Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine générale : conséquences et ressenti. Étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés

Sabrina Hachani Raselinary

▶ **To cite this version:**

Sabrina Hachani Raselinary. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine générale : conséquences et ressenti. Étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01344072

HAL Id: dumas-01344072

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01344072

Submitted on 11 Jul 2016

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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2016 N° 2016 - 21

GROSSESSE ET MATERNITÉ PENDANT L'INTERNAT DE MÉDECINE GÉNÉRALE :

CONSÉQUENCES ET RESSENTI

Étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

SPECIALITÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 29 MARS 2016

PAR

Sabrina HACHANI épouse RASELINARY

PRÉSIDENT DU JURY : Madame le Professeur Cécile MAZIERE

JUGES : Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE
Madame le Professeur Catherine LOK
Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Charles LEGROUX

À Madame le Professeur Cécile MAZIERE
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Biochimie et biologie moléculaire)
Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »
Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et nous vous en remercions. Merci pour votre disponibilité dans l'élaboration de cette thèse. Soyez assurée, Madame, de toute notre reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Biochimie et biologie moléculaire)
Laboratoire de Biochimie
Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques
Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Nous espérons qu'il trouvera un réel intérêt à vos yeux. Soyez assuré, Monsieur, de notre profonde gratitude.

À Madame le Professeur Catherine LOK
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Dermatologie-Vénéréologie)
Assesseur du 3ème cycle
Chef du Service de Dermatologie
Chef du Pôle des 5 Sens
Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Merci pour votre sollicitude. Soyez assurée, Madame, de notre respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Anatomie et cytologie pathologique)
Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury sans même nous connaître et nous vous en remercions. Soyez assuré, Monsieur, de notre plus haute estime.

À Monsieur le Docteur Charles LEGROUX
Médecin Généraliste
Maître de stage des universités
Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail. Merci pour ta disponibilité, ta patience et la pertinence de tes remarques. Tu m'as fait découvrir et aimer l'art d'exercer la Médecine Générale. Sois assuré de mon plus profond respect et de mon amitié.

Aux femmes médecins qui ont accepté de participer à cette étude. Merci de nous avoir fait partager votre expérience et merci pour vos encouragements.

À mes parents,
Votre amour et vos sacrifices m'ont mené à aujourd'hui. Vous êtes des exemples de travail et de réussite à mes yeux.

À Volahavana Johan,
C'est en prenant ta main que j'ai su que je réussirais ma vie. Ton amour et ton soutien inconditionnel m'ont aidé à avancer et à réaliser mes ambitions. Que cette thèse soit aussi ta réussite.

À Inaya et Naïla,
Mes deux princesses, vous êtes le point de départ de ce travail et l'accomplissement de ma vie. Votre présence est un rayon de soleil au quotidien.

À mes frères et sœurs,
Ilhem, Issam, Linda et Chaouki, nous sommes comme les 5 doigts de la main. Merci pour votre soutien. Je vous aime.

À mes beaux-parents,
Mimi la bienveillante, et Dada qui aurais été si fier…

À Daniel, qui m'a montré la voie

À Farah, la seule personne qui a su me comprendre…
Aux autres compagnons de fortune de la « team Boboche » : Christophe, Fatna, Cédric, Julie, Anouja, Françoise, Mehdi, Prescillia…

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS 6

1. INTRODUCTION 7

1.1. Féminisation de la population médicale 7
1.2. Grossesse et internat 8
1.2.1. Déroulement de l'internat de médecine générale 8
1.2.2. Statut de l'interne enceinte 9
1.2.3. Cas de la faculté d'Amiens 11
1.3. Justification du travail de recherche 11

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE 12

2.1. Choix de la méthode 12
2.2. Choix de la population 12
2.3. Les entretiens 13
2.4. Le guide d'entretien 14
2.5. L'analyse des données 14

3. RÉSULTATS 15

3.1. Le vécu de la grossesse pendant l'internat 15
3.1.1. Le désir de grossesse 15
3.1.2. Le vécu sur le plan médical 16
3.1.3. Le vécu sur le plan psychologique 17
3.2. L'influence de la grossesse et de la maternité sur la formation 18
3.2.1. Le choix de stage pendant la grossesse 18
3.2.2. Le vécu du stage pendant la grossesse 19
3.2.3. Le vécu au retour du congé maternité 21
3.2.4. L'investissement dans la formation et l'acquisition des connaissances 22
3.2.5. Le retard dans la formation 24
3.3. L'influence sur la pratique médicale 26
3.4. L'impact sur la vie socio-professionnelle 27
3.4.1. Influence sur la vie professionnelle 27
3.4.2. Influence sur la vie familiale 29
3.5. Le ressenti global 30

4. DISCUSSION 32

4.1. Limites et biais de l'étude 32
4.1.1. Biais lié à la population étudiée 32
4.1.2. Biais lié à l'enquêteur 32
4.1.3. Biais lié à la méthode d'analyse 33
4.1.4. Biais lié à la méthode de recueil des données 33
4.2. Avantages et forces de l'étude 34
4.2.1. Intérêt et originalité 34
4.2.2. Choix de la méthode 34
4.2.3. Intérêts personnels 35

4.3. Discussion des résultats 35
4.3.1. La grossesse pendant l'internat 35
4.3.2. L'influence de la grossesse et de la maternité sur la formation 37
4.3.3. L'influence sur la pratique médicale 40
4.3.4. L'influence sur la vie professionnelle et familiale 40
4.3.5. Le ressenti global 43

5. CONCLUSION 45

6. BIBLIOGRPAHIE 46

7. ANNEXES 50

ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Congé Mater : Congé Maternité

CV : Contre Visite.

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DRP : Désobstruction RhinoPharyngée

ECN : Examen Classant National.

FFI : Faisant Fonction d'Interne

GEP : Groupe d'Échange de Pratique

IMG : Interne de Médecine Générale

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISNAR-IMG : Inter-Syndicale National Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

MFIU : Mort Fœtale In Utéro.

PMI : Protection maternelle et infantile

Prat : Praticien

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAPIR-IMG : Syndicat Autonome Picard Représentant les Internes en Médecine Générale

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

UFR : Unité de Formation et de Recherche

1. INTRODUCTION

La plupart des femmes sont déjà dans la vie active lorsqu'elles projettent d'avoir un enfant. Les derniers chiffres de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) parlent d'un âge moyen des femmes à la première naissance de 28 ans [1]. Par ailleurs, d'après une enquête de l'ISNAR-IMG (Inter-Syndicale National Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) [2], on constate que l'âge moyen des internes en médecine générale est de 27 ans. On comprend donc que, du fait de la longueur de leur formation, les femmes médecins sont souvent encore étudiantes lorsqu'elles décident de fonder une famille.

La grossesse et la maternité sont des expériences physiques et psychiques structurantes et riches en émotions. Elles peuvent amener à modifier notre vision des choses et la perception de soi. Vivre ces évènements pendant l'internat peut paraitre d'autant plus bouleversant puisque c'est une période intense durant laquelle on apprend à exercer notre métier. Il nous a semblé intéressant d'interroger des femmes médecins, anciennes internes en médecine générale de la faculté de d'Amiens, sur le vécu de leur grossesse et de leur maternité pendant l'internat afin d'identifier les conséquences sur leur formation et leur vie professionnelle et personnelle. Comment ces femmes étudiantes sont devenues des mères médecin ?

1.1. Féminisation de la population médicale

En 1875, Madeleine Brès est la première femme à obtenir son doctorat de médecine en France. Depuis, la profession n'a cessé de se féminiser. Elles sont mêmes désormais plus nombreuses que les hommes à s'orienter vers les études de médecine. En effet, 63% des étudiants en médecine sont des étudiantes [3], et 60% des internes affectés suite à l'ECN 2015 (Examen classant national) sont des femmes [4].
Aujourd'hui, les femmes représentent 36% des médecins généralistes [5] et la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) estime qu'en 2030, plus de 50% des médecins seraient des femmes, notamment 56,4% de médecins généralistes [6].
La Picardie est particulièrement concernée par cette féminisation, puisque depuis 2012, plus de la moitié des médecins généralistes Picards de moins de 44 ans sont des femmes [7].
En ce qui concerne les internes de médecine générale, on dénombre 65% de femmes dans la promotion de 2009 et 60% dans celle de 2010 (populations concernées par notre étude) [8][9].

1.2. Grossesse et internat

1.2.1. Déroulement de l'internat de médecine générale

Le statut de l'interne en médecine est défini par le Code de la santé publique [10]. Cependant, le texte est complété par des règlements intérieurs décrétés par la faculté de rattachement. Les dispositions expliquées ci-après sont spécifiques à la faculté d'Amiens.

La formation pratique

Le DES (Diplôme d'études spécialisées) de médecine générale est découpés en 6 semestres de **stages pratiques**. La maquette obligatoire à respecter comprend: un semestre en médecine adulte, un semestre en pédiatrie ou gynécologie, un semestre en service d'urgence, un semestre auprès de praticiens généraliste agréés et un semestre libre. Au moins un des stages hospitaliers doit être réalisé au CHU (Centre hospitalier universitaire). Le dernier semestre peut être soit encore un « stage libre », soit réalisé en secteur ambulatoire SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) ou 2ème Stage chez le praticien, soit dans le cadre d'un projet professionnel. Le choix des stages s'effectue par ancienneté en nombre de semestre validé et par rang de classement à l'ECN.

La validation des stages

Après avis auprès du responsable médical du lieu de stage, le directeur de l'UFR (Unité de Formation et de Recherche) décide de la validation ou non du stage. Les principaux paramètres pris en compte dans la validation sont l'assiduité, les compétences et la participation à la permanence de soins, c'est-à-dire aux gardes. Lorsque, au cours d'un semestre, un interne interrompt ses fonctions pendant plus de deux mois, le stage n'est pas validé. A noter que les congés annuels ne sont pas considérés comme une absence.
L'invalidation d'un stage entraîne l'accomplissement d'un semestre supplémentaire. L'interne perd alors son rang dans le classement de la promotion.

La formation théorique

Cette formation pratique est complétée par une formation théorique sous forme de cours magistraux et de GEP (Groupe d'échange de pratique), à raison d'au moins un cours par mois soumis à la présence obligatoire de l'interne.

La thèse

La soutenance de thèse conduisant au diplôme d'Etat de docteur en médecine doit intervenir, au plus tard, 3 ans après la fin théorique de l'internat. Ainsi, lorsque la durée de l'internat est augmentée (maternité, longue maladie, invalidation de stage…), le délai accordé pour soutenir la thèse n'est pas augmenté pour autant. Par conséquent, les femmes qui ont des enfants pendant leur internat et qui invalident un ou plusieurs stage auront moins de temps pour préparer leur thèse.

1.2.2. Statut de l'interne enceinte

Le congé maternité

Les internes sont affiliées au régime de la sécurité sociale et de ce fait, bénéficient d'un congé maternité ou d'adoption semblable à celui des femmes salariées [11]. Il est calculé en fonction du nombre de fœtus ou du nombre d'enfant à charge comme l'indique le **tableau 1**.

Tableau 1 : Durée du congé maternité

		Congé pré-natal	Congé post-natal	Total
Grossesse simple	Pour le 1er et le 2ème enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
	A partir du 3ème enfant	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Grossesse gémellaire		12 semaines	22 semaines	34 semaines
Grossesse triple		24 semaines	22 semaines	46 semaines

Ce congé est totalement indemnisé par la sécurité sociale sur la base du salaire de l'interne. Il s'agit d'un droit et non d'une obligation. Seule une période de congé maternité de huit semaines au total est obligatoire, dont deux semaines prénatales et six post-natales. Un état pathologique lié à la grossesse donne le droit à un congé supplémentaire de 14 jours en prénatal. Les internes peuvent également demander un congé parental à la suite du congé maternité, qui lui est rémunéré sur une base forfaitaire. A noter que les droits salariés perdurent un an après la fin de l'internat.

Les gardes

L'arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes en médecine dispense les femmes enceintes du service de garde à compter du 1er jour du 3ème mois de grossesse [12].

Modalités de choix et de validations des stages (Figure 1)

Il existe 4 possibilités de choix de stage pour une interne enceinte : le choix normal, le surnombre validant, le surnombre invalidant et la disponibilité [13].

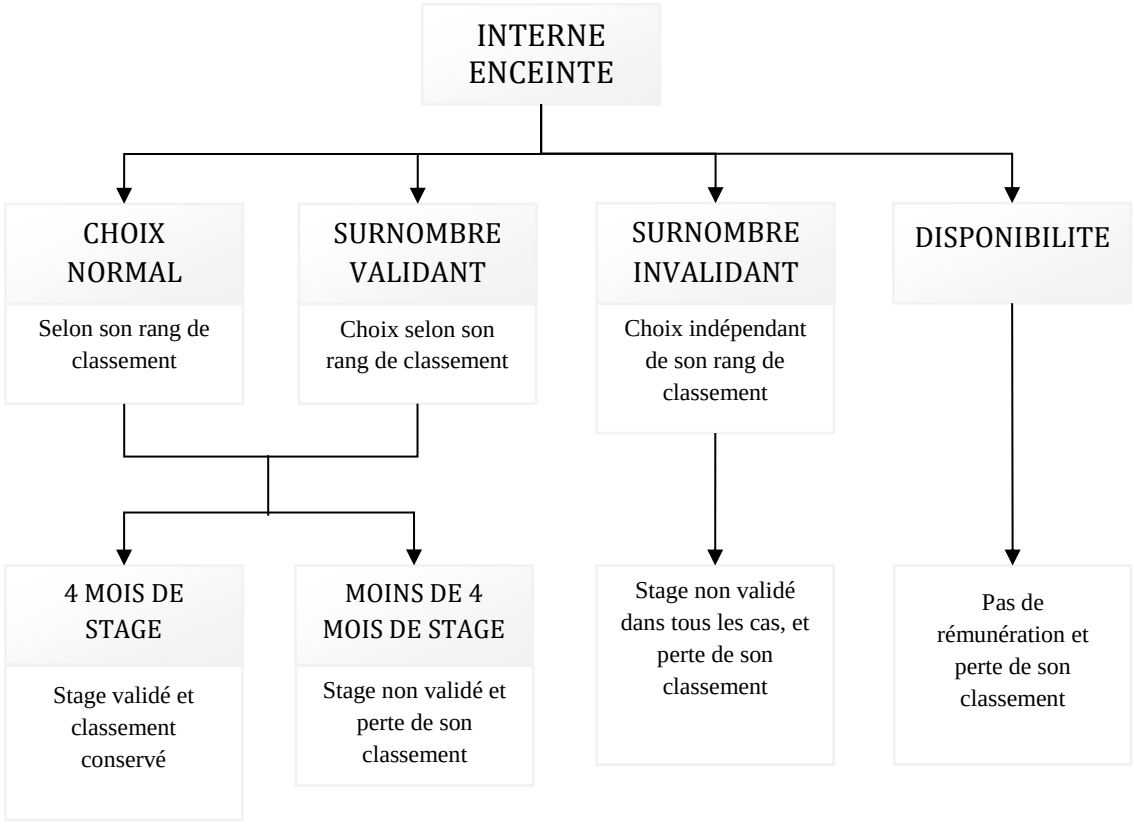
Le choix normal : l'interne décide de choisir son stage selon son rang de classement sans mentionner son état de grossesse. Si elle effectue au moins 4 mois de stage, celui-ci est validé et elle conserve son classement. Dans le cas contraire, le stage n'est pas validée, elle est déclassée dans la promotion et doit refaire un stage supplémentaire. Cette possibilité présente un inconvénient majeur pour le service qui risque très probablement de se retrouver en sous-effectif.

Le surnombre validant : l'interne pense pouvoir effectuer plus de 4 mois de stage. Elle choisit ce stage toujours selon son rang de classement. Elle est affectée en plus de l'effectif nécessaire au fonctionnement du service. Si elle effectue les 4 mois de stage, le stage est validé et elle conserve son rang dans le classement. Dans le cas où elle ne peut pas effectuer les quatre mois de stage, il est invalidé et elle perd son rang dans le classement, mais son départ n'affectera pas le service.

Le surnombre invalidant : l'interne sait qu'elle ne pourra pas effectuer 4 mois de stage. Elle choisit donc indépendamment de son rang de classement, directement auprès de l'ARS (Agence régionale de santé) et non lors de procédure de choix de stage classique. Son départ en congé maternité ne sera pas pénalisant pour le fonctionnement du service. En faisant ce choix, elle ne pourra pas, quoi qu'il arrive, valider ce stage et perd automatiquement son rang de classement. Cette option permet d'avoir accès à des stages qui ne sont pas proposés habituellement.

La disponibilité pour convenance personnelle est possible au bout d'un an d'ancienneté. L'interne est libérée de toutes ses obligations statutaires pendant 6 mois. Il n'y a pas de rémunération. A l'issue du semestre, elle perd son rang de classement.

Figure 1 : Modalités de choix de stage pour l'interne enceinte



1.2.3. Cas de la faculté d'Amiens

Nous avons réussi à obtenir du service des affaires médicales du CHU de Amiens, le nombre d'internes ayant bénéficié d'un congé maternité sur la période de novembre 2010 à novembre 2013. Rapporté au nombre de femmes présente dans la promotion 2010, cela correspond à un taux de fécondité de 22.95%. Ce chiffre est probablement sous-estimé car il n'inclut pas les internes ayant opté pour la disponibilité. Bien qu'inférieur à la réalité, ce chiffre est toutefois assez conséquent. Le ratio n'a pas pu être réalisé sur la promotion 2009 par manque de données.

1.3. Justification du travail de recherche

Les chiffres illustrent bien l'ampleur de la féminisation en médecine générale. Compte tenu de la proportion de femmes et de l'âge moyen des internes, on peut s'attendre à une fréquence élevée de survenue des grossesses et donc de maternité en cours d'internat. Il nous a donc semblé intéressant d'interroger des femmes médecins généralistes sur le vécu de leur grossesse et de leur maternité pendant l'internat, et sur le retentissement qu'elles ont pu avoir sur leur formation et leur vie socio-professionnelle.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Choix de la méthode

Nous avons choisi la **méthode qualitative** qui est particulièrement adaptée quand « les facteurs observés sont subjectifs donc difficile à mesurer » [14]. Ce mode d'investigation permet une compréhension riche et profonde du sens que les participants donnent aux phénomènes étudiés [15]. Elle permet d'avoir une vision plus globale et prend en compte les interactions multiples et leur articulation avec un contexte particulier [16].
Pour le recueil des données, nous avons opté pour des **entretiens individuels semi-directifs**, « en face à face », afin que les participantes se sentent libres de parler d'évènements ou de sentiments très intimes comme le suggère notre étude. L'enquêtrice dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions ouvertes qui ne seront pas forcément abordées dans l'ordre, l'objectif étant de laisser parler l'enquêtée en recentrant, si nécessaire, l'entretien sur certains thèmes [17].

2.2. Choix de la population

Chois des critères d'inclusions

Nous avions d'abord envisagé, d'interroger des anciennes internes toutes spécialités confondues. Mais les autres spécialités que la médecine générale ont d'autres problématiques (internat plus long, post internat en hospitalier, plus de stage au CHU, plus de gardes…).Un seul travail de thèse ne serait pas suffisant pour aborder tous les sujets.
De plus, la médecine générale est une médecine de famille, qui englobe pédiatrie, gynécologie, éducation, diététique, hygiène de vie etc... Tant de situations pour lesquelles on peut penser que la maternité représentera une expérience enrichissante pour la jeune médecin.
Aussi, nous avons décidé de n'interroger que des anciennes internes en médecine générale de la **faculté d'Amiens** concernées par le sujet. Dans la mesure où chaque région dispose d'accords tacites et de droits des internes différents, nous avons décidé de ne pas inclure d'anciennes internes d'autres régions.
Etaient inclus des anciennes internes en médecine générale de la faculté d'Amiens, thésées ou non. Toutes devaient avoir eu au moins un enfant pendant l'internat, en particulier le premier enfant. Toutes devaient avoir finis leurs stages d'internat.

Recrutement

Les données personnelles étant confidentielles, nous ne les avons pas obtenus par le biais de la faculté ou de l'ARS. Nous avons donc contacté le service des affaires médicales du CHU d'Amiens qui a bien voulu nous donner les noms des internes ayant bénéficié d'un congé

maternité sur une période allant de novembre 2010 à novembre 2013. Par la suite nous avons comparé ces noms avec « la mailing list » du SAPIR-IMG (Syndicat Autonome PIcard Représentant les Internes de Médecine Générale) afin d'obtenir les adresses e-mail des étudiantes adhérentes. Au total, 36 femmes correspondants aux critères d'inclusions ont été contacté par e-mail, dans lequel nous avons exposé notre sujet de recherche et le principe de l'entretien. Le taux de réponse était satisfaisant puisque 25 d'entre elles nous ont répondu favorablement et se sont montrées intéressées et concernées par notre étude. Par la suite nous avons convenus d'un rendez-vous pour l'entretien selon nos disponibilités respectives.

Constitution de l'échantillon

Le choix de la méthode qualitative nous permet de ne pas respecter un échantillon représentatif de la population étudiée, au contraire, il doit explorer la diversité des opinions et des représentations. Il est donc construit de manière raisonnée [18]. Aussi, ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe, mais sa qualité [19]. La taille de l'échantillon est orientée par l'occurrence des critères analysés dans une démarche interprétative, qui garantit l'émergence de nouvelles idées [18]. Si aucune nouvelle idée n'émerge d'un nouvel entretien, il est considéré que les données sont « saturées ». L'analyse est réalisée au fur et à mesure, c'est un processus continu et dynamique, fait d'allers et retours entre la question de recherche, le recueil et l'analyse des données [14][15]. Dans le cadre de notre étude, la saturation a été atteinte après 13 entretiens. Nous en avons réalisé 15 au total.

Les caractéristiques détaillées de l'échantillon ont été résumées en **Annexe 1**.

2.3. Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 15 septembre et le 15 décembre 2015, en face à face, dans différents lieux selon les disponibilités des participantes. 7 se sont déroulés au domicile des personnes interrogés, 7 sur leur lieu de travail et 1 dans les locaux du DMG (Département de médecine générale) de la faculté de Amiens. Ils ont donc nécessité des déplacements dans l'Oise, la Somme, l'Aisne et également en Ile de France. Ils ont été intégralement enregistrés après avoir demandé leur accord aux participantes. L'anonymat était garanti. Un double enregistrement était effectué à l'aide d'un dictaphone de la marque Philips ® et sur le smartphone Iphone 6S ® pour pallier à tout problème. Pour mettre l'enquêtée en confiance et créer une atmosphère détendue, les entretiens débutaient de manière informelle par une discussion « brise-glace », souvent axée sur l'expérience personnelle de jeune maman de l'enquêtrice. L'enregistrement a débuté à partir de la première question et non dès le début de la rencontre.

L'enregistrement des entretiens est en copie CD ROM en **Annexe 2.**

2.4. Le guide d'entretien

Pour permettre l'élaboration du guide d'entretien, 2 entretiens exploratoires ont été effectués auprès de connaissances de l'enquêtrice qui sont concernées par cette problématique.
L'analyse du contenu des entretiens exploratoires ont permis d'enrichir et d'affiner le guide afin d'en faire ressortir les thèmes principaux que nous souhaitions aborder à savoir :

- La situation actuelle, professionnelle et familiale
- Le vécu de la grossesse et de la maternité pendant l'internat
- L'impact de la grossesse et de la maternité sur la formation
- L'influence de cette expérience sur la pratique médicale
- L'influence de cette expérience sur la vie socio-professionnelle
- Le ressenti global

Les thèmes ont été développés sous forme de questions, le but n'étant pas de les poser toutes de manière exhaustive, mais de réaliser une trame. Le guide d'entretien a par la suite été relu, ajusté puis validé par le comité de thèse du DMG avant la tenue du premier entretien.
A noter que les entretiens exploratoires n'ont pas été inclus dans notre étude.
Le contenu détaillé du guide d'entretien est présenté en **Annexe 3.**

2.5. L'analyse des données

La retranscription intégrale mot à mot des entretiens a été réalisée à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word ®. Nous n'avons pas cherché à reformuler leur discours. Nous avons matérialisé les hésitations ou les silences par des points de suspension. Les émotions ressenties telles que les rires ou certaines expressions corporelles ont été soulignées par des annotations (entre parenthèse) et des onomatopées. Chaque entretien a été désigné par la lettre E, et numéroté de 1 à 15, par ordre de réalisation.
Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique, un par un, selon le même plan que celui du guide d'entretien afin d'en tirer les idées fortes. Ainsi tous les entretiens ont été interprétés par l'investigatrice et son directeur de thèse. Ils ont également été relus et commenté par une psychologue de notre connaissance. En effet, quelle que soit la procédure d'analyse utilisée, la crédibilité est améliorée si les données ont été analysées par plus d'un chercheur, c'est la triangulation des chercheurs [19].

3. RÉSULTATS

3.1. Le vécu de la grossesse pendant l'internat

3.1.1. Le désir de grossesse

Les 15 femmes interrogées, ont **toute** programmé leur grossesse et choisi de la mener **pendant** l'internat, et ce pour différentes raisons.

L'argument le plus fréquemment cité pour justifier ce choix est **l'âge** :
E2 : « On l'impression parfois d'être un petit peu montré du doigt (…), bah oui mais sinon on les fait quand ? on attend l'internat, on se retrouve à 27 ans pour une première grossesse, on va pas attendre 33 ans . »
E5 : « Je suis contente d'avoir eu mes enfants pendant l'internat (…) au niveau de l'âge, (…) si on attend d'avoir fini l'internat, d'être thésée, et éventuellement de s'installer (…) on arrive entre 30 et 35 ans. »
E9 : « C'est l'appel de la biologie tout simplement (…), je frisais la trentaine. »
E10 : « Heureusement que j'ai pas attendu la fin de mes études, parce que c'est des études super longues, et on a vraiment envie d'être maman. »
E11 : « Je suis contente d'avoir eu des enfants jeunes. »
E15 : « D'avoir eu ses enfants pendant l'internat, (…) ça évite d'avoir des enfants trop tard. »

Le deuxième argument mis en avant est le **statut de salariée** pendant l'internat et les avantages sociaux qui vont avec :
E2 : « C'est un avantage de faire *(ses enfants)* pendant l'internat parce qu'on est salarié et que avec le statut salarié on est quand même bien protégé. (…) Une fois que l'on est installée, bah… les conditions sont pas les mêmes, euh… la protection n'est pas la même non plus»
E4 : « Je souhaitais si possible avoir mon premier enfant pendant l'internat parce que je voulais pouvoir bénéficier entre guillemets des avantages du salariat. »
E6 : « C'était agréable financièrement (…), là je suis en congé maternité d'une profession libérale, c'est complètement différent hein ! »
E10 : « Je trouve ça bien de le faire (ses enfants), pendant l'internat (…) parce que au niveau financier, les congés payés etc (…), ça apporte un luxe terrible. »
E12 : « C'est super pratique parce qu'on est salariée quand même, avec tous les avantages du salariat quand on est interne. »

L'autre argument mis en avant était que le désir d'enfant s'inscrivait dans **l'histoire naturelle de leur couple.**

E6 : « Ça faisait longtemps qu'on était ensemble, (…) c'est une envie avec mon mari. Voilà je pense qu'à partir d'une certaine longévité de couple, on a envie au bout d'un moment de concrétiser notre couple. »
E7 : « Ça faisait déjà quelques années qu'on avait envie d'avoir un enfant, donc finalement je me suis pas posé de questions. Les choses se sont faites naturellement. »
E9 : « Je me disais, voilà moi je suis mariée, j'ai envie de fonder ma famille. »

Parfois, la spontanéité du désir d'enfant était mise de côté au profit d'un réel **calcul de la date d'accouchement** pour ne pas perdre de semestre et ainsi ne pas trop retarder l'internat.
E2 : « J'avais un petit peu calculé quand même pour que ça tombe pas trop mal… »
E3 : « J'ai essayé de faire le plus calcul possible pour éviter de me taper un semestre (…) pour pouvoir valider… »

3.1.2. Le vécu sur le plan médical

Il n'a pas été constaté de problèmes médicaux majeurs.

Le symptôme le plus fréquemment mentionné est la **fatigue du premier trimestre**, majorée parfois par les gardes qui sont obligatoire jusqu'au 1er jour du 3ème mois de grossesse.
E1 : « J'ai très bien vécu ma grossesse, sauf le premier trimestre ou j'étais très fatiguée. Mais dès que j'ai arrêté de faire des gardes (…) c'était une grossesse très agréable.»
E2 : « C'est vrai que quand on était plus obligé de faire les gardes c'est aussi important parce que là c'était plus difficile en début de grossesse, parce que le premier trimestre j'étais vraiment très fatiguée…»
E6 : « Les 3 premiers mois c'est toujours très fatigant.»
E10 : « Le premier trimestre, on est hyper fatiguée (…). Je trouve que limite j'étais plus apte à faire des gardes au deuxième trimestre qu'au premier.»

Certaines évoquent des **pathologies obstétricales**, apparentées à la MAP (Menace d'Accouchement Prématurée), mais sans conséquences sur leur grossesse.
E4 : « Au du bout du 5ème mois, (…), j'avais beaucoup de route à faire, j'avais continué les gardes (…) et puis le col s'était ouvert un peu (…), premières contractions. »
E7 : « J'ai été arrêté à 23 SA pour contractions utérine. Donc ce n'était pas vraiment une MAP mais on l'a considéré comme telle… »
E10 : « J'ai fait une MAP. J'étais hospitalisé, et puis après ça s'est bien passé, on m'a même déclenché (…) c'était quand même contradictoire. »
E13 : « J'ai arrêté 2 semaines avant le congé maternité normale pour une mini-MAP. »

L'une d'entre elle a évoqué les modifications physiques rendant le travail plus difficile.
E2 : « (…) Les visites qui s'éternisent, quand on est en début de grossesse ça pose pas de problème, quand on arrive à la fin, c'est un petit peu plus lourd à porter… »

Les autres symptômes évoqués sont la migraine, et le malaise hypoglycémique.
A noter que l'une d'entre s'est faite opérée de l'appendicite en début de grossesse.

De façon plus anecdotique, à propos de **la conception,** l'une des participantes a spécifié ne pas avoir eu de mal à tomber enceinte. A l'inverse, une autre a signalé une fausse couche dans les mois qui ont précédé sa grossesse.

Enfin, l'une d'entre elle a mis volontairement en péril sa grossesse, afin de valider son stage.
E2 : Normalement j'aurais dû accoucher vers la mi-novembre (…), il y a effectivement un des stages que je ne validais pas (…) à une semaine près *(au niveau du temps de présence.* J'ai dû faire un décollement pour accoucher avant (…) pour que ça rentre dans les clous. »

3.1.3. Le vécu sur le plan psychologique

Le **vécu psychologique** est globalement **positif** pour la majorité.

E1 : « Beaucoup de joie, beaucoup de bonheur. »
E4 : « (Psychologiquement) Très bien, (…) je ne me sentais même pas enceinte.
E5 : « Bah moi c'est grossesse épanouie… »
E6 : « Bah j'ai été épanouie sur le plan psychologique. »

Aucune n'avait regretté sa grossesse.
E6 : « Je ne regrette absolument pas ces grossesses pendant l'internat. »
E11 : « Je regrette rien du tout. »

Certaines ont exprimé un **sentiment de culpabilité**, notamment vis-à-vis de leur co-interne.
E10 : « J'ai culpabilisé aussi de ne pas pouvoir assurer les gardes (…) j'avais l'impression que dès fois il me le faisait ressentir. »
E11 : « On se sent presque coupable d'être enceinte et coupable de privilégier un petit peu sa vie de famille. »
E15 : « J'avais l'impression de les handicaper (…) ils avaient plus de gardes à cause de moi. (…) C'est vrai qu'on culpabilise un petit peu plus. »

Deux d'entre elles évoquent une **identification aux problèmes des patients**, une sorte de transfert.

E8 : « J'étais en stage en soins palliatif, (…) mon stage n'a pas toujours été très facile. Je suis tombé enceinte, je préparais mon mariage (…). J'avais plus envie de vie que de mort à ce moment-là. »
E10 : « J'étais en maternité (…), c'était hyper dur de voir toutes les MFIU (Mort Fœtale In Utéro), d'aller consoler les mamans (…) alors de se projeter maman, (…) A chaque fois que je la sentais bouger, je me suis dit « ah mon dieu, c'est bon, elle est là ! » parce que c'est pas rare quoi les MFIU, y en a beaucoup. »

3.2. L'influence de la grossesse et de la maternité sur la formation

3.2.1. Le choix de stage pendant la grossesse

Toutes ont exercé sur deux lieux de stage au cours de leur grossesse, et avaient toute eu connaissance de leur état de grossesse lors du 2ème choix. Quant au premier stage en cours de grossesse, la plupart du temps, elles n'avaient pas connaissance de leur grossesse, soit parce qu'elles n'étaient pas encore enceinte lors du choix, soit parce que la grossesse était trop précoce. Pour la majorité, le choix du stage, fut un élément fondamental.

Lorsqu'il était possible, **le surnombre** qu'il soit validant ou non, était privilégié. Elles estiment avoir moins culpabilisé vis-à-vis de leurs collègues à ne plus faire de garde ou en cas d'absence en rapport avec leur état.
E12 : « Le fait d'être en surnombre non validant c'est quand même vachement bien parce qu'on sent qu'on n'est pas gênant en fait pour les autres. »
E15 : « Ça se passe mieux quand on est en surnombre validant ce qui est super c'est qu'ils sont limite content qu'on soit là, parce qu'on est en plus. (…) on ne culpabilise pas… »

Le lieu de stage a eu également son importance lors du choix, notamment en ce qui concerne **les conditions de travail** (les horaires, le nombre de gardes) et aussi **la proximité** avec le lieu de résidence.
E2 : « Les choix de stages quand on est enceinte bah ça a un impact (…), il faut se rendre compte qu'il y a la route aussi, (…) il y a aussi au niveau des gardes… »

E6 : « C'était un stage ou j'ai pu par moment (…) rentrer tôt et aller faire une sieste. (…) Et n'ayant pas de gardes…»
E13 : « C'était à côté de l'endroit où j'habite… »

On retrouve également le paramètre du **terrain de stage connu**, pour le côté **rassurant**.
E8 : « J'avais été un petit peu stratégique dans le sens où c'était un endroit que je connaissais déjà bien, (…) j'avais fait 3 mois de FFI (Faisant fonction d'interne) l'été qui avait précédé le début de l'internat, (…) j'étais dans une équipe où j'étais bien cocoonée. »
E13 : « J'ai enchaîné (…) plusieurs séries de stages où j'étais au tout début de grossesse jusqu'à la fin de la grossesse, donc je suis restée dans le même service (…), donc je connaissais déjà bien le service, (…) ils étaient gentils. »

Bien que déconseillé pendant la grossesse, l'une d'entre elle a pris un stage aux urgences pour profiter de ne faire que 4 mois dans ce semestre :
E3 : « J'avais fait FFI aux urgences au CHU avant de commencer mon internat et j'avais détesté. De ce fait là, j'ai voulu en profiter pour prendre ce stage pendant ma grossesse et faire que 4 mois. »

Enfin, deux d'entre elles ont précisé qu'elles auraient préféré prendre une disponibilité, mais la nécessité financière les en avait empêchée.

3.2.2. Le vécu du stage pendant la grossesse

C'est souvent lors du premier stage que **certains problèmes se sont posés**, ce stage n'ayant pas été choisi en fonction de leur état de grossesse. C'est aussi souvent ce stage qui n'a pas été validé puisque le temps de présence n'était pas suffisant.

Elles rapportent une charge de travail importante, de gros horaires et de longs trajets.
E1 : « Le premier stage il a posé soucis, (…) aux urgences pédiatriques du CHU, donc très prenant,(…) on était à facile 50 voire 60 heures par semaine plus une garde. »
E2 : « Des visites qui s'éternisaient un peu… »
E4 : « J'allais en pédiatrie (…) et j'avais beaucoup de route à faire, j'avais continué les gardes… »
E7 : « J'avais pas mal de route (…) entre 100 et 150 km par jour. »
E8 : « Des visites qui débutaient à 9 heures (…) et qui finissaient parfois à 14/15 heures (…) j'étais souvent toute seule. »
E9 : « J'étais la seule interne du service (…). J'étais là tôt le matin et je partais (…) il était 19 voire 20 heures des fois… C'était très long.»

Les relations avec l'entourage professionnel étaient globalement bonnes. Elles évoquent notamment une certaine compréhension et de l'entraide de la part des co-internes.

E1 : « J'ai eu beaucoup de compréhension de la part de mes co-internes, surtout une qui était déjà maman (…). On s'est serré les coudes. »
E2 : « Ça s'est très bien passé parce qu'on était une bonne équipe, un bon groupe d'internes, et des chefs qui nous soutenaient aussi bien. (…) Je n'ai pas eu de réflexions désagréables… Les collègues comprennent (…) on a des petites attentions, ça fait toujours plaisir…»
E3 : « Ils ont été quand même sympas, (…) je me suis retrouvée dans le secteur où il y avait moins de lits *(à gérer).* »
E5 : « La personne qui me supervisait a été très compréhensive. (…) J'étais plutôt chouchoutée. »
E6 : « J'ai été très respecté au niveau de ma grossesse, il n'y a pas eu de soucis, même quand j'ai arrêté les gardes. »
E8 : « J'étais très encadré, enfin aidé par les équipes qui me disaient « fait attention à toi » (…) « tu ne viendras pas mercredi pour te reposer chez toi ! », c'est arrivée 2 ou 3 fois. »

Les éventuelles réactions négatives restent isolées et viennent principalement du fait que les internes se retrouvent moins nombreux pour effectuer **les gardes**. Certaines ont cherché des solutions alternatives.
E1 : « On s'est retrouvé une fois à couper une garde en 2. Donc elle a fait de 8h à 20h et moi de 20h à 8h le lendemain. »
E6 : « J'ai trouvé quelqu'un pour me remplacer, c'était mon mari qui était en stage chez le praticien donc il a pris mes gardes en pédiatrie. »

L'une d'entre elle a décidé d'effectuer ses gardes au-delà du terme légal pour éviter les conflits.
E9 : « Quand j'ai annoncé ma grossesse, une de mes co-internes, (…) a été très virulente. J'ai participé… pris mes gardes normalement comme les autres (…) parce que je sentais que c'était difficile pour tout le monde que je fasse exception. »

Enfin, l'une d'entre elle explique qu'elle a continué à en faire pour des raisons financières.
E11 : « Financièrement c'est un petit peu dur des fois de se passer de ce petit complément de salaire qui fait pas de mal, surtout quand on prépare l'arrivée d'un enfant. Du coup moi j'ai continué à en faire… »

3.2.3. Le vécu au retour du congé maternité

Le choix de stage au retour du congé maternité est encore plus conditionné par la présence de l'enfant. Il est très souvent confronté à la contrainte géographique. L'autre critère majeur était la souplesse des horaires.

E1 : « Je n'ai pris que des stages pas loin de chez moi, pas très prenants, sans gardes et qui me permettait de passer du temps libre avec mon bébé. »

E7 : « J'ai choisi la proximité, (…) un stage où on avait du temps libre pour finir ma thèse, si je n'avais pas eu d'enfant j'aurais certainement choisi un autre stage. »

E10 : « J'ai fait en sorte de monter un projet professionnel pour avoir un stage relativement cool, pour avoir du temps pour mon bébé. »

Les stages praticiens ou SASPAS ont été évoqués comme compatible avec leur nouveau statut de jeune maman. Plusieurs aspects positifs ont été mentionnés : pas de gardes, week-ends libres, deux jours de repos dans la semaine.

E4 : « J'étais chez le prat, et du coup on ne bossait que 3 jours par semaine et c'était tout à fait agréable, puisque le reste du temps j'étais à la maison avec mon petit garçon. »

E13 : « J'ai choisi un stage près de chez moi (…). J'ai donc choisi un SASPAS, et puis je n'avais que 3 jours par semaine à travailler. »

L'une d'entre elle précise avoir délibérément choisi un stage avec des gardes pour avoir du temps en plus en repos de garde.

E11 : « Je m'arrangeais pour faire (…) pas mal de garde pour avoir pas mal de repos de garde pour pouvoir en profiter un peu. J'ai pu quand même bien profiter de ma fille (…) mais moins de mon lit. »

L'organisation autour du mode de garde de l'enfant est variable. La plupart ont opté pour une assistante maternelle, compte tenu des **horaires variables** qui sont non conciliables avec la crèche. Elles ont également souvent été **aidées par leur conjoint**.

E4 : « Les 3 jours où je bossait, il était chez la nourrice.»

E5 : « Quand j'ai repris, ma fille est allé chez la nounou. (…) Souvent je la conduisais le matin, et lui *(le conjoint)* le soir. Parce que le problème c'est qu'on sait à quelle heure on commence, mais jamais à quelle heure on finit. »

E12 : « Assistante maternelle (…) et mon mari, (…) il pouvait récupérer quand je ne pouvais pas où quand j'étais de garde. »

E13 : « Je l'ai mis chez une assistante maternelle, (…) les 3 jours où j'étais en SASPAS, (et puis on avait des horaires particuliers (…), on se colle sur les horaires des médecins généralistes, donc c'est plus mon mari qui s'occupai d'aller le chercher, et moi je le déposai. »
E15 : « Papa et une nounou ».

L'une d'entre elle a opté pour la crèche. Une autre pour la halte-garderie. Toujours avec une **adaptation des horaires**.
E6 : « Elle allais à la crèche, et elle avait une baby-sitter qui allait la chercher à la crèche quand je rentrais trop tard. »
E9 : « Je n'avais pas de place de garde. J'ai exposé ma situation à la directrice de la halte-garderie qui a consentit à ce que je ramène mon bébé mais seulement je devais le récupérer entre 12h et 14h. (…) Si j'avais terminé ma visite, très bien nous allions dans ma chambre d'internat, (…) sinon, une co-interne de l'hôpital me le gardait le temps que je finisse. (…) Et puis le soir, pareil, si j'avais pas fini ma CV (Contre Visite), soit je le mettais dans mon bureau, soit je demandais à une collègue de me le garder le temps que je termine… »

Enfin, pour 2 d'entre elles, la reprise a été sources de **difficultés d'ordre psychologique**. Pour une, c'était une incapacité à reprendre.
E1 : « J'ai essayé de reprendre, mais ça ne me convenais pas, je n'y arrivais pas, je ne pouvais pas reprendre les gardes etc… Je ne suivais pas (…). J'ai fait une grosse pause dans la formation. »
L'autre explique la difficulté qu'elle a pu ressentir à s'occuper d'autres enfants alors qu'elle était en stage en PMI (Protection Maternelle et Infantile) et qu'elle pensait à son propre nourrisson.
E10 : « Je l'ai mise à la crèche à 2 mois et demi, alors un déchirement total, (…) en plus en PMI je ne voyais que des bébés tout le temps, toute la journée et alors je n'arrêtais pas de penser à elle. »

3.2.4. L'investissement dans la formation et l'acquisition des connaissances

La majorité estime **ne pas avoir été lésé dans leur formation**, en particulier lorsque la grossesse est survenue **en fin de cursus**.
E7 : « Au niveau de mon dernier stage (…). Si je n'avais pas eu d'enfant j'aurais certainement choisi un autre stage. (…) Mais je considérais que ma formation était déjà faite. »
E8 : « J'arrivais en toute fin de formation. »
E9 : « Etant donné qu'il y a une maquette à respecter, voilà j'ai fait comme les autres. (…) j'ai pris les stages qu'il fallait pour ma formation. »

Elles estiment que le manque de gardes n'a pas été négatif pour leur formation.
E5 : « J'ai pas fait de gardes, (…) ça m'a pas pénalisé pour autant. J'ai travaillé comme quelqu'un de normal, à part les gardes. »
E6 : « Je faisais des gardes *(d'urgences pédiatrique)* dans la journée, (…) je ne faisais pas de garde de nuit, (…) donc je voyais autant de choses que les autres finalement.
E12 : « On est là tout le temps et on fait notre boulot comme d'habitude, à part pour les gardes, (…) mais sinon j'ai appris pareil. »

Leur **investissement dans la formation est resté identique** pour la majorité d'entre elles.
E2 : « Je pense que ça m'a pas peiné d'avoir fait que 4 mois. (…) J'étais à fond dans le stage et je pense en avoir appris tout autant que mes collègues qui sont restés six mois.
E4 : « (…) Au moins 4 mois, ce qui m'a paru suffisant, (…) je ne me suis pas sentie moins bien formée que mes co-internes qui ont fait les 6 mois complets. Euh j'ai l'impression d'avoir bien acquis plein de choses.»
E5 : « Je m'investissais toujours autant dans mon métier, (…) malgré le fait d'avoir un enfant. »

Deux d'entre elles avoue s'être moins investie dans la formation, plus du fait de la maternité avec la **présence de l'enfant** dont il faut s'occuper.
E6 : « J'avais ma petite à m'occuper, (…) j'étais impatiente de rentrer comme toute jeune maman. (…) J'étais peut-être moins investie.
E11 : « Tous les choix que j'ai pu faire après c'était en fonction de mes enfants et pas forcément en fonction de mes souhaits professionnels purs. »

Une avoue s'être totalement désinvestie de la formation dès la grossesse.
E1 : « A partir de ce moment-là j'ai totalement lâché le pied, j'étais quelqu'un qui prenait toujours les stages formateurs, très prenants, mais dès que je suis tombé enceinte, je me suis rendue compte que je voulais une autre vie.»

Une autre indique avoir ressenti une **baisse de performance après plusieurs mois d'arrêt**.
E6 : « Je pense avoir des lacunes sur le fait de m'être arrêtée 6 mois. (…) A chaque fois de me remettre dans le bain, j'ai du mal, au niveau de l'apprentissage, c'est vrai qu'en médecine générale on apprend aussi beaucoup sur le terrain. (…) Je suis sans arrêt en train d'essayer de me reformer sur tel sujet, des sujets que j'ai oublié, pas assez bossé… »

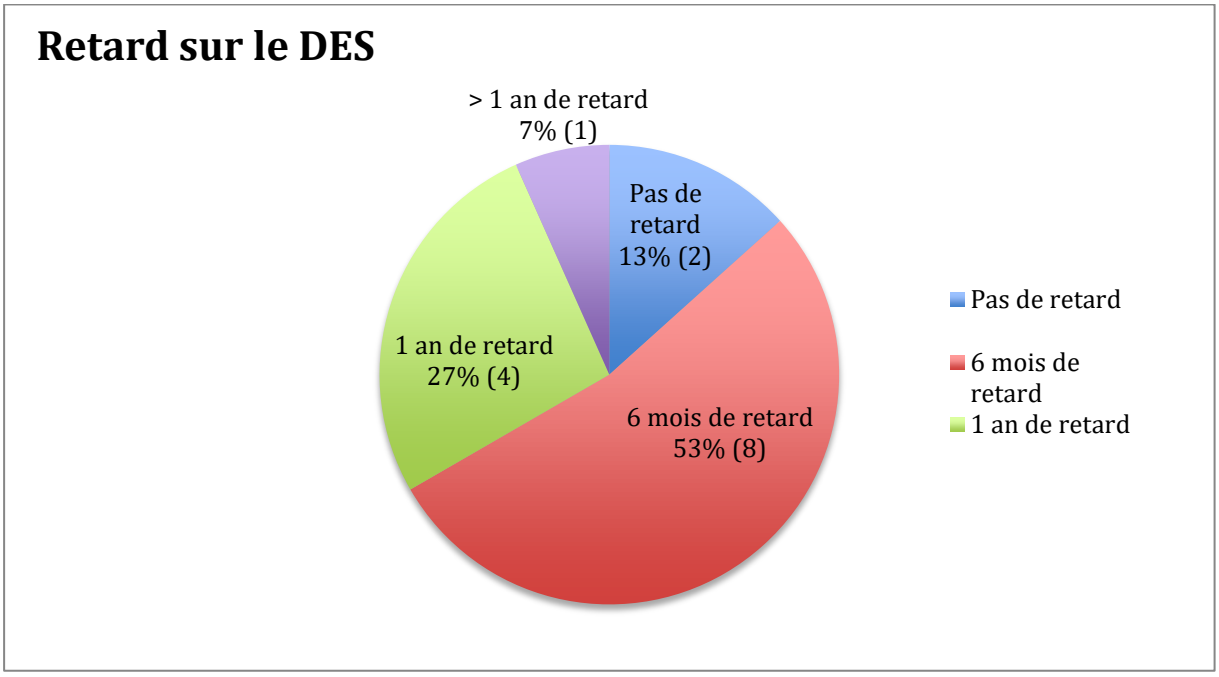
Enfin, l'une d'entre elle a renoncé à un DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) d'urgence devant le temps de formation demandé.

E11 : « J'étais partie pour faire le DESC d'urgence, j'ai fait la première année et en fait j'ai abandonné en cours de route (…). Si je n'avais pas eu d'enfants, je serais probablement allé jusqu'au bout… »

3.2.5. Le retard dans la formation

La durée du DES

Figure 2 : Retard sur le DES



La majorité d'entre elles a retardé son DES de 6 mois suite à l'invalidation d'un stage.
Quatre d'entre elles, l'ont retardé de 1 an, soit 2 stages non validés.
L'une d'entre elle a retardé sa formation de 18 mois, soit 3 stages non validés.
Enfin, deux des participantes n'ont pas retardé leur formation, c'est-à-dire qu'elles ont réalisés leur DES en 6 semestres. Les stages qui ont concerné la grossesse ont été validé car à chaque fois, elles ont été présentes au moins 4 mois sur les 6 six.

E2 : « J'ai eu la chance, on va dire, sans calcul fait que, mon congé mater tombe vraiment bien à cheval entre deux semestres. Donc ça m'a permis de valider et mon premier et mon deuxième stage sans rien perdre en fait puisque c'est vraiment tombé pile poil. »

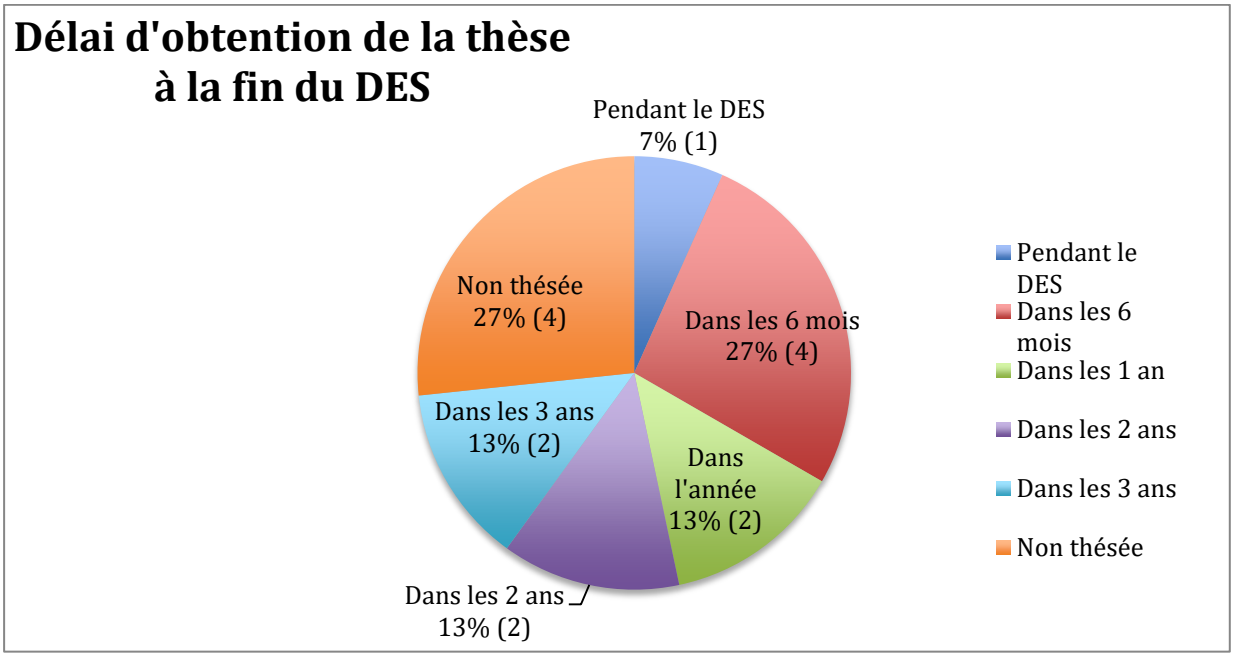
A noter que **le déclassement** à la suite d'un stage non validé (surnombre ou pas), était vécu comme une sanction discriminatoire en particulier lorsque celui-ci survient en début de cursus. En effet, elles perdent les avantages liés au mérite du classement à l'ECN.

Les répercussions étaient multiples : moins de choix dans les stages, stages de moins bonne réputation, plus loin du domicile.

E11 : « Si il n'y avait que le fait de rallonger l'internat (…), c'est un peu de l'arnaque quand même (…). Je me suis retrouvée avec des stages prat au fond de l'Aisne, (…) avec les contraintes de la route. Quand on voit que certaines personnes qui ont été classé après nous, se retrouvent finalement devant nous et ont des stages sur Amiens alors qu'ils n'ont pas d'enfants… ça me fout un peu les boules… »
E12 : « Après le seul truc qui est chiant, (…) on se retrouve déclassé, dès le début en plus, (…) j'étais la dernière à pouvoir choisir… »

La thèse

Figure 3 : Délai d'obtention de la thèse après la fin du DES



Les résultats sont variables quant au délai d'obtention de la thèse après la fin du DES.
A noter que l'une d'entre elle a soutenu sa thèse avant la fin du DES. La survenue d'une autre grossesse après l'internat est mise en cause dans le retard pris pour la thèse pour l'une d'entre elle.
E13 : « J'ai fait un deuxième bébé pendant les remplacements ! Donc ça a fait reculer la thèse. »

Une autre dit avoir profité du temps libre offert par un congé maternité pour finir sa thèse.
E15 : «Pour ma troisième grossesse, j'avais fini mes stages, j'étais juste en train d'écrire ma thèse pendant le congé. (…). J'ai passé ma thèse enceinte de huit mois. »

3.3. L'influence sur la pratique médicale.

Pour la majorité, cette expérience a eu une **influence positive** sur leur pratique médicale, aussi bien sur le reste de la formation que sur leur exercice actuel. Elles se sont notamment retrouvées plus à l'aise autour des questions relative à la **pédiatrie** qui ne sont pas forcément enseignées pendant la formation. En particulier sur la façon d'aborder un enfant en consultation. Elles évoquent aussi une évolution dans leur rapport avec **les patientes femme et mère**.

E2 : « Le fait aussi d'être maman, on a une expérience de maman qu'on a pas quand on est jeune fille. Les jeunes femmes, les mamans, elles recherchent un petit peu plus ça. (…)

E5 : « Quand on est en pédiatrie, on est face à des enfants, (…) c'est vrai qu'il y en a qui ont le feeling et, il y en a d'autres qui l'ont moins. Et je pense que le fait d'être maman ça joue quoi. Aujourd'hui encore, je le ressens tout de suite. »

E4 : « Sur la prise en charge des enfants, être moins frontale, essayer de le mettre en confiance, lui laisser un temps d'acclimatation… »

E6 : « Ça m'a beaucoup aidé en pédiatrie notamment parce qu'il y a beaucoup de chose qu'on n'apprend pas dans notre formation (…), ne serait-ce qu'un lavage de nez, une DRP (Désobstruction rhino pharyngée). Maintenant au cabinet quand je travaille, (…) je n'hésite pas à proposer de leur montrer la technique. (…) Au niveau de l'alimentation, tous les laits maternels (…), la diversification c'est pareil maintenant je sais beaucoup mieux conseiller, (…) sur le sommeil, l'éducation. (…) Avec des enfants on s'y intéresse. (...) Sur toute la pédiatrie, le fait d'avoir des enfants ça a changé énormément de choses sur ma pratique. (…) Je me sens bien sur beaucoup plus à l'aise à manipuler des enfants.

E8 : « Ne serait-ce que pour l'alimentation, (…) le focus sur le poids que font les parents où là on dédramatise énormément en fait. Je pense que ça permet de prendre beaucoup de distance par rapport aux petit tracas, (…) surtout sur le zéro-six mois. Puis savoir prendre les enfants aussi, j'avais beaucoup peur de ça… »

E10 : « Ça m'a apporté plein de choses, pour répondre à la demande des parents, du coup tu te sens beaucoup plus à l'aise avec les mamans (…), elles se sentent comprise. (…) Ça m'a permis de m'enrichir de savoir… Parce qu'on n'apprend pas vraiment dans les bouquins comment s'occuper d'un bébé (…) on n'est pas confronter à ça en stage hospitalier. Comment s'occuper du siège, les toilettes de sièges, les crèmes et toute la nurserie en fait. (…) Alors qu'en médecine générale il y a de la demande avec les mamans, elles sont en demande de ça, et j'ai bien senti que je répondais à leur demande. Donc ça m'a apporté évidemment un plus, ça c'est sûr. »

E14 : « On est plus compréhensifs pour les femmes qui ont des travails difficile, (…) qui sont en fin de grossesse, (…) on a tendance à faire des arrêts un peu plus facilement, précocement… »

L'une d'entre elle parle du gain d'une certaine **crédibilité** vis-à-vis de ses patients.
E8 : « Ça donne du crédit d'être parent. Le fait qu'on apprenne sur le tas en tant que parent, je pense que ça donne forcément une certaine expérience de la chose… »

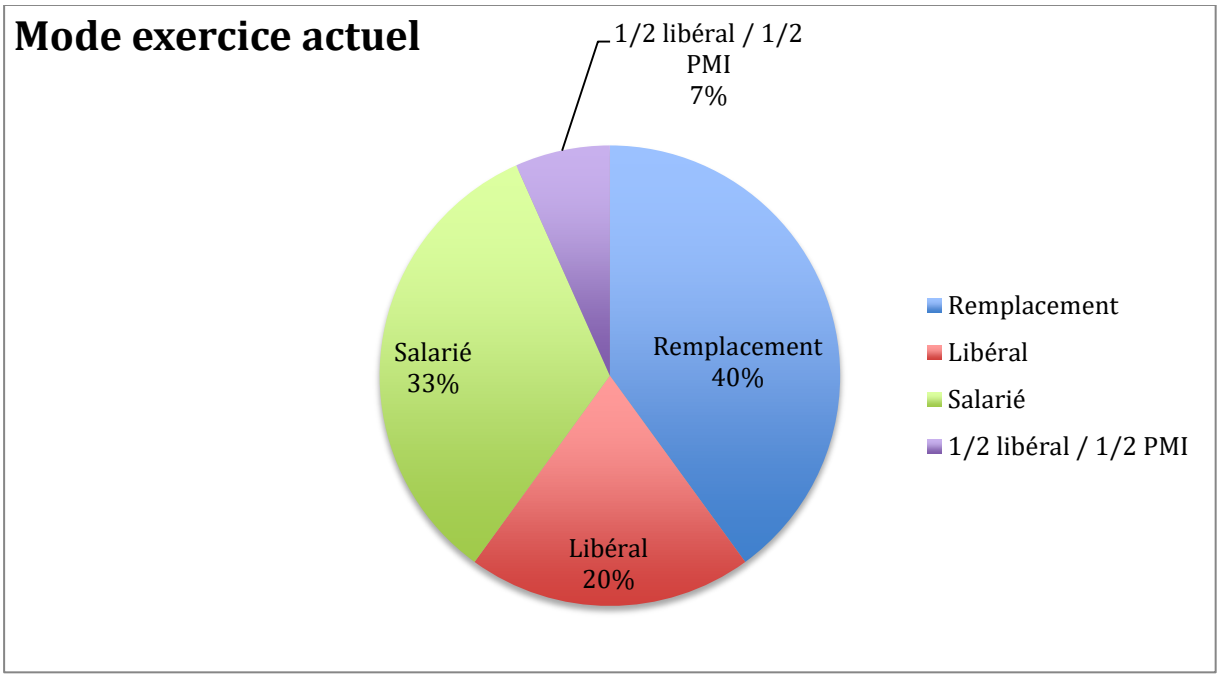
Enfin, deux d'entre elles estiment que cette expérience n'a pas eu d'influence sur leur pratique médicale.
E11 : « Sur ma pratique médicale, j'ai pas l'impression *(qu'il ait pu y avoir un impact)*. »
E12 : « Ca a pas trop influer je pense. »

3.4. L'impact sur la vie socio-professionnelle

3.4.1. Influence sur la vie professionnelle

Les participantes sont issues des promotions 2009 et 2010. Elles ont donc fini leur internat et débuté leur vie professionnelle entre novembre 2012 et novembre 2014. L'une d'entre elle fait exception puisque du fait du retard pris pendant le DES, elle a fini tout récemment, soit en novembre 2015.

Figure 4 : Mode d'exercice actuel



Le remplacement

Six des participantes ont opté pour le remplacement en médecine générale libérale, à temps partiel, c'est-à-dire soit quelques jours fixes dans la semaine, soit des semaines irrégulières dans l'année. Cependant, quatre d'entre elles n'ont pas encore soutenu leur thèse au moment de l'étude.

Trois d'entre elles comptent poursuivre les remplacements, et ne savent pas encore vers quel mode d'exercice elles se tourneront par la suite.

Le principal argument mis en avant pour le choix de ce mode d'exercice est la souplesse de l'emploi du temps. Elles n'envisagent pas une installation souvent synonyme d'un emploi du temps chargé. Enfin l'une d'entre elle n'envisage pas l'installation aussi par manque d'expérience.

E5 : « Le fait d'être remplaçante je fais mon petit planning un peu à moi comme je veux, et puis je cherche des remplacements pas trop loin de chez moi… Je serais remplaçante encore un moment, après on verra bien. L'installation c'est pas encore prévu mais… pas parce que j'ai des enfants, juste que par rapport à moi et mes expériences professionnelles.»

E6 : « Le fait d'être remplaçante, je travaille un peu quand je veux… quand j'ai envie, et pour le moment ça me va très bien. Là le fait d'avoir mes enfants, je me vois pas m'installer tout de suite, je veux profiter, (…) je veux être présente pour eux. (…). Je ne me vois toujours pas m'installer. J'ai besoin de temps aussi pour moi en fait, mes loisirs, mes amis, c'est hyper important…»

E4 : « A priori je vais continuer les remplacements, (…) j'ai l'impression que l'installation c'est encore compliqué. Et puis j'ai le désir d'un autre enfant. Je ne me vois pas gérer une installation qui va demander une grosse présence au cabinet et une vie de famille, j'ai envie de voir grandir mes enfants, (…) je pense que c'est le but».

Les trois autres envisagent une installation en libéral par la suite à condition qu'elles puissent adapter leurs horaires. Elles veulent la liberté de s'organiser. Elles le présentent aussi comme une suite logique aux remplacements.

E7 : « Mon projet c'est de m'installer l'année prochaine en 2016, tout en ayant dans l'idée que tant que mes 2 filles qui ont 6 mois et 2 ans, ne sont pas à l'école, j'essaye de rentrer pas trop tard, (…) et je compte me garder une demi-journée complète pour elles et une journée complète pour moi uniquement. Je suis remplaçante depuis presque 2 ans dans le coin (…), les gens me connaissent, ça me paraît être l'évolution normale.»

E10 : « Je remplace à C*, et dans quelques années il voudrait prendre sa retraite. Moi je voudrais refaire un bébé, m'en occuper et pas travailler en libérale et m'installer comme une folle tout de suite (…) lui il va travailler de moins en moins et moi je vais travailler de plus en plus pour une installation, je pense d'ici 4 à 5 ans. J'aurais eu le temps de profiter un peu de mes enfants en bas âge. »

Le salariat

Cinq d'entre elles ont optés pour le salariat. Trois dans un service de gériatrie, une dans un service de consultations non programmées, et une dans un service de maladie infectieuse. Le choix de ce mode d'exercice réside principalement dans la stabilité des horaires et la dispense de formalités administratives.

E3 : « En fait après l'accouchement j'ai fait un remplacement, je me suis dit non, le volume horaire ne me convient pas (...) et le souci de gestion financière au quotidien (…). J'avais l'impression qu'en choisissant l'hospitalier, j'aurais plus de temps, d'être plus près de ma famille. Quelque chose de régulier, de cadré et que ça puisse coller avec les horaires de mon fils aussi. »

E9 : « J'ai choisi d'être médecin salarié, justement du fait de ma progéniture nombreuse. »

E15 : « Je me suis éloignée du libéral parce que ça ne m'a pas intéressé. Je pense que ça ne convenait pas avec mon mode de vie, par rapport à ce que je voulais pour mes enfants et c'est pour ça que je me suis orienté sur un poste de salarié dans une clinique. J'ai trouvé que ça pouvait être plus confortable. »

L'exercice libéral

Parmi les 3 interrogées qui sont installées en libéral, une d'entre elle exerce au titre de collaboratrice.

L'exercice mixte

Une des participantes exerce à mi-temps en cabinet de médecine générale en libéral et à mi-temps en salariée de PMI.

3.4.2. Influence sur la vie familiale

La majorité voit leur vie différemment depuis la naissance de leur(s) enfant(s). Les priorités sont redistribuées et la médecine passe parfois au second plan.

E5 : « On ne pense plus qu'à soi, on pense à soi et à sa famille donc c'est différent. »

E6 : « Ca a beaucoup, beaucoup changé, maintenant on ne pense pas qu'à nous… Par moment je me dis que j'ai un peu moins d'ambition, (…) parce que maintenant, j'ai l'ambition pour les enfants… »

E8 : « *l'influence sur la vie familiale?* Bah forcément, il y a l'organisation. »
E9 : « Les priorités changent. »
E11 : « J'ai choisi un système où je fais des gardes de 24 à 48h donc j'ai pas mal de journées de repos d'affilés pour pouvoir m'occuper de mes enfants. C'était une de mes priorités. »

Certaines ont saluées l'implication de leur conjoint et de leur entourage familial dans leur organisation.
E2 : « J'ai la chance d'avoir un mari qui est pas dans le milieu, (…) il est peut-être un petit peu plus disponible aussi, et je sais que je peux compter sur lui… »
E4 : « J'ai un conjoint qui s'implique aussi… »
E5 : « J'ai mon conjoint qui n'est pas du tout dans le milieu médical, donc on s'est arrangé tous les deux… »
E8 : « *Au début de mon installation*, mon mari était en reconversion professionnelle (…) j'étais toute seule la semaine pour gérer loulou. J'avais une bonne nounou et de bon grands parents qui m'ont bien aidé… »

3.5. <u>Le ressenti global</u>

La plus part ont un **ressenti positif de cette expérience.**
Enrichissante sur le plan professionnel comme décrit plus haut dans le chapitre sur la « pratique médical ». Mais surtout enrichissante sur le plan émotionnel et humain avec beaucoup plus d'empathie et de compréhension envers leurs patients.
E1 : « C'est surtout le bonheur de devenir parent. (…) J'ai complètement changé. (…) Et ça je ne l'avais pas prévu, je ne savais pas que j'allais me transformer comme ça. »
E2 : « On a aussi beaucoup plus d'empathie, et puis on sait de quoi il en retourne. (…) On développe des capacités qu'on n'avait peut-être pas avant. »
E4 : « Un côté plus fragile au niveau émotionnel, avec encore plus le ressenti de la fragilité de la vie et de l'importance de la vie. »
E9 : « J'ai eu l'impression que j'étais plus mature et plus… dans la vie. Vraiment plus proche des patients parce qu'il y avait eu en moi-même une modification personnelle… un peu plus d'empathie et de compréhension des choses que peuvent vivre les patients. (…) Aussi enrichissante qu'une grossesse et une maternité peut l'être.»
E10 : « Elle m'a aidé à grandir, aussi à me responsabiliser, à m'assumer, à prendre confiance en moi dans mon travail. On est médecin mais on se sent nul et maintenant maman (…). Je me sentais super forte d'être maman. »

La majorité est satisfaite d'avoir vécu cette expérience pendant l'internat. Elles trouvent cette période tout à fait compatible avec une grossesse et une maternité.

E5 : « Le fait d'être maman quand on est interne pour moi c'est pas un obstacle du tout quoi. Au contraire. »
E9 : « De les réaliser pendant l'internat, je l'ai pas du tout ressenti comme un handicap. (…) L'internat n'a pas été un frein…»
E10 : « C'est vraiment bien qu'on puisse faire ce projet, la fac nous en donne les moyens… »
E12 : « Si on veut faire des enfants, vaut mieux les faire pendant l'internat qu'après, (…) j'ai pas senti du tout de barrière ou quoi que ce soit. »
E15 : « D'avoir eu ses enfants pendant l'internat, je trouve que ça se fait complètement. »

L'une d'entre elle pense qu'il vaut mieux faire ses enfants après l'internat. Et d'une manière générale que la maternité n'est pas encore admise dans le métier.
E 11 : « En comparaison, je pense que c'est pas forcément plus facile, parce qu'on a aussi d'autres contraintes une fois installée, cela dit, il faut reconnaître aussi qu'on se sent quand même un petit peu plus libre de maîtriser son emploi du temps, sans me culpabiliser par rapport à la hiérarchie, (…). Dans tous les cas être une femme médecin et avoir un projet de maternité, c'est pas une chose simple. Parce que le métier n'est pas encore prêt à ça. (…) C'est quand même peut-être plus facile avec le recul de faire ça plus tard parce qu'on a plus cette position d'étudiant. »

Une d'entre elle explique que sa grossesse a même constitué une pause bienvenue dans ce long cursus.
E1 : « Je trouve que ça m'a fait plutôt du bien de mettre les études de côté, d'avoir une vie personnelle plus riche, quand on a un enfant, c'est forcément plus riche. »

Enfin, deux d'entre elles ont mentionné leur crainte de la loi santé, vu aussi comme un potentiel frein à l'installation.
E2 : « Moi je suis contente d'être en libéral, j'aime ça, d'ailleurs vu le nouveau projet de loi ça me fait peur… Je sais pas comment ça va se dérouler. En tout cas ça donne pas du tout envie aux jeunes, aux femmes de venir s'installer… »
E7 : « *Une installation libérale ?* Oui malgré tout, je ne sais pas si c'est une bonne idée avec ce qui se profile mais, oui j'y crois encore. »

4. DISCUSSION

4.1. Limites et biais de l'étude

4.1.1. Biais liés à la population étudiée

La population cible ne concerne que les internes de médecine générale. Le vécu de la grossesse et de la maternité par les internes de spécialités n'a pas été étudié. La thèse de Rachel Payan en 2002 à Grenoble est une étude quantitative sur l'impact de la maternité en cours d'internat [20]. Elle avait révélé des différences entre les internes de spécialités et les internes de médecine générale. Aussi bien sur le vécu de la grossesse et de la maternité que sur les projets professionnels. Dans notre étude, **l'échantillon n'est pas représentatif** de la population médicale puisqu'il ne concerne que des femmes médecins généralistes. Cependant nous avons voulu éviter volontairement une étude quantitative statistique qui aurait entraîné des comparaisons entre spécialités. Nous avons plutôt cherché à recueillir des témoignages riches sur des expériences de vie. Il aurait également été intéressant de pouvoir comparer des femmes médecins formées dans différentes facultés, le fonctionnement du déclassement après les stages invalidés n'étant pas partout le même.

Toutefois, l'absence de représentativité de l'échantillon est classique dans les enquêtes qualitative, puisqu' « en recherche qualitative, l'échantillon de l'étude n'est jamais statistiquement représentatif et, en ce sens, il serait insensé de prétendre à une généralisation des résultats. » [21]

Enfin, il existe aussi un **biais de recrutement**. En effet, suite au recrutement, nous avons interrogé 15 personnes pour aboutir à une saturation des données et nous avons choisi d'interroger en priorité celles qui nous avaient semblé les plus enthousiastes à la réalisation de l'étude. Notre population n'a pas été tirée au sort.

4.1.2. Biais lié à l'enquêteur

Au cours des études qualitatives avec entretiens, il peut exister un **biais de transfert**. Tout chercheur a ses intentions personnelles le motivant à se pencher sur un sujet d'étude plutôt qu'un autre. Ceci remet en question la notion même d'objectivité. Aucune situation de recherche n'est totalement neutre dans la mesure où elle est toujours interprétée par le chercheur à partir de sa propre perception des résultats [19]. Le risque est donc de diriger l'entretien et l'interprétation dans le sens de notre avis personnel mais aussi de nos sentiments. Ces risques sont liés à la méthode utilisée et ne peuvent pas être complètement écartés.

Dans notre étude, l'expérience personnelle de l'investigatrice est superposable au vécu des participantes. Il est possible que des interférences aient pu influencer les réponses et limiter l'obtention d'une neutralité parfaite.

Il est également fréquemment observé un **biais d'interprétation** au cours d'une analyse thématique. Il existe une part de subjectivité dans l'interprétation des données. Nous avons tenté de limiter ce biais en réalisant une analyse des entretiens par 2 personnes (l'enquêtrice et son directeur de thèse) puis en mettant en commun les analyses afin d'obtenir un consensus.

4.1.3. Biais lié à la méthode d'analyse

Tout d'abord, une limite de notre étude est liée à la nature même de celle-ci. En effet, le caractère qualitatif peut sembler **manquer de rigueur et surtout de reproductibilité** à l'inverse d'une étude quantitative.
Cependant, cette méthode qualitative témoigne de la variété des réponses à une même thématique. Elle nous a donc paru plus pertinente que la méthode quantitative pour le recueil d'avis et de récits comparable. Les résultats de notre enquête ne prétendent pas avoir une valeur statistique et ne sont pas représentatifs. Ils permettent d'exposer des opinions subjectives et des récits de vie grâce à des mots et des sentiments.

4.1.4. Biais lié à la méthode de recueil des données

Biais lié au lieu

Lorsque nous avons contacté les participantes de l'étude afin de convenir d'un rendez-vous, nous leur avons proposé différents lieux possible pour notre rencontre. L'entretien pouvait avoir lieu à leur domicile, sur leur lieu de travail ou dans un lieu public au choix. Nous avons demandé de privilégié un endroit calme et isolé afin de faciliter le dialogue. Les entretiens qui ont été réalisé sur le lieu de travail, ont été plus expéditifs. L'un d'entre eux a même été écourté suite à la présence d'un grand nombre de patients en salle d'attente. Certaines participantes se seraient peut-être confiées plus librement si l'entretien avait eu lieu à leur domicile, dans une atmosphère plus détendue.

Absence d'analyse des comportements

Nous avons enregistré les entretiens sur un support audio. L'absence d'enregistrement vidéo à l'aide d'une caméra nous a empêché de confronté les réponses verbales aux réactions comportementales. Cependant l'acceptation de ce mode de recueil est plus difficile à obtenir.

4.2. Avantages et forces de l'étude

4.2.1. Intérêt et originalité

Comme nous l'avons vu dans chapitre précédent, la population médicale se féminise, en particulier en médecine générale. Par conséquent, les questions autour de la grossesse, de la maternité seront de plus en plus d'actualité.

De nombreuses thèses sur le sujet ont été réalisées. Certaines concernaient les internes de médecine générale [23] [24] [25]. D'autres se sont plus intéressées aux femmes médecins généraliste [27][29]. A Amiens, deux enquêtes ont tenu lieu de mémoire de médecine générale, celle du Dr Druet, sur le déroulement de la grossesse et du post-partum des femmes généralistes selon leur mode d'exercice [30]. Celle du Dr Thomas Lo Presti sur la conciliation de la vie personnelle et de la vie professionnelle chez les femmes généralistes en Picardie [31]. Et plus récemment, deux autres thèses à la faculté de Amiens, celle du Dr Krohn-Bayen sur la féminisation de la médecine générale en Picardie [28] et celle du Dr Laumon sur la maternité de la femme médecin généraliste en Picardie [32].

Cependant, aucune ne s'est intéressée au vécu de la grossesse et de la maternité pendant l'internat et ses conséquences sur la formation et la vie socio-professionnelle. Par ailleurs, la plupart des études autour de ce sujet étaient quantitatives. Il était question de recueillir des chiffres d'ordre épidémiologique à propos de la démographie médicale. Dans notre étude, nous nous sommes proposés d'analyser le ressenti et l'expérience de ces femmes médecins généraliste ayant vécu une grossesse et une maternité pendant l'internat, afin de comprendre **les raisons essentielles de leur choix de vie.**

Cette bibliographie riche confirme que maternité et carrière sont des préoccupations majeures dans la vie des femmes médecins. Aussi, l'intérêt porté à notre étude par les participantes et les membres du comité de thèse du DMG renforce la légitimité de notre travail.

4.2.2. Choix de la méthode

Comme mentionné précédemment, le choix de la méthode qualitative est la plus appropriée pour notre recherche, qui « bien menée, est tout à fait pertinente et apporte un éclairage particulier sur les phénomènes sociaux et humains complexes. » [21]

Grâce aux entretiens individuels, les participantes se sont confiées sur un sujet très personnel, qu'elles auraient évoqués différemment, ou alors de manière plus réservé, si nous avions réalisé des entretiens collectifs de type « focus-group » [33]. L'entretien en face à face a permis une discussion plus confidentielle.

Le guide d'entretien n'a pas été suivi de manière stricte, ce qui a permis de rebondir pour aborder tous les thèmes à étudier. Il a également rendu possible l'exploration de domaines non prévus initialement. En effet, «l'entretien fait produire un discours » [34].

4.2.3. Intérêts personnels

Nous avons évoqué précédemment l'implication et l'investissement très personnel de l'enquêtrice, compte tenu de son expérience et de son vécu proche de celui des participantes. Ceci avait beaucoup orienté notre choix de sujet d'étude. Or le choix d'un sujet d'étude a toujours une certaine dimension affective « une histoire d'amour entre le sujet et son chercheur » [35].

De plus, nous voulons insister sur la dimension humaine de notre étude. Les échanges avec ces femmes et leurs discours pleins de sincérité ont été très enrichissants pour nous. Chaque rencontre a été particulière, singulière et instructive. Beaucoup d'émotions ont été partagées.

4.3. Discussion des résultats

4.3.1. La grossesse pendant l'internat

Le désir de grossesse

Toutes ces femmes on fait le choix de mener leur(s) grossesse(s) pendant l'internat.

Les attitudes sont partagées entre celle qui avaient suivi leur désir de d'enfant « naturellement » et celles qui ont pu calculer la date de fécondation idéale pour le déroulement de l'internat.

L'**âge** de ces femmes pendant l'internat est souvent compatible avec une certaine longévité et **maturité de couple**. De même, le souhait d'avoir des enfants assez jeunes et en âges rapprochés, les ont incité à avoir parfois 2 enfants pendant l'internat.

La majorité des femmes ont évoquées l'indépendance financière liée au **statut de salarié** comme une des motivations à la grossesse pendant l'internat. Les internes ont la possibilité d'avoir des arrêts maladie et un congé maternité rémunéré. En effet les conditions de prise en charge de la grossesse ne sont pas les mêmes en étant libéral ou salarié. Dans la thèse du Dr Laumon sur la maternité de la femme médecin généraliste en Picardie [32], l'exercice libéral semblait permettre des aménagements d'emploi du temps confortables et une certaine stabilité. Mais les charges financières très élevées, associées à un congé maternité écourté pour cause d'indemnités jugées insuffisantes, étaient un frein majeur au projet de maternité et d'installation.

L'internat parait donc comme une période dans la vie d'une femme médecin où le désir d'enfant semble logique. Ceci concorde avec une étude réalisée à Nancy en 2006 auprès de

399 internes [22], où 67% des interrogées on exprimées le souhait de devenir mère pendant l'internat.

Le vécu sur le plan médical

Il est marqué principalement par **la fatigue**. Selon elles, les conditions de travails n'étaient pas, à elles seule, à l'origine de ces complications, mais pouvaient rendre la grossesse inconfortable, en particulier à cause des gardes.

Elles évoquent aussi les modifications anatomiques liées à la grossesse qui rendent l'exercice de la médecine difficile. Dans l'ouvrage grossesse et travail de l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) publié en juin 2010 [36], il est indiqué que l'asthénie n'est **pas spécifique** au travail mais que ce dernier l'augmente par le biais de l'activité physique ou posturale.

Des pathologies obstétricales ont été répertoriées dans le récit de nos participantes, mais **aucune n'a vécu de grossesse à risque** à proprement parlé. L'étude de Nancy en 2006 retrouvait 44% de grossesses pathologique en particulier chez les IMG (Internes de Médecine Générale) [22]. De même, l'INRS décrit l'activité des internes comme présentant de nombreuses contraintes psychologique et physiques, et c'est leur accumulation qui est un indicateur précoce de grossesse à risque. Ces résultats ne vont pas dans le sens de nos résultats. Cependant, 9 de nos participantes ont bénéficiées d'un **arrêt de travail précoce** pour asthénie ou autres ce qui a certainement permis de **prévenir les éventuelles complications**.

Le vécu sur le plan psychologique

La majorité des participantes conservent un **bon souvenir** de leur grossesse, et **le ressenti est globalement positif**. Elles n'ont **pas de regret** quant à leur choix. Ces résultats sont superposables à ceux d'autres études sur ce thème, notamment celle du Dr Guenneau-Kervella [23] et du Dr Martin [25], qui sont toutes deux des thèses qualitatives sur le vécu de la grossesse et de la maternité des femmes internes de médecine générale. En revanche, l'étude de Nancy en 2006 rapporte tout de même que 45% des internes ont eu un ressenti négatif de la grossesse pendant l'internat. Mais cette étude n'est pas comparable à la nôtre car elle est quantitative et qu'elle s'est intéressée aux internes de plusieurs spécialités.

4.3.2. L'influence de la grossesse et de la maternité sur la formation

Le choix de stage

D'une façon générale, le choix se fait par rapport à la charge de travail et la proximité avec le domicile.

Le choix en surnombre, en particulier validant, a été salué par toute. Lorsqu'il était disponible, il a systématiquement été choisi. C'est un facteur positif du vécu de la grossesse. Il a permis de vivre la grossesse plus sereinement, dans de meilleures conditions de travail, en poursuivant la formation et sans pénaliser le service. Il permet également de conserver son salaire, contrairement à la disponibilité.

On observe aussi que la majorité d'entre elles ont attendu au moins un an avant de concrétiser leur désir de grossesse. C'est-à-dire qu'elles sont, pour la plupart, tombées enceinte en seconde partie du cursus, à partir du 3ème semestre. Elles ont souhaité avancer dans leur formation, le but étant de faire les stages les plus prenants et avec le plus de gardes, en début de cursus, avant la grossesse. Cela leur a aussi permis d'avoir accès à un choix de stage plus large après un an d'ancienneté. On peut également penser que certaines ont préféré se familiariser d'abord avec leur fonction d'interne avant de fonder leur famille. En ce sens, on peut dire que la formation reste un objectif incontournable pour ces jeunes femmes qui mènent de front leurs projets professionnels et de vie.

Les gardes

La seule disposition légale concernant les internes enceintes est la possibilité de dispense de gardes à partir de la 12ème SA (Semaine d'Aménorrhée) [10]. Cette disposition a été largement utilisée par les participantes. Cependant, les gardes sont jugées fatigantes et nombreuses sont celles qui suggèrent l'application de la dispense dès le début de la grossesse. En effet, le début de grossesse a été jugé plus difficile physiquement et psychologiquement. Cet avis est retrouvé dans la thèse du Dr Payan [20]. Des études ont suggéré une adaptation du statut de l'interne enceinte telle qu'une dispense de garde plus précoce, ou encore qu'elles ne soient plus obligatoire mais sur la base du volontariat [26][38]. Notamment pour certaines qui ont vu un intérêt financier à les continuer, comme ça a été le cas pour l'une de nos participantes.

Les relations

Les relations interprofessionnelles n'ont globalement pas posé de problème. Finalement, le phénomène de l'interne de médecine générale enceinte n'est pas un cas isolé. Les services administratifs aussi sont assez habitués à cette situation.

La plupart des participantes ont bénéficié d'un accueil chaleureux, d'une compréhension et d'un soutien de la part de leurs collègues. En particulier de leur co-interne femme ayant déjà un enfant.

Dans d'autres études [23][24], les relations entre internes étaient plus conflictuelles, souvent marquées par une appréhension mutuelle. L'interne enceinte se sent coupable de ne pas pouvoir toujours assurer ses obligations de services, et les co-internes craignent de devoir pallier à ses absences.

Le vécu au retour du congé maternité

Le choix de stage au retour du congé maternité est principalement conditionné par la proximité avec le domicile, ce qui se comprend aisément après l'arrivée d'un enfant dans le foyer. Ce paramètre n'est pas spécifique de la femme médecin généraliste. Il existe chez toute femme active ayant des enfants. De même que le choix d'un stage moins prenant, plus compatible avec l'organisation d'une vie de famille, et non plus en fonction de l'intérêt pour leur formation.

Celles qui ont choisi le stage chez le praticien ou le SASPAS pour les raisons citées précédemment, se sont probablement aussi projetées sur la future conciliation entre vie privée et vie professionnelle.

L'investissement dans la formation et l'acquisition des connaissances

La majorité ayant vécu leur grossesse en 2ème partie d'internat, elles estiment que leur formation était faite. Elles ne s'estiment pas moins bien formées que les autres. Leur investissement dans leur formation est resté similaire, et bien que moins disponible, elles n'ont pas ressenti de désintérêt pour la médecine.

On remarque aussi que l'absence de gardes n'a pas été vécue comme préjudiciable sur le plan de la formation. Se pose alors la question de l'intérêt pédagogique de certaines gardes hospitalières.

Pour l'une de nos participantes, l'arrivée d'un enfant a conduit à une modification de son projet professionnel. Elle voulait devenir urgentiste, mais a abandonné son DESC d'urgence devant le temps requis pour cette formation. Dans une enquête de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) Rhône-Alpes, 20% des femmes ont interrompu une formation universitaire du fait de contraintes familiales [37].

Le retard dans la formation

La plupart n'ont pu valider qu'un seul des deux stages qui ont concernés la grossesse. En effet 13 sur les 15 participantes ont invalidé au moins un stage. 87% ont donc eu une augmentation de la durée de leurs études d'au moins 6 mois. Les autres études sur le sujet retrouvent des résultats comparables.

Il est donc très difficile d'avoir un enfant pendant l'internat sans retarder la fin du cursus.

Le déclassement suite à l'invalidation d'un stage reste un point négatif. Pour un stage non validé, elles sont rétrogradées à la fin de leur promotion d'origine et pour deux stages non validés, elles sont réintégrées dans la promotion suivante en fonction de leur rang de classement.

Mais le classement dans une promotion fait suite aux résultats obtenus à l'ECN, il est donc mérité. La perte de ce rang de classement est ressentie comme une injustice, une dévalorisation de leur travail et surtout de leurs compétences. Par ailleurs, bien que les règles de validation soient mentionnées par décret [10], le déclassement dans un contexte de grossesse de l'interne est fonction des facultés. Ainsi, certaines facultés comme Rennes, Nantes, ou Strasbourg, ont fait le choix d'une dérogation au déclassement. L'interne reste dans sa promotion et conserve son rang de classement pour les choix restants, et elle bascule en début de promotion suivante pour le(s) stage(s) à rattraper. Ces disparités entre facultés de médecine de France rendent le déclassement encore plus injuste. Il serait souhaitable que des dispositions nationales soient prises afin de généraliser ce fonctionnement.

Le délai d'obtention de la thèse à la fin du DES est très variable. La grande majorité a soutenu sa thèse entre 6 mois et 3 ans après l'internat. 4 participantes n'ont pas soutenu leur thèse au moment de l'étude. Elles seront donc thésées dans le délai maximal de 3 ans après l'internat.

Dans la thèse du Dr Laumon [32], la majorité des participantes considéraient que mener à bien sa thèse en étant jeune maman était difficile car cela demandait un effort d'organisation. L'étude de l'URML Rhône-Alpes confirme cette tendance. Ainsi, chez les médecins généralistes libéraux, la soutenance de thèse est plus tardive d'environ un an pour les femmes que pour les hommes [37].

Une autre étude a démontré que le passage de la thèse coïncide souvent avec l'âge de la maternité [39], notre étude le confirme aussi puisque toutes nos participantes ont passé leur thèse (ou vont la passer) alors qu'elles étaient mères. Ceci peut expliquer en partie les thèses plus tardives chez les femmes.

Cependant, les internes hommes, aussi bien que les internes femmes, soutiennent leur thèse après la fin de l'internat. Aucune étude sur les causes du retard à la soutenance de thèse n'a été retrouvée mais on peut volontiers penser que les internes mères ne sont probablement pas un cas particulier.
A titre exceptionnel, l'une des participantes à notre étude qui a eu 2 enfants pendant l'internat, n'a pas retardé son DES, c'est-à-dire qu'elle l'a validé en 6 semestres, et elle a soutenu sa thèse avant la fin du DES…

4.3.3. L'influence sur la pratique médicale

La plupart ont signalé être désormais plus à l'aise avec les questions autour de la femme et des enfants. Ce qui a pu être perdu dans la formation par les absences, le choix de stage restreint ou le manque de gardes semble être largement compensé par l'expérience de la parentalité et de la maternité. Elles évoquent une meilleure compréhension des problématiques rencontrées par leurs patients dans ces mêmes situations. Il s'agit là d'un véritable complément de formation qu'elles ont pu appliquer directement à leur pratique médicale. Le fait d'avoir des enfants constitue une aide au quotidien pour leurs consultations. Ceci est conforme aux résultats retrouvés dans la thèse du Dr Asrtuc en 2002, intitulée la Féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique ? [27]. Elle retrouve que 78% des femmes médecins généralistes se disaient plus à l'aise dans la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique.
On retrouve aussi un gain de crédibilité offert par le statut de mère. Elles se sont senties plus matures aux yeux de leurs patients. En effet, elles ont signalés un changement de comportement des patients, en particulier des parents, qui semblent considérer que leur médecin est plus qualifié s'il a une expérience de parent. Elles ont perçu que leurs patients étaient plus à l'écoute de leurs conseils et elles se sont trouvées plus légitimes à les dispenser.

4.3.4. L'influence sur la vie professionnelle et familiale

Choix du mode d'exercice

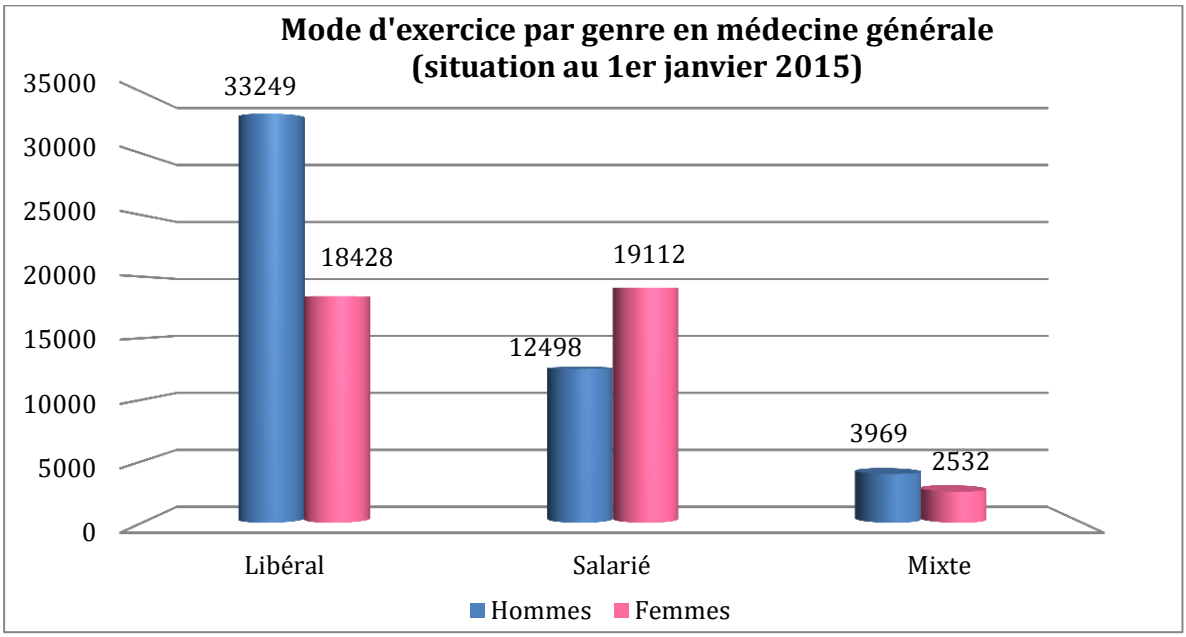
Le remplacement est le mode d'exercice le plus représenté dans notre étude. Cette forme de « travail à la carte » est décrite comme plus compatible avec leur vie de jeune mère car plus souple en termes de disponibilité qu'une installation en libéral. Elles souhaitent différer leur installation en attendant d'avoir d'autres enfants ou que leurs enfants soient plus âgés.
Dans la thèse du Dr Decorde sur les déterminants à l'installation en médecine générale [40], les remplaçants d'une façon générale avouent craindre une diminution de leur qualité de vie en cas d'installation. Mais au contraire, dans cette même étude, 50% des jeunes installés

trouvent leur qualité de vie meilleure et 32.8% la trouve identique, par rapport à leur années de remplacement. Par ailleurs, la tendance à retarder l'installation n'est pas exclusivement féminine. Une enquête sur la féminisation de la médecine réalisée en 2003 [41] avait mis en évidence que la plupart des nouveaux thèsés, hommes ou femmes, ne s'installaient pas immédiatement et réalisaient des remplacements pendant de longues périodes. On peut penser aussi que le manque d'expérience est en cause dans le retard à l'installation, comme l'a évoqué une de nos participantes.

L'exercice libéral à plein temps est choisi pour 3 de nos participantes et parmi les 6 remplaçantes, 3 l'envisage dans un futur proche. Cependant il est conditionné par une **adaptation des horaires** afin de concilier au mieux vie de famille et vie professionnelle. Dans la thèse du Dr Pichon-Pawelski [42], qui étudie la compatibilité du statut de mère à celui de médecin généraliste, on retrouve cette notion d'adaptation du temps de travail en fonction de sa famille. Le temps partiel concernait 25% des femmes contre 2 % des hommes et 59,3% des femmes avaient adapté leurs horaires de travail à ceux de leur enfant. Aussi, selon la DREES [5], lorsque les femmes médecins généralistes travaillent à plein temps, elles travaillent 10 heures de moins que leurs homologues masculin.
Une des participantes s'est installée en collaboration libérale. Le statut de collaborateur repose sur un moindre engagement personnel et financier, et c'est justement là les raisons de son succès [41].
Deux de nos participantes ont évoqué leurs inquiétudes face à la Nouvelle Loi Santé proposée par Marisol Tourraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Elles la considèrent comme un frein à l'installation. Cet avis rejoint celui du reste de la profession, majoritairement opposé à son application.

Le salariat est représenté par 1/3 de l'échantillon dans notre étude. Ce choix réside dans la stabilité des horaires, une dispense des formalités administratives avec « des revenus comparables » [41]. D'après la DREES, au 1er janvier 2015, les femmes médecins généraliste exerce plus en mode salarié qu'en mode libéral comme l'indique le **Graphique 1** [5].

Graphique 1 : Mode d'exercice par genre en médecine générale au 1er janvier 2015



Les femmes généralistes ne semblent pas exclusivement intéressées par un exercice salarié et se tournent de plus en plus vers l'exercice libéral [5]. Ainsi, en 2003, 30% d'entre elles exerçaient en libéral [41], ce taux est aujourd'hui de 46%.
Notre étude illustre bien l'évolution de cette tendance, puisque l'exercice en libéral est plus représenté que le salariat (en tenant compte bien sur des remplaçantes qui vont s'installer).

L'exercice mixte n'est pas une spécificité féminine. C'est le cas d'un généraliste sur quatre sans distinction de sexe. Une seule de nos participantes a opté pour ce mode d'exercice, qui finalement lui « laisse peu de temps en réalité».

La vie familiale

La plupart des participantes à notre étude ont déclaré que l'arrivée d'un enfant dans le foyer avait **modifié leurs priorités :** La famille passe avant le travail. D'autres ont modéré leur propos, sans définir formellement leurs nouvelles priorités. Dans tous les cas, il ne s'agit pas d'un manque d'investissement dans leur métier. L'objectif étant de chercher un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, comme nous avons pu le voir précédemment avec l'aménagement des horaires de travail. Encore une fois, ce constat n'est pas réservé aux femmes médecin et concerne toutes les mères qui ont des professions prenantes. C'est une problématique qui s'inscrit dans le cadre plus large de la présence de femme dans le monde du travail.

Les jeunes médecins d'une façon générale ne se projettent plus dans le modèle classique du médecin de famille offrant une disponibilité permanente pour ses patients et une faible présence auprès de sa famille. En effet, les mutations de l'éthos professionnel sont plus un effet de génération qu'un effet de genre comme le démontre l'enquête « Féminisation et pratiques des jeunes générations de médecins » [43].

L'implication du conjoint entraine un remodelage complet de la dynamique familiale. Dans notre étude, 14 des participantes sont en couple ou mariées. Le père est au cœur de l'organisation familiale. Souvent, ils sont plus disponibles et c'est eux qui vont chercher les enfants chez la nourrice.
Bien que cela ne fasse pas parti de notre étude, il aurait été intéressant de connaitre le niveau socio-économique du conjoint. En effet d'après une étude sur les jeunes générations de médecins [43] : Le fait de pouvoir compter sur le revenu du conjoint, autorise un moindre investissement temporel au travail et donc permet une plus grande disponibilité pour sa famille.

Le **mode de garde** privilégié était l'assistante maternelle car souvent proche géographiquement et très flexible au niveau des amplitudes horaires. Elles ont aussi évoqué le soutien et l'aide de **l'entourage familial** qui s'est investi auprès de l'enfant. A noter que la nationalisation de l'ECN peut entraîner un changement de région pour de nombreux internes qui se retrouvent isolées de leur famille, surtout si ils décident de s'établir dans la région où ils ont été formées. Ceci peut rendre plus compliquée l'organisation, notamment au niveau des imprévus, ce qui a été le cas pour deux de nos participantes. Une étant originaire de Reims et l'autre de Lyon.

4.3.5. Le ressenti global

Le ressenti global est positif.
La majorité est satisfaite d'avoir fait le choix de fonder une famille pendant l'internat. Elles estiment que c'est une période propice pour mener une grossesse dans de bonnes conditions et encouragent les générations futures à en faire autant.

Toutes considèrent que cette expérience leur a été bénéfique sur le plan personnel. Elles évoquent des modifications d'ordre émotionnel. En particulier de l'empathie. Elles se sentent plus proche de leurs patients du fait du partage d'une expérience commune.

Elles parlent du gain d'une maturité, « j'ai grandi » et elles ont pris conscience du sens des réalités, « je me suis senti plus dans la vie ».

On retrouve aussi la notion d'assurance et du gain confiance en soi.

L'une d'entre elle l'exprime avec des termes forts, « j'ai changé », « je me suis transformée », ce qui résume bien les changements que peut amener un tel évènement dans une vie.

Cette expérience est perçu comme aussi enrichissante sur le plan personnel que professionnel. Elle constitue un véritable complément à la formation, qu'elles ont pu mettre en pratique dans leur exercice au quotidien.

Cette nouvelle capacité, d'attention et de gravité, conférée par la maternité, permet aux jeunes mamans médecins d'être plus impliquées dans la relation avec le patient, une nouvelle nuance de leur pratique avec une disparition de la distance.

En somme, c'est un sentiment complet d'épanouissement.

5. CONCLUSION

Les jeunes femmes interrogées ont fait le choix de s'engager dans leur vie de famille pendant **l'internat**, jugé comme étant **le bon moment** par la majorité. Les arguments mis en avant sont l'âge, l'histoire de couple sérieuse, la première période d'indépendance financière et les avantages du salariat.

Le choix de stage en **surnombre**, mis en place depuis 2011[10], est une avancée, et surtout une reconnaissance du nombre important d'internes qui tombent enceinte pendant l'internat.

On a pu constater quelques désagréments tels que le déclassement vécu comme injuste, les gardes jugées difficiles au premier trimestre de grossesse. Il y a aussi le retard pris dans le DES et dans l'écriture de la thèse. Mais l'**investissement dans la formation** est resté présent. En ce sens, il serait bien venu de généraliser certaines mesures qui restent encore officieuses, à savoir une dérogation au déclassement et une dispense de garde possible dès le début de la grossesse. Cela permettrait aux internes de poursuivre leur cursus plus sereinement. Raison de plus pour déculpabiliser ses jeunes mères qui effectuent un acte socialement positif en donnant la vie.

Les précieuses **compétences acquises par cette expérience** sont misent à profit pour leurs patients. Elles se trouvent plus en situations d'attention pour accompagner leurs patients, en effet, « cet échange qui relève de l'instinct maternel n'est pas si éloigné de la relation à entretenir avec les patients » [41].

Par ailleurs, notre étude confirme la nouvelle vision que les jeunes générations de médecins ont de la médecine. On assiste à la recherche d'un **compromis entre vie professionnelle et familiale**, qui passe entre autre par une limitation des horaires de travail. C'est le concept de médecine libérale programmable [43], qui vole d'ailleurs la vedette au salariat qui attire de moins en moins.

Cette expérience épanouissante a été globalement **bien vécues**, c'est un enrichissement aussi bien sur le plan professionnel que personnel.

Devenir médecin comme devenir mère ne se fait pas de façon instantanée et permanente, c'est un processus, un cheminement personnel et transformationnel. Pour ses femmes, le début de ces « transfomations » ont été simultanées et merveilleusement réussies.

6. BIBLIOGRAPHIE

[1] Bellamy V, Beaumel C. Bilan Démographique 2013. INSEE PREMIERE. Janvier 2014 ; 1482

[2] ISNAR-IMG [en ligne]. Enquête nationale sur les souhaits d'exercices des internes de médecine générale [consulté le 21 décembre 2015]. Janvier 2011. Disponible sur http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf

[3] Admin ISNI. Les dossiers de « H » : La féminisation de la médecine, Magazine H, 2014 ; 8 ; 14-21.

[4] LEGIFRANCE [en ligne]. Arrêté du 7 octobre 2015 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2015-2016 [consulté le 12 septembre 2015]. Octobre 2015. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031314070

[5] Bouet P., Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. CNOM [en ligne]. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2015. [Consulté le 21 décembre 2015]. Janvier 2015. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

[6] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : De nouvelles projections nationales et régionales. DREES, Etude et résultats, 2009 ; 679

[7] Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2012. DREES [en ligne]. Documents de travail, Séries statistiques. [Consulté le 04 janvier 2016]. Mars 2012. Disponible sur http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/sites/default/files/seriestat168_janv%202012.pdf

[8] SOCIAL-SANTE [en ligne]. Arrêté du 5 octobre 2009 portant affectation des internes ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales au titre de l'année universitaire 2009-2010. [Consulté le 12 septembre 2015]. Octobre 2009. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-10/ste_20090010_0100_0060.pdf

[9] LEGIFRANCE [en ligne]. Arrêté du 20 octobre 2010 portant affectation par subdivision, discipline et spécialité des internes de médecine à l'issue de la procédure nationale de choix de postes au titre de l'année universitaire 2010-2011**. [**Consulté le 12 septembre 2015]. Novembre 2010. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023100415&dateTexte=&categorieLien=id

[10] LEGIFRANCE [en ligne]. Décret n° 2010-1187 du 8 octobre 2010 modifiant le statut des internes et relatif aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie et aux stagiaires associés. Art. R 6153-13 et R 6153-10. [Consulté le 12 septembre 2015]. Octobre 2010. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022900200&categorieLien=id

[11] L'ASSURANCE MALADIE [en ligne]. Vous êtes enceinte : votre congé maternité. [Consulté le 28 décembre 2015]. Mis à jour le 11 janvier 2016. Disponible sur http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-conge-maternite/duree-du-conge-maternite.php

[12] LEGIFRANCE [en ligne]. Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité. [consulté le 28 décembre 2015]. Septembre 2002. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000228343

[13] SOCIAL-SANTE [en ligne]. Instruction DGOS/RH1 no 2011-141 du 13 avril 2011 relative à la réforme de l'organisation du troisième cycle des études de médecine. [consulté le 28 décembre 2015]. Avril 2011. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-05/ste_20110005_0100_0074.pdf

[14] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008; 84: 142-145.

[15] Borgès Da silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'Assurance Maladie 2001 ; 32,2 : 117-21.

[16] Gavard-Peret M-L, Helme-Guizon A. Méthodologie à la recherche. Techniques d'analyse qualitative. Pearson France ; 2008 ; Chapitre 7 : 247-279.

[17] Kivits J, Guignard L, Godfroid T. [en ligne]. Séminaire : Préparer et conduire un entretien semi-directif. [Consulté le 16 janvier 2016]. Mai 2012. Disponible sur http://crulh.univ-lorraine.fr/sites/crulh.univ-lorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godefroid.pdf

[18] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II : Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009 ; 88 : 106-112.

[19] Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale 2002; 3 : 81-90.

[20] Payan R. Féminisation de la profession médicale : Impact de la maternité en cours d'internat. Thèse de médecine générale, Université de Grenoble, 2002.
[21] Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : Pour une transparence et une systèmisation des pratiques. Recherches qualitatives 2006 ; 26 (1) : 110-138.
[22] Hosdez M. La grossesse chez les internes de médecine générale et de spécialité : enquête auprès de 399 internes de la faculté de Nancy. Thèse de médecine générale, Université de Nancy, 2006.
[23] Guenneau Kervella V. Le vécu de la maternité par les femmes internes de médecine générale. Thèse de médecine générale, Université de Grenoble, 2011.
[24] Levecq M. Comment les internes de médecine générale de Lille concilient parentalité et études médicales ? Thèse de médecine générale, Université de Lille, 2015.
[25] Martin C. Grossesse et allaitement en cours de D.E.S. de médecine générale : impact sur la formation pratique et théorique. Thèse de médecine générale, Université de Rennes, 2011.
[26] Ioos E, Maître-Jean H. Le vécu de la grossesse chez les internes en médecine du Nord-Pas-de-Calais. Thèse de médecine générale, Université de Lille, 2012.
[27] Astruc B. La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique ? A propos d'une enquête menée auprès des femmes généralistes en Ille Et Vilaine. Thèse de médecine générale, Université de Rennes, 2002.
[28] Krohn-Bayen S. La Féminisation de la Médecine Générale. Face à la crise démographique un atout pour la Picardie ? Thèse de médecine générale, Université d'Amiens, 2009.
[29] Domalain C. La maternité chez les généralistes libérales : enquête auprès des médecins Bretons. Thèse de médecine générale, Université de Brest, 2005.
[30] Druet D. Vécu de la grossesse chez la femme médecin généraliste salariée et libérale. Mémoire de médecine générale, Université d'Amiens, 2005.
[31] Thomas Lo Presti J. Conciliation de la vie personnelle et de la vie professionnelle chez les femmes généralistes en Picardie. Mémoire de médecine générale, Université d'Amiens, 2003.
[32] Laumon A. La maternité de la femme médecin généraliste en Picardie : obstacles, avantages et conséquences. Thèse de médecine générale, Université d'Amiens, 2014.
[33] Moreau A, Dedianne M-C, Letrillart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien médecine générale. Mars 2004 ; 18 (645) : 382-384.
[34] Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition. Paris : Armand Colin, 2007, 126p.

[35] Deslauriers JP. Recherche qualitative : Guide pratique. Montréal : Mc Grow-Hill, 1991.
[36] Sous la direction de Dominique Lafon, avis d'experts. Grossesse et travail. Quels sont les risques pour l'enfant à naître ? INRS, 2010. p45-47, p242-244, p406.
[37] Romestaing P, Berlier P, Berthet P, Caton J, Dusserre I, Eglinger E, et al. Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact, approche qualitative et quantitative. Enquête auprès de médecins en exercice. Lyon : URML Rhône-Alpes Editions ; 2003. P.1-107.
[38] Fetscher Prenat A. Etre enceinte et interne en médecine. Thèse de médecine générale, Université de Besançon, 2011.
[39] Cornec V. Conciliation travail-famille chez les femmes médecins généralistes. Thèse de médecine générale, Université de Rennes, 2003.
[40] Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale. Thèse de médecine générale, Université de Grenoble, 2011.
[41] Carton M, De Kervasdoué A, Segnac-Slawinski R, Carpentier B, Genisson C, Marry C, et al. 19ème Jeudi de l'ordre des filles d'Hippocrate : Quand la médecine se féminise [en ligne]. Ordre national des médecins [consulté le 6 février 2016]. Mis à jour le 25 septembre 2003. Disponible sur http://www.conseilnational.medecin.fr
[42] Pichon-Pawelski M. Etre mère et médecin généraliste : est-ce compatible ? Thèse de médecine générale, Université de Nancy 1, 2007.
[43] Robelet M, Lapeyre-Sagesse N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles de jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. CNOM, note de synthèse, janvier 2006.

7. ANNEXES

ANNEXE 1

Caractéristiques de l'échantillon

N° entretien	Age	Situation familiale	Nombre d'enfant	Nb de grossesse pendant l'internat	Date de début de DES	Retard dans la formation	Délai d'obtention de la thèse	Situation professionnelle actuelle
E1	31 ans	En couple	1	1	2010	18 mois	Non thésée	Remplaçante
E2	32 ans	Mariée	2	2	2009	Pas de retard	Pendant le DES	Libérale
E3	31 ans	Célibataire	1	1	2009	6 mois	Dans les 6 mois	Salariée
E4	31 ans	En couple	1	1	2010	6 mois	Non thésée	Remplaçante
E5	30 ans	En couple	2	1	2010	6 mois	Non thésée	Remplaçante
E6	31 ans	Mariée	3	2	2009	6 mois	Dans les 2 ans	Remplaçante
E7	31 ans	Mariée	2	1	2010	6 mois	Dans les 6 mois	Remplaçante
E8	30 ans	Mariée	2	1	2010	Pas de retard	Dans les 6 mois	Libérale
E9	35 ans	Mariée	3	2	2009	1 an	Dans les 3 ans	Salariée
E10	31 ans	En couple	1	1	2010	6 mois	Non thésée	Remplaçante
E11	32 ans	Mariée	3	2	2009	1 an	Dans les 2 ans	Salariée
E12	30 ans	Mariée	3	2	2010	1 an	Dans les 6 mois	Salariée
E13	30 ans	Mariée	2	1	2009	6 mois	Dans les 3 ans	Libérale
E14	31 ans	Mariée	2	1	2009	6 mois	Dans l'année	1/2 Libérale et 1/2 PMI
E15	33 ans	Mariée	3	2	2009	1 an	Dans l'année	Salariée

ANNEXE 2 : Enregistrement des entretiens (cf. CD ROM)

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

I) Contexte général : Présentation

- Quelle est votre situation actuelle ? (âge, situation familiale, situation professionnelle)

- A propos de votre (vos) grossesse (s) pendant l'internat : Dans quelle situation vous trouviez-vous ? (âge, numéro du semestre, stage ou disponibilité, surnombre validant ou non ?)

II) Comment s'est déroulée votre grossesse ?

- Sur le plan personnel (désir de grossesse)

- Sur le plan médical (complications)

- Sur le plan psychologique

III) En quoi votre grossesse as-t-elle pu influencer votre formation ?

- Par rapport aux choix de stage

- Déroulement du stage (gardes, charge de travail, horaires, absences, validation, relationnel)

- Organisation au retour du congé maternité

- Comparaison des stages avant/après

- Investissement dans la formation

- Thèse

IV) Quelle influence cette maternité a-t-elle pu avoir sur votre pratique médicale ?

- Orientation professionnelle

V) Quel impact cette maternité as-t-elle pu avoir sur votre vie professionnelle et familiale ?

- Vie de famille (organisation, rôle du conjoint, de l'entourage)

- Choix de carrière

- Aménagement de planning

VI) Quel est votre ressenti global de cette expérience ?

RÉSUMÉ

Grossesse et Maternité pendant l'internat de médecine générale : conséquences et ressenti

Introduction : la féminisation de la médecine générale et l'âge moyen des internes peut expliquer le nombre croissant d'internes qui décident de fonder leur famille pendant l'internat. Nous avons voulu interroger d'anciennes internes sur le vécu de leur grossesse et de leur maternité pendant l'internat, et sur les conséquences sur leur formation et leur vie professionnelle et personnelle.

Matériel et méthodes : étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés auprès de femmes médecins généralistes, anciennes internes de la faculté d'Amiens qui ont vécu au moins leur première grossesse pendant l'internat.

Résultats : le vécu de la grossesse et de la maternité pendant l'internat est globalement positif. Malgré le retard pris dans la formation, elles restent investies et mettent en pratique les compétences acquises par leur expérience au profit de leurs patients. Le mode d'exercice le plus représenté est la médecine libérale.

Discussion : la création du surnombre est une avancée et pourrait être complété par d'autres mesures tel qu'une dérogation au déclassement ou la dispense de garde ce qui permettrait à ces jeunes femmes de mener leur grossesse et leur maternité encore plus sereinement pendant l'internat. Cette expérience constitue par ailleurs un complément de formation précieux, qu'elles mettent en pratique au quotidien. Elles choisissent volontiers d'exercer en libérale, en aménageant leur temps de travail pour concilier vie de famille et carrière.

Conclusion : devenir mère confère à ces femmes médecins des capacités d'attention et d'empathie qui redéfinissent leur exercice de la médecine et leur rapport avec les patients.

Mots clés : Internat, grossesse, maternité, médecine générale, femmes, Etude qualitative

ABSTRACT

Pregnancy and Maternity during general medical internship: consequences and felt

Introduction : the feminization of general medicine and the average age of the interns may explain the increasing number of interns who decide to start their family during the internship. We wanted to interview former interns on the pregnancy and maternity during the internship as well as the implications on their training and their professional and personal life

Methods : qualitative study from 15 semi-directed interviews with women practitioners, former interns of the Faculty of Amiens who lived at least their first pregnancy during the internship.

Results : the experience of pregnancy and motherhood during the internship is generally positive. Despite the delay in the formation, they remain invested and put into practice the skills acquired through their experience for the benefit of their patients. The most represented exercise mode is the liberal medicine.

Discussion : the creation of the surplus is an advanced and could be supplemented by other measures such as derogation from the downgrading or exemption from being on duty which would allow these young women to carry out their pregnancy and maternity still more calmly during the internship. This experience is a valuable training supplement, which they put into practice on a daily basis. They willingly choose to exercise in Liberal, developing their working time to reconcile family life and career.

Conclusion : Becoming a mother gives these medicine women of attention skills and empathy that redefine their practice of medicine and their relationship with patients

Keywords : Internship, pregnancy, maternity, general medicine, women, study qualitative