quand même moins recherchée. (10)* ou encore *Oui, après je pense que mes enfants seront grands donc je n'aurai plus ce côté-là, y aura peut-être mes petits-enfants, mais peut être aussi pour voyager, pour faire tout ce que n'aurai pas pu faire en début de carrière (5).* Certains l'envisagent même plus tôt dans leur carrière : *liberté des horaires, j'aimerais faire 9-18 et avoir mes mercredis (2).*

Quatre internes désiraient un poste de CC en maternité de type III¹¹ soit en temps plein soit en temps partagé : *J'aimerais travailler à l'hôpital parce que c'est une activité qui correspond plus à une activité hospitalière notamment foetopath, c'est le plus grand centre de la région au niveau quantité d'examen. (8)* ou encore *L'encadrement des internes si possible*

pourquoi pas une carrière universitaire. Pas de poste de PU mais d'encadrement de travaux et avoir toujours une activité de recherche. (6)

Deux internes préféreraient un post d'AS mais accepteraient un poste de CC ¹² si il leur était proposé car proche de leur domicile et attractivité de la ville plus intéressante : *Après tu vois, c'est pas parce que par la suite je veux pas faire de l'hospitalo-universitaire mais si y a un poste de Chef de clinique, ba y a un poste de chef de clinique, même si je ne veux pas en faire forcément après. (1)*

Trois internes désiraient un poste d'assistant spécialiste en maternité de type II ¹³ : *Assistante ! Je pense pour la charge de travail parce que j'aime bien l'universitaire mais je ne serai pas professeur et j'ai une vie de famille et j'ai envie de faire mon métier et d'avoir un équilibre entre ma vie de famille et mon travail. (2)* et un interne accepterait un poste en maternité de type I ou II : *Oui sans aucun souci en temps plein ou partagé mais à condition que le plateau technique soit suffisant et confortable et bien sûr d'avoir un bon recrutement en chirurgie. (9)*

Sept internes préféreraient exercer dans un établissement public ¹⁴ : *Public !!! Le privé est régité par l'argent et ce n'est pas du tout ma manière de penser. Je trouve qu'on ne réfléchit moins pour le bien du patient. (9)* ou encore *Public je pense. Il y a une vraie formation continue avec des cas variés, il y a des protocoles solides en place et les praticiens sont plus expérimentés. (10), Oui parce que je pense que c'est un exercice d'hôpital public (8)* Deux internes auraient une préférence pour le public mais si il n'y avait aucun poste de disponible, accepteraient d'exercer dans le privé et deux internes n'avaient aucune préférence ¹⁵ : *Surtout le nombre de praticiens parce que c'est important de ne pas être tout seul, de pouvoir te reposer aussi sur d'autres personnes (5)* ou *Dans le public, il y a le travail en équipe, des staffs plus réguliers, la présence d'étudiants donc plus stimulant, plus facile de demander un avis à d'autres spécialistes, c'est pluridisciplinaire, plus adapté aux patientes. Une fois la journée finie pas d'astreinte donc pas de stress car le médecin de garde est sur place, mais la paye est moins valorisante, les horaires sont chargées, il y a beaucoup d'administratif et le système marche au ralenti. Dans le privé : tout est plus rapide, la gestion du temps plus optimisée, on est seul à prendre les décisions, le salaire est meilleur et il faut aimer la gestion. On peut moduler ses revenus à ses besoins. C'est donc plus adaptable à la*

vie et puis on peut choisir sa clientèle. Il y a aussi la possibilité de faire de l'écho en cabinet.
(7)

Un poste à temps partagé a été refusé par un interne ¹⁶ : *Non, clairement non parce que les temps partagé c'est une perte de temps* (6). L'inconvénient majeur retrouvé lors des entretiens était la difficulté d'adaptation et d'organisation pour les praticiens *Je ne sais pas comment tu peux t'intégrer. Je pense que c'est compliqué. Après je ne comprends pas trop, le risques c'est le manque d'investissement. Là on est dans une organisation de groupement hospitalier de territoire avec Nancy, Lunéville et Toul donc si le fait de travailler ensemble doit passer au début par des temps partagés oui. Mais à l'avenir de toute façon il faut que les staffs soient des staffs communs, le CPDP est déjà commun donc les gens s'ils ont des dossiers peuvent venir au staff. Mais venir juste pour prendre une demi-journée de chirurgie ou de consultations je ne comprends pas trop parce que d'un autre côté on a aussi besoin d'avoir des temps pleins à la mat. Je trouve ça bancal comme organisation. Je pense que ça a répondu à un certain besoin à un moment, qui était d'installer des gens dans des maternités où personne ne voulait aller mais je pense que sur le long terme, je ne pense pas qu'il faille continuer avec des choses comme ça. Après si c'est le seul et unique moyen d'avoir des gens on va dire avec un fil à la patte et des gens formés à Nancy et qui sont compétents ba oui alors faut faire ça.* (8)

Seulement quatre internes en parlaient d'eux même sans qu'on ait besoin de leur poser la question dont trois avaient déjà un poste d'AS à temps partagé. Parmi l'ensemble des internes, sept accepteraient de maintenir un poste en temps partagé après l'assistantat si cela leur était proposé.

Les avantages communs principaux ¹⁷ cités par ces quatre internes étaient d'avoir des activités différentes selon les centres, travailler avec deux équipes et avoir un apprentissage différent selon les techniques et protocoles de chacun. *C'est pouvoir faire de la chirurgie fonctionnelle dans un centre qui permet d'en faire et même de la chirurgie un peu plus poussée et faire de la cancéro dans un centre qui est adapté avec une prise en charge globale des patientes.* (4) ou encore *Voir l'évolution des conduites à tenir selon les endroits et avoir la possibilité d'améliorer les choses dans un centre par rapport à son expérience professionnel acquis dans l'autre.* (10)

Exercer dans un désert médical ¹⁸, c'est-à-dire dans un zone rurale dépourvue d'accès aux soins, est acceptable pour tous les internes interrogés sous couvert de certaines conditions telles qu'une journée maximum par semaine avec du matériel et des locaux à disposition, un

temps de trajet allant de quarante minutes à une heure trente par rapport au domicile, une prime de déplacement pour certains : *ok si il y l'ensemble du matériel à disposition avec une secrétaire pour optimiser le temps sur place, si la distance est de moins de 30 ou 40 min par rapport à chez moi avec prime de déplacement. Maximum un jour par semaine et que de la gynéco pure (4) ou encore ok mais une journée max par semaine... Un bon salaire, une bonne ambiance. Si c'est loin, il faudrait être très bien payé. (1)*

Sur le plan du salaire, la plupart des internes répondaient ne pas connaître le salaire de base d'un gynécologue obstétricien ¹⁹. *Je n'ai aucune idée du salaire de base d'un assistant (10) ou encore je ne savais déjà pas quoi répondre sur ton questionnaire, j'ai mis au pif (9)* Le salaire minimum souhaité par la majorité d'entre eux était de 3000 à 4000 euros avec les gardes en début de carrière : *Je réponds ça parce que je sais ce que ça gagne (8) et de 6000 à 10000 euros en fin de carrière.*

c. Critères de choix pour le type de maternité

Nous avons demandé vers quelle type de maternité ils s'orientaient et nous avons constaté que la majorité s'orientait vers les maternités de type II ou III.

Les raisons énoncées en faveur d'une maternité plus grande étaient nombreuses telles que l'accès à des pathologies plus variées dans les gros centres avec un avis pluridisciplinaire disponible et plus facile à obtenir, des gardes sur place avec pédiatres et anesthésistes dédiés à la gynécologie obstétrique, un nombre d'accouchements et de praticiens plus importants, et une acquisition de compétences ²⁰. *...tandis que dans les plus gros centres et surtout les niveaux III il y a un savoir-faire avec une acquisition de compétences. Mais il y a aussi des pathologies diversifiées avec des anesthésistes et des pédiatres compétents sur place. (10) ou Non, non, non, moi je me suis toujours plu à la maternité, enfin il y a à la fois le lieux, enfin la ville, le fait que j'y habite et le fait que ça corresponde à l'activité que je veuille faire, c'est un tout. Il y a un certain nombre d'accouchements qui permet d'avoir un certain nombre de cas, de pathologies... C'est un centre de référence pour la foetopath. Il n'y pas un autre centre de foetopath dans la région. . Déjà mon critère de choix c'est un critère de satisfaction professionnelle, je choisie une voie qui ne s'exerce que en maternité de type III. (8)*

Certains y voient tout de même des inconvénients ²¹ : *Il y a aussi le nombre d'accouchement pour savoir si les gardes sont fatigantes. (6) ou encore j'aurai accepté un*

poste en niveau III avec réticence. Je ne suis pas à l'aise en obstétrique et avec les prématurés. J'ai pas de feeling avec l'universitaire et c'est pas mon truc d'encadrer des internes. (9)

Devant cette affluence dans les maternités de type II ou III nous avons cherché à connaître les avantages et inconvénients relatifs aux maternités de type I. Nous constatons finalement que les inconvénients cités par chacun étaient souvent similaires: faible activité, éloignement des grandes villes, manque de praticiens, système d'astreinte, absence d'anesthésiste et de pédiatre dédiés à l'obstétrique, plateau technique insuffisant, impossibilité de prise en charge de la prématurité...²² *Moi je trouve que c'est dangereux le système d'astreinte, imagine un arrêt aux épaules, on est obligé de venir vite et du coup on est stressé sur la route. (2) ou Faut anticiper tous les gestes et du coup c'est stressant. (3), Après j'ai peur de l'ennui, de la mauvaise formation et de perdre les gestes de bases. Le risque c'est l'enkystement dans la routine. (7) ou bien Après ce n'est pas toujours une activité très intéressante le niveau I quand tu fais moins de 500 accouchements par an ça veut dire 2 par jour. (8)*

Mais certains y voit quelques avantages comme une activité moins stressante et une approche plus physiologique ainsi que des gardes moins fatigantes.²³ *Il faut avoir une autre activité à côté, une activité très mixte, de la PMA. Après je pense que les gens qui veulent un peu toucher à tout sans se lancer dans des choses trop compliquées, faire de la chirurgie de base. Ça peut être intéressant... (8) ou Ce que j'ai pu constater quand j'étais à Toul et à Nancy, ba dans une petite maternité l'ambiance est nettement meilleure que dans les grosses, une ambiance familiale, tout le monde se connaît, les sages-femmes ont plus de temps pour les patientes. (1)*

L'attractivité de la ville est importante pour quasiment tous les internes sauf un²⁴ : *L'attractivité de la ville n'est pas très importante pour moi, de toute façon on passe beaucoup de temps au boulot. (2)*

Nous constatons que le choix ne poste dépendait du mode de vie de chacun et de la vie personnelle envisagée. Cette dernière joue un rôle prépondérant dans le choix de carrière. Trois des internes aimeraient travailler à 80% après l'assistantat pour pouvoir profiter de leur vie de famille. Le temps de travail souhaité en moyenne serait de cinq jours par semaine, dix heures par jour et cinq gardes par mois dont un week-end.²⁵ *J'aimerais allier mes horaires et ma vie de famille pour trouver un équilibre (2) ou encore Une vie identique mais en quittant plus tôt, en étant plus efficient avec un travail plus condensé. Du coup je pourrais profiter de mes enfants. (3)*

Six internes sur dix pensaient qu'il était intéressant de passer plusieurs fois dans un même stage durant son internat afin de voir sa courbe de progression, ou encore de connaître les équipes et donc devenir autonome plus rapidement.²⁶ *Les équipes ont plus confiance et du coup nous laissent pratiquer plus.* (2)

Quatre avançaient l'argument d'une plus grande facilité à obtenir un poste futur. *C'est utile uniquement pour le repérage et avoir un poste.* (4) Tandis que certains pensaient que c'était à éviter.²⁷ *Si j'aurai adoré retourner en dernier semestre à Bel air ou à Metz mais je ne peux pas parce que le nombre de semestre est limité. C'est un internat qui est long et court à la fois et il y a un moment faut quand même qu'on se lance. Si le but c'est d'avoir un poste il y a tout intérêt à retourner plusieurs fois et travailler avec les équipes. Par contre je pense qu'il y a tout intérêt dans un cursus à aller dans différentes maternités. Moi je ne comprends pas ceux qui n'iront jamais à Metz ou à Thionville. On ne sait pas de quoi l'avenir est fait, c'est des gens avec qui à l'avenir tu vas forcément travailler ou que tu vas avoir au téléphone un jour ou l'autre.* (8)

La proposition d'un stage d'interne dans une maternité de type I révélait des avis essentiellement négatifs.²⁸ *Je pense qu'il n'y a pas d'intérêt parce qu'il faut voir des choses rares durant son internat. Et en niveau I il n'y a pas assez de pathologies. Ça a un intérêt pour les méd. gé. De plus dans certains centres, les dernières reco ne sont pas respectés et ce n'est pas très formateur.* (2) ou bien *Je ne suis pas sûr, après c'est sûr moi 'y suis jamais passé, je me fais peut être des idées sur les mat de niveau I, mais je sais pas si pour notre formation vraiment passer tout un semestre en niveau I ce soit vraiment pertinent. Après alors pourquoi pas faire un temps partagé en niveau I et III comme ce qu'ils font un peu dans les phases socles. Comme ça on voit le type d'exercice* (5) ou encore *Ça n'a aucun intérêt, l'internat est beaucoup trop court. En premier semestre c'est une perte de temps parce qu'il n'y a pas assez d'activité pour avoir une formation correcte...* (6)

Deux internes sont au contraire favorables à un stage en type I²⁹ : *Oui je pense que ça devrait être obligatoire pour tout le monde afin de découvrir le niveau et de voir comment travaille les équipes. Ça permettrait le respect des équipes, de leur travail et de leur fonctionnement. Pour les internes ça permettrait d'être formé aux accouchements physio et de choisir en toute conscience pour la suite.* (7)

Beaucoup d'internes pensaient qu'être assistant en type I ne met pas en valeur un curriculum vitae (CV)³⁰ : *Ça ferme des portes pour des futurs emplois, le seul intérêt est si on*

souhaite un poste de PH dans ce centre et si on désire y faire sa carrière. (2) ou encore Il n'y aura pas de différence au vu du manque de gynéco mais ce n'est pas valorisant. (3)

La moitié des internes concluaient qu'il ne serait pas envisageable de travailler en type I même si ils étaient accompagnés d'un collègue anesthésiste ou pédiatre³¹: *Ça ne règle pas tous les problèmes !! (7) ou encore Il manquera toujours le plateau technique pour la chirurgie. (6)*

d. Rôle de l'expérience professionnelle et personnelle antérieure

Quatre des internes déclaraient que leur vie personnelle jouait un rôle primordial et trois d'entre eux avait déjà un enfant en bas âge. *J'aimerai adapter ma vie professionnelle à ma vie personnelle surtout que je suis en couple avec quelqu'un qui bosse beaucoup. Je trouve qu'il faut être bien dans sa vie personnelle pour faire du bon travail. (3)*

Sur le plan professionnel deux internes racontaient avoir changé d'orientation grâce à leur expérience acquise au cours des différents semestres³²: *Je pense que mon expérience joue un rôle. Au début je voulais travailler dans une clinique privée et puis j'ai fait mon stage à Claude Bernard. J'ai vraiment découvert le fonctionnement de ce genre de structure et du coup je me suis réorientée vers le public. (9) ou bien Au départ je pensais redescendre dans le sud et bosser en niveau I puis finalement la formation était tellement intéressante et la progression rapide donc j'ai changé d'avis. Puis j'aime former les internes et les externes. (10)*

Le vécu de l'internat était en général bon³³: *C'est varié, palpitant. On est bien formé et c'est pas trop chargé, on peut quand même profiter à côté. (2) ou J'ai un bon vécu, pas de souffrance. . C'était cinq années géniales avec beaucoup de rencontres et d'amitié et des liens forts avec les équipes et les sages-femmes. Pas de regret d'avoir choisi cette spécialité. (3) ou bien Globalement on n'est pas à plaindre par rapport à d'autre spécialité. J'aime bien le travail. (6) ou On est toujours séniorisé, ce qui est agréable en premier semestre. Je ne me suis pas ennuyé car on change de poste régulièrement. On avait très peu de garde et le repos de garde sans problème. L'ambiance était bonne. L'apprentissage est rapide car on nous laisse faire des choses facilement. (7) ; Ça demande du temps et de l'investissement mais si c'est une passion c'est parfaitement acceptable. (10)*

Malgré ce bon vécu certains décrivaient la difficulté de compréhension pour la famille proche. *La famille fait remarquer qu'on travaille beaucoup mais en fait on ne s'en rend pas compte. (3)*

Le problème de manque de temps pour le travail universitaire était par contre relevé par plusieurs internes.³⁴ *On n'a pas assez de temps pour les formations et les publications. Le temps est limité et le travail universitaire est long. (4) ou* *Ba globalement non, surtout quand tu n'es pas à la mat. Surtout qu'il y a une loi qui est passée qui a dit qu'il fallait une journée par semaine et on ne l'a pas. Et je trouve surtout que l'on n'est pas encadré. Il y a quelques gens qui encadrent bien voir même très très bien et d'autre où c'est très light. Et surtout il y a zéro tolérance. Après le problème d'une ville comme Nancy c'est qu'il n'y a qu'un seul CHU, un seul voir deux PU et donc c'est compliqué. Et par contre attendre de nous qu'on fasse autant de travaux alors qu'ailleurs ils ne sont pas forcés de le faire je trouve que ce n'est pas normal. Quand tu parles avec des internes parisiens, ils n'ont aucun DU obligatoire et ils ont des cours toutes les semaines au début et ils sont encadrés. Alors que nous on nous demande de faire 5 DU de façon obligatoire et il y a zéro sponsor alors qu'on sait qu'il y a plusieurs moyens pour eux de nous les payer. Et surtout il y a les travaux qui vont avec et très peu de gens qui encadrent. (6)*

Certains d'entre eux l'ont vécu de manière plus difficile.³⁵ *C'est chronophage. L'internat est prenant du coup ça joue sur le moral. Il y a un impact sur la vie personnelle au quotidien (1) ou encore* *Bien mais je ne le referais pas. C'était laborieux et long. Les horaires sont lourds et il y a beaucoup de secrétariat et surtout peu de considération. (9). Ou sinon il peut être difficile émotionnellement parfois (8) et* *Par contre on passe tout notre temps à l'hôpital. (7)*

e. Freins et leviers

Tableau V : Freins et leviers influant sur le choix du lieu d'exercice

	Freins ³⁶	Leviers ³⁷
Vie Personnelle	<p>Travailler loin du domicile (70%)</p> <p>Fatigue donc impact sur la qualité de vie (20%)</p> <p>Impossibilité de poser ses congés (10%)</p>	<p>Peu de temps de trajet (70%)</p> <p>Profiter de ses enfants (40%)</p> <p>Ville attractive : école et loisirs à proximité (30%)</p> <p>Crèche sur le lieu de travail (10%)</p>
Vie professionnelle	<p>Horaires chargés (40%)</p> <p>Difficultés à obtenir des avis de ses confrères spécialistes (30%)</p> <p>Centre avec peu d'activité (30%)</p> <p>Stress (20%)</p> <p>Travailler dans un lieu isolé et seul (20%)</p> <p>Installation chère dans les villes attractives (10%)</p> <p>Système d'astreinte (10%)</p> <p>Quantité de travail importante (10%)</p> <p>Absence de pédiatres et anesthésistes (10%)</p> <p>Type I (10%)</p>	<p>Qualité du plateau technique (50%)</p> <p>Bonne ambiance (50%)</p> <p>Respect des recommandations (40%)</p> <p>Formation continue (40%)</p> <p>Sécurité (30%)</p> <p>Revenus mensuels bons (30%)</p> <p>Encadrer les internes (20%)</p> <p>Possibilité de poursuivre l'universitaire (20%)</p> <p>Reconnaissance des patientes (10%)</p>

IV. Discussion

La totalité des internes ayant participé à notre entretien semi-directif envisageaient de réaliser un post-internat dans des maternités de type II ou III, ce qui est techniquement difficile au vu du nombre de postes disponibles. Nous avons constaté que l'obstétrique ou la chirurgie demeuraient prioritaires dans la pratique future choisie par les internes contrairement à la pratique libérale exclusive. Le sujet de l'attractivité des hôpitaux publics est une problématique investie par plusieurs organismes. En l'occurrence, le Centre national de gestion (CNG) [4], mais aussi l'Inter Syndicat National des Internes (ISNI) [6], la Fédération hospitalière française (FHF) [10] et le ministère des affaires sociales [11] et de la santé ont missionnés le sénateur Jacky Le Menn sur le sujet [12].

Les internes, exercent avec un statut double de praticien et d'étudiant [18]. Le post-internat permet de compléter les compétences acquises pendant l'internat, d'accéder à un éventuel poste de PH et de valider l'accès au secteur II [19]. Afin de pallier les difficultés de recrutement dans les petits centres tels que les maternités de type I, un statut d'AS à temps partagé a été créé permettant de garder une activité dans les structures de type II ou III. Ceci reste acceptable pour les internes à condition de maintenir une formation continue dans un centre plus important et d'avoir un temps de trajet de moins d'une heure. La difficulté d'organisation est l'inconvénient majeur énoncé dans l'ESD. D'autres statuts ont été créés afin de répondre aux besoins des établissements comme le statut de praticien attaché ou le statut de praticien hospitalier contractuel (PHC) [20].

La répartition géographique des unités obstétrico-néonatales de type III est très inégale et la volonté d'organisation des maternités en réseaux se heurte à une insuffisance d'effectif des médecins impliqués dans la prise en charge de l'accouchement. [21] Ceci associé à d'autres éléments intercurrents tels que l'économie de budget ou encore les sophistications des plateaux techniques avec impossibilité de remise aux normes des petits centres, ont entraîné une baisse de 20,1% du nombre de maternités en France entre 2002 et 2012 [22]. Il existe par conséquent comme dans toute spécialité des désert médicaux avec une orientation des patientes vers les sages-femmes pour leur suivi obstétricale mais également gynécologique. [23] Nous constatons cependant que les futurs assistants ne sont pas fermés à l'idée de consulter une journée par semaine dans un désert médical moyennant certaines conditions.

La Lorraine actuellement Grand Est est divisée en 4 départements. L'indice conjoncturel de fécondité en Lorraine augmente depuis 1995, mais moins vite qu'au niveau national: 1,83 contre 1,97 sur la période de 2007 à 2009, et il en est de même du nombre de naissances vivantes qui progresse mais de façon moindre : 0,6% en Lorraine contre 1,2% en France. [8] La région comprend 10 maternités de type I, 9 de type II et une seule de type III située à Nancy [8]. Un réseau régional de périnatalité a été créé en 2001 puis étendu en 2008 pour améliorer la coordination de ces centres. Le nombre d'accouchements en 2015 sur l'ensemble de la Lorraine était de 23 902. Quinze maternités réalisent moins de 1500 accouchements par an, dont onze en réalisent moins de 1000 [9]. Nous nous heurtons à deux problèmes principaux que sont le recrutement des futurs praticiens dans des maternités isolées des grandes villes, notamment les maternités de type I telles que Epinal, Mont Saint Martin ou Briey et en parallèle le problème de formation dû au nombre croissant d'internes avec 39 internes de GO sur 5 ans en Lorraine en 2015 [8], par saturation des services et carences des postes en post-internat qui sont déjà évoquées depuis 1998 dans le rapport Nicolas [24]. C'est pour cela que le DES de GO avait été isolé du DES de chirurgie générale en 1999 [15,25]. Cette saturation s'explique par le fait que l'augmentation du nombre d'internes n'a pas été suivie d'une majoration du nombre de postes de CCA, ni du nombre de postes d'AS [16]. Des postes d'AS sont ouverts dans toutes les maternités de type I et II mais de manière inégale selon les hôpitaux et souvent en nombre insuffisant. Le nombre de postes de PH à temps plein en établissement public en 2008 était de 70 sur la région Lorraine et 21 à temps partiel [26]. En 2002 a été réalisée une première enquête nationale auprès des internes inscrits au DES de GO ayant montré que les deux tiers des internes interrogés envisageaient un exercice généraliste de leur spécialité, incluant la gynécologie médicale [17]. Ces résultats remettaient en question la nécessité d'une filière spécifique de gynécologie médicale. Une seconde étude réalisée en 2006 avait pour objectif d'évaluer quel post internat et quels types d'installations et d'activités professionnelles envisageaient les internes inscrits aujourd'hui au DES de GO [15]. Cette étude concluait que les internes du DES de GO souhaitent avoir une activité clinique généraliste dans laquelle l'obstétrique garderait la première place. Dans leur souhait d'installation, les DES de GO envisagent l'exercice en cabinet de ville que s'il est couplé à une activité hospitalière. Dans l'étude de Carcopino et al. réalisée en 2006 [16], 73% des internes souhaitaient faire un post-internat dont 44% en CHRU. Leur étude ultérieure [15] révélait déjà le problème actuel avec des réponses similaires aux nôtres, c'est-à-dire que la totalité des internes de GO envisageaient d'effectuer un post-internat. Nous constatons que les résultats du questionnaire étaient similaires à ceux obtenus lors de notre études de 2015

exceptées le désir de réaliser une carrière universitaire qui était plus important dans l'étude actuelle et par conséquent le souhait d'avoir un poste en maternité de type III. [6] L'offre des services en CHRU étant insuffisante, deux tiers des internes espèrent obtenir un poste dans une maternité de périphérie ou un temps partagé avec une maternité de type II ou III. Ces résultats montrent le rôle crucial que vont jouer les centres hospitaliers régionaux (CHR) non universitaires dans la formation des futurs PH français. Cependant les maternités de type I, IIA ou IIB réalisant moins de 1500 accouchements par an, ne sont choisies en première intention que par une minorité d'internes.

Nous constatons dans notre précédente étude que les choix de postes ne se basaient pas uniquement sur les souhaits professionnels, mais que la vie personnelle faisait partie de leur réflexion, notamment en choisissant un hôpital dans une ville attractive ou proche de son domicile. [16] Cette étude montre que les internes aiment leur spécialité de part son aspect urgence et l'étendue des situations rencontrées mais aussi qu'ils sont attachés à ne pas délaisser leur vie personnelle et ceci en prévoyant de ralentir leur rythme de travail en fin de carrière avec une activité plutôt orientée vers le cabinet de ville. Cela est probablement liée à une population féminine souhaitant ou ayant déjà créée une famille et désirant profiter de ses enfants. Beaucoup aimeraient agencer leurs horaires afin de quitter plus tôt, certains souhaiteraient travailler à 80% au long terme. Le choix d'un confort de soin avec la présence d'un plateau technique de qualité mais aussi une sécurité médico-légale (anesthésiste, pédiatres et gardes sur places) ainsi qu'une formation continue avec respect des recommandations passaient en priorité au détriment des petites structures. La majorité des internes évoquaient la peur de se retrouver isolés dans les petites structures mais également de perdre la gestuelle de base en obstétrique secondaire au manque d'activité. Il existe une méconnaissance de ces structures et de leur fonctionnement du fait de la maquette de GO où un très faible nombre d'internes y passent durant leur cursus. Deux avantages sont tout de même mis en avant : travailler dans une ambiance familiale et avoir la possibilité d'exercer une activité polyvalente sans avoir le besoin de se sur-spécialiser. Le rajout d'un semestre obligatoire durant l'internat dans ces maternités avec l'assurance d'une qualité d'enseignement a été soulevé par notre ESD et a reçu à des avis plutôt négatifs. Une grande majorité pensait que le manque d'activité ainsi que le manque de praticiens ne sont pas en faveur d'une bonne qualité d'enseignement.

Nous nous sommes rendus compte que l'internat a permis à chacun de consolider son expérience propre et de choisir sa voie de manière réfléchie avec pour certains, des bifurcations d'orientation par exemple du secteur privée au public. Nous constatons

également que pour la majorité des internes ces cinq années de formation étaient bien vécues. Les principaux inconvénients évoqués étaient le manque de temps pour la formation universitaire avec un non-respect des demi-journées de formation autorisées par la loi. [27] Des remarques étaient d'ailleurs faites sur l'obligation de réaliser minimum quatre DU ou DIU dans le secteur Grand Est contrairement aux autres régions où aucune formation n'est imposée mais laissée sur la base du volontariat.

Concernant les revenus mensuels, les objectifs et les estimations concordaient avec la réalité et avec les résultats de l'étude précédente. La majorité des internes pensaient qu'un gynécologue en cabinet avec une part d'activité salariale gagnait plus qu'un gynécologue en pratique libérale exclusive, cependant dans l'étude de l'INSEE de 2011 [28], la part de l'activité libérale était plus importante de 84,5% avec un revenu salarié ne représentant qu'une faible part du revenu d'activité (11% pour les spécialistes soit 15 300 euros) [29, 30]. Malgré des estimations plutôt correctes des revenus, la disparité des réponses recueillies par le questionnaire nous laissait à penser que les conditions salariales ne sont pas au premier échelon des négociations dans le choix d'un poste.

Conclusion

Nous constatons de réelles difficultés démographiques car une majorité des internes lorrains souhaite s'installer dans une maternité au minimum de type II composée d'une équipe de 6 à 10 praticiens avec la présence d'un anesthésiste et d'un pédiatre dédiés à l'obstétrique. Des conditions personnelles s'ajoutent à toutes ces conditions telles que la possibilité d'exercer dans une maternité se situant à moins d'une heure de son domicile, mais encore pouvoir adapter ses horaires pour profiter de sa vie de famille, travailler et vivre dans une ville attractive avec des infrastructures à disposition. Ces conditions ne sont pas remplies par les maternités de type I. Les internes de GO lorrains ne s'orientent pas vers un exercice en cabinet de ville en début de carrière sauf s'il est couplé à une activité hospitalière. L'ancienne pratique de la médecine avec une dévotion totale des médecins à leur métier au détriment de leur vie personnelle ne semble plus d'actualité pour les internes Lorrains puisque le potentiel culturel du cadre de vie ainsi que le mode d'exercice en équipe sont devenus des critères dans le choix de leur future installation. Les internes actuels, futurs GO de demain annoncent des modifications de l'exercice de notre spécialité qui ont déjà débuté, et nous pouvons nous questionner sur la pérennité des petites maternités isolées telles que Remiremont, Verdun, Sarrebourg au profit de plus grands centres. C'est ce que l'on constate déjà dans certains pays nordiques comme la Finlande où les maternités sont peu nombreuses mais permettent un accueil confortable d'un très grand effectif de patientes sans augmentation de la morbidité maternofoetale.

Bibliographie

1. Vanasse A, Orzanco MG, Courteau J, Scott S. Attractiveness of family medicine for medical students: influence of research and debt. *Canadian Family Physician*, 2011 Jun; 57(6): e216-27.
2. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Paris : Institut de recherche et documentation en économie de la santé ; 2006. 70 p. Rapport n° 534 (biblio n° 1635). I.S.B.N.: 2-87812-337-9.
3. Georgescu I. The Internal Financial Pressures, determinants and consequences on attitudes and behaviours: a study on French Public Hospitals. Université Montpellier I; 2010.
4. Aubart F, Delmotte D, Jacob A, Pruvo JP, Veran O. Mission nationale coordonnée par Toupillier D. Exercice médical à l'hôpital. Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. 2011 ; 118 pages. Rapport
5. Fédération hospitalière française. Rapport de la commission permanente de l'attractivité médicale. L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public. FHF. 2014. 42 p. Rapport final.
6. Honoré-Rougé L, Marnat M, Chamagne M, Morel O. Évaluation des critères de choix du futur lieu d'exercice chez les internes Lorrains de Gynécologie. Nancy. 2018.
7. Bardin L. L'analyse de contenu. Presses Universitaires de France (PUF). 1977.
8. ARS Lorraine ; périnatalité, diagnostic régional et territorial. 2011.
9. Réseau périnatal Lorrain ; Chiffres clés en 2012.
10. ISNIH, Attractivité Hôpital Public, 2013.
http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/isnih_contribution_au_pacte_de_confiance.pdf
11. République française. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme ; Attractivité de l'exercice médical, plan d'action pour l'hôpital public. 2015.
12. Le Menn J, Chalvin P. L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester ; 2015. 274 p.

13. Chanavaz-Lacheray I, Nizard J. Démographie de la gynécologie- obstétrique en France en 2003 : les internes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005;34:321-7.
14. Debet B, Carcopino X, Nizard J. Quelle activité professionnelle envisagent les internes en gynécologie-obstétrique en 2006? Résultats d'une enquête nationale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 ; 37:400-408.
15. Carcopino X, Bats AS. Quel post-internat pour les internes de gynécologie-obstétrique? *J Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006;35:242-6.
16. Nizard J. Médicale, obstétricale ou chirurgicale, quel type de pratique intéresse les internes d'aujourd'hui ? *J Gynécologie Obstet Biol Reprod*. 2002;31:550-3.
17. CSP, article D6153 : Internes et étudiants en médecine et pharmacie : statut des internes : entrée en fonction, gestion, rémunération et avantage sociaux.
18. Bardin L. *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France (PUF). 1977.
19. Inter-syndicat national des internes (ISNI). Le post internat.
<http://www.isni.fr/formations/le-post-internat/>
20. République française. Article R6152-416 relatif au code de santé publique. Modifié par le Décret n°2010-1137 du 29 septembre 2010.
21. Haute autorité de la santé. Recommandation de bonnes pratiques : Orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. HAS; 2009. p 50.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_935540/fr/grossesses-a-risque-orientation-des-femmes-enceintes-entre-les-maternites-en-vue-de-l-accouchement
22. Vanlerenberghe JM. Rapport d'informations : fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités. Sénat ; 2015. 220 p. Rapport numéro 243.
23. Bellaish-allart J, Hedon B, Marie-Scemama L, Pagnanelli E and al. Les instances professionnelles en gynécologie et obstétrique dénoncent des mesures gouvernementales qui nuisent à la surveillance médicales des femmes. SYNGOF ; 28 juin 2016.
24. Nicolas G, Duret M. Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie réanimation, gynécologie obstétrique, psychiatrie, et pédiatrie. 1998.

25. République française. Arrêté du 29 mars 1999 modifiant l'arrêté du 23 mai 1990 modifié fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF n°103 du 4 mai 1999. p 6632.
26. ADELI SIGMED : Fiche descriptive de la démographie des médecins en Lorraine au 1^{er} janvier 2008 ; publication par le DRASS de Lorraine en janvier 2009.
27. République française. Article R6153-2 relatif au code de santé publique. Modifié par l'arrêté du 30 juin 2015 relatif aux modalités d'élaboration et de transmission des tableaux de services dédiés au temps de travail des internes.
28. Fédération Hospitalière de France. La rémunération des médecins à l'hôpital, Pôle ressources humaines hospitalières. FHF ; 2011.
29. Pla A, Mikol F. Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés. Emploi et revenus des indépendants. édition INSEE références. 2015 ; P. 43-58.
30. Fédération Hospitalière de France. La rémunération des médecins à l'hôpital, Pôle ressources humaines hospitalières. FHF. 2011.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Thèmes	Sous-thèmes
Peux-tu me décrire ton cursus jusqu'à aujourd'hui et jusqu'à la fin de ton internat ?	<ul style="list-style-type: none">- En quel semestre es-tu ?- Quels stages as-tu effectué ? Lesquels as-tu prévu de faire par la suite ?- De quelle région es-tu originaire ?- Où loges-tu actuellement ?- Penses-tu avoir choisi ces stages de manière réfléchie pour la suite de ta carrière ?
Quelle carrière envisages-tu après ton internat ?	<ul style="list-style-type: none">- Quelle Orientation souhaiterais-tu et pourquoi ?- Dans quel type d'établissement aimerais-tu travailler ?- Quel poste envisages-tu en post internat et en post assistanat immédiat ? et quel poste t'as été proposé durant l'internat ?- As-tu une volonté différente en fin de carrière et laquelle? Et pourquoi ?- Aimerais-tu poursuivre un temps partagé après l'assistanat ?- Est-ce qu'à poste équivalent tu resterais dans la région ?
Quels sont pour toi les critères t'ayant amené à choisir cette carrière plutôt qu'une autre ?	<ul style="list-style-type: none">- Pourquoi as-tu choisi l'obstétrique, l'AMP, la chirurgie ou l'échographie ?- Pourquoi préfères-tu un établissement public ou privé ?- Qu'est ce qui t'as amené à vouloir faire du libéral ?- Quelles sont pour toi les avantages d'un temps partagé ?- Travailler dans un désert médical est-il envisageable ?- Quel est ton objectif de salaire ?- En quel semestre t'es-tu décidé ?

<p>Quels sont pour toi les éléments majeurs t'amenant à choisir cette maternité plutôt qu'une autre plus petite ou plus grande ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles différences majeures vois-tu entre une maternité de niveau I ou IIA une maternité de niveau IIB ou III ? - Comment envisages-tu ta vie personnelle par rapport à ce choix ? - Trouves-tu que l'attractivité de la ville dans laquelle se situe la maternité est suffisante pour y vivre sur le long terme ? - Que penses-tu de l'intérêt de repasser plusieurs fois dans une maternité durant l'internat pour le choix futur ? - Que penses-tu d'un assistantat en niveau I sur un CV pour l'avenir ? - Irais-tu plus facilement en niveau I si tu étais accompagné d'un collègue anesthésiste ?
<p>En quoi ton expérience professionnelle et personnelle antérieure joue-t-elle un rôle dans ton choix de carrière ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comment décris tu ton parcours jusqu'à aujourd'hui sur le plan professionnel ? - Quels stages t'ont le plus orienté pour la suite de ta carrière ? - Quel est ton vécu par rapport à ton internat et au rythme de travail ? - Quel est ton vécu quant à ton expérience ? - En quoi ta vie personnelle actuelle t'oriente dans ton choix de carrière ?
<p>Quels sont pour toi les freins et les leviers relatifs au choix du lieu d'exercice futur ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Freins et leviers pour la vie personnelle - Freins et leviers pour la vie professionnelle

Annexe 2 : UMS

¹ Choix de stage réfléchi

- (1) « Oui sauf pour l'AMP, je l'ai pris pour découvrir la spécialité parce que le stage était libre.»
- (2) « Je pense oui ...Je me suis dit que c'était pendant l'internat qu'il faut essayer de varier au plus des choses que je ne verrais plus jamais.
- (3) « Oui, je pense surtout que j'avais le choix à chaque fois. Je n'ai fait aucun semestre à Thionville car trop loin et plus petite structure que Metz. Donc je n'en ai pas trouvé l'utilité. »
- (4) « Ouais !! Après j'ai fait l'ICL donc de la chir cancéro, j'ai fait de l'ORL, de la gynéco et du digestif. Après j'ai fait de la gynéco à la maternité. Et puis après inter CHU à Lyon en cancéro pour faire de la gynéco et de la sénologie »
- (5) « Oui je pense après je n'ai fait aucun semestre à Thionville parce que c'est trop loin et je n'ai pas fait de semestre en niveau IIA et I parce que j'aime les niveaux II et III et que c'est plus intéressant. »
- (6) : « Ba grosso modo, le premier c'est un peu sur les conseils de X ou Y mais après oui la maquette a été faite en fonction de ce que je veux faire donc passer au plus vite à l'ICL, valider le DESC de cancéro en validant la radiothérapie. Et derrière les trois hors filières. »
- (8) « Oui comme j'avais toujours le choix donc j'ai toujours eu ce que je voulais comme stage. On ne m'a jamais forcé à prendre un stage.»

² Choix de stage imposé

- (7) « Avec la nouvelle réforme et la phase socle, les premiers semestres ne choisissent pas leurs premiers stages. Pour le suivant je vais en temps partagé entre Toul et la maternité de Nancy. J'aurai préféré commencer par un niveau I pour pouvoir faire pleins d'accouchement physio ou encore commencer à Nancy parce que je vis à côté.»
- (9) « Je n'ai pas pu choisir mes premiers stages à cause de mon rang de classement puis j'ai choisi des stages variés pour avoir une formation la plus complète possible donc pas une orientation vers une surspécialisation.»
- (10) « Non, en fait en début d'internat, il n'y a pas beaucoup de choix disponible et les hors filières sont pris par les vieux donc on ne peut pas les faire.»

3 Durant le stage d'externat

(3) «J'ai fait deux stages d'externe passionnants qui m'ont donné envie de faire cette spé.»

(5) « Moi avant tout quand j'ai passé le concours de l'internat, ce qui m'intéressait c'était la spécialité avant tout peu importe la ville »

(6) « Oui en fait je suis passé en stage de gynéco mais chirurgie exclusivement avec du bénin et du malin. Et puis voilà.»

(7) « Mon stage d'externe était passionnant. Je pense que c'est parce que les patientes sont en bonne santé et que c'est une spécialité transversale avec de la clinique, de l'imagerie et des gestes.»

(8) « C'était mon premier choix, c'était quand la gynéco était encore obligatoire pendant l'externat, ça ne l'ai plu. Puis j'ai doré, l'ambiance, c'est un beau métier et normalement les gens ne sont pas malades.»

4 L'urgence

(5) « J'aime l'adrénaline et l'urgence »

(6) « on arrive quand même à sauver des vies.»

5 Spécialité mal connue

(2) « Je pensais que la gynéco c'était uniquement faire des consultations en cabinet. »

6 Orientation vers l'obstétrique

(3) « Après en obstétrique j'aime le relationnel avec les patientes et le suivi. Puis j'adore le fait de travailler en équipe c'est ce qui va me manquer en libéral.

Pour l'écho j'aime même dans le vie de tous les jours, les détails, c'est un peu comme une enquête. Et je suis très physionomiste et ça se retrouve en écho. En plus c'est une surspécialisation confortables parce qu'on est assis et les horaires sont fixes. »

(5) « Je suis allée en PMA parce que j'y ai réfléchi et puis je me rend compte que dans tous les stages que j'ai pu faire c'est l'obstétrique qui me plaît. La chirurgie j'aime bien mais plutôt savoir faire des petits gestes en garde comme une coelio GEU. »

(7) « J'aimerais faire de l'obstétrique en gardant une petite part chirurgicale et en faisant des consultations. Comme ça la carrière est très adaptable. On peut également se dire je fais une journée de consult et je finis tôt ou je fais une journée de bloc bien remplie. »

(8) « Après je veux faire le DESC de fœtopathologie. C'est deux ans, donc je vais m'inscrire l'année prochaine. J'aimerais bien avoir une activité mixte, enfin transversale en tout cas, quelque chose qui soit un peu pas de l'avant après mais de la corrélation imagerie- morpho-anatomique. »

(10) « Je trouve que la médecine fœtale ouvre le champ, je n'y connaissais rien avant ce semestre. Ça permet de découvrir de nouvelles pathologies et de rechercher des diagnostics. Le suivi des patientes et du fœtus est intéressant. Et il y a des gestes avec les amniocentèses.»

⁷ Orientation vers l'AMP

(1) « C'est un suivi global de la femme. C'est une surspécialisation intéressante. Après pour l'obstétrique c'est parce que il y a pleins de gestes c'est manuel. Et il n'y a pas trop de chir. »

(2) « Euh parce que j'ai fait donc six mois d'AMP et cette pratique m'a bien plu et puis euh parler de reproduction c'est une autre part de la gynéco qui m'a plu et que j'avais envie d'approfondir. »

⁸ Orientation vers la chirurgie

(4) « Je plus à l'aise là et que le coté obstétricale avec les interruptions médicales de grossesse, le côté des responsabilités extrêmement importantes et surtout je suis beaucoup plus à l'aise en chirurgie. Et le suivi des patientes sur le long terme c'est surtout en chirurgie qu'en obstétrique où on les voit pendant la grossesse et après on ne les voit plus en général, je trouve ça plus intéressant. »

(6) « Parce que j'aime la chirurgie le côté manuel, la patientèle en obstétrique est plus compliquée et puis j'ai plus d'attrait pour la chir que pour l'obstétrique. »

(9) « Déjà parce que c'est une spécialité chirurgicale, ensuite parce que les pathologies sont variées avec un accès à l'oncologie et la possibilité de faire de l'échographie»

⁹ Carrière hospitalière en début de carrière

(1) « Au départ je préférerais être à l'hôpital puis pourquoi pas en libéral. Mais j'aimerais garder une activité hospitalière avec des gardes. »

(2) « Alors moi j'aurai bien aimé après l'internat, une activité hospitalière mais vu que c'est la famille qui va décider un petit peu de la localisation ou je vais être, j'espère avoir de la place à l'hôpital là où on aimerait vivre mais si je n'ai pas de place je me mettrai en libéral. »

(3) « J'ai un poste d'assistante dans un niveau IIB à Belfort à temps plein pendant deux ans. »

- (4) « Une carrière sur un site avec un plateau technique suffisant et qui me permette d'opérer. Que ce ne soit pas juste de la petite chir gynéco avec une hystérectomie de temps en temps, j'ai pas fait ce cursus pour ça. »
- (5) « J'aimerais bosser dans un niveau IIB ou III pour avoir une activité obstétricale soutenue. J'ai peur de m'ennuyer et de ne plus avoir de patho. »
- (6) « J'aimeraii travailler dans un centre de niveau III ou un centre de cancérologie. J'ai fait un master et j'aimerais vraiment poursuivre la recherche et l'universitaire. »
- (7) « J'aimerais travailler dans le milieu hospitalier en niveau IIA ou IIB selon le poste de disponible.»
- (8) « Je vais travailler en niveau III et à la mat de Nancy. »
- (9) « J'aimerais travailler à l'hôpital parce que c'est une activité qui correspond plus à une activité hospitalière notamment foetopath »
- (10) « J'aimerais être en hospitalier, le mieux serait un niveau III ou IIB avec un temps partagé avec un niveau III. Dans l'idéal 6 mois ou un an»

¹⁰ Carrière libéral en fin de carrière

- (1) « A partir de 50 ans je pense faire du libéral. Les gardes sont trop fatigantes et c'est une spécialité usante. »
- (2) « Je ne sais pas, en fait l'avantage des gardes c'est le repos de garde. Si je suis dans un service hospitalier où les gardes ne sont pas épuisantes, oui je pourrais continuer une activité hospitalière. Je pense que je préfèrerai l'hospitalier. Le libéral ce serait pour une volonté de choisir mes horaires, de ne plus faire de gardes et de passer toutes mes soirées à la maison »
- (3) « Non j'aimerais ensuite m'installer en libéral pour faire du suivi de grossesse et de l'échographie de dépistage mais pourquoi pas garde une activité hospitalière à mi-temps. »
- (5) « Oui, après je pense que mes enfants seront grands donc je n'aurai plus ce côté-là, y aura peut-être mes petits-enfants, mais peut être aussi pour voyager, pour faire tout ce que n'aurai pas pu faire en début de carrière. »
- (7) « Hospitalier ou libéral franchement pour l'instant je n'ai pas de préférence mais je sais que je ne ferais pas d'urgence tout ma vie.»
- (9) « Non, je pense que je finirai par me mettre en libéral pour ne plus avoir à faire de gardes et surtout pour être moins stressée et avoir moins de souci.»
- (10) « Premièrement pour l'overdose de l'ambiance hospitalière puis parce que je pense qu'en fin de carrière on est moins malléable donc c'est plus compliqué de se remettre à jour et de changer ses pratiques. Et l'adrénaline est quand même moins recherchée.»

¹¹ Poste de CC

(5) « J'accepterai un poste de chef de clinique mais aussi une poste d'assistante en niveau II ou III ou temps partagé même si c'est un niveau I. »

(6) « L'encadrement des internes si possible pourquoi pas une carrière universitaire. Pas de poste de PU mais d'encadrement de travaux et avoir toujours une activité de recherche..»

(8) « C'est un centre de référence pour la foetopath. Il n'y pas un autre centre de foetopath dans la région.»

(10) « Si je suis en niveau III, j'aimerais un poste de chef de clinique.»

¹² Poste de CC mais préférerais un poste d'AS

(1) « Après tu vois, ce n'est pas parce que par la suite je veux pas faire de l'hospitalo-universitaire mais si y a un poste de Chef de clinique, ba y a un poste de chef de clinique, même si je ne veux pas en faire forcément après »

(7) « Pour l'instant n'importe, je prendrai là où il y a une place de disponible. ...Je voudrai rester en hospitalier dans un niveau IIB ou IIA, c'est varié et moins stressant qu'un niveau III »

¹³ Poste d'AS en niveau II

(2) « Assistante ! Je pense pour la charge de travail parce que j'aime bien l'universitaire mais je ne serai pas professeur et j'ai une vie de famille et j'ai envie de faire mon métier et d'avoir un équilibre entre ma vie de famille et mon travail. »

(3) « J'ai un poste d'assistante dans un niveau IIB à Belfort à temps plein pendant deux ans.»

(9) « Oui, j'envisage une carrière en milieu hospitalier avec une préférence pour un niveau I ou II. J'aurai accepté un poste en niveau III avec réticence.»

¹⁴ Travailler dans le secteur public

(2) « Ne connaissant que le public, je vais dire public de prime abord mais j'irai bien dans le privé si il n'y pas de place dans le public. Mais pour moi c'est le public ma référence. »

(3) « Plutôt public comme ça je pourrais plus facilement référer mes patientes au CHU. »

(6) « J'ai une préférence pour le public, pour pouvoir maintenir l'universitaire et la recherche »

(7) « Et puis derrière on verra, si à la sortie j'ai un poste de médecin de centre ou en public. Je privilégie le public, sinon je verrais. »

(8) « c'est sûr qu'on pas un salaire équivalent à celui du privé mais on a quand même le confort d'avoir une prise en charge des assurances, la sécurité d'être couvert par l'hôpital. Et puis notre salaire ne dépend pas de notre activité, bon c'est un bien et un mal mais c'est aussi intéressant. »

(9) « Public !!! Le privé est régit par l'argent et ce n'est pas du tout ma manière de penser. Je trouve qu'on ne réfléchit moins pour le bien du patient. On a quand même le confort dans le public de ne pas réfléchir à la comptabilité et à sa fiche de paye. Et on a tous le matériel à disposition.»

(10) « Public je pense. Il y a une vraie formation continue avec des cas variés, il y a des protocoles solides en place et les praticiens sont plus expérimentés.»

¹⁵ Aucune préférence entre le secteur public et privé

(5) « Surtout le nombre de praticiens parce que c'est important de ne pas être tout seul, de pouvoir te reposer aussi sur d'autres personnes »

(7) « C'est difficile parce qu'il y a pleins d'avantages et d'inconvénients dans les deux. Dans le public, il y a le travail en équipe, des staffs plus réguliers, la présence d'étudiants donc plus stimulant, plus facile de demander un avis à d'autres spécialistes, c'est pluridisciplinaire, plus adapté aux patientes. Une fois la journée finie pas d'astreinte donc pas de stress car le médecin de garde est sur place, mais la paye est moins valorisante, les horaires sont chargées, il y a beaucoup d'administratif et le système marche au ralenti.

Dans le privé : tout est plus rapide, la gestion du temps plus optimisée, on est seul à prendre les décisions, le salaire est meilleur et il faut aimer la gestion. On peut moduler ses revenus à ses besoins. C'est donc plus adaptable à la vie et puis on peut choisir sa clientèle. Il y a aussi la possibilité de faire de l'écho en cabinet.»

¹⁶ Inconvénient d'un poste en temps partagé

(6) « Non, clairement non parce que les temps partagé c'est une perte de temps. Quand c'est un an/ un an : c'est un bout d'un an dans une structure que tu commences à être bien, à avoir une activité et ta patientèle. Et quand tu fais deux jours/ trois jours, tu n'es jamais nulle part et aucune des équipes ne te fait confiance. Et en chirurgie quand tu opère, il faut être un petit peu au chevet des patientes.»

(8) « Je ne sais pas comment tu peux t'intégrer. Je pense que c'est compliqué. Après je ne comprends pas trop, le risque c'est le manque d'investissement. Là on est dans une organisation de groupement hospitalier de territoire avec Nancy, Lunéville et Toul donc si le

fait de travailler ensemble doit passer au début par des temps partagés oui. Mais à l'avenir de toute façon il faut que les staffs soient des staffs communs, le CPDP est déjà commun donc les gens, s'ils ont des dossiers, peuvent venir au staff. Mais venir juste pour prendre une demi-journée de chirurgie ou de consultations je ne comprends pas trop parce que d'un autre côté on a aussi besoin d'avoir des temps pleins à la mat. Je trouve ça bancal comme organisation. Je pense que ça a répondu à un certain besoin à un moment, qui était d'installer des gens dans des maternités où personne ne voulait aller mais je pense que sur le long terme, je ne pense pas qu'il faille continuer avec des choses comme ça. Après si c'est le seul et unique moyen d'avoir des gens on va dire avec un fil à la patte et des gens formés à Nancy et qui sont compétents ba oui alors faut faire ça. »

¹⁷ Avantage d'un poste en temps partagé

(1) « Travailler dans plusieurs maternités. Par exemple niveau III/niveau I, ce que j'ai pu constater quand j'étais à Toul et à Nancy, ba dans une petite maternité l'ambiance est nettement meilleure que dans les grosses, une ambiance familiale, tout le monde se connaît, les sages-femmes ont plus de temps pour les patientes. Et puis j'ai trouvé, enfin c'est toujours pareil c'est par rapport à Nancy et à Toul, c'est pas la même patientèle, Toul je trouvais que les gens étaient beaucoup plus respectueux. »

(2) « Déjà un avantage financier avec la prime multisite, ensuite la possibilité d'être multidisciplinaire et de travailler dans des équipes différentes. Mais surtout d'avoir une activité différente parce que je pourrais faire de l'AMP dans un établissement et de l'obstétrique dans l'autre. »

(4) « C'est pouvoir faire de la chirurgie fonctionnelle dans un centre qui permet d'en faire et même de la chirurgie un peu plus poussée et faire de la cancéro dans un centre qui est adapté avec une prise en charge globale des patientes. »

(10) « Pouvoir travailler avec deux équipes différentes de sages-femmes et de médecins, travaillé dans deux ambiances différentes et de deux manières différentes. Pouvoir souffler un peu dans un niveau inférieur quelques jours par semaine. Voir l'évolution des conduites à tenir selon les endroits et avoir la possibilité d'améliorer les choses dans un centre par rapport à son expérience professionnelle acquise dans l'autre. »

¹⁸ Exercer dans un désert médical

(1) « Ok mais une journée max par semaine... Un bon salaire, une bonne ambiance. Si c'est loin, il faudrait être très bien payé. »

(2) « Si moi-même j'habite dans un désert médical ou que j'habite pas trop loin pourquoi pas. Mes conditions ce serai que ce soit adapter à mon planning, je ne ferai pas un jour supplémentaire de travail pour juste aller dans un désert médical mais si je travaille un jour en mois pour y aller alors pourquoi pas, ça m'intéresserait. Je pense pas que je ferai trois heures de route quand même. Et puis des locaux à disposition parce que si je dois encore louer le truc et le machin et que je n'ai pas de matériel c'est un peu compliqué. Mais ça ne me dérangerai vraiment pas. On va dire intellectuellement c'est intéressant. »

(3) « Oui pourquoi pas mais deux jours max par semaine et pas plus loin que 45 minutes. »

(4) « Ok si il y l'ensemble du matériel à disposition avec une secrétaire pour optimiser le temps sur place, si la distance est de moins de 30 ou 40 min par rapport à chez moi avec prime de déplacement. Maximum un jour par semaine et que de la gynéco pure. »

(6) « Je le fais d'ailleurs à l'ICL de ce que je connais, les chefs de cliniques et les PH vont par exemple à Lunéville et ont une consultation seins. Et ce que j'ai envie de leur proposer c'est d'aller plus loin que ça c'est d'aller dans les petites mat et faire une demi-journée de consultations pour recruter le plus possible.

Mes conditions ? Aucune !! Peut-être max un jour par semaine. Forcément il faut un peu de matériel à disposition. Et hystérocopie si possible.»

(7) « Par contre je serai aussi d'accord pour aller aider dans un désert médical, genre quelques heures par semaine donc une demi ou une journée par semaine. Faire quelques consultations dans un centre médical si ce n'est pas trop handicapant pour les praticiens.»

(8) « Oui on peut très bien imaginer des consultations avancées une journée ou une demi-journée. Je ne serai pas contre parce que je pense que c'est notre boulot de médecin. Après je ne ferai pas ça toute ma vie c'est sûr. Les conditions ce seraient que les transports soient remboursés, pris en charge.»

(9) « Je dirais ok mais pas tous les jours, un peu en mode temps partagé. Après sous condition d'un salaire honorable et d'une très bonne qualité de vie avec des horaires confortables.»

(10) « Oui mais une ou deux journées par semaine.»

¹⁹ Salaire de base inconnu

(1) « Au moins 6000. En fait je ne me rends pas du tout compte. »

(4) « J'y ai pas vraiment réfléchi, j'ai pas d'objectif je crois qu'il y a des grilles ? »

(6) « Je n'ai aucune idée du salaire d'un assistant. Je dirais entre 3000 et 5000 euros.»

(9) « Je ne savais déjà pas quoi répondre sur ton questionnaire, j'ai mis au pif »

(10) « Je n'ai aucune idée du salaire de base d'un assistant »

²⁰ Avantages d'une maternité plus grande

(8) « Non, non, non, moi je me suis toujours plu à la maternité, enfin il y a à la fois le lieux, enfin la ville, le fait que j'y habite et le fait que ça corresponde à l'activité que je veuille faire, c'est un tout. Il y a un certain nombre d'accouchements qui permet d'avoir un certain nombre de cas, de pathologies... C'est un centre de référence pour la foetopath. Il n'y pas un autre centre de foetopath dans la région. . Déjà mon critère de choix c'est un critère de satisfaction professionnelle, je choisie une voie qui ne s'exerce que en maternité de type III. »

(10) « ...tandis que dans les plus gros centres et surtout les niveaux III il y a un savoir-faire avec une acquisition de compétences. Mais il y a aussi des pathologies diversifiées avec des anesthésistes et des pédiatres compétents sur place. »

²¹ Inconvénients d'une maternité plus grande

(6) « Il y a aussi le nombre d'accouchement pour savoir si les gardes sont fatigantes »

(9) « J'aurai accepté un poste en niveau III avec réticence. Je ne suis pas à l'aise en obstétrique et avec les prématurés. Je n'ai pas de feeling avec l'universitaire et c'est pas mon truc d'encadrer des internes. »

²² Inconvénients d'un niveau I

(2) « Moi je trouve que c'est dangereux le système d'astreinte, imagine un arrêt aux épaules, on est obligé de venir vite et du coup on est stressé sur la route. »

(3) « Faut anticiper tous les gestes et du coup c'est stressant. »

(7) « Après j'ai peur de l'ennui, de la mauvaise formation et de perdre les gestes de bases. Le risque c'est l'enkystement dans la routine. »

(8) « Après c'est pas toujours une activité très intéressante le niveau I quand tu fais moins de 500 accouchements par an ça veut dire 2 par jour. »

²³ Avantages d'un niveau I

(8) « Il faut avoir une autre activité à côté, une activité très mixte, de la PMA. Après je pense que les gens qui veulent un peu toucher à tout sans se lancer dans des choses trop compliquées, faire de la chirurgie de base. Ça peut être intéressant... »

(1) « Ce que j'ai pu constater quand j'étais à Toul et à Nancy, ba dans une petite maternité l'ambiance est nettement meilleure que dans les grosses, une ambiance familiale, tout le monde se connaît, les sages-femmes ont plus de temps pour les patientes. »

²⁴ Attractivité de la ville insuffisante

(2) « L'attractivité de la ville n'est pas très importante pour moi, de toute façon on passe beaucoup de temps au boulot ».

²⁵ Vie personnelle et travail

(1) « « Ba ça faut voir, après si j'ai des enfants pourquoi pas alléger. »

(2) « J'aimerais avoir une maison, deux enfants, un mari qui me soutiens dans mes choix, bosser moins de 80h par semaine. J'aimerais allier mes horaires et ma vie de famille pour trouver un équilibre.»

(3) « Une vie identique mais en quittant plus tôt, en étant plus efficient avec un travail plus condensé. Du coup je pourrais profiter de mes enfants. »

(4) « Après par la suite j'aimerais être à 80%. »

(5) « Ba là je l'imagine un peu comme ce qu'on a actuellement, c'est-à-dire rythmé par les gardes. Après j'espère que quand on est praticien on a quand même moins de gardes. »

(7) « Je pense que quand j'aurai des enfants, je travaillerai à 80 ou 50%. »

²⁶ Passer plusieurs fois dans un même stage

(1) « C'est bien je trouve, tu ne peux pas te faire une idée que sur un seul stage. »

(2) « Les équipes ont plus confiance et du coup nous laissent pratiquer plus. »

(5) « Ça nous permet de voir qu'on a progressé depuis la première où l'on est passé et de l'autre côté les équipes voient notre progression... »

(6) « Ca m'a permis qu'on me fasse confiance beaucoup plus vite, dans tous les domaines que ce soit en obst ou en chir, je faisais tout, tout seul avec tout le monde tout le temps. »

(7) « Pour moi c'est assez formateur et ça permet de se projeter dans une carrière future. »

(10) « Je pense que c'est bien Surtout pour obtenir un poste, ça permet de se faire connaître et de travailler avec les équipes. Et surtout les équipes ont confiance plus rapidement et on est du coup plus autonome. »

²⁷ Inconvénients à repasser plusieurs fois dans un même stage

(3) « Le seul intérêt c'est de connaître les équipes et qu'elle connaisse notre niveau. »

(4) « C'est utile uniquement pour le repérage et avoir un poste. »

(8) « Oui, enfin je ne sais pas je n'ai pas d'avis. Si j'aurai adoré retourner en dernier semestre à Bel air ou à Metz mais je ne peux pas parce que le nombre de semestre est limité. C'est un internat qui est long et court à la fois et il y a un moment faut quand même qu'on se lance. Si

le but c'est d'avoir un poste il y a tout intérêt à retourner plusieurs fois et travailler avec les équipes.»

(9) « Je pense que c'est à éviter parce que l'internat passe trop vite et on n'a pas toujours l'occasion de faire tous les gestes désirés. Le mieux c'est de changer de stage et de voir le maximum de choses. »

²⁸ Inconvénients d'un stage en niveau I pendant l'internat

(2) « Je pense qu'il n'y a pas d'intérêt parce qu'il faut voir des choses rares durant son internat. Et en niveau I il n'y a pas assez de pathologies. Ça a un intérêt pour les méd. gé. De plus dans certains centres, les dernières reco ne sont pas respectés et ce n'est pas très formateur. »

(5) « Je ne suis pas sûr, après c'est sûr moi 'y suis jamais passé, je me fais peut être des idées sur les mat de niveau I, mais je sais pas si pour notre formation vraiment passer tout un semestre en niveau I ce soit vraiment pertinent. Après alors pourquoi pas faire un temps partagé en niveau I et III comme ce qu'ils font un peu dans les phases socles. Comme ça on voit le type d'exercice »

(6) « Ça n'a aucun intérêt, l'internat est beaucoup trop court. En premier semestre c'est une perte de temps parce qu'il n'y a pas assez d'activité pour avoir une formation correcte... »

²⁹ Avantages d'un stage en niveau I pendant l'internat

(7) « Oui je pense que ça devrait être obligatoire pour tout le monde afin de découvrir le niveau et de voir comment travaille les équipes. Ça permettrait le respect des équipes, de leur travail et de leur fonctionnement. Pour les internes ça permettrait d'être formé aux accouchements physio et de choisir en toute conscience pour la suite. »

(8) « Ba dans le sens où si on a à rendre quelque chose vis-à-vis de notre formation du style repeupler la périphérie et avoir des gens, des obstétriciens « compétents », peut être que notre dernier semestre pourraient être en niveau I. En premier semestre aussi pour apprendre de la physio, mais sinon je ne vois pas. Donc en dixième semestre pour prendre de l'autonomie, être séniorisé ou en premier semestre pour de la physio avec les sages-femmes. »

(10) « Ça peut être bien en dernier semestre pour être séniorisé et prendre des décisions de manière autonome. Et en premier semestre pour faire de la physio mais en temps partagé pour découvrir les différentes organisations. »

³⁰ Assistant en niveau I sur un CV

- (1) « Ca fait moins bien qu'assistant en niveau III, c'est une perte de chance. »
- (2) « Ça ferme des portes pour des futurs emplois, le seul intérêt est si on souhaite un poste de PH dans ce centre et si on désire y faire sa carrière. »
- (3) « Il n'y aura pas de différence au vu du manque de gynéco mais ce n'est pas valorisant. »
- (6) « Sur un CV ? Déjà en niveau I est ce qu'il y a assez d'activité pour te former ? Et quand tu compares l'activité pendant deux ans en niveau I avec un temps partagé avec une mat de niveau III. Je pense que tu apprends quand même plus en niveau III. »
- (7) « Je pense que ça ne permet pas de gérer en niveau III par la suite et que c'est moins valorisant. »
- (8) « Je pense pas que ce n'est pas une perte de chance mais ça dépend de ce qu'on veut faire en exercice. Après si on veut se faire recruter dans une clinique, juste un assistanat dans un niveau I je ne suis pas certain que ça suffise quoi. Après si c'est pour s'installer en cabinet, oui tout est possible. »
- (9) « Ce n'est pas du tout favorable pour un accès à une carrière universitaire par la suite, mais je pense que si on n'a pas le désir de travailler un jour dans un CHU, alors pourquoi pas. »
- (10) « Ba du coup on fait moins de geste donc on est moins formé. »

³¹ Pas de poste en niveau I malgré un collègue anesthésiste ou pédiatre

- (1) « L'anesthésiste ne suffirait pas ! »
- (6) « Il manquera toujours le plateau technique pour la chirurgie. »
- (7) « Ça ne règle pas tous les problèmes !! »
- (10) « Non !! »

³² Expérience antérieure et carrière

- (9) « Je pense que mon expérience joue un rôle. Au début je voulais travailler dans une clinique privée et puis j'ai fait mon stage à Claude Bernard. J'ai vraiment découvert le fonctionnement de ce genre de structure et du coup je me suis réorientée vers le public. »
- (10) « Au départ je pensais redescendre dans le sud et bosser en niveau puis finalement la formation était tellement intéressante et la progression rapide donc j'ai changé d'avis. Puis j'aime former les internes et les externes. »

³³ Bon vécu de l'internat

(2) « C'est varié, palpitant. On est bien formé et c'est pas trop chargé, on peut quand même profiter à côté. »

(3) « J'ai un bon vécu, pas de souffrance. C'était cinq années géniales avec beaucoup de rencontres et d'amitié et des liens forts avec les équipes et les sages-femmes. Pas de regret d'avoir choisi cette spécialité. »

(5) « Bah il est plutôt bien, je vis très bien mon internat. J'aime ce rythme-là, c'est pas toujours facile à faire passer auprès de la famille mais moi ça me va très bien. Je pense que quand on regarde les internes de chirurgie je trouve qu'on s'en sort pas mal. »

(6) Globalement on n'est pas à plaindre par rapport à d'autre spécialité. J'aime bien le travail. »

(7) « On est toujours séniorisé, ce qui est agréable en premier semestre. Je ne me suis pas ennuyé car on change de poste régulièrement. On avait très peu de garde et le repos de garde sans problème. L'ambiance était bonne. L'apprentissage est rapide car on nous laisse faire des choses facilement »

(10) « Ça demande du temps et de l'investissement mais si c'est une passion c'est parfaitement acceptable. »

³⁴ Manque de temps pour l'universitaire

(4) « On n'a pas assez de temps pour les formations et les publications. Le temps est limité et le travail universitaire est long ».

(6) « Ba globalement non, surtout quand tu n'es pas à la mat. Surtout qu'il y a une loi qui est passée qui a dit qu'il fallait une journée par semaine et on ne l'a pas. Et je trouve surtout que l'on n'est pas encadré. Il y a quelques gens qui encadrent bien, voir même très très bien et d'autre où c'est très light. Et surtout il y a zéro tolérance. Après le problème d'une ville comme Nancy c'est qu'il n'y a qu'un seul CHU, un seul voir deux PU et donc c'est compliqué. Et par contre attendre de nous qu'on fasse autant de travaux alors qu'ailleurs ils ne sont pas forcés de le faire je trouve que c'est pas normal. Quand tu parles avec des internes parisiens, ils n'ont aucun DU obligatoire et ils ont des cours toutes les semaines au début et ils sont encadrés. Alors que nous on nous demande de faire 5 DU de façon obligatoire et il y a zéro sponsor alors qu'on sait qu'il y a plusieurs moyens pour eux de nous les payer. Et surtout il y a les travaux qui vont avec et très peu de gens qui encadrent. »

³⁵ Mauvais vécu de l'internat

- (1) « C'est chronophage. L'internat est prenant du coup ça joue sur le moral. Il y a un impact sur la vie personnelle au quotidien »
- (4) « L'internat de gynéco est chargé. »
- (7) « Par contre on passe tout notre temps à l'hôpital. »
- (8). « il peut être difficile émotionnellement parfois. »
- (9) « Bien mais je ne le referais pas. C'était laborieux et long. Les horaires sont lourds et il y a beaucoup de secrétariat et surtout peu de considération. »

³⁶ Freins pour la vie professionnelle et personnelle

- (1) « Pour les inconvénients il y a : la quantité de travail, les horaires. Ce serait d'être loin de chez moi. Ah oui la fatigue et l'impact sur la qualité de vie. »
- (2) « Alors les freins c'est de devoir faire en fonction de la vie de famille, de ne pas pouvoir choisir le lieu. Mais aussi d'avoir un poste loin de mon domicile. Il y a aussi la mauvaise entente dans les équipes et le manque de sécurité. »
- (3) « Ah ok !! Du point de vue pro, les inconvénients c'est le temps de trajet, le système d'astreinte chirurgicale, une mauvaise entente dans l'équipe et l'absence de pluridisciplinarité avec les pédiatres et les anesth. Pour le côté perso, les inconvénients c'est des horaires trop prenantes et l'impossibilité de prendre des congés annuels. »
- (4) « Je n'aimerais pas être dans un petit centre, faire beaucoup d'obstétrique, ne pas faire de gros geste, et qu'il y ait beaucoup d'orthogénie par souci de conscience. »
- (5) « Etre en niveau ou sur un site isolé. »
- (6) « Après plus c'est grand, plus l'installation est chère, plus c'est grand plus il y a de concurrence. »
- (7) « ...l'inconvénient ce serait d'avoir très peu de temps pour soi... L'inconvénient pour ma vie professionnelle ce serait d'être dans une maternité où le plateau est insuffisant avec des difficultés pour avoir des avis et des examens, que les horaires soient trop chargées, et donc qu'on cumule trop de fatigue, trop de stress, et puis que le salaire soit trop bas. »
- (8) « Les inconvénients c'est un peu les mêmes, c'est que t'as les avantages de l'équipe avec les inconvénients, il faut s'entendre avec tout le monde et ce n'est pas toujours le cas. Il y a un autre avantage à travailler dans un gros centre c'est d'avoir des internes et des externes, c'est quand même intellectuellement très intéressant de toujours être obligé de se remettre au goût du jour. En libéral je pense que ce n'est pas au premier plan, on s'enferme dans une routine et

on pense rapidement autrement. Je pense qu'on ne fait pas la même médecine et je ne veux pas faire cette médecine-là. »

(9) « Alors les freins pour la vie personnelle... Ba je n'en trouve pas.... Après pour la vie professionnelle, j'ai peur de perdre la formation continue si je ne travaille plus en CHU et de ne pas avoir la remise à jour des recommandations et des protocoles. »

(10) « Pour la vie personnelle il faut que je m'adapte à mon conjoint et on a peu de temps de disponible. Pour le côté professionnel, c'est un milieu stressant. »

³⁷ Leviers pour la vie professionnelle et personnelle

(1) « Les avantages c'est être proche de chez moi, qu'il y ai une bonne ambiance et la sécurité. »

(2) « Pour les leviers c'est un peu l'inverse du coup : la bonne entente dans mon équipe et avec les autres spécialités, être dans le même état d'esprit que mes collègues, respecter les recommandations, former les jeunes. Après je veux pouvoir profiter de mes enfants. »

(3) « Les avantages c'est le salaire, les horaires et la qualité du plateau technique... Et pour les avantages c'est organiser son planning et la possibilité d'avoir une crèche sur place. »

(4) « Sinon j'aimerais tout l'inverse en fait et être près de chez moi. »

(5) « Bah que mon mari puisse me suivre si je suis amené à devoir changer de région pour exercer, après j'ai pas de ...Que je sois proche de mon domicile, que sur place il y ai des loisirs et des activités sportives et culturelles. Qu'il y est une structure accueillante, une petite famille avec une bonne entente. »

(6) « Si on part sur le lieu, il y a la ville déjà. Il faut ta patientèle donc il faut qu'elle soit peuplée quand même. Les avantages pour une grande ville c'est que tu as le plateau technique qui va avec. En cas de besoin, tu peux adresser à un confrère. Je pense que pour la génération qui arrive, être seul ça fait peur. Pour ma vie personnelle, l'essentiel est d'être dans une ville attractive même si c'est beaucoup moins que Paris, mais il faut pouvoir avoir accès aux écoles et aux loisirs facilement. »

(7) « Pour ma vie personnelle, l'avantage ce serait que le lieu soit stimulant du point de vu de la ville mais aussi de la maternité, et que je puisse profiter de mes enfants et de ma vie.

Les avantages majeurs ce serait d'avoir un bon salaire et surtout d'apprendre constamment avec des pathologies et des gestes variés. »

(8) « D'accord, l'avantage c'est que c'est la ville où j'habite, je ne suis pas sûr de pouvoir faire l'aller-retour tous les jours Nancy-Metz. L'autre avantage c'est de pouvoir continuer à faire de l'universitaire, encadrer des gens, être dans un milieu que je connais avec des gens

que j'aime bien, une équipe que j'apprécie, dans un cadre sécurisé. Après j'ai le laboratoire avec lequel je travaille sur Nancy. Après si je viens travailler à l'hôpital, c'est la sécurité de l'emploi. Ba je suis à côté de chez moi, sinon j'ai pas d'inconvénient, ça n'impacte pas ma vie personnelle. »

(9) « Les avantages c'est d'être à proximité de ma famille, d'avoir un temps de trajet court et une meilleure qualité de vie. ...Sinon au niveau des avantages c'est quand même un niveau IIB donc une bonne activité obstétricale et un bon plateau technique donc normalement pas trop de perte de compétences. »

(10) « Mais sinon on a un beau salaire. Pour le positif c'est que je suis proche de mon domicile si je reste à Nancy avec des trajets courts, il y a une formation continue avec le respect des reco. Et le plus cool c'est que la spécialité est gratifiante avec une reconnaissance des patientes. »

VU

NANCY, le 16 juillet 2018
Le PrÉsident de ThÈse

NANCY, le 23 juillet 2018
Le Doyen de la FacultÉ de MÈdecine

Professeur Philippe JUDLIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10376

NANCY, le 26 juillet 2018

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT