



HAL
open science

Contraception et désir de grossesse chez les internes : étude menée chez 2323 internes à l'échelle nationale

Maïté Camo

► **To cite this version:**

Maïté Camo. Contraception et désir de grossesse chez les internes : étude menée chez 2323 internes à l'échelle nationale. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-02937597

HAL Id: dumas-02937597

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02937597>

Submitted on 14 Sep 2020

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 2020

N° 2020-70

**CONTRACEPTION ET DESIR DE GROSSESSE CHEZ LES
INTERNES**
Étude menée chez 2323 internes à l'échelle nationale

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité : Gynécologie Médicale

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 3 juillet 2020

Par

Maité CAMO

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Henri COPIN

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET

Monsieur le Docteur Geoffroy ROBIN

Madame le Docteur Clara LEROY

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Florence SCHEFFLER

REMERCIEMENTS :

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction, CECOS de Picardie

Pôle « Femme-Couple-Enfant »

Responsable de l'UF de Cytogénétique du Laboratoire de Génétique Constitutionnelle

Pôle « Biologie, Pharmacie et Santé des Populations »

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

Je vous remercie pour l'accueil dans votre service, de mes premiers pas d'interne jusqu'à aujourd'hui.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Prévention et Economie de la Santé

Chef du Pôle Préventions, Risques, Information médicale et Epidémiologie

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Soyez assuré de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Histologie et Embryologie

Médecine et Biologie de la Reproduction, CECOS de Picardie

CHU Amiens Picardie, Centre de Biologie Humaine

Je te remercie sincèrement d’avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger mon travail.

Merci pour ton accompagnement et ta présence à mes côtés depuis mon arrivée à Amiens. Ta volonté de fédérer la gynécologie médicale autour de ce traditionnel diner d’accueil a porté ses fruits.

Venir à Amiens et m’épanouir dans cette si belle (et si essentielle) spécialité est une chance que je mesure chaque jour à tes cotés.

Monsieur le Docteur Geoffroy ROBIN

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Médecine et biologie de la reproduction, Andrologie

Centre d'Assistance Médicale à la Procréation

CHU Lille, Hôpital Jeanne de Flandre

Merci pour l'honneur que vous me faites en ayant accepté de faire partie de ce jury et pour avoir accepté de juger mon travail.

Avoir pu travailler à vos côtés durant mon inter CHU Lillois m'a permis de découvrir cette si belle spécialité qu'est l'andrologie.

Merci pour vos cours toujours si passionnants et qui ont accompagné ma formation depuis le début de mon internat.

Madame le Docteur Clara LEROY

Praticien Hospitalier

Endocrinologie pédiatrique et Andrologie

Service d'Urologie, Andrologie et Transplantation rénale

CHU Lille, Hôpital Huriez

Je te remercie pleinement d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger mon travail.

Merci ne sera pas suffisant pour exprimer toute la gratitude et la joie que j'ai eu à pouvoir travailler à tes côtés. Tu m'as fait découvrir une spécialité si riche avec une humanité (et une bonne humeur) indéfectibles.

Te rencontrer aura marqué mon parcours professionnel, mais pas seulement.

En espérant que nos chemins continueront de se croiser encore longtemps.

Madame le Docteur Florence SCHEFFLER

Praticien Hospitalier

Gynécologie médicale et Médecine de la reproduction

Médecine et Biologie de la Reproduction, CECOS de Picardie

CHU Amiens Picardie, Centre de Biologie Humaine

Je te remercie grandement d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse.

Je suis sincèrement reconnaissante pour ton accompagnement et toute l'aide que tu m'as apporté tout au long de cette rédaction, pour tes corrections et tes conseils.

Mes remerciements allant bien au-delà de ce travail. Pouvoir évoluer en tant qu'interne et comme médecin à tes cotés est une chance.

Merci à toi pour tout l'investissement que tu mets dans la transmission et l'encadrement pédagogique. Je suis ravie de pouvoir poursuivre mon parcours à tes cotés dans les années à venir.

A mes collègues, mes amis et ma famille :

À toute l'équipe du service de Médecine et Biologie de la Reproduction du CHU d'Amiens:

Merci à chacun d'entre vous de m'avoir accompagné dans mon parcours d'interne de mon premier à mon dernier semestre. J'ai grandi et tant appris à vos côtés, et pouvoir continuer à le faire dans les années à venir est une chance que je mesure pleinement et qui m'emplit de joie.

À toute l'équipe du service de Gynécologie Obstétrique du CH de Compiègne :

Cette année passée à vos côtés m'a rendue plus forte et combattante. La médecin que je suis ne serait pas la même si je n'avais pas appris à vos côtés. La perspective de mon assistantat au sein de votre équipe à pouvoir poursuivre mon apprentissage et mon épanouissement professionnel est une réalité qui me motive.

À toute l'équipe du service de Gynécologie Obstétrique du CHU d'Amiens :

Ce second semestre dans votre service m'aura poussé à plus d'autonomie et de confiance. Merci à tous les médecins qui ont contribué à ma formation et aux équipes qui ont accompagné mon épanouissement dans cette si belle spécialité.

À toute l'équipe du service de gynécologie obstétrique du CH d'Abbeville :

Ce semestre estival passé à vos côtés fut aussi doux que formateur. Ce service on s'y sent « comme à la maison ». La bienveillance, la bonne humeur et la gentillesse qui y règnent ne peuvent que motiver à y revenir. Je suis pleine de gratitude d'avoir eu la chance de pouvoir m'épanouir professionnellement à vos côtés.

À toute l'équipe du service d'Andrologie du CHU de Lille :

Il n'est pas simple d'arriver dans un nouveau service dans une ville inconnue et pourtant ce semestre fut l'un des plus marquant de ma vie d'interne. Une équipe si soudée, si humaine, si drôle et amicale. Vous êtes parfaits, ne changez rien.

A mes cointernes et l'équipe de (choc) de gynécologues médicaux d'Amiens :

Mathilde pour m'avoir accueillie chez toi pour ma première nuit à Amiens. Pour ton soutien et ton amitié. Je croise fort les doigts pour que nos chemins continuent de se croiser encore longtemps entre Paris et Amiens.

Marion pour m'avoir tant appris lorsque j'effectuais mes premiers pas d'interne en PMA.

Claire ma binôme d'un an entre Amiens et Abbeville. Merci pour toutes nos discussions, nos co-voiturages, nos airbnb partagés et nos (quelques) séances shopping. Je suis ravie de pouvoir envisager mon assistantat à tes côtés.

Clémence pour ton écoute, ton soutien et ta bonne humeur. Merci pour ces trajets partagés et pour tout le reste.

Héloïse, merci pour tout. Tes conseils, ton écoute, tes spritz et ta joie de vivre. Travailler avec toi est une chance que j'espère avoir encore longtemps.

Camille pour ta douceur, ta bienveillance et ta pédagogie. Evoluer et apprendre à tes côtés est une véritable chance.

Albane pour notre semestre en cours qui est déjà si plaisant à tes côtés et Océane pour nos trajets inter régionaux et vous deux pour le duo de choc que vous êtes au nom de la gynécologie médicale.

Kenza, je n'aurais pas pu rêver meilleure co-interne pour mon inter CHU. Tout ce temps passé ensemble m'a nourri avec joie. Assurément tu laisses une place vide à mes côtés pour consulter.

Et à tous ceux qui ont croisé ma route le temps d'un semestre et avec qui j'ai partagé rires et abnégation.

A mes amis :

Marie pour ton amitié depuis toutes ces années. Tu es ma première alliée, ma boussole. Tu m'as ouvert la voie et tu as toujours été un soutien indéfectible et essentiel.

Anne pour tout. Tu es mon roc, mon inspiration, mon amie, ma confidente. Tu as été et es un soutien infaillible.

Charlotte pour ton amitié, ta force si inspirante et ta joie de vivre.

Aline pour ces quatre années de colocation. J'ai tellement évolué à tes côtés. Tu es une femme inspirante et je suis fière d'être ton amie.

Catherine pour ta force, ta détermination et toutes les remises en question que tu engages en moi à chaque fois.

Kévin pour ce coup de foudre amical qui m'accompagne depuis l'externat.

Mathilde pour ton amitié si essentielle depuis bientôt 20 ans. Je ne veux jamais savoir à quoi ressemble la vie sans toi.

Margot et Léa pour cette nouvelle amitié qui est devenue évidente, essentielle et que je chérie.

Fabien pour tous tes encouragements, tes assistances téléphoniques avant chaque examen. Merci pour la confiance, ton écoute et ton amitié.

A mes nouvelles amitiés Amiénoises :

Laura et Come, pour votre amitié qui me fait sentir si bien dans ma vie amiénoise. Pour m'avoir fait une place pour ranger mes (nombreux) shampoings ces quelques mois durant et pour nos conversations sur le coin du lit.

Juliette pour tous nos coca light – double espresso, tous ces instants volés entre deux couloirs, nos weekends, nos soirées salades. Tous ces instants de vie que tu rends doux par ton amitié.

Anouck pour notre amitié qui s'inscrit depuis nos chambres d'internat d'Amiens à Compiègne et jusqu'à notre inter CHU Lillois.

Lucile pour ta joie de vivre si inspirante et ton amitié qui réchauffe.

Eva pour toutes nos discussions au téléphone ou sur ton canapé qui font toujours du bien.

Et vous tous qui rendez ma vie à Amiens douce et joyeuse.

A ma famille :

A mes parents pour votre soutien depuis toujours, celui qui m'a porté et m'a permis d'aller au bout. Vous m'avez appris à ne pas abandonner et je n'ai rien lâché grâce à vous.

Maman pour la femme forte et courageuse que tu es. Tu m'inspires tous les jours.

Papa pour tout le soutien que tu m'as apporté toutes ces années.

A mes sœurs Coline et Romane, je me sens parfois si sérieuse à vos côtés mais vous me rappelez à quel point la vie se vaut d'être vécue pleinement et sans limites.

A mon frère Arthur, parce que ces dernières années tu as souvent pris la place d'un grand frère pour me rassurer et me soutenir (mais n'oublie pas que je reste la grande sœur !)

*Ma revendication en tant que femme c'est que ma différence soit prise en compte,
que je ne sois pas contrainte de m'adapter au modèle masculin.*

Simone VEIL - 1975

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| LISTE DES ABBREVIATIONS | 22 |
| I - INTRODUCTION | 24 |
| II - MATERIELS ET METHODES | 30 |
| 1/ DESIGN DE L'ETUDE | 30 |
| 2/ QUESTIONNAIRE..... | 30 |
| 3/ COMPOSITION DES GROUPES EN FONCTION DU TEMPS DE TRAVAIL..... | 31 |
| III – RESULTATS | 32 |
| 1/- FLOWCHART DE L'ETUDE..... | 32 |
| 2/- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION..... | 33 |
| 1) <i>Caractéristiques professionnelles</i> | 33 |
| 2) <i>Caractéristiques personnelles</i> | 34 |
| 3/- PROFIL CONTRACEPTIF | 35 |
| 1) <i>Profil contraceptif général</i> | 35 |
| 2) <i>Évolution de la contraception durant l'internat</i> | 36 |
| 3) <i>Pilule contraceptive et internat</i> | 38 |
| 4) <i>Contraception : utilisation des LARC</i> | 39 |
| 5) <i>Crise de la pilule en France chez les internes</i> | 40 |
| 4/- INTERNAT, CONTRACEPTION D'URGENCE ET IVG | 41 |
| 1) <i>Contraception d'urgence</i> | 41 |
| 2) <i>Interruption volontaire de grossesse</i> | 41 |
| 5/- INTERNAT, SUIVI GYNECOLOGIQUE ET PRESCRIPTION..... | 42 |
| 6/- INTERNAT ET GROSSESSE..... | 43 |
| 1) <i>Données générales</i> | 43 |
| 2) <i>Vécu de la grossesse durant l'internat</i> | 44 |
| 3) <i>Nulliparité des internes</i> | 45 |
| 4) <i>Anticipation et vécu de la grossesse</i> | 47 |
| 5) <i>Désir de grossesse</i> | 48 |
| 6) <i>Connaissances et représentations sur la fertilité</i> | 48 |
| IV – DISCUSSION | 49 |
| 1/- INTERNAT : FEMINISATION, REALITE PROFESSIONNELLE ET PROFIL IDENTITAIRE | 49 |
| 1) <i>Profil professionnel</i> | 49 |
| 2) <i>Internat et temps de travail</i> | 52 |
| 3) <i>Statut marital des internes</i> | 53 |

| | |
|---|-----------|
| 2/- CONTRACEPTION CHEZ LES INTERNES : CHOIX, REPRÉSENTATIONS ET RÉALITÉ..... | 54 |
| 1) Profil contraceptif des femmes internes : un modèle français | 54 |
| 2) Profil contraceptif et temps de travail : quelles singularités ? | 57 |
| 3) Choix des LARC : réalité et représentations | 58 |
| 4) Auto-prescription et suivi gynécologique | 61 |
| 3/- MATERNITE, DESIR DE GROSSESSE ET INTERNAT | 63 |
| 1) Femmes internes : entre désir de grossesse et contraception, quelles réalités ?..... | 63 |
| 2) Grossesse durant l'internat : quels vécus ?..... | 64 |
| 3) Nulliparité des internes : anticipation ou absence de désir de maternité ? | 66 |
| 4) Report de grossesse ; conséquences connues des internes ?..... | 67 |
| 4/- LES LIMITES DE L'ETUDE..... | 69 |
| V – CONCLUSION..... | 70 |
| ANNEXES..... | 72 |
| BIBLIOGRAPHIE :..... | 82 |

LISTE DES ABBREVIATIONS

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

ECN : Examen National Classant

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

PHU : Praticien Hospitalier Universitaire

PH : Praticien Hospitalier

PCF : Parti Communiste Français

DIU : Dispositif Intra Utérin

DROM-COM : Département et Région d'Outre-Mer et Collectivités d'Outre-Mer

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Long Acting Reversible Contraception (Contraceptifs de longue durée d'action)

CNG : Centre National de Gestion

FCU : Frottis Cervico Utérin

ISNI : Intersyndicale Nationale des Internes

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

EGB : Echantillon Général des Bénéficiaires (de l'assurance maladie)

FIV : Fécondation In Vitro

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

I - INTRODUCTION

« La femme ne peut prétendre à parcourir sérieusement la carrière médicale de l'apprentissage à l'exercice qu'à la condition de cesser d'être femme : de par les lois physiologiques, la femme médecin est un être douteux, hermaphrodite ou sans sexe, en tout cas un monstre » (1), cette analyse faite en juin 1875 par le Docteur Just Lucas Championnière (1843-1913), chirurgien et rédacteur en chef du *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, ne cache rien des difficultés qu'ont dû surmonter les premières femmes médecin en France. La monstruosité peut ici être rapportée à son origine étymologique première venant du terme latin *monstrare* signifiant « montrer », « indiquer » ; le monstre est ce que l'on montre du doigt, ce qui se montre, traduisant l'individu ou la créature dont l'apparence voire le comportement surprend par son écart vis-à-vis des normes d'une société ; peu de doute que la femme du XIX^{ème} siècle qui manifestait le souhait d'occuper les bancs des facultés de médecine était anti-conformiste et fortement marginalisée. Mais au-delà de cette norme sociale il est intéressant de souligner ce qui est également relevé par cette auxèse avec la notion d'hermaphrodisme ; les premières doctresses ne pouvaient, d'après leurs opposants, pas imaginer procréer et exercer une telle profession en même temps. Ces femmes, au-delà de contrarier un ordre, une normalité sociétale, venaient pourfendre des lois physiologiques et sociales en remettant donc en cause la nature même de leur genre. Idée appuyée dans ce même article par son auteur, en précisant que « l'exercice de la profession est absolument incompatible avec [une] vie de femme » (1) et que la femme docteur « parviendra[it] à faire d'elle-même un être qui ne sera[it] plus une femme » (1). La pensée majoritaire de l'époque en France était bien celle-ci et les écrits confortant cette thèse ne manquent pas ; nous pouvons citer en ce sens, la gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, qui en septembre 1872, soutenait que « la femme a son rôle bien tracé dans la nature : celle-ci lui a donné une constitution et un tempérament adaptés à son but [...] pour faire une femme médecin il faut commencer par détruire tout cela » (2).

Dans son article « *Nature, Women and Lady doctor* » en 2013, Nathalie Pigeart-Micault, ingénieure au CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), pointe l'impasse dans laquelle ces femmes médecins se sont retrouvées; coincées entre leur « nature féminine » (3) et le rôle « masculin » dans lequel elles devaient se glisser en faisant le choix de cette carrière médicale, en concluant par ailleurs, que la question essentielle, celle qui troublait tant les esprits de l'époque, n'était bien évidemment pas tant orientée sur une possible « transsexualité » des femmes médecin, mais bien sur « un bouleversement de l'ordre social » ; car si la femme devient ce « monstre androgyne » en devenant médecin, c'est bien que la question de la condition sociale était alors avant tout liée à la condition de genre et donc de « nature féminine ». Quand les premières femmes ont franchi les portes des facultés de médecine en France entre 1866 et 1868, c'est d'ailleurs souvent en réaffirmant cette « nature »,

celle faisant d'elles des épouses et des mères ; en ce sens elles reprenaient l'argument de leurs opposants pour justifier une carrière médicale exclusivement orientée autour de la femme et de l'enfant ; la première doctoresse française, Madeleine Bres affirmait d'ailleurs « [les femmes médecins] doivent s'en tenir à la spécialité de la maladie des femmes et des enfants [...] j'estime, en effet, que la femme [...] ne doit jamais perdre les attributs de son sexe » ; confortant de nouveau l'idée générale qu'une femme ne pouvait décemment pas être un médecin à part entière et que si elle faisait un tel choix de carrière cela ne devait être que pour renforcer ce qu'elle était intrinsèquement : une femme et une mère. A fortiori il semblait inconcevable qu'une femme puisse ne pas répondre à sa « nature » en faisant le choix d'une carrière qui aurait pu l'en détourner. Qu'imaginer de pire pour une femme du XIX^{ème} siècle qu'un célibat prolongé et à fortiori choisi ? « Il n'y a rien de plus grave » (2) souligne l'article de E. Beaugrand en 1872.

Malgré ce climat peu en faveur d'une émancipation féminine générale et d'une entrée des femmes en médecine, la France a vécu un bouleversement en deux temps au XIX^{ème} puis au XX^{ème} siècle dans le domaine de la médecine. En effet, si la France semble avant-gardiste avec une inscription possible en faculté de médecine pour les femmes dès 1868, cette avancée reste particulièrement élitiste et confinée car elle se confronte à une impossibilité pour les françaises d'accéder au baccalauréat, pourtant indispensable pour prétendre à ce statut. C'est ainsi qu'à la fin du XIX^{ème} siècle, malgré une progression fulgurante de la proportion de femmes sur les bancs des facultés de médecine, celle-ci se concentre quasi exclusivement aux étudiantes étrangères qui seront les véritables pionnières de l'enseignement supérieur en France ; en 1890 elles représentent plus de 70% des étudiantes inscrites (4). Il faudra attendre la première guerre mondiale pour voir cette tendance s'inverser (3). C'est ainsi qu'en soixante ans, entre 1870 et 1930, les femmes passent d'une représentativité inexistante à plus de 20% des étudiants en médecine. Depuis cette tendance n'a cessé de se confirmer, comme l'indique le rapport de l'ordre des médecins de 2018 avec 47% d'effectif féminin chez les médecins en activité régulière. Cette féminisation se confirme d'ailleurs depuis 2007 ; elles représentaient alors 38% des médecins en activité régulière, soit un gain de 9 points en 11 ans (5). Ces chiffres sont à mettre en perspective avec la pyramide des âges ; la féminisation de la médecine loin d'être un phénomène ancien comme nous l'avons vu, est surtout une réalité qui continue de s'écrire, avec en 2018 plus de 60% de femmes parmi les médecins en activité régulière chez les moins de 40 ans (contre 39% de femmes chez les plus de 65 ans).

En 150 ans la médecine s'est donc vue radicalement transformée. Passée d'exclusivement masculine à une égalité de genre au début du XXI^{ème} siècle. Une parité qui vise à être dépassée en faveur des femmes dans les années à venir avec une proportion toujours plus importante de femmes parmi les étudiants : 64% en première année en 2004 (6) qui se confirme dans les nouvelles générations de

médecins avec à l'ECN (Examen National Classant) une proportion stable de femmes à plus de 59% depuis 2013 (7). Cette réalité permet de projeter que, d'ici 2040, 60% des médecins en activité régulière, tous âges confondus, seront des femmes (7).

Ce phénomène croissant reste toutefois entaché par des inégalités de carrière persistantes avec moins de femmes sur les postes à responsabilité. Réalité représentative de cette différence, sur les 37 doyens de facultés de médecine en France, on ne compte que trois femmes en 2020 (8). Autre réalité pointant cette inégalité, la sociologue Emmanuelle Latour mettait en évidence en 2008 dans un article faisant un état des lieux du plafond de verre dans les carrières universitaires, une très faible évolution de la représentativité des femmes chez les professeurs universitaires (tous domaines confondus), passée de 9.5% en 1985 à 18.5% en 2006 (9). Cette réalité se confirme dans les carrières hospitalo-universitaires ; en 2018 dans une étude traitant du plafond de verre en médecine, l'équipe de C.Rosso relevait que seulement 18,5% des professeurs hospitaliers étaient des femmes en 2006 (10). Les différences persistent également sur les choix de spécialité, avec en 2015, respectivement plus de 60% de femmes en pédiatrie, gynécologie médicale, dermatologie et médecine du travail ; et à l'inverse seulement un anesthésiste sur quatre et seulement un chirurgien sur trois étaient des femmes (toutes sous spécialités chirurgicales confondues en sachant que les femmes sont plus particulièrement représentées en ophtalmologie, en chirurgie pédiatrique et en gynécologie obstétrique où elles sont plus de 40% dans chacune de ces spécialités ; laissant entrevoir leur sous-représentation dans les autres spécialités chirurgicales) (11).

Dans son panorama de 2016 établissant le portrait des professionnels de santé, la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) faisait l'état des lieux de cette disparité dans les choix de spécialité, qui ne pouvait par ailleurs pas être relié à une question de réussite scolaire avec un rang moyen semblable à l'ECN pour les hommes et les femmes ; « l'entrée dans la carrière est très fortement marquée par l'appartenance de genre et initie d'importants déséquilibres entre hommes et femmes quant aux conditions effectives d'exercice » (7). Néanmoins, il a été mis en évidence dans une note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des médecins en janvier 2006, que la mutation de l'ethos professionnel dans le domaine médical serait plus à relier à un effet de génération qu'à un effet de genre (12). Dans les entretiens approfondis réalisés dans cette étude, les jeunes médecins témoignent de la complexité de « mettre en adéquation les représentations qu'ils se font [...] de ce que doit être une vie de femme ou d'homme et une vie de famille et [...] de ce que doit être un « bon médecin », avec la réalité d'une carrière professionnelle ». La nouvelle génération de médecin, femmes et hommes, ne se reconnaît plus dans l'ethos professionnel classique de « disponibilité permanente pour les patients » et d'une « faible présence auprès de sa famille ».

Evidemment cette question est particulièrement prégnante dans la population féminine en médecine: comment parvenir à être tout à la fois médecin, mère et épouse ? Comment répondre à cette exigence de "disponibilité permanente" malgré cet éthos professionnel en mutation ? Mais bien avant cela, comment décider de prendre le temps de vivre une grossesse et de mettre sa carrière au ralenti ces quelques mois durant ? Et si la décision est prise, à quel moment est-il le plus propice de prendre ce temps personnel dans des études / carrières parfaitement anticipées ?

Parallèlement est constaté, dans nos pays occidentaux, une tendance au report de la première grossesse. En France en 2019, l'âge moyen à la maternité a atteint 30,7 ans contre 29,3 ans vingt ans plus tôt (13). Cette réalité tend à s'opposer à la fertilité naturelle de la femme qui diminue dès l'âge de 31 ans en lien avec la baisse physiologique de la réserve ovarienne, et une accélération de celle-ci après 37 ans (14). Les femmes qui passent l'internat ont en moyenne 25 ans quand elles prennent leurs fonctions. La question de la fertilité est donc une donnée qui a son importance durant cette période charnière où les exigences professionnelles sont primordiales.

Nathalie Lapeyre, sociologue à l'université de Toulouse explique qu'il existe pour la femme médecin un "télescopage des calendriers reproductif et productif" (15) ; la grossesse tombant souvent à un moment charnière de la carrière professionnelle - candidature pour un poste de chef de clinique, d'assistant, de PHU (Praticien Hospitalier Universitaire), des nominations de PH (Praticien Hospitalier) ou au moment de choisir de s'installer en libéral- il n'est pas toujours simple d'oser se lancer et d'en parler.

Néanmoins, aujourd'hui les femmes qui s'engagent dans cette voie professionnelle, loin d'être des pionnières comme nous l'avons vu, font ce choix avec l'envie assumée de pratiquer un "métier de femme" et non plus de "faire comme un homme". Choisir de devenir mère ou non est donc une donnée essentielle dans la réalité de cette profession, de l'évolution d'une carrière exigeante avec comme pierre angulaire de cette question celle de la contraception et de son choix.

L'évolution moderne de la contraception, a elle, une histoire bien plus récente que celle que nous venons de retracer. La promulgation, le 28 décembre 1967, de la Loi Neuwirth fut un levier capital de l'émancipation pour la condition féminine. Cette loi est venue remplacer celle du 31 juillet 1920 qui interdisait alors l'avortement et toute propagande anticonceptionnelle. L'accession à la « maternité volontaire » en France fut l'œuvre d'une lutte longue et opiniâtre. Comme dans toutes les révolutions féministes, loin d'être un combat purement sororal, les pionniers -hommes et femmes- ont dû avancer contres des forces hostiles de divers horizons : l'Eglise Catholique et le Parti Communiste en premiers lieux. En mai 1956, Jeannette Vermeetsch, députée du PCF (Parti

Communiste Français), déclarait à l'Assemblée Nationale « Le birth control [...] est un grave danger pour la nation » (16).

Néanmoins, depuis la législation de la contraception en 1967 en France, la loi dans ce domaine a permis aux femmes d'être toujours plus libres et maitresses de leurs sexualités, de leurs calendriers reproductifs et de leurs désirs de maternité ou non. En 1975 la loi Veil permet aux femmes « en détresse » d'accéder à l'avortement jusqu'à 10 semaines de grossesse. Il faudra cependant attendre 1982 pour qu'il soit remboursé, 2001 pour être légalisé jusqu'à 12 semaines de grossesse et plus encore, 2014 pour que cette notion de « détresse » soit finalement retirée des textes de lois (17).

Parallèlement, depuis la production de la première pilule contraceptive – Enovid – en 1960 par l'endocrinologue américain Gregory Pincus, l'offre contraceptive s'est diversifiée afin d'être toujours plus proche et adaptée aux besoins et aux envies de chaque femme, qui, depuis la crise de 2013 sur les pilules oestroprogestatives de 3^{ème} et 4^{ème} génération puis de 2017 concernant le DIU (Dispositif Intra Utérin) Mirena® et au cœur d'une quatrième vague féministe, a été source d'une grande remise en question par ses utilisatrices et ses prescripteurs. Le Docteur David Sarfaty traite de la question dans un article en 2018 « Le marché de la contraception en France et son évolution depuis 2011 : la France serait-elle atteinte d'hormonophobie ? » (18). En effet les chiffres du marché contraceptif en France ces dernières années confirment cette tendance avec une vente de pilules oestroprogestatives passée de 54,6 millions d'unités par an en 2011 à 41,7 millions en 2017. Néanmoins deux contraceptifs ont su évoluer ces dernières années : les pilules microprogestatives avec 8 millions de plaquettes en 2011 contre 13 millions en 2017 et le dispositif intra-utérin au cuivre passé d'environ 290 000 unités en 2011 à 411 000 en 2017 (18). Cette crise de confiance ne doit pas être « balay[ée] d'un revers de main » précise le Dr Sarfaty, « elle traduit [...] une inquiétude qu'il faut savoir écouter attentivement et gérer ». A l'image du modèle patient-médecin passé d'un paternalisme directif à une alliance thérapeutique, il faut pouvoir accompagner les femmes dans leurs choix de contraception, quelques soient leurs réserves, fondées ou non, et s'éloigner du caractère révolutionnaire qu'a pu avoir la pilule à elle seule en son temps.

Dans l'étude de S. Jost et al (19), il est évoqué que malgré cette offre en France, environ 1/3 des grossesses demeurent encore "non prévues" par les femmes dont les 2/3 survenant sous contraception. Les auteurs avançaient alors les hypothèses évoquées par la littérature : une observance insuffisante et un défaut d'information. Chez les femmes médecins où la question de la contraception et du temps à consacrer ou non à une grossesse sont essentiels, il nous est paru intéressant d'explorer le profil contraceptif de cette population féminine française.

Nous avons donc réalisé une enquête auprès des femmes internes en médecine – toutes spécialités confondues - sur l'ensemble du territoire national afin de les questionner sur leur projet parental (désir de grossesse, vécu et contraception) en lien avec leurs modes de vies et leurs exigences professionnelles.

L'objectif principal de ce travail était d'établir le profil contraceptif des internes féminines et d'évaluer l'impact du temps de travail sur leur choix et difficultés contraceptives. L'objectif secondaire était d'interroger ces internes sur leurs rapports à la maternité et le vécu d'une grossesse durant l'internat. Deux autres objectifs secondaires étaient de les questionner sur leurs connaissances liées à la fertilité et leur suivi gynécologique.

II - MATERIELS ET METHODES

1/ DESIGN DE L'ETUDE

L'enquête a été menée sous la forme d'une étude transversale, descriptive, prospective et nationale. Cette dernière s'est déroulée sur une période de 6 mois entre le 1^{er} mai 2019 et le 30 octobre 2019. Un questionnaire en ligne et anonyme a été envoyé à tous les internes en médecine - toutes spécialités et semestres confondus – sur l'ensemble du territoire Français (DROM-COM (département et région d'outre-mer et collectivités d'outre-mer) compris). Il n'était pas demandé de renseigner son adresse mail pour y répondre.

Le lien du questionnaire, intitulé « Contraception et grossesse chez les internes en France », a été envoyé puis relayé par mail via deux biais :

- aux associations d'internes de médecine générale et spécialités des 32 CHU Français,
- aux associations françaises de toutes les spécialités.

Une relance a été réalisée à 3 reprises sur les 6 mois afin de maximiser le nombre de répondants. Accompagnant le lien du questionnaire, une lettre d'information était diffusée afin qu'ils soient informés du contexte ainsi que du but de ce travail. Une adresse mail était associée à cette lettre afin de pouvoir recueillir les éventuelles questions ou remarques des participants.

Les internes inclus étaient les internes femmes, toutes spécialités, tout semestre, tout lieu d'exercice confondus et en fonction au moment de la diffusion du questionnaire. Les critères d'exclusion étaient le fait d'être un homme ou être interne de pharmacie.

2/ QUESTIONNAIRE

Le questionnaire élaboré pour l'étude et validé en équipe au préalable, a été mis en ligne et diffusé via la plateforme EVALANDGO.COM.

Le questionnaire était composé de 61 questions classées en cinq parties (Annexe 1) :

- Une première partie descriptive des données générales permettait de caractériser la population (âge, semestre d'internat, spécialité, genre, orientation sexuelle, vie de couple, durée de vie de couple, nombres d'enfants); et d'évaluer le rythme professionnel de chaque interne (temps de travail hebdomadaire, gardes, astreintes).

- Une seconde partie questionnait les internes sur le vécu d'une grossesse durant l'internat et les aprioris, craintes ou attentes des internes nullipares.
- Une troisième partie permettait d'établir le profil contraceptif des internes : type de contraception utilisé, changement durant l'internat, impact du rythme professionnel, contraception d'urgence et IVG (Interruption volontaire de grossesse).
- Une quatrième partie s'intéressait aux connaissances et représentations sur :
 - L'utilisation des LARC (Long-acting reversible contraception),
 - La fertilité.
- Une cinquième et dernière partie questionnait les femmes internes sur leurs suivis gynécologiques et leurs prescriptions de contraception.

Le temps moyen passé par chaque participante pour répondre à cet auto-questionnaire était de 11 minutes 83 secondes.

3/ COMPOSITION DES GROUPES EN FONCTION DU TEMPS DE TRAVAIL

L'ensemble de la cohorte a secondairement été divisé en deux groupes d'étude selon le rythme de vie sur le plan professionnel ; les critères de constitution de ces deux groupes ont été établis selon les aspects légaux du temps de travail des internes. Depuis 2015, le temps légal hebdomadaire est fixé à 48 heures ; nous avons donc fixé la limite d'un temps de travail à 60 heures par semaine ou plus.

Nous avons donc constitué deux groupes d'étude appelés «T+» et «T-». Le groupe «T+» constituait la cohorte d'internes déclarant un temps de travail plus important et le groupe «T-» celle des internes déclarant un temps de travail moins important.

Les internes incluses dans le groupe «T+» devaient réunir strictement ces trois critères :

- Temps de travail hebdomadaire à plus de 60 heures par semaine,
- Au moins une garde de nuit ou astreinte de nuit par semaine,
- Au moins une garde de weekend ou astreinte de weekend par semaine.

Toutes les internes qui ne réunissaient pas ces trois critères étaient incluses par défaut dans le groupe «T-».

4/ ANALYSE STATISTIQUE

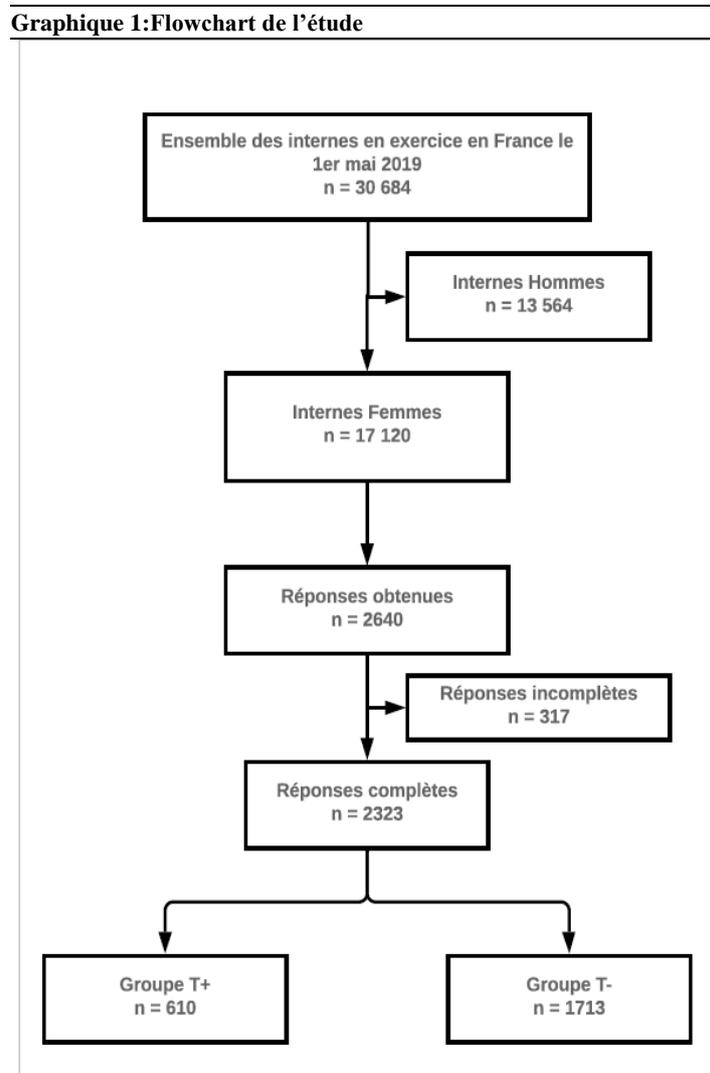
L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de logiciel pvalue.io. Un test chi², Welch ou Fisher exact a été utilisé pour les valeurs qualitatives.

III – RESULTATS

1/- FLOWCHART DE L'ETUDE

Sur les 30 684 internes en activité en mai 2019, toutes spécialités confondues et sur l'ensemble du territoire Français, 17 120 des internes étaient des femmes. Ces chiffres ont été établis à partir des données du CNG (Centre National de Gestion) et des listes des admis à l'ECN sur les cinq dernières années. Sur cette cohorte globale, 2640 femmes ont répondu à l'ensemble du questionnaire, soit un taux de réponse de 15,42 %. En retirant les réponses incomplètes, la cohorte d'étude finale était de 2323 internes.

Sur l'ensemble de la cohorte, 610 internes ont été incluses dans le groupe «T+», soit 26,26% de l'effectif total, et 1713 internes dans le groupe «T-», soit 73,74% de l'effectif totale (Graphique 1).



2/- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

1) Caractéristiques professionnelles

Dans le tableau 1 sont présentées les caractéristiques professionnelles de la cohorte globale et la répartition dans les sous-groupes T+ et T- pour la spécialité d'internat, le semestre en cours et le projet professionnel souhaité. La répartition dans chacun de ces sous-groupes s'étant faite sur le temps de travail déclaré par chaque participante nous constatons que certaines spécialités étaient majoritairement représentées dans le groupe T- avec 100% des internes en médecine du travail et en santé publique, 95,95% des internes en psychiatrie et 97,5% des internes en médecine générale et en médecine biologique. Inversement, une majorité d'interne en gynécologie obstétrique, en anesthésie réanimation, en pédiatrie et en chirurgie étaient classées dans le groupe T+.

Tableau 1 – Caractéristiques professionnelles des internes

| | Effectif Total n = 2323 | Groupe T+ n = 610 | Groupe T- n = 1713 | Valeur de p |
|--|----------------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| <i>Moyenne d'âge (en années)</i> | 27,28 | 27,38 | 27,25 | 0,19 |
| <i>Spécialités d'internat : n – (% sur l'ensemble des internes de la spécialité)</i> | | | | |
| Spécialités anesthésie réanimation | 100 (4,3) | 65 (65) | 35 (35) | - |
| Spécialités chirurgicales | 150 (6,46) | 80 (53,33) | 70 (46,67) | - |
| Spécialité gynécologie médicale | 105 (4,52) | 19 (18,09) | 86 (81,91) | - |
| Spécialité gynécologie obstétrique | 118 (5,08) | 105 (88,98) | 13 (11,02) | - |
| Spécialités médicales | 558 (24,02) | 147 (26,34) | 411 (73,66) | - |
| Spécialité médecine biologique | 40 (1,72) | 1 (2,5) | 39 (97,5) | - |
| Spécialité médecine du travail | 12 (0,52) | 0 (0) | 12 (100) | - |
| Spécialité médecine générale | 746 (32,11) | 70 (9,38) | 676 (90,62) | - |
| Spécialité pédiatrie | 186 (8) | 111 (59,68) | 75 (40,32) | - |
| Spécialité psychiatrie | 296 (12,74) | 12 (4,05) | 284 (95,95) | - |
| Spécialités santé publique | 12 (0,52) | 0 (0) | 12 (100) | - |
| <i>Semestre : n – (%)</i> | | | | |
| 1 ^{er} – 2 ^{ème} semestre | 427 (18,38) | 109 (17,87) | 318 (18,56) | <0,001 |
| 3 ^{ème} – 4 ^{ème} semestre | 568 (24,45) | 143 (23,44) | 425 (24,81) | NS |
| 5 ^{ème} – 6 ^{ème} semestre | 685 (29,49) | 120 (19,67) | 565 (32,98) | NS |
| 7 ^{ème} – 8 ^{ème} semestre | 489 (21,05) | 155 (25,41) | 334 (19,50) | NS |
| 9 ^{ème} – 10 ^{ème} semestre | 127 (5,47) | 64 (10,49) | 63 (3,68) | NS |
| 11 ^{ème} – 12 ^{ème} semestre | 27 (1,16) | 19 (3,11) | 8 (0,47) | NS |
| <i>Projet professionnel : n – (%)</i> | | | | |
| Activité hospitalière | 875 (37,67) | 303 (49,67) | 572 (33,39) | NS |
| Activité libérale | 696 (29,96) | 101 (16,66) | 595 (34,73) | <0,001 |
| Activité mixte | 445 (19,16) | 119 (19,51) | 326 (19,03) | NS |
| Ne sait pas | 307 (13,22) | 87 (14,26) | 220 (12,84) | NS |

En nous basant sur les données des résultats des ECN de 2014 à 2018, nous avons pu établir la liste des spécialités les plus et les moins plébiscitées par les femmes. A partir de cette liste nous avons pu dresser, pour chacune de ces spécialités, la répartition des internes entre les groupes T+ et T-. Parmi les dix spécialités les moins plébiscitées par les femmes, six correspondaient à une majorité d'internes du groupe T+. Inversement lorsque nous nous intéressions aux dix spécialités les plus choisies par les femmes, huit correspondaient à une majorité d'internes du groupe T-.

2) Caractéristiques personnelles

Le tableau 2 présente les informations concernant l'identité de genre et l'orientation sexuelle des internes. Le statut marital était significativement différent entre les deux groupes avec 25,41% des internes du groupe T+ contre 16,11% du groupe T- qui se déclaraient célibataires ($p < 0,001$).

| | Effectif Total n = 2323 | Groupe T+ n = 610 | Groupe T- n = 1713 | Valeur de p |
|---|----------------------------|----------------------|-----------------------|-------------|
| <i>Identité de genre : n – (%)</i> | | | | |
| Cis genre | 2306 (99,27) | 603 (98,85) | 1703 (99,42) | 0,25 |
| Trans genre | 4 (0,17) | 2 (0,33) | 2 (0,12) | NS |
| Non binaire | 8 (0,34) | 4 (0,66) | 4 (0,23) | NS |
| Autre | 5 (0,21) | 0 (0) | 5 (0,29) | - |
| <i>Orientation sexuelle : n – (%)</i> | | | | |
| Hétérosexuelle | 2208 (95,05) | 585 (95,90) | 1623 (94,75) | 0,8 |
| Homosexuelle | 26 (1,12) | 8 (1,31) | 18 (1,05) | NS |
| Bisexuelle | 80 (3,44) | 16 (2,62) | 64 (3,74) | NS |
| Asexuelle | 4 (0,17) | 1 (0,16) | 3 (0,17) | NS |
| Pansexuelle | 2 (0,09) | 0 (0) | 2 (0,12) | NS |
| Autre | 3 (0,13) | 0 (0) | 3 (0,17) | - |
| <i>Statut marital : n – (%)</i> | | | | |
| Célibataire | 431 (18,55) | 155 (25,41) | 276 (16,11) | <0,0001 |
| En couple | 1573 (67,71) | 455 (74,59) | 1437 (83,89) | <0,0001 |
| <i>Durée de la relation : n – (% dans la cohorte « en couple »)</i> | | | | |
| Inférieure à 1 an | 203 (8,74) | 55 (12,09) | 148 (10,3) | NS |
| 1 à 5 ans | 815 (35,08) | 189 (41,54) | 626 (43,56) | 0,62 |
| 5 à 10 ans | 710 (30,56) | 168 (36,92) | 542 (37,72) | NS |
| Plus de 10 ans | 165 (7,1) | 43 (9,45) | 122 (8,49) | NS |
| <i>Nombre de partenaires sexuels sur les 12 derniers mois : n – (%)</i> | | | | |
| 0 | 136 (5,85) | 41 (6,72) | 95 (5,55) | NS |
| 1 | 1789 (77,01) | 439 (71,97) | 1350 (78,81) | 0,042 |
| 2 | 170 (7,32) | 56 (9,18) | 114 (6,65) | NS |
| 3 à 5 | 171 (7,36) | 56 (9,18) | 115 (6,71) | NS |
| 6 à 10 | 39 (1,68) | 11 (1,8) | 28 (1,63) | NS |
| Plus de 10 | 18 (0,77) | 7 (1,15) | 11 (0,64) | NS |

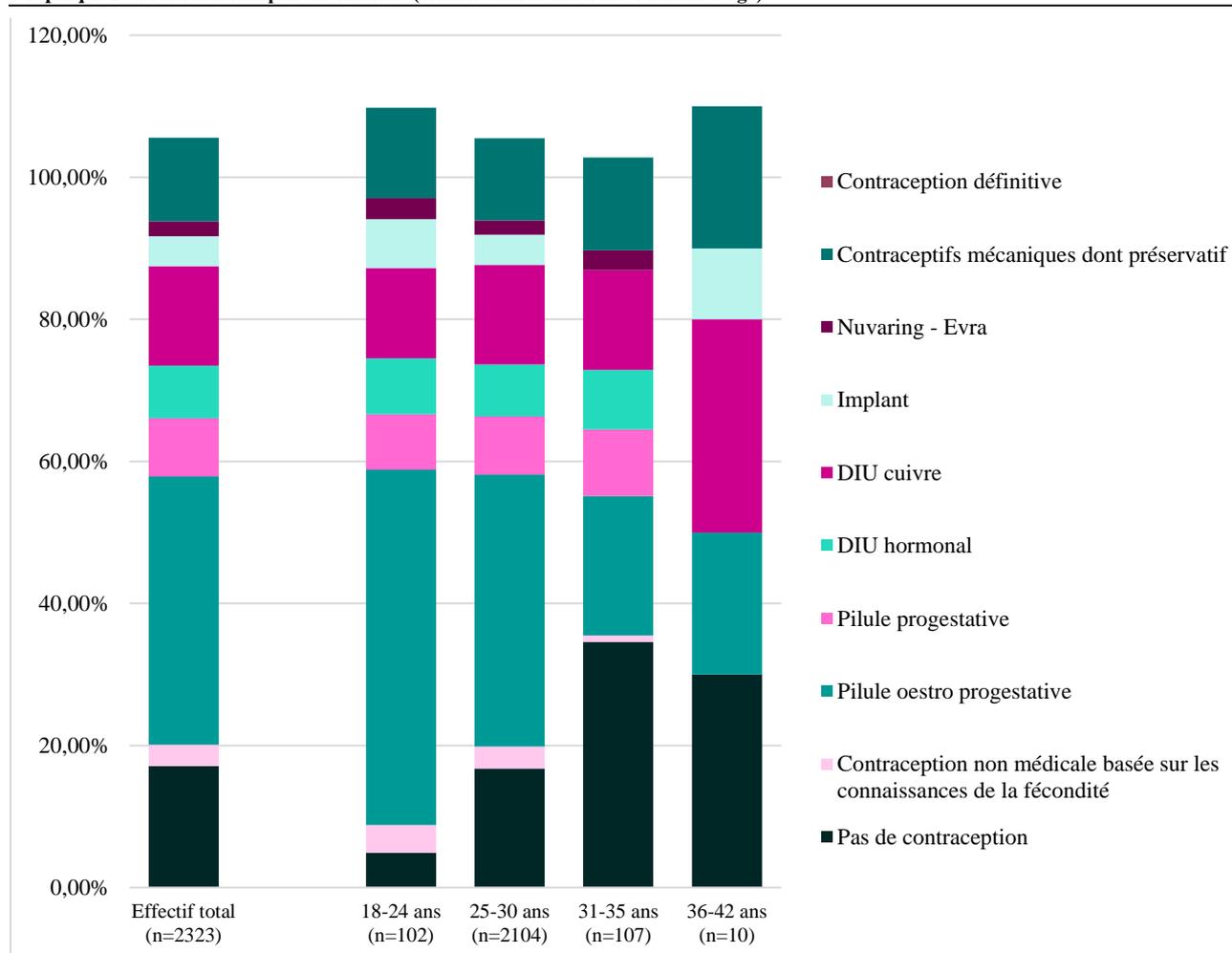
3/- PROFIL CONTRACEPTIF

1) Profil contraceptif général

Sur l'ensemble des 2323 internes, 2055 (79,85%) déclaraient avoir une contraception médicale, 398 (17,14%) n'avoir aucune contraception et 70 (3,01%) avoir une contraception non médicale basée sur les connaissances liées à la fertilité (Graphique 2).

Le graphique 2 retranscrit les profils contraceptifs des internes selon les tranches d'âge. Pour la tranche d'âge la plus jeune (18-24 ans), elles étaient une majorité à bénéficier d'une contraception orale par pilule oestroprogestative (50%). Après 30 ans, elles étaient une majorité à ne pas avoir de contraception (à 34,6% entre 31 et 35 ans et à 30% entre 36 et 42 ans).

Graphique 2 : Profil contraceptif des internes (effectif total et selon les tranches d'âge)



L'utilisation du DIU au cuivre était plus importante chez les internes de plus de 35 ans (30% pour les 36-42 ans contre 12,7% pour les 18-24 ans et 14% pour les tranches d'âge 25-30 ans et 31-35 ans). Parallèlement, le recours à la pilule contraceptive (oestroprogestative et progestative) était de 20% chez les 36-42 ans contre 57,8% pour la tranche d'âge la plus jeune, 18-24 ans (Graphique 2).

La proportion d'internes bénéficiant d'une contraception par DIU apparaissait plus importante chez celles ayant déjà eu un enfant : 30% chez les internes de plus de 36 ans dont 70% avaient déjà eu au moins un enfant contre 22% d'utilisatrices du DIU chez les moins de 25 ans qui étaient 1% à avoir un/des enfant(s).

Parmi les internes bénéficiant d'une contraception médicale, le profil contraceptif est exposé dans le tableau 3. Les pilules contraceptives, oestroprogestative et progestatives, étaient les premières méthodes de contraception utilisées chez les internes : 46% des 2323 femmes questionnées déclaraient utiliser cette méthode contraceptive. Les méthodes contraceptives dites LARC, que comprennent les DIU -hormonaux et cuivres- et les implants sous cutanés (Nexplanon®), arrivaient en seconde position avec une utilisation qui s'élevait à 25% chez les internes.

Nous avons comparé le profil contraceptif entre les deux groupes T+ et T-, il n'y avait pas de différence significative (Tableau 3).

Tableau 3 – Profil contraceptif des internes parmi celles bénéficiant d'une contraception médicale

| | Effectif Total n = 2323 | Groupe T+ n=610 | Groupe T- n=1713 | Valeur de p |
|--|----------------------------|--------------------|---------------------|-------------|
| Méthodes de contraception médicalisées : n – (%) | | | | |
| Pilule oestroprogestative | 879 (37,84) | 237 (38,85) | 642 (37,48) | NS |
| Pilule progestative | 191 (8,22) | 47 (7,7) | 144 (8,4) | NS |
| DIU hormonal | 171 (7,36) | 42 (6,88) | 129 (7,53) | NS |
| DIU cuivre | 325 (13,99) | 94 (15,41) | 231 (13,48) | NS |
| Implant | 98 (4,22) | 31 (5,08) | 67 (3,91) | NS |
| Anneau vaginal (Nuvaring) | 47 (2,02) | 14 (2,29) | 33 (1,93) | NS |
| Patch (Evra) | 1 (0,04) | 0 (0) | 1 (0,06) | NS |
| Contraceptifs locaux non hormonaux | 2 (0,09) | 1 (0,16) | 1 (0,06) | NS |
| Préservatifs | 273 (11,75) | 74 (12,13) | 199 (11,62) | NS |
| Contraception définitive | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | NS |

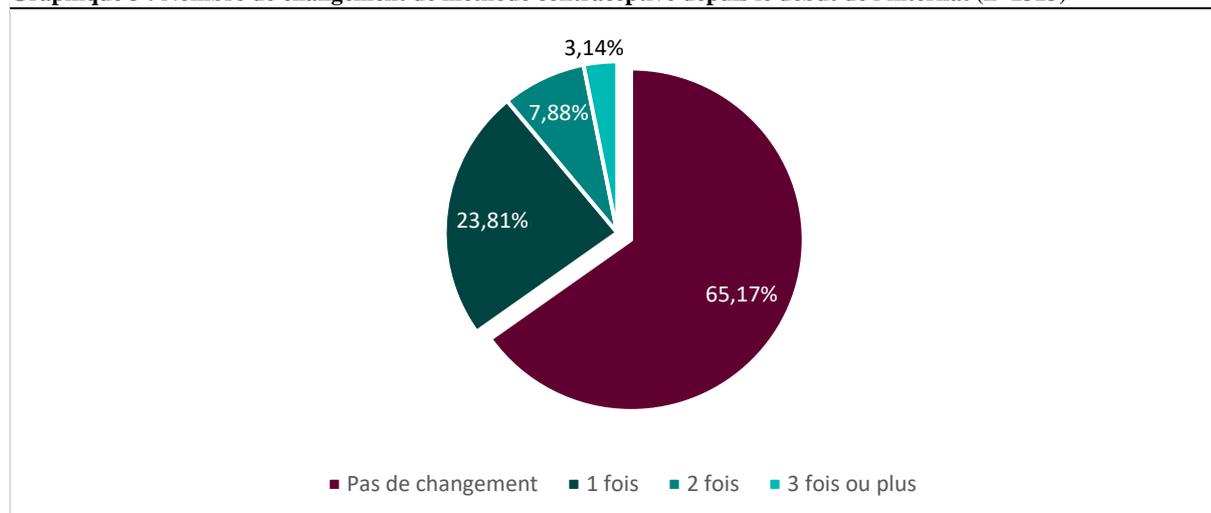
2) Évolution de la contraception durant l'internat

Les internes ont secondairement été questionnées sur l'évolution de leur contraception depuis le début de l'internat. Elles étaient 65,17% à déclarer ne pas avoir changé de méthode contraceptive depuis le début de leur internat (Graphique 3). En moyenne, sur l'ensemble de la cohorte, elles avaient changé 0,5 fois de contraception sur l'internat.

Parmi les 809 internes qui déclaraient avoir changé au moins une fois de méthode contraceptive (soit 34,82%), elles étaient une majorité à avoir fait un seul changement (n=553 soit 68,36%).

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes T+ et T-.

Graphique 3 : Nombre de changement de méthode contraceptive depuis le début de l'internat (n=2323)



Les internes qui avaient changé de méthode contraceptive au moins une fois ont été questionnées sur les raisons les ayant poussées à ce(s) changement(s) (Tableau 4).

Parmi les principales raisons, nous en relevons deux qui pouvaient être liées aux exigences professionnelles :

- « Oublis répétés » chez 35,85% des internes,
- « Raisons professionnelles » (liées aux gardes et aux horaires) chez 21,26% des internes.

Les internes du groupe T+ étaient significativement plus nombreuses à imputer leurs changements de contraception aux « oublis répétés » ($p < 0,001$) et aux « raisons professionnelles » ($p < 0,001$) comparées à celles du groupe T-.

Tableau 4 – Raisons ayant entraîné un changement de contraception durant l'internat

| | Effectif n = 809 | Groupe T+ n=201 | Groupe T- n=608 | Valeur de <i>p</i> |
|---|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Raisons ayant justifié le changement de contraception : n – (%) | | | | |
| Inquiétudes sur les risques liés à la contraception | 220 (27,19) | 56 (27,86) | 164 (26,97) | NS |
| Oublis répétés | 290 (35,85) | 99 (49,25) | 191 (31,41) | $p < 0,001$ |
| Changement de situation ne justifiant plus d'une contraception | 147 (18,17) | 33 (16,41) | 114 (18,75) | NS |
| Raisons médicales personnelles | 527 (65,14) | 125 (62,19) | 402 (66,12) | NS |
| Raisons professionnelles (horaires, gardes..) | 172 (21,26) | 68 (33,83) | 104 (17,1) | $p < 0,001$ |
| Autres | 18 (2,22) | 1 (0,5) | 17 (2,8) | NS |

3) Pilule contraceptive et internat

1688 femmes avaient déjà eu recours à une pilule contraceptive comme méthode contraceptive durant leur internat (soit 72,66% de la cohorte). Parmi ces 1688 internes, 1308 avaient déjà été confronté à la problématique de l'oubli de prise de pilule durant cette période (soit 77,49% des internes ayant pris une pilule contraceptive) (Tableau 5).

Les internes semblaient plus nombreuses à rapporter un oubli de prise dans le groupe T+ comparé au groupe T-, sans que cette tendance ne soit significative.

973 internes (soit 57,64%) déclaraient moins d'un oubli par mois. Concernant la fréquence d'oubli, il n'y avait pas de différence significative retrouvée entre les deux groupes T+ et T-.

Tableau 5 – Internes et pilule contraceptive

| | Effectif n = 1688 | Groupe T+ n=455 | Groupe T- n=1233 | Valeur de <i>p</i> |
|--|----------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Oublis de pilule contraceptive durant l'internat : n – (%) | | | | |
| Oui | 1308 (77,49) | 366 (80,44) | 942 (76,4) | 0,078 |
| Non | 380 (22,51) | 89 (19,56) | 291 (23,6) | NS |
| Fréquence des oublis de pilule : n – (%) | | | | |
| Oublis très exceptionnels (moins d'un oubli tous les 6 mois) | 475 (28,14) | 109 (23,96) | 366 (29,68) | NS |
| Moins d'un oubli par mois | 498 (29,5) | 134 (29,45) | 364 (29,52) | NS |
| D'un à trois oublis par mois | 279 (16,53) | 95 (20,88) | 184 (14,92) | NS |
| Environ un oubli par semaine | 44 (2,61) | 23 (5,05) | 21 (1,7) | NS |
| Plus d'un oubli par semaine | 12 (0,71) | 5 (1,1) | 7 (0,57) | NS |

Les internes concernées ont ensuite été questionnées sur les raisons pouvant justifier ces oublis de prise. Chez 80,5% des internes, le mode de vie inadapté lié aux gardes et aux horaires de travail était relevé comme cause. Les résultats sont retranscrits dans le tableau 6.

Dans le groupe T+ le mode de vie inadapté était retrouvé chez 338 internes (soit 92,35%) contre 715 internes (soit 75,9%) dans le groupe T-. Cette différence était significative ($p < 0,001$).

Tableau 6 – Raisons justifiant les oublis de prise de pilule chez les internes : n – (%)

| | Effectif n = 1308 | Groupe T+ n=366 | Groupe T- n=942 | Valeur de p |
|--|----------------------|--------------------|--------------------|-------------|
| Contrainte d'une prise quotidienne | 619 (47,32) | 147 (40,16) | 472 (50,11) | NS |
| Difficulté de la prise orale | 16 (1,22) | 1 (0,27) | 15 (1,59) | NS |
| Mode de vie inadapté (gardes, horaires...) | 1053 (80,5) | 338 (92,35) | 715 (75,9) | <0,001 |
| Oubli de prendre la plaquette lors des nuits hors de chez soi | 603 (46,1) | 145 (39,62) | 458 (48,62) | NS |
| Si pilule discontinuée : oubli de reprise après les jours d'arrêts | 88 (6,73) | 22 (6,01) | 66 (7) | NS |
| Autre | 12 (0,92) | 1 (0,27) | 11 (1,17) | NS |

4) Contraception : utilisation des LARC

25,48% des internes étaient utilisatrices d'une méthode contraceptive médicale dite LARC que comprennent les DIU (cuivres et hormonaux) et implants sous cutanés (Nexplanon®).

1643 n'avaient jamais utilisé de DIU (cuivre ou hormonal) comme méthode contraceptive soit 70,73%. Concernant l'utilisation du Nexplanon®, elles étaient 2094 soit 90,14% à n'en avoir jamais utilisé.

Il n'y avait pas de différence significative sur l'utilisation de ces méthodes contraceptive entre les deux groupes T+ et T-.

Nous avons questionné les internes qui n'avaient jamais utilisé ces méthodes contraceptives sur leurs représentations, craintes vis-à-vis de ces dernières ayant pu justifier leur non-utilisation (Tableaux 7 et 8).

Tableau 7 – Limites et craintes sur l'utilisation du DIU comme méthode contraceptive

| | Effectif n = 1643 | Groupe T+ n=430 | Groupe T- n=1213 | Valeur de p |
|---|----------------------|--------------------|---------------------|-------------|
| Raisons ayant limité l'utilisation du DIU: n – (%) | | | | |
| Pas de besoin (pas de besoin de contraception ou autre méthode contraceptive satisfaisante) | 1288 (78,39) | 336 (78,14) | 952 (78,48) | 0,83 |
| Désir de grossesse à court ou moyen terme | 325 (19,78) | 65 (15,12) | 260 (21,43) | 0,004 |
| Raison médicale | 239 (14,55) | 57 (13,25) | 182 (15) | NS |
| Inquiétude (douleur, effets secondaires, risques) | 587 (35,73) | 142 (33,02) | 445 (36,68) | NS |
| Manque d'informations (représentations erronées, refus médical liées aux représentations) | 294 (17,89) | 78 (18,14) | 216 (17,81) | NS |
| Absence de suivi gynécologique (manque de temps pour la pose, pas de référent médical) | 93 (5,66) | 23 (5,35) | 70 (5,77) | NS |
| Autre | 18 (1,09) | 3 (0,7) | 15 (1,24) | NS |

Tableau 8 – Limites et craintes sur l'utilisation du Nexplanon® comme méthode contraceptive

| | Effectif n = 2094 | Groupe T+ n=549 | Groupe T- n=1545 | Valeur de <i>p</i> |
|---|----------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Raisons ayant limité l'utilisation du Nexplanon® : n – (%) | | | | |
| Pas de besoin (pas de besoin de contraception ou autre méthode contraceptive satisfaisante) | 1649 (78,75) | 444 (80,87) | 1205 (77,99) | 0,15 |
| Désir de grossesse à court ou moyen terme | 253 (12,08) | 45 (8,2) | 208 (13,46) | 0,001 |
| Raison médicale | 582 (27,79) | 131 (23,86) | 451 (29,19) | NS |
| Inquiétude (douleur, effets secondaires, risques) | 500 (23,88) | 112 (20,40) | 388 (25,11) | NS |
| Manque d'informations (représentations erronées, refus médical liées aux représentations) | 266 (12,70) | 65 (11,84) | 201 (13) | NS |
| Absence de suivi gynécologique (manque de temps pour la pose, pas de référent médical) | 61 (2,91) | 12 (2,18) | 49 (3,17) | NS |
| Autre | 13 (0,62) | 2 (0,36) | 11 (0,71) | NS |

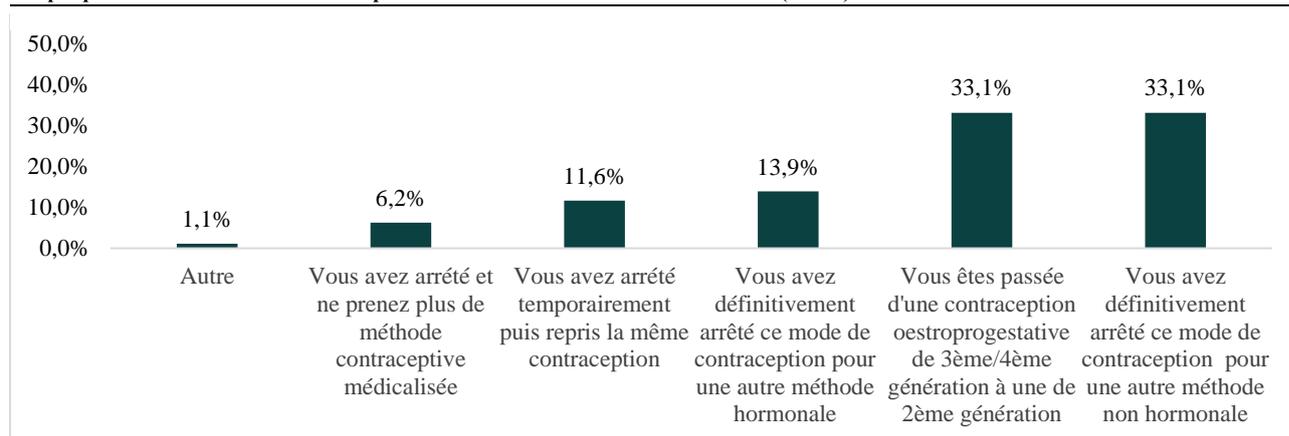
Dans le détail des raisons déclarées par les internes n'ayant jamais utilisé de LARC, le désir de grossesse à court ou moyen terme était retrouvé à 19,78% pour le DIU et 12,08% pour l'implant contraceptif. Pour cette raison, et pour les deux méthodes contraceptives, les internes du groupe T- étaient plus nombreuses à justifier leur non-utilisation des LARC par rapport à leur désir de grossesse. La différence était significative pour le DIU ($p=0,004$) et pour l'implant ($p=0,001$).

5) Crise de la pilule en France chez les internes

Les internes ont été questionnées sur leurs rapports aux contraceptifs oestroprogestatifs (pilule, patch, anneau vaginal) à travers la question de la crise médiatique de 2013 qui a eu lieu en France ciblant les contraceptifs hormonaux de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Au moment de la diffusion du questionnaire, les femmes questionnées sur cette époque n'étaient, pour la grande majorité, pas encore internes mais étudiantes en médecine.

Sur les 2323 femmes questionnées, 1967 avaient déjà eu recours au moins une fois dans leur vie à une contraception oestroprogestative (soit 84,67% de la cohorte). Parmi elles, 353 (soit 17,95%) confirmaient que cette crise avait modifié leurs rapports à la contraception et à leurs choix dans le domaine. Celles concernées ont été secondairement questionnées sur l'impact que cela avait eu en matière de choix de contraception (Graphique 4).

Graphique 4 : Modification de contraception mises en œuvre suite à la crise de 2013 (n=353)



4/- INTERNAT, CONTRACEPTION D'URGENCE ET IVG

1) Contraception d'urgence

Parmi les 2323 femmes ayant répondu au questionnaire, 1273 répondaient «oui» à la question « *Avez-vous déjà eu recours à une contraception d'urgence (Ellaone® ou Norlevo®) ?* », soit 54,80% de la cohorte. Sur ces réponses, nous retrouvions :

- Une utilisation moyenne de 1,61 fois par femmes avant l'internat (avec un maximum de 10 prises par femmes sur cette période),
- Une utilisation moyenne de 0,71 fois par femmes depuis l'internat (avec un maximum de 8 prises par femmes sur cette période).

Il n'y avait pas de différence significative d'utilisation des contraceptifs d'urgence en prise orale entre les groupes T+ et T- (Tableau 9).

2) Interruption volontaire de grossesse

Parmi les 2323 femmes questionnées, 124 répondaient «oui» à la question « *Avez-vous déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse (médicale ou chirurgicale) ?* » soit 5,34% de la cohorte.

Sur ces réponses nous retrouvions :

- Un recours moyen à 0,72 IVG par femmes avant l'internat (avec un maximum de 2 IVG par femmes sur cette période),
- Un recours moyen à 0,35 IVG par femmes depuis l'internat (avec un maximum stable de 2 IVG par femmes sur cette période).

Il n'y avait pas de différence significative d'accès à l'IVG entre les groupes T+ et T- (Tableau 9).

Tableau 9 – Contraception d'urgence et IVG durant l'internat

| | Effectif n = 2323 | Min | Max. | Groupe T+ n=610 | Groupe T- n=1713 | Valeur de p |
|---|----------------------|-----|------|--------------------|---------------------|-------------|
| Recours moyen par femmes aux contraceptifs d'urgence oraux pendant l'internat (moyenne) | 0,711 (1,07) | 0 | 8 | 0,739 (±1,17) | 0,701 (±1,03) | 0,6 |
| Recours moyen par femmes à l'IVG pendant l'internat (moyenne) | 0,355 (0,497) | 0 | 2 | 0,480 (±0,586) | 0,323 (±0,470) | 0,23 |

5/- INTERNAT, SUIVI GYNECOLOGIQUE ET PRESCRIPTION

L'ensemble des internes ont été questionnées sur leur mode de prescription de contraception et leur suivi gynécologique. Les réponses sont retranscrites dans le tableau 10 ; nous constatons que l'automédication par l'auto prescription était le premier mode de prescription de contraception chez les internes (n=1332 soit 57,34%), et était significativement plus utilisé par le groupe T+ que par le groupe T- (62,13% contre 55,63%) (p=0,012).

Tableau 10 – Suivi gynécologique et prescription chez les internes

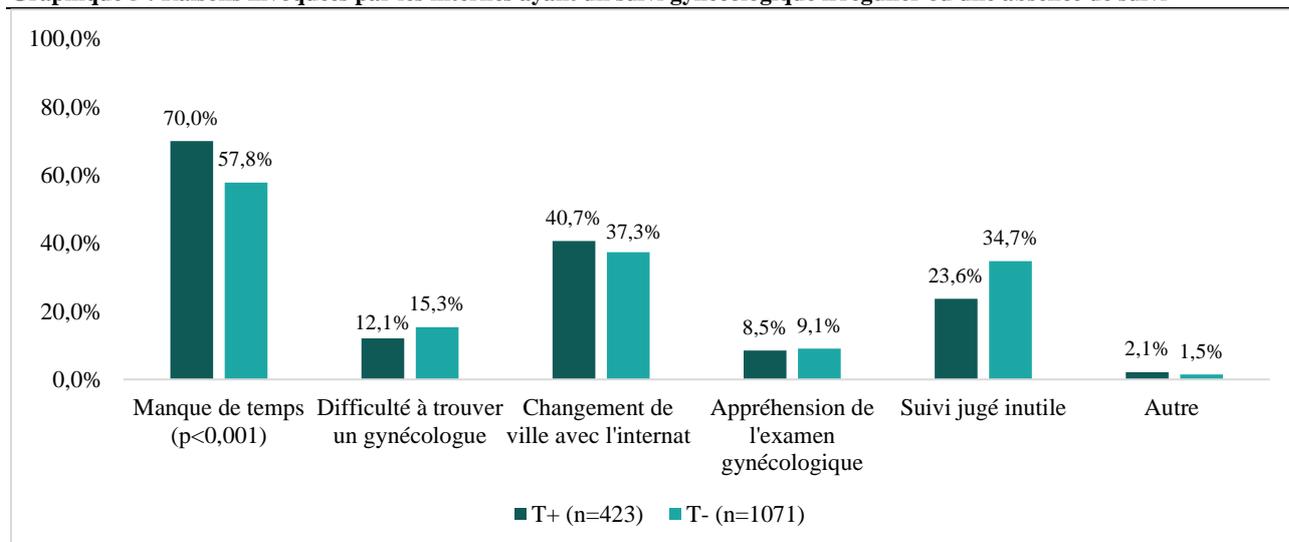
| | Effectif n = 2323 | Groupe T+ n=610 | Groupe T- n=1713 | Valeur de p |
|--|----------------------|--------------------|---------------------|-------------|
| Par qui est prescrite votre contraception habituellement ? : n – (%) | | | | |
| Auto-prescription | 1332 (57,34) | 379 (62,13) | 953 (55,63) | 0,012 |
| Gynécologue | 965 (41,54) | 244 (40) | 721 (42,09) | NS |
| Autre professionnel de santé | 654 (28,15) | 148 (24,26) | 506 (29,54) | NS |
| A quand remonte votre dernière consultation gynécologique ? : n – (%) | | | | |
| 1 an ou moins | 1279 (55,06) | 286 (46,88) | 993 (57,97) | <0,001 |
| Entre 1 an et 2 ans | 490 (21,09) | 144 (23,61) | 346 (20,2) | NS |
| Plus de 2 ans | 423 (18,21) | 139 (22,79) | 284 (16,58) | NS |
| Vous n'avez jamais eu de consultation | 131 (5,64) | 41 (6,72) | 90 (5,25) | NS |
| A quand remonte votre dernier Frottis Cervico Utérin ? : n – (%) | | | | |
| <i>Pour les internes concernées par le dépistage (soit ≥ 25ans : n = 2221)</i> | | | | |
| Moins de 3 ans | 1740 (78,34) | 435 (74,87) | 1305 (79,57) | 0,019 |
| Plus de 3 ans | 212 (9,55) | 66 (11,36) | 146 (8,9) | 0,08 |
| Vous n'en avez jamais eu | 269 (12,11) | 80 (13,77) | 189 (11,52) | 0,16 |

Nous relevons que 23,85% des internes (n=554) affirmaient n'avoir jamais eu de consultation gynécologique, ou la dernière remontant à plus de 2 ans. Nous notons un suivi significativement plus régulier chez le groupe T- par rapport au groupe T+ avec une consultation remontant à moins d'un an chez 993 internes T- (57,97%) contre 286 internes T+ (46,88%) ($p < 0,001$).

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus par la réalisation d'un FCU (Frottis Cervico Utérin) triennal à partir de 25 ans, 78,34% des internes de 25 ans ou plus déclaraient avoir bénéficié de cet examen sur une période inférieure à 3 ans. Les internes du groupe T- de plus de 25 ans étaient statistiquement plus nombreuses à avoir eu cet examen sur cette période que les internes du groupe T+ (79,57% contre 74,87%) ($p = 0,019$). Dans cette même population elles étaient 12,11% à n'avoir jamais eu cet examen de dépistage.

Le graphique 5 présente les raisons invoquées par les internes sur l'irrégularité ou leur absence de suivi gynécologique (n=1494). Nous constatons que le « manque de temps » était une cause évoquée par un plus grand nombre d'internes à 61,11%. Dans le groupe T+ 296 femmes (70%) associaient leur irrégularité de suivi à cette réalité contre 619 femmes dans le groupe T- (57,8%). Cette différence était significative ($p < 0,001$).

Graphique 5 : Raisons invoquées par les internes ayant un suivi gynécologique irrégulier ou une absence de suivi



6/- INTERNAT ET GROSSESSE

1) Données générales

11,10% des internes (n=258) déclaraient avoir déjà eu au moins un enfant dont 249 qui avaient vécu au moins une grossesse durant l'internat. En moyenne, elles avaient eu 1 enfant pour la grande majorité (72,1%). Seulement 12 femmes déclaraient avoir eu 3 enfants ou plus. Les femmes déclarant

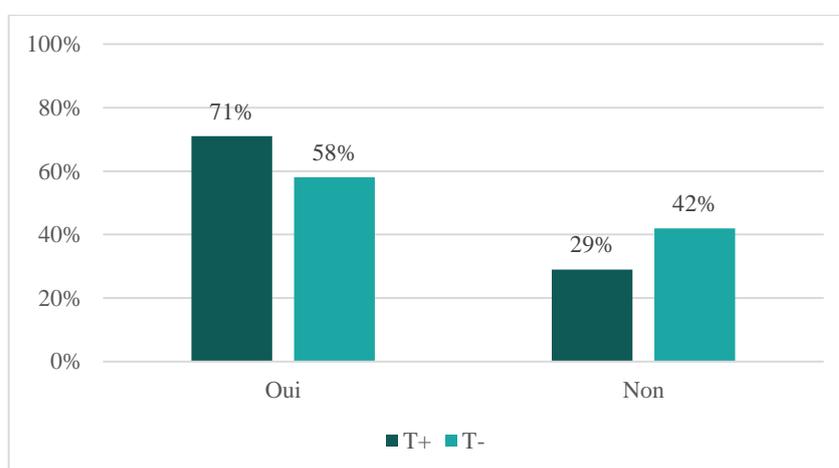
avoir eu au moins un enfant étaient 96,51% à avoir vécu au moins une grossesse durant leur internat, soit une moyenne de grossesse par femmes vécue à l'internat à 1,22 grossesses.

Il n'y avait pas de différence significative sur le nombre d'enfants et de grossesses vécus durant l'internat entre les deux groupes T+ et T-.

Parmi les internes ayant vécu une ou plusieurs grossesse(s) durant l'internat (n=249), 61,45% confirmaient que vivre une grossesse durant l'internat avait nécessité une anticipation. Les réponses sont retranscrites sur le graphique 6 pour les groupes T+ (n=59) et T- (n=190).

L'anticipation semblait plus importante dans le groupe T+ comparée au groupe T- sans que cette différence ne soit significative (p=0,078).

**Graphique 6 : « Avez-vous eu à anticiper vos/votre grossesse durant l'internat ? »
(parmi les internes ayant vécu une grossesse durant l'internat soit nT+=59 et nT-=190)**



2) Vécu de la grossesse durant l'internat

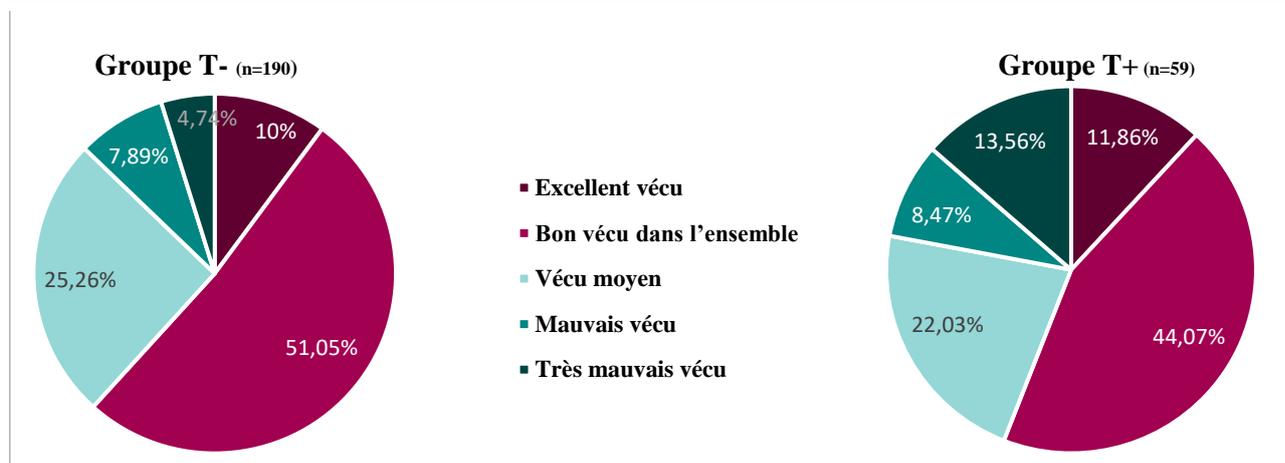
Parmi les internes ayant vécu une grossesse durant l'internat (n=249), 6% exprimaient qu'à posteriori elles auraient préféré la/les décaler si elles avaient su comment cela se passerait. Il n'y avait pas de différence entre les groupes T+ et T-.

L'ensemble des réponses sont retranscrites sur le graphique 7.

Sur l'ensemble des internes ayant vécu au moins une grossesse durant l'internat, elles étaient 149 à déclarer un « excellent » ou « bon » vécu de leur(s) grossesse(s) (59,84%) et 37 à déclarer un « mauvais » ou « très mauvais vécu » (14,86%).

Dans le groupe T+ elles étaient 22,4% à déclarer un « mauvais » ou « très mauvais » vécu de leur grossesse, contre 12,6% dans le groupe T- ; cependant cette différence n'était pas significative ($p=0,1$).

Graphique 7 : Vécu de la grossesse durant l'internat



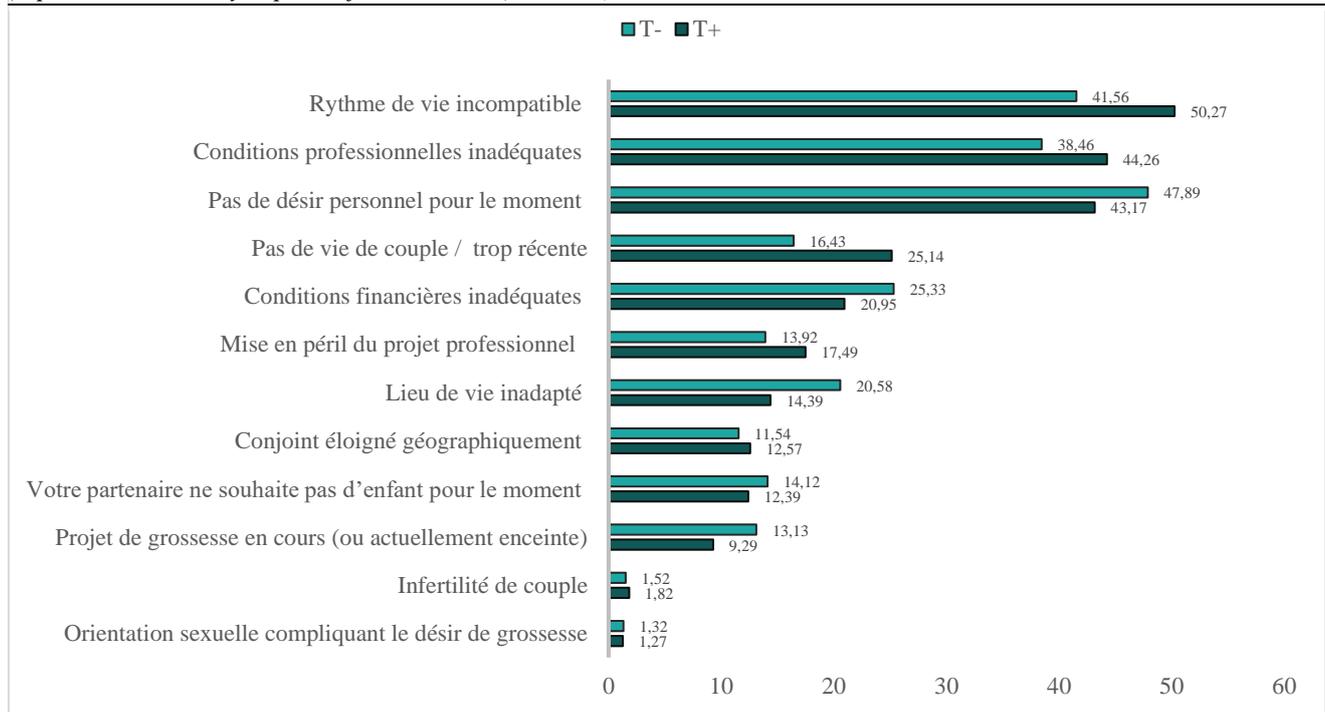
Parmi les internes ayant vécu une grossesse durant l'internat, sur l'ensemble de la cohorte interrogée, 14,86% ($n=37$) affirmaient ne pas s'être senties libres de vivre leur grossesse (pressions psychologiques, chantage) ; elles étaient plus nombreuses dans le groupe T+ à exprimer cette difficulté par rapport aux internes du groupe T- (22,03% contre 12,63%); cette tendance n'était pas significative ($p=0,09$).

Elles étaient 13,65% ($n=34$) à déclarer une mise en difficulté dans leur carrière. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes T+ et T-.

3) Nulliparité des internes

Les internes nullipares ($n=2065$) ont été questionnées sur les raisons de leur absence ou de report d'un projet parental (Graphique 8).

Graphique 8 : Raisons de la nulliparité chez les internes
 (% parmi les internes n'ayant pas d'enfants : nT+ = 549 ; nT-=1516)



Parmi les raisons invoquées, pour l'ensemble de la cohorte, au-delà de l'absence du désir de grossesse (n=963 soit 46,63%), les deux raisons de nulliparité que nous notons sont le rythme de vie incompatible (n=906 soit 43,87%) et les conditions professionnelles inadéquates (n=826 soit 40%). Nous retrouvons également les conditions financières inadéquates (n=499 soit 24,16%) et un lieu de vie inadapté (n=391 soit 18,93%) comme éléments de réponses significatifs.

Lorsque nous comparons les groupes T+ et T-, nous notons comme raisons statistiquement significatives entre les deux groupes :

- Le rythme de vie incompatible : 276 internes du groupe T+ (50%) contre 630 internes du groupe T- (42%) (p<0,001),
- Les conditions professionnelles inadéquates : 243 internes du groupe T+ (44%) contre 583 internes du groupe T- (38%) (p=0,018),
- La mise en péril du projet professionnel : 96 internes du groupe T+ (17%) contre 211 internes du groupe T- (14%) (p=0,045).

A l'inverse, elles étaient statistiquement plus nombreuses dans le groupe T- que dans le groupe T+ à évoquer comme raisons :

- Des conditions financières inadéquates : 384 internes du groupe T- (25%) contre 115 internes du groupe T+ (21%) (p=0,039),

- Un lieu de vie inadapté : 312 internes du groupe T- (21%) contre 79 internes du groupe T+ (14%) (p<0,01).

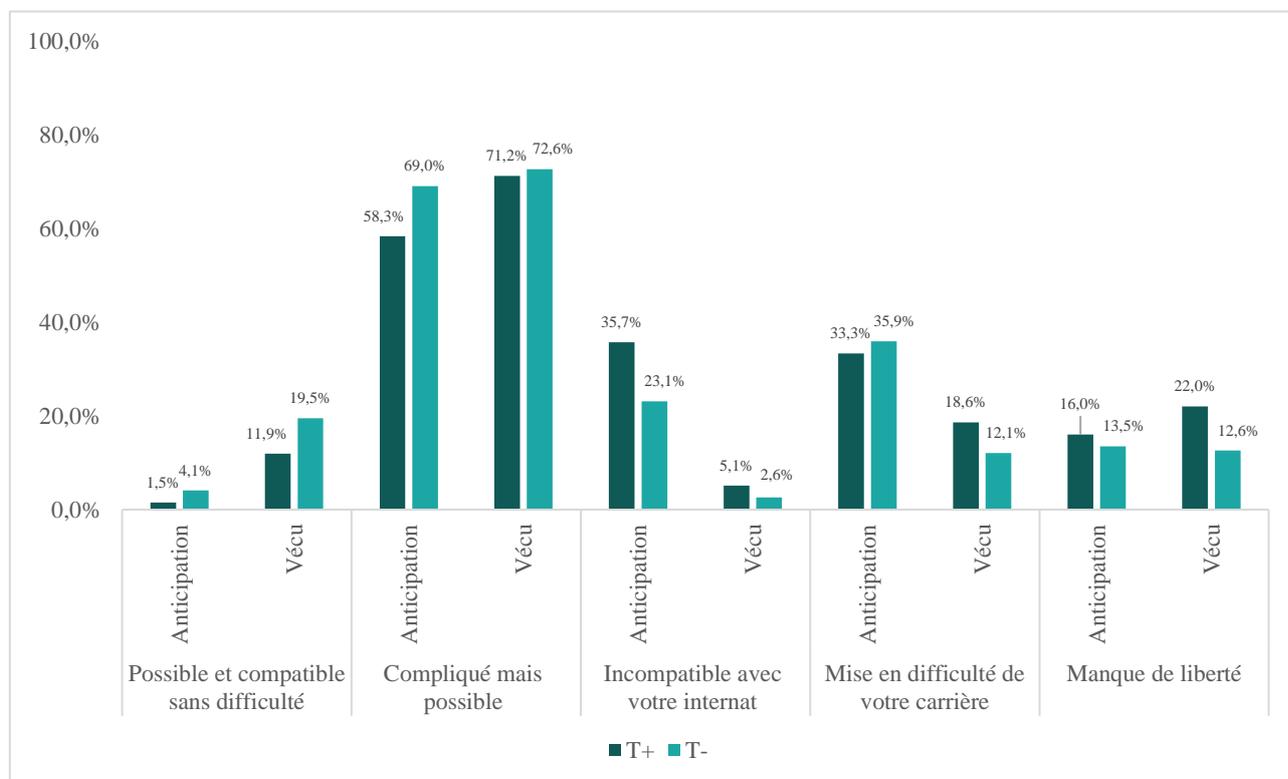
Nous relevons également que la proportion d'internes expliquant leur nulliparité par une absence de vie de couple (ou par un couple trop récent) était significativement plus importante dans le groupe T+ par rapport au groupe T- (25% contre 16% avec p<0,001). Logiquement, les internes du groupe T- étaient significativement plus nombreuses à déclarer un projet de grossesse en cours comparativement aux internes du groupe T+ (13% contre 9,3% avec p=0,018).

4) Anticipation et vécu de la grossesse

Nous avons comparé le vécu des internes qui avaient eu une ou plusieurs grossesse(s) durant l'internat avec l'idée que pouvaient se faire les internes nullipares du vécu d'une grossesse pendant l'internat. Les résultats sont affichés dans le graphique 9.

Concernant la projection d'une grossesse durant l'internat parmi les internes nullipares, elles étaient 547 (soit 26,49%) à exprimer que la grossesse leur semblait incompatible avec l'internat ; alors que seulement 3,21% des femmes ayant vécu une grossesse durant l'internat exprimaient une telle difficulté. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes T+ et T-.

Graphique 9 : Vécu et projection du vécu de la grossesse durant l'internat



5) Désir de grossesse

Enfin, sur l'ensemble des 2323 internes questionnées, 728 évoquaient un désir de grossesse au moment de la diffusion du questionnaire (soit 31,34% de l'effectif total). Parmi ces femmes, 480 (65,93%) bénéficiaient d'une contraception (médicale ou non).

Elles étaient 58,79% à exprimer un souhait de reporter ce projet de grossesse à après l'internat.

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes T+ et T-.

6) Connaissances et représentations sur la fertilité

L'ensemble des 2323 internes a été interrogé sur des questions théoriques liées à la fertilité et à la réserve ovarienne. Les données sont reportées sur le tableau 11. Au total, 63,24% des internes pensaient à tort que la fécondation in vitro pouvait palier une baisse de réserve ovarienne et 29,57% étaient en mesure de donner une estimation exacte de la probabilité de grossesse par cycle à partir de 35 ans.

Il n'y avait pas de différence sur le taux de réponses correctes ou fausses entre les deux groupes T+ et T-.

Tableau 11 : Réponses des internes sur les questions portant sur la fertilité et la réserve ovarienne (n=2323)

| | Réponses | Nombres de réponses correctes (%) | Nombres de réponses fausses (ou « ne sait pas ») (%) |
|---|-----------------|-----------------------------------|--|
| Selon vous à quel âge la fertilité naturelle de la femme décroît elle notablement ? | 35 - 40 ans | 620 (26,69) | 1703 (73,31) |
| Pensez-vous que repousser l'âge d'une première grossesse puisse compliquer l'obtention de celle-ci le moment voulu ? | Vrai | 1965 (84,59) | 358 (15,41) |
| Pensez-vous qu'avoir une contraception médicale puisse retarder l'obtention d'une grossesse à l'arrêt de celle-ci ? | Faux | 1594 (68,62) | 729 (31,38) |
| Selon vous, quelle est la probabilité d'obtenir une grossesse au cours d'un cycle menstruel chez une femme de 35 ans ? | Entre 10 et 20% | 687 (29,57) | 1636 (70,43) |
| Pensez-vous que la fécondation in vitro puisse permettre de palier une baisse de la réserve ovarienne même considérable ? | Faux | 854 (36,76) | 1469 (63,24) |

IV – DISCUSSION

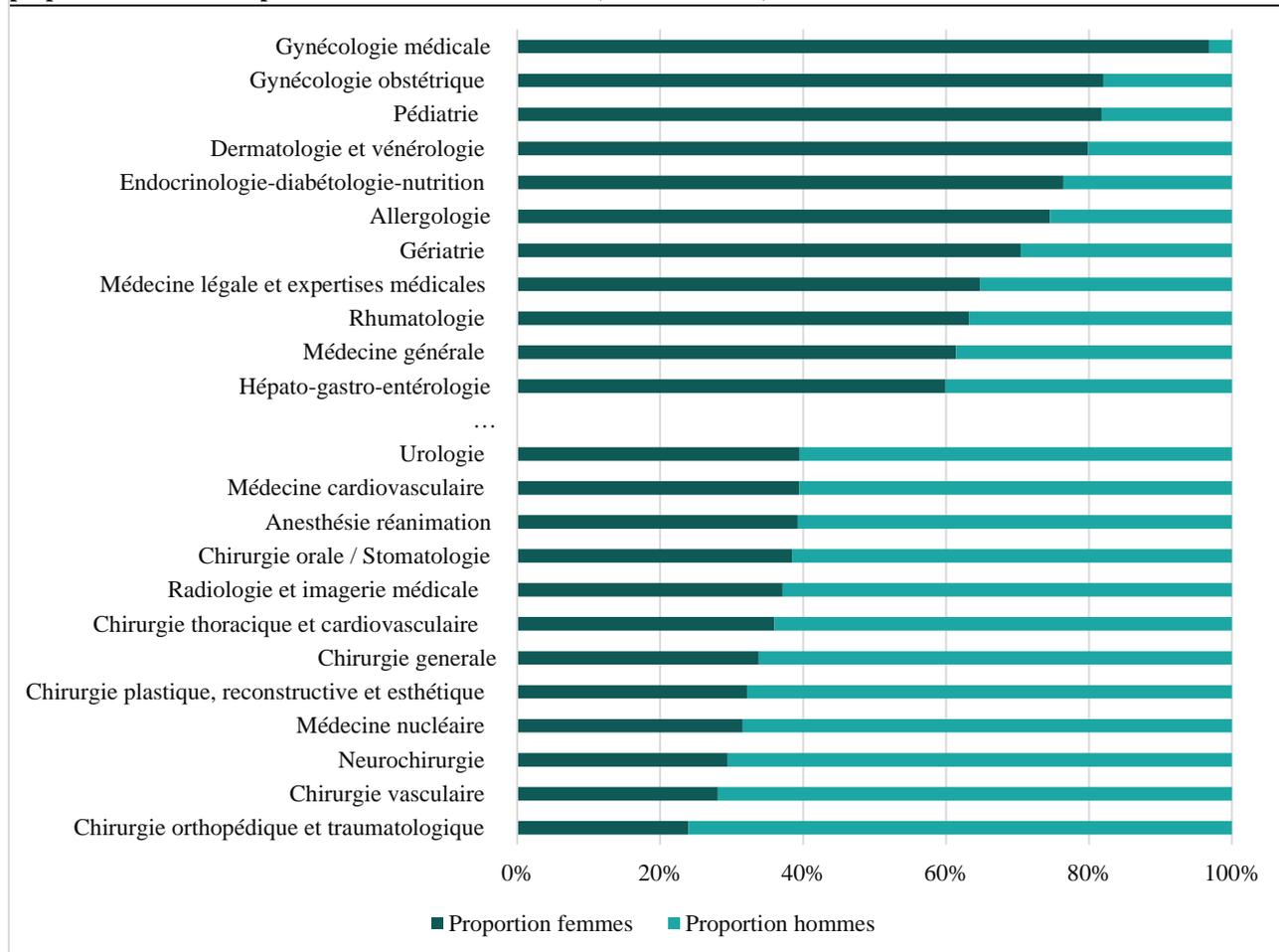
1/- INTERNAT : FEMINISATION, REALITE PROFESSIONNELLE ET PROFIL IDENTITAIRE

1) Profil professionnel

Afin de questionner et réfléchir le profil contraceptif et le projet parental des femmes internes il nous semblait pertinent d'explorer le profil identitaire de cette population. Dans le portrait que nous avons dressé de l'histoire de la médecine en France, à travers la féminisation de la profession, nous avons pu pointer la question des spécificités de choix de carrière des femmes. Cette réalité historique est bien connue (20); dans une étude de 2013 à propos des ECN, une analyse des choix de spécialité avait été réalisé mettant en avant un effectif féminin significativement plus important en médecine générale, en gynécologie (obstétrique et médicale), en dermatologie, en endocrinologie et en pédiatrie. A contrario, les hommes étaient surreprésentés dans les spécialités chirurgicales, en anesthésie-réanimation, en radiologie, en biologie médicale et en médecine nucléaire (21).

A propos de l'enquête que nous avons mené, sur les 30 684 internes en activité au moment de la diffusion du questionnaire au 1er mai 2019, les femmes représentaient 56% des internes. Les données relevées des internes en activité sur cette période, tirées des données des ECN de 2014 à 2018, confirmaient cette réalité avec plus de 80% de femmes chez les internes de dermatologie, endocrinologie et gynécologie (médicale et obstétrique). Inversement, les femmes restaient sous représentées dans les spécialités chirurgicales avec moins d'un interne sur quatre en chirurgie orthopédique et moins d'un interne sur trois en chirurgie vasculaire et en neurochirurgie. Notons que sur les 12 spécialités les moins « féminines », 8 étaient des spécialités chirurgicales (Graphique 10).

Graphique 10 : Répartition de la proportion de femmes et d'hommes selon les choix de spécialité à l'internat pour une proportion de femmes à plus de 60% ou à moins de 40% (ECN 2014-2018)



Cette réalité trouve ses racines dans l'histoire même de la féminisation de la médecine. Interdites de chirurgie puis de salles de gardes, les pionnières sont parvenues à se démarquer dans un contexte d'explosion démographique et par le développement d'une médecine ambulatoire. L'essor de nouvelles spécialités leurs a permis de se frayer un chemin qui ne les mettaient pas en concurrence directe avec les hommes (22). Cette « nouvelle médecine », ciblée autour du soin des femmes et des enfants, s'est construite « sur les bases [...] de la complémentarité hiérarchique des rôles et des compétences » (23). Des femmes médecins certes, mais « inaptes à soigner les hommes » (24). Jusque dans les années 1970 la féminisation de la médecine est donc apparue non comme un « problème » mais comme une « solution ». Et pour celles qui s'orientaient vers des spécialités plus « masculines » leurs faibles effectifs ne venaient pas remettre en cause l'ordre social : « héritières plus que transfuges » (22).

C'est avec la réforme de l'internat en 1982 que la révolution médicale va se dessiner en France ; une nouvelle façon d'aborder sa carrière s'impose : « passer l'internat pour éviter la médecine générale ou renoncer à l'internat » (25). Les hommes, dans le sillage de leurs pères, feront ce choix par identification : parvenant à se projeter et emprunts de la pression de prestiges de leurs aînés. Les

femmes, manquant de représentations feront ce choix par défaut, ne se sentant pas toujours capables de réussir ce concours et pour accéder à un milieu hospitalier dans lequel elles ne se sentiraient pas toujours accueillies. De plus, sans représentation, il pouvait être difficile pour ces femmes de pouvoir projeter la compatibilité d'une vie hospitalière avec une vie de famille : « entre préparer l'internat et avoir une vie de famille [j'ai choisi d'] avoir une vie de famille » retranscrit Anne-Chantal Hardy-Dubernet, sociologue au CNRS en 2005 dans un article traitant de la place des femmes en médecine (22). Considérer que la médecine générale fut une « préférence » féminine c'est donc passer sous silence la réalité de l'impact discriminant qu'a eu cette réforme à l'époque.

Constater cette réalité, ces choix de carrière et leurs persistances dans le temps nécessite de les questionner. En 2006, Van Der Horst et al dans une étude menée chez 8626 internes suisses explorant les raisons liées aux choix de spécialité, mettaient en avant que « le travail et les aspects lié au temps de travail » et « le travail orienté autour du patient » étaient deux raisons retrouvées de façon significativement majoritaires chez les femmes médecins quand, chez les hommes, « les aspects liés à la carrière » étaient plus souvent retrouvés comme éléments en faveur de leurs choix (26), confirmant alors que ces choix ne sont pas tant à relier au sexe lui-même mais bien à toute la dimension de système de valeur que le genre engendre (27). Cette ségrégation horizontale a donc une construction multidimensionnelle ; « la médecine et sa pratique ne sont pas envisagées de la même façon selon le genre et les attentes qui en découlent sont également différentes » (28).

Ces disparités et singularités dans les choix de spécialité vis-à-vis du genre, que nous confirmons au travers de notre enquête, se modélisent dans nos résultats avec la question du projet professionnel. Deux internes sur cinq envisageaient en effet une carrière exclusivement hospitalière. Ce chiffre est confirmé dans un dossier de la DRESS datant de mars 2017. L'état des lieux qui y est dressé nous expose que moins de la moitié des femmes médecins exercent sous un mode libéral quand près de deux-tiers de leurs homologues masculins s'orientent vers ce mode d'exercice (29), et que lorsqu'elles font ce choix, elles sont nettement moins nombreuses que leurs confrères à s'installer en secteur 2. Le « gender gap », selon le terme consacré par la littérature anglo-saxonne, est donc une réalité qui s'inscrit également dans le monde médical par les choix de spécialité, de pratique et également dans l'exercice même de la profession. Les femmes médecins ne sont plus des pionnières mais leur combat est devenu plus ténu, autorisées à se déployer entre un tuteur vertical et un plafond de verre (10).

2) Internat et temps de travail

Nous avons fait le choix d'orienter le questionnement de notre enquête en nous positionnant autour de celui du temps de travail des internes. Nous avons divisé en deux groupes, à partir du déclaratif des internes, l'ensemble des répondantes sur 3 critères : le temps de travail hebdomadaire et le nombre et la fréquence des gardes et astreintes de weekend et de semaine. Certaines spécialités sont réputées pour avoir une charge de travail plus conséquente que d'autres, mais il s'agit d'une réalité qui peut varier selon les semestres, les villes d'activité et les lieux de stage (30). En ce sens nous avons donc préféré nous baser sur la déclaration personnelle de chaque interne. Nous avons ainsi pu établir un lien entre « choix de spécialité » et « temps de travail » avec la question sous-jacente de la féminisation retracée ci-dessus. Que les spécialités les moins paritaires apparaissent corrélées avec le temps de travail questionne. Il y aurait donc d'un côté les spécialités les plus masculines qui sembleraient être celles avec un temps de travail plus conséquent et de l'autre les spécialités les plus féminines qui seraient celles offrant un temps personnel plus grand. Ce choix fait par les étudiantes de se diriger vers des spécialités qui leur permettraient d'allier carrière professionnelle et vie personnelle est-il conscient ? Il le serait d'après une étude de 2020 qui a questionné 4231 étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle des études médicales sur les facteurs influençant leurs choix de spécialisations futures. Le facteur « qualité de vie » était retrouvé comme ayant une influence positive sur neuf des dix spécialités majoritairement plébiscitées par les femmes (excluant la gynécologie obstétrique) (31). Une des internes questionnées dans notre étude confirmait ce constat en expliquant : « au final j'ai changé de spécialité (de pédiatrie à santé publique) pour pouvoir vivre pleinement ma vie de maman ».

La législation dans le domaine n'a cessé d'éclaircir la question et soulager les internes tant à la fois concernant le temps hebdomadaire passé à l'hôpital que sur la question du repos de sécurité. En ce sens, le décret du ministère de la santé, publié en 2015 au journal officiel, déclarait un temps de travail hebdomadaire limité à 48 heures pour les internes (32). La réalité semble néanmoins en décalage avec cette donnée législative. Dans une enquête de mai 2020, l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes) mettait en avant un temps de travail moyen de 58,4 heures par semaine, soit dix heures supplémentaires vis-à-vis du maximum légal (33). Ce constat est à mettre en perspective avec les distinctions faites selon les spécialités : cette moyenne s'élevant à 70,7 heures hebdomadaires pour les internes en chirurgie. Finalement, seulement six spécialités sur quarante-quatre parviennent à respecter la législation. Dans notre étude, parmi les 2323 internes questionnées, 37% affirmaient cette réalité avec un temps de travail hebdomadaire à plus de 60 heures. Parmi les 180 internes qui déclaraient travailler plus de 75 heures par semaine, 48% étaient dans une spécialité chirurgicale.

3) Statut marital des internes

Par notre enquête nous avons pu établir le profil identitaire des femmes internes en France. A l'image de la population générale, une grande majorité d'entre elles se déclaraient cis genre (99,27%) et hétérosexuelle (95,05%) (34)(35). En ce sens nous avons pu nous permettre d'orienter notre réflexion sur une approche cis et hétérocentrée.

Concernant le statut marital, elles étaient une minorité à être célibataires (18,55%) ; la grande majorité se déclarant en couple (mariées ou non) à plus de 80%. Ces chiffres, bien que cohérents avec la population générale semblent se démarquer avec une tendance moins importante au célibat chez les internes. Dans une publication de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) de 2015, il avait été relevé que pour la tranche d'âge 25-34 ans (la plus représentative de l'âge moyen des internes ayant répondu à l'enquête), 74,3% se déclaraient en couple contre 25,8% célibataire (36). Ce différentiel de 7 points, au-delà des effectifs, pouvait être relié à la question du niveau d'étude et du statut social. En effet dans ce même rapport il était présenté que si l'hypergamie féminine était une réalité connue jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle, elle avait vu sa tendance s'inverser avec le XXI^{ème} siècle (36). En effet, depuis vingt ans l'hypergamie féminine s'est vue diminuée puis s'inversée sur ses trois dimensions : « l'hypergamie absolue » avec une élévation du niveau d'éducation des femmes dépassant désormais celui des hommes, « l'hypergamie relative » avec un choix porté par les hommes à former un couple avec des femmes plus diplômées que l'inverse et enfin « la mutation de la distribution genrée du célibat selon le diplôme » avec un taux de célibat qui augmentait nettement avec le niveau de diplôme pour les femmes dans les générations d'avant-guerre et qui se sont aujourd'hui rapprochées au point de ne plus observer de différences (37). Aujourd'hui être diplômée pour une femme est un facteur statistiquement favorable à une vie de couple (38).

Nous avons secondairement questionné ce critère de statut marital au travers du prisme de la question du temps de travail dans la répartition entre les deux groupes de notre enquête, T+ et T-. A niveau de diplôme égal donc, nous avons pu relever que la population d'internes célibataires était significativement plus importante dans le groupe T+ que dans le groupe T- (25,41% contre 16,11%). Cette analyse nous laisse à penser que le temps consacré à la vie professionnelle pourrait influencer directement la vie personnelle et donc le statut marital. Néanmoins, cette tendance n'était pas retrouvée quand on questionnait ces femmes en couples sur la durée de leurs relations au moment de la diffusion du questionnaire. Il n'y avait en effet pas de différence significative selon le temps de travail.

Si avoir un temps de travail plus important apparaissait comme facteur d'influence sur le statut marital, il ne semblait pas impacter la durée des relations établies.

2/- CONTRACEPTION CHEZ LES INTERNES : CHOIX, REPRÉSENTATIONS ET RÉALITÉ

1) Profil contraceptif des femmes internes : un modèle français

Questionner le modèle contraceptif des internes Françaises c'est questionner le profil contraceptif des femmes françaises en lien avec les exigences professionnelles de cette population.

Il est important de rappeler le caractère singulier du modèle contraceptif français sur le plan européen et mondial ; il se caractérise en effet par un taux de couverture élevé avec une place dominante faite à la contraception orale (39).

Depuis sa légalisation en 1967, puis son remboursement en 1974, la pilule est devenue la méthode contraceptive la plus utilisée par les femmes âgées de 18 à 44 ans en France. Il faudra attendre 10 ans de plus pour que le DIU devienne la deuxième méthode la plus utilisée, après avoir été entaché d'un scandale sanitaire aux Etats-Unis (40) lui conférant une image infectieuse et stérilisante dont il aura du mal à se défaire. Depuis, la norme contraceptive qui prévaut pour la femme française est rythmé par 3 temps de vie : l'entrée dans la sexualité, le développement d'un couple durable et la maternité (41). Parallèlement, à chaque temps correspondrait une contraception de choix : le préservatif (seul ou en association avec une pilule), la pilule seule puis le DIU une fois le désir de parentalité satisfait. En 2014 S.Jost et al. confirmait cette réalité évolutive « préservatif-pilule-stérilet » chez la femme française (19).

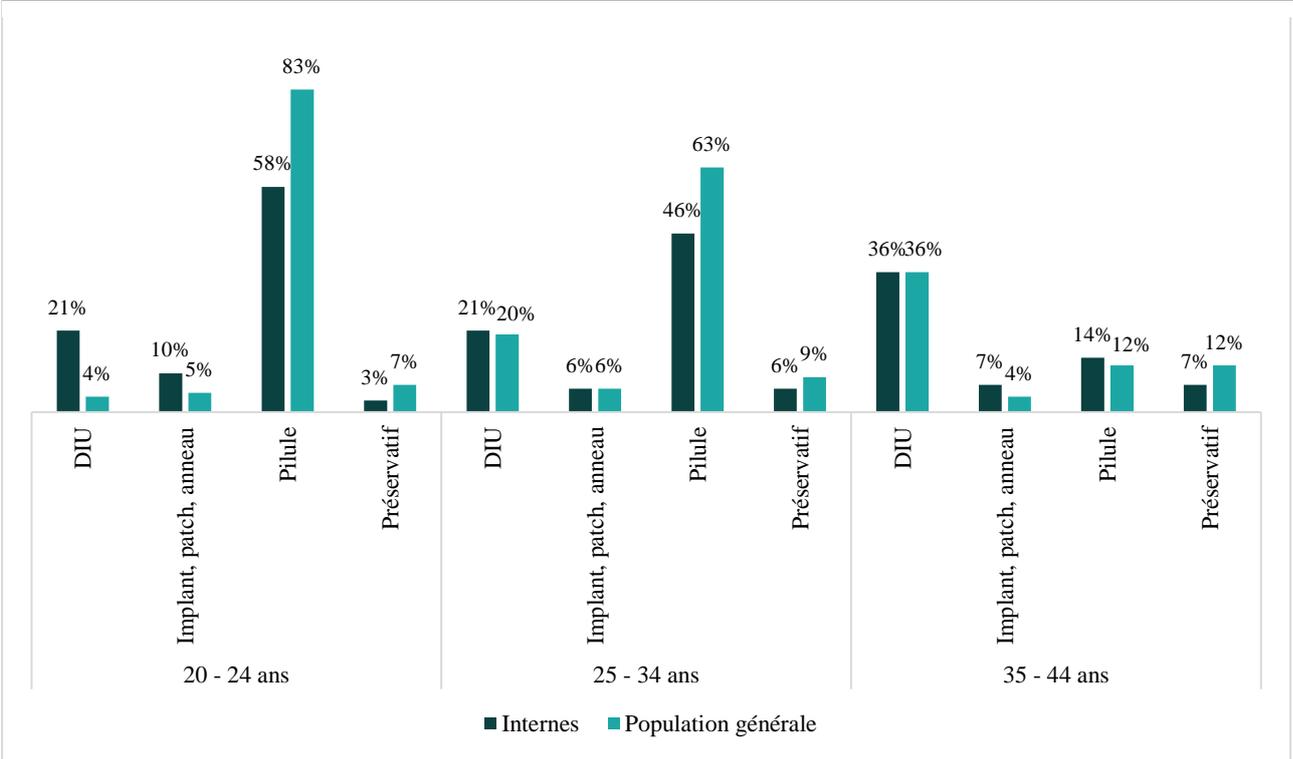
A travers notre enquête, en cohérence avec le modèle français donc, une grande majorité parmi celles déclarant une contraception médicale avait recourt à la pilule (qu'elle soit oestroprogestative ou progestative) ; 46% de la cohorte totale, soit 1070 internes, affirmaient bénéficier de cette méthode contraceptive plaçant alors la pilule comme première méthode contraceptive chez les internes à l'image de la femme française (à 52%). En 2016 le Baromètre Santé de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) relevait une utilisation prédominante de la pilule chez les françaises avec une utilisation néanmoins inversement décroissante avec l'âge (ce choix concernant 48% des femmes entre 25 et 29 ans puis 35% des 30-34ans) (42).

Le profil contraceptif des internes françaises est donc modélisé à l'image du profil de la population générale : le plébiscite de la pilule est majoritaire sur les tranches d'âge les plus jeunes et décroît progressivement passant de 55% pour les moins de 25 ans à 20% pour les plus de 36 ans (Graphique 2). A contrario, le DIU (cuivre ou hormonal) voit son utilisation largement augmenter sur les tranches

d'âges les plus élevées. Le parallèle fait avec la maternité semblant confirmer cette norme sociale contraceptive française.

Nous avons choisi de comparer plus précisément le profil contraceptif des internes avec ceux mis en avant par le Baromètre santé de 2016 sur les principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes en France en 2010 selon les tranches d'âges (42). Nous pouvons noter que pour la tranche d'âge 20-24 ans la population d'interne apparaît plus adepte de l'utilisation du DIU (21% contre 4%) et des méthodes de contraception dites de « nouvelles générations » (implant, patch et anneau) (10% contre 5%). Inversement, et logiquement, les femmes internes de cette tranche d'âge semblent moins adeptes de la pilule que leurs homologues de la population générale (58% contre 83%). Sur les populations plus âgées nous pouvons noter une plus grande homogénéité des choix de contraception faits entre les internes questionnées et la population générale, à l'exception du choix porté à l'utilisation de la pilule chez les 25-34 ans avec un accès moins important à l'échelle des internes (Graphique 11).

Graphique 11 : Comparaison du profil de contraception des internes par rapport aux femmes de la population générale du même âge (baromètre santé INPES 2016)



Trois raisons peuvent être évoquées pour expliquer ces différences : une meilleure connaissance théorique des méthodes contraceptives, le statut social des internes et le climat national vis-à-vis des méthodes hormonales.

Nous pouvons supposer, en effet, que les internes appartiennent à une population particulièrement informée et qui ont une meilleure connaissance (et confiance) dans les méthodes contraceptives, leurs confèrent ainsi, a priori une capacité de choix plus éclairée comparé à la population générale.

Par ailleurs, il a été démontré qu'un niveau d'étude élevé chez une population de femme est statistiquement relié à une fréquence d'utilisation plus importante du DIU (43), plaçant ainsi les internes dans une population particulièrement ciblée par ces méthodes contraceptives.

Enfin, il est important de lire les résultats de l'INPES avec les données de l'histoire de la contraception en France ; en effet les données rapportées datant de 2010, bien que récentes, sont à analyser avec la connaissance de la crise médiatique et sanitaire liée à la polémique de 2012-2013 concernant les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération et qui a largement contribué à modifier les comportements et la confiance des utilisatrices et prescripteurs vis-à-vis de la contraception hormonale. L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), devant le sur risque thrombo embolique lié à ces contraceptifs, avait alors préconisé la prescription des pilules de 2^{ème} génération ayant poussé le Ministère de la Santé à acter au déremboursement des contraceptifs oestroprogestatifs de 3^{ème} et 4^{ème} génération à compter du 31 mars 2013. Le 6^{ème} état des lieux de l'ANSM présentait en septembre 2013 l'impact qu'avait eu cette crise dans les comportements et pratiques contraceptives avec une augmentation de 45,1% des ventes de DIU au cuivre entre août 2012 et 2013 (44). Nous pouvons donc en parti relier à cet évènement et cette « nouvelle hormonophobie » (18) la disparité dans le choix porté au DIU comme méthode contraceptive entre la population d'interne et la population générale parmi les femmes les plus jeunes.

Nous pouvons également nous questionner sur l'utilisation plus importante des LARC et des méthodes contraceptives dites de nouvelles générations, dont l'utilisation est moins contraignante au quotidien lorsque bien supportées, chez les internes les plus jeunes. Mieux informées que leurs homologues de la population générale et avec un désir de parentalité plus lointain que leurs aînées internes, nous pouvons supposer qu'elles sont de fait plus favorables à ces méthodes de longue durée d'action. A notre connaissance il n'y a pas d'étude qui questionne l'impact du temps de travail sur le choix des méthodes contraceptives ; cette mise en lumière nous laisse à penser que cela pourrait être un travail intéressant à mener sur une population plus importante afin d'en mesurer pleinement l'effet. Nous pouvons cependant conclure, à notre échelle, que chez une population qui travaille bien au-delà des 48 heures règlementaires, comparée à la population générale, le choix de contraception semble

relié à ces exigences professionnelles avec un choix porté sur des méthodes plus performantes et moins contraignantes.

2) Profil contraceptif et temps de travail : quelles singularités ?

Notre réflexion portée sur les choix contraceptifs des femmes internes s'est faite autour de la question du temps de travail et de l'éventuelle charge professionnelle pouvant être à l'origine d'un profil contraceptif singulier. La répartition entre les deux groupes T+ et T- n'a pas révélé de disparités significatives dans les profils contraceptifs, que ce soit sur le profil contraceptif global (Graphique 2) ou dans la répartition parmi celles bénéficiant d'une contraception médicale (Tableau 3).

Ce constat peut apparaître surprenant lorsque l'on cible les difficultés rencontrées par cette population vis-à-vis de leurs contraceptions. En effet, une interne sur trois affirmait avoir effectué au moins un changement de méthode contraceptive durant l'internat. Bien qu'il n'y avait pas plus d'internes concernées par ces changements dans le groupe T+ par rapport au groupe T-, des spécificités étaient révélées dans les raisons justifiant ces changements.

Elles étaient en effet plus nombreuses dans le groupe T+ à exprimer avoir effectué ces changements en lien avec des oublis répétés et à des raisons professionnelles astreignantes (liées aux gardes et aux horaires de travail).

Concernant l'oubli de pilule, à l'échelle de l'ensemble de la population des internes concernées elles étaient 16,53% à déclarer un oubli de prise supérieur à au moins une fois par mois, chiffres par ailleurs concordant avec ceux de la population générale (45).

Dans le même sens, nous avons pu constater que les internes du groupe T+ semblaient être plus nombreuses à affirmer oublier de prendre leur pilule que les internes du groupe T- ; tendance cependant non significative. Néanmoins cette différence ne se confirmait pas sur la fréquence d'oubli.

Les raisons invoquées par les femmes concernées pour expliquer ces oublis reflétaient d'ailleurs cette tendance avec en premier lieu, et pour une grande majorité (80,5%), « un mode de vie » jugé inadapté en lien avec les exigences de temps de travail et de fréquence de gardes. Pour ce critère, la différence était significative entre les groupes T+ et T- ($p < 0,001$) avec une majorité d'internes du groupe T+ qui associaient leurs oublis à leur mode de vie professionnel. Néanmoins, une nuance semble s'imposer lorsque ces mêmes internes s'exprimaient à ce sujet ; elles semblaient en effet autant à s'exprimer sur un oubli habituel : « j'oublie comme tout le monde » et « j'oubliais déjà avant » qu'à expliquer une fréquence d'oubli plus importante depuis l'internat : « effectivement avec les horaires décalés [et] la fatigue j'ai beaucoup d'oublis ».

Ce constat fait, on pointe le paradoxe dans lequel ces femmes semblent être avec une/des difficulté(s) exprimée(s) au travers des changements de contraception et de l'oubli de prise de pilule qui ne semblent pas cependant modifier leur profil contraceptif. La pilule restant le premier mode de contraception quelque-soit le temps de travail.

Deux hypothèses peuvent être évoquées pour expliquer cela : les internes parviendraient à adopter des mesures correctrices satisfaisantes afin d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée (association à une méthode mécanique ou aux connaissances physiologiques de la fertilité ?). Hypothèse qui se confirme lorsque l'on regarde l'utilisation des contraceptifs d'urgence et l'accès à l'IVG qui n'étaient pas différent entre les deux groupes T+ et T-. La seconde hypothèse pourrait être que la survenue d'une grossesse sous contraceptif serait plus acceptée que dans la population générale et non perçue comme un échec contraceptif. C'est en tout cas ce qu'exprimait une des répondantes : « si je tombais enceinte ça ne serait finalement pas un problème ».

3) Choix des LARC : réalité et représentations

Les méthodes contraceptives dites LARC sont à ce jour, d'après les chiffres référencés par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), les méthodes contraceptives réversibles les plus efficaces sur le marché, dans leur utilisation habituelle (les distinguant par cela des pilules contraceptives dont l'utilisation « pratique » les fait passer d'un indice de Pearl de 0,3 à 9) (46). Cet acronyme comprend donc, par ordre décroissant d'efficacité, l'implant contraceptif, les DIU hormonaux et les DIU au cuivre. Elles ont un indice de Pearl inférieur à 1 avec comme élément fondamental une variation extrêmement faible, voire inexistante, entre leurs utilisations optimales en utilisation théorique et leurs utilisations courantes de par leurs fonctionnements ne reposant pas sur une observance régulière et donc faillible (47).

Au-delà de leurs efficacités bien connue, il a été mis en évidence dans l'analyse des résultats du Contraceptive CHOICE Project (étude prospective d'observation aux USA sur 6153 femmes âgées de 14 à 45 ans questionnant l'efficacité des LARC vis-à-vis des méthodes contraceptives dites traditionnelles) que les DIU et l'implant avaient un taux de continuité bien plus grand (77%) comparé aux autres moyens de contraception (41%) (48), avec une subtilité apportée par une continuité différente entre les DIU (79%) et l'implant (69%). Comparativement la continuité des autres méthodes contraceptive était relativement équivalente (entre 38% et 43%).

Hormis la forme cuivrée du dispositif intra utérin, dont la modèle moderne en « T » remonte à 1969 (17), et qui est, à ce jour, plébiscité par plus de 150 millions de femmes dans le monde (49), les deux autres méthodes contraceptives suscitées ont une histoire nationale plus récente avec la commercialisation de la forme moderne du DIU au levonorgestrel (Mirena®) en 1997 et de ses

homologues, adaptées aux femmes nullipares, le Jaydess® puis le Kyleena® dans les années qui ont suivi puis l'implant sous cutané en 2001 dans sa première version (Implanon®) avant le modèle que l'on connaît aujourd'hui, et ce depuis 2010, le Nexplanon®. A l'échelle mondiale, après les méthodes de contraceptions définitives (majoritairement féminines), les LARC sont les contraceptifs les plus utilisés devant la pilule (41). Le modèle français, singulier comme nous l'avons noté précédemment, justifie d'une utilisation des LARC de 30% sur l'ensemble des femmes françaises (15-49 ans) (42).

A l'échelle des internes l'utilisation des LARC s'élevait à 25,48% en tant que seconde méthode contraceptive. A l'échelle mondiale l'utilisation très variable de ces méthodes contraceptives, à la fois performantes et satisfaisantes pour celles qui en font le choix questionne. En ce sens, les publications qui explorent les freins liés à leurs sous-utilisations sont nombreuses. Nous pouvons donc relever comme principaux freins le manque de connaissances des femmes vis-à-vis de ces méthodes, les habitudes de prescription des médecins et le coût financier de ces contraceptifs (50). A l'échelle nationale nous pouvons nous soustraire de cette dernière limite avec le remboursement des trois méthodes contraceptives par la sécurité sociale.

D'après une étude de 2014, cherchant à comprendre les freins d'un accès généralisé à ces méthodes contraceptives, une expérience négative d'un proche ou via les médias étaient mises en avant. Pour l'implant, l'insertion et le retrait du dispositif étaient des concepts limitants pour de nombreuses femmes. Le DIU souffre quant à lui d'une image plus ternie avec une perception par les femmes d'une efficacité moins grande, d'un sur risque d'infection, d'expulsion et d'inconfort ainsi que l'impact négatif que ces dispositifs pourraient avoir sur la fertilité à long terme. Se rajoutant à cela la fausse idée, nait d'anciennes recommandations obsolètes d'avant 2004 (51), que le DIU serait contre indiqué aux femmes nullipares (52). Des représentations qui persistent malgré tout, et cela même chez des populations formées et informées ; une des répondantes expliquait à ce sujet « j'associe et considère le stérilet comme le moyen de contraception de la femme ayant eu des enfants et n'en souhaitant plus ».

Enfin, une des réalités contraceptives des LARC, et qui apparaît comme un de ses argument sur le plan théorique, semblerait en être également sa limite : celle d'une contraception de longue durée d'action. En effet, les femmes en âge de procréer et avec un désir de grossesse à court ou moyen terme, pourraient considérer cet « investissement » contraceptif trop lourd par son caractère intra corporel pour une utilisation qui ne serait pas maximale (3 ou 5 ans). Elle est en tout cas une limite révélée par notre étude ; chez 20% des internes n'ayant jamais bénéficié d'une contraception par DIU et 12% pour celles n'ayant jamais bénéficié de l'implant. Les internes du groupe T- étaient par ailleurs plus nombreuses à mettre en avant cet argument quant à la non-utilisation d'une méthode LARC comparé aux internes du groupe T+. Élément corroborant cette idée, l'utilisation plus importante des

LARC chez les internes les plus jeunes (21%) comparativement à leurs homologues de la population générale (4%). Nous pouvons en effet supposer que les internes les plus jeunes font le choix de prioriser un contraceptif plus sécurisant et moins contraignant avec parallèlement un désir de grossesse plus lointain ; ne limitant donc pas l'utilisation de ces méthodes contraceptives.

Le caractère plus moderne de ces méthodes contraceptives (comparé à la pilule), leurs singularités invasives, l'aménorrhée qu'elles peuvent induire (53) sont autant de freins à leurs utilisation et ce malgré des publications et recommandations récentes pour tenter de les juguler en faisant la part entre mythe et réalité, (54)(55) et de conclure « [qu'] une meilleure information des professionnels de santé » serait le fondement d'une mutation de la norme contraceptive (56).

En partant du postulat que les femmes internes seraient moins perméables à la mauvaise image de ces contraceptifs par une connaissance plus grande avec à minima une formation théorique commune durant l'externat, il nous est apparu intéressant de questionner et réfléchir la sous-utilisation des LARC chez ces femmes. Il est intéressant donc de constater que chez une population à priori informée, les inquiétudes liées à l'utilisation des LARC soient aussi importantes : 35,73% pour les DIU et 22,88% pour l'implant (Tableaux 7 et 8). Le sentiment de manque d'information ou le refus du médecin questionne tout autant : 17,89% pour les DIU et 12,7% pour l'implant (57).

Ces chiffres sont d'autant plus importants à questionner quand on relève que seulement 78,39% des internes pour les DIU et 78,75% pour l'implant, en justifient leur non-utilisation par une utilisation d'une autre méthode contraceptive satisfaisante (ou une absence de besoin de contraception). Laisant ainsi sous-entendre que plus de 20% des femmes interrogées et bénéficiant d'une contraception n'en seraient pas satisfaites.

Ces chiffres questionnent donc à la fois à l'échelle nationale et plus spécifiquement chez les professionnels de santé sur la représentation de ces méthodes contraceptives et sur une internalisation trop profonde de notre modèle contraceptif français, où envisager une autre méthode contraceptive que la pilule pour une femme entre 20 et 30 ans apparaîtrait surprenant. Le professionnel de santé au cœur de la question et de la prise en charge contraceptive semble avoir internalisé la « norme contraceptive » française afin de caractériser les pratiques contraceptives de la femme à ses différentes phases de vie sexuelle et reproductive. Un constat qu'exprime une des internes en expliquant « mon idée première était un DIU hormonal mais j'en ai été dissuadée par mon [médecin] généraliste qui me conseillait une pilule ». Sortir de ces représentations, celles d'une femme sexuellement active avec plusieurs partenaires (et donc de risque d'infections sexuellement transmissibles) au début de la vie sexuelle puis d'une femme stable qui n'aurait plus qu'un seul partenaire et enfin une femme qui deviendrait mère, imposerait au professionnel de santé de

questionner la sexualité de ses patientes, or le corps médical mal formé sur la sexualité et les patientes elles-mêmes ne semblent pas tout à fait prêts à cela (58). Dans une synthèse de l'HAS (Haute Autorité de Santé) datant de 2013, faisant l'état des lieux des pratiques contraceptives, il a été énoncé qu'une grande part des freins relatifs à l'accès à la contraception au regard des prescripteurs était relié aux représentations socioculturelles sur la sexualité des femmes ; rappelant utilement que l'âge à lui seul ne pouvait pas être un bon indicateur de la vie affective et sexuelle des femmes et donc de leurs besoins contraceptifs (57).

4) Auto-prescription et suivi gynécologique

Afin de mieux comprendre et appréhender le profil contraceptif des internes il semblait important de pouvoir s'intéresser à leurs modes de prescription en la matière et cela en questionnant plus globalement leurs suivis gynécologiques.

Sur l'ensemble des internes questionnées et bénéficiant d'une contraception médicale, une majorité (57,34%) justifiait d'une auto-prescription de leur contraception. Les internes du groupe T+ pratiquaient plus ce mode de prescription que celles du groupe T- ($p = 0,012$). L'auto-prescription des professionnels de santé (dépassant largement le cadre de la contraception) est une pratique très répandue ; dans un travail de thèse de 2015 mené par V. Delahaye à propos des internes picards, 96% pratiquaient l'auto-prescription médicamenteuse (59). Parmi les classes médicamenteuses les plus auto-prescrites, les contraceptifs oraux arrivaient en 4^{ème} place après les antibiotiques, les AINS et les benzodiazépines (60).

Concernant le suivi gynécologique, à l'échelle nationale, 77% des femmes déclarent être suivies régulièrement (61). Dans notre étude ce chiffre atteignait difficilement les 24% avec un suivi significativement plus régulier chez les internes du groupe T- par rapport aux internes du groupe T+.

Cette réalité se confirmait sur le dépistage du cancer du col de l'utérus avec la réalisation du Frottis Cervico Utérin. Ce dépistage, passé en France d'individuel à organisé depuis 2018, était fondé sur la réalisation d'un examen cytologique chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans tous les 3 ans (après deux examens consécutifs normaux à un an d'intervalle) (62). Les nouvelles recommandations de dépistage pour les femmes âgées de plus de 30 ans, parues durant la diffusion du questionnaire en juillet 2019 n'ont pas été prises en compte pour l'analyse de nos résultats (62).

A l'échelle de la population française, d'après les données de l'EGB (Echantillon Général des Bénéficiaires) de l'Assurance maladie, le taux de couverture triennal serait estimé à 56,6% (63). Ces chiffres ne prenant en compte que les dépistages réalisés dans le secteur libéral, les enquêtes déclaratives font état d'un taux de couverture nettement plus élevé de 80 à 85%. Chez les internes de

notre enquête, la réalisation correcte du dépistage sous sa forme triennale concernait 73,84% de l'effectif, allant dans le sens des études déclaratives sus citées. Pouvons-nous supposer que le principe du déclaratif surestime la réalité ou bien que les internes sont plus sensibilisées aux dépistages ? L'un ou l'autre, nous pouvons souligner une couverture correcte et cohérente. Néanmoins, parmi les internes questionnées de 25 ans ou plus, 12,11% affirmaient n'avoir jamais eu cet examen.

Encore une fois, les internes du groupe T- étaient plus régulières dans leurs suivis comparativement à celles du groupe T+ avec une différence significative mise en avant sur la réalisation optimale du FCU triennal. A l'échelle nationale un rythme de surveillance sous optimal était retrouvé chez 51,6% des femmes, plaçant ainsi les internes dans une catégorie relativement bien dépistée.

Plusieurs éléments peuvent justifier cette bonne couverture au-delà des connaissances théoriques : le jeune âge et le statut social (63). Un troisième élément explicatif peut être souligné quant à la réalisation satisfaisante de ce dépistage chez les internes : l'accès plus direct (et plus simple) à des collègues pouvant réaliser cet examen, sans que celui-ci ne s'intègre néanmoins à un suivi régulier. Elles sont nombreuses à l'expliquer en effet, « quand j'ai besoin de faire un examen (FCU ou échographie) je demande à un collègue, je ne prends pas le temps d'avoir un suivi » ou encore « je pense qu'il est trop facile en tant qu'interne d'avoir une prescription de contraception sans avoir de suivi gynécologique ».

Cette réalité permet de mieux appréhender le rapport des internes vis-à-vis de leurs contraceptions : le profil contraceptif en regard du temps de travail, la fréquence d'oubli de prise de contraceptifs oraux, le changement de méthode et la sous-utilisation des LARC ; seraient-ils reliés à une auto-prescription trop importante et un suivi spécialisé insuffisant ? Quand on constate que 30,59% des 1494 internes ayant un suivi gynécologique irrégulier, jugent ce suivi inutile, les difficultés suscitées semblent au contraire en confirmer l'importance. La sous-utilisation des LARC marque bien ce constat avec un grand nombre d'internes pointant un manque d'information relatif à ces méthodes contraceptives, or le rôle du gynécologue est aussi celui-ci : informer ses patientes afin de leurs permettre une contraception choisie, individuelle et adaptée.

Par ailleurs, la question sous-jacente par laquelle nous avons décidé de mener notre enquête, celle du temps de travail, apparaît ici comme un facteur pouvant expliquer les disparités mises en évidence entre les deux groupes T+ et T-. Le « manque de temps » était présenté comme raison à un suivi irrégulier chez 61,11% des internes concernées avec une différence significative entre les deux groupes ($p < 0,001$). Plusieurs retours semblaient aller dans ce sens : « impossibilité d'avoir un rendez-vous après 18h », « j'aimerais parvenir à la contraception [par] l'implant mais je n'ai pas [...] trouvé

de gynécologue disponible [...] pour la pose sur les horaires de travail » et « il serait bien de pouvoir bénéficier de consultation sur son lieu de travail ».

3/- MATERNITE, DESIR DE GROSSESSE ET INTERNAT

1) Femmes internes : entre désir de grossesse et contraception, quelles réalités ?

Si le cœur de notre travail et notre axe de réflexion principal étaient ceux de la contraception chez les internes, pouvoir investiguer, toujours par la question du temps de travail et des exigences professionnelles, la maternité et le désir de grossesse pendant l'internat nous est paru être un questionnement tout aussi fondamental pour mieux intégrer l'enjeu que représente la contraception.

Sur l'ensemble des internes questionnées, 258 déclaraient avoir au moins un enfant (soit 11,10% de la cohorte totale) ; la moyenne d'âge des femmes concernées était strictement superposable à celui de la cohorte globale, soit 27,28 ans.

En France, l'âge moyen des mères à l'accouchement, tous rangs de naissances confondus, croit régulièrement et a atteint 30,7 ans en 2019 (13). A titre de comparaison, il était de 26 ans dans les années 1970. Les facteurs influençant le report de l'âge du premier enfant, qui se définirait par la survenue d'une grossesse au-delà de 35 ans, âge où la fertilité naturelle de la femme décroît (14), ont été exploré par Johnson et Tough en 2016. Ainsi nous pouvons citer : la disponibilité de moyens de contraception sûrs et efficaces, la mutation sociétale avec l'arrivée des femmes dans les études secondaires et leurs conformismes sur un marché du travail exigeant et enfin le critère démographique avec un vieillissement des populations aboutissant à une augmentation des femmes dans la tranche d'âge 35-44 ans (64).

Le niveau scolaire des femmes a bien été identifié comme étant l'un des plus forts facteurs prédictifs d'un recours à la contraception, de l'importance de pouvoir décider du moment le plus propice de la grossesse et du nombre total d'enfants souhaités. En ce sens, que plus de 88% des internes soient nullipares semble confirmer cette réalité sociologique. Réalité doublement affirmée par le constat fait que chez les internes interrogées, 728 affirmaient avoir un désir de grossesse au moment de la diffusion du questionnaire et que, parmi elles, 58,79% déclaraient souhaiter reporter ce projet après leur internat.

Sur la question du temps de travail par laquelle nous avons orienté notre réflexion nous n'avons pas retrouvé de différences significatives d'accès à la grossesse entre les deux groupes T+ et T-.

Finalement, par la lecture de ces chiffres, nous pouvons donc supposer que les internes faisant le choix de devenir mère le font quelque soient leurs exigences professionnelles et/ou de temps de travail

mais qu'il n'en reste pas moins qu'une majorité ne fait pas ce choix ; majorité qui s'inscrit dans une tendance au report de la grossesse, bien au-delà des considérations professionnelles de l'internat. Une interne de conclure « je n'envisage plus de repousser ma grossesse car il n'y a jamais de "bon" moment pour faire un bébé ».

2) Grossesse durant l'internat : quels vécus ?

Décider de vivre une grossesse et d'accéder à la maternité durant l'internat est donc un choix que 249 femmes ont fait d'après les déclarations de notre étude. Ces chiffres vont dans le sens de ceux relevés dans la littérature américaine avec en 2017, Bye et al qui montraient que 11% des médecins étaient déjà parents à la fin de leurs cursus (65). Les enjeux, les facteurs positifs et les difficultés rencontrées par celles qui font ce choix sont largement documentés dans cette littérature (66)(67)(68)(69), mais peu de données sont disponibles à l'échelle nationale. Nous pouvons cependant citer une étude qualitative de 2019, menée à la faculté de médecine de Brest, qui mettait en avant les principales difficultés exprimées par les femmes interrogées sur la grossesse et la maternité durant l'internat : les conséquences négatives sur la formation, l'impact du travail en tant que facteur de stress, la culpabilité vis-à-vis de ses collègues et du fonctionnement du service durant le congé maternité et le doublement de cette culpabilité à la reprise du travail vis-à-vis de son/ses enfant(s) (70). Cette étude était également l'occasion pour ces mêmes femmes de pouvoir mettre en avant les conséquences positives que la grossesse avait eu dans leurs vies professionnelles : une meilleure compréhension des patients avec leurs enfants, un sentiment de solidarité au sein de certaines équipes, l'adaptation des horaires via la possibilité du stage en surnombre et l'établissement de liens de protection et de bienveillance avec la hiérarchie supérieure. Ces retours, positifs et négatifs, ont été relevés de façon similaire dans les déclarations des internes de notre enquête avec cependant une utilisation marquée du terme « chance » pour celles qui en faisaient un retour positif : « j'ai eu de la chance [j'ai eu] un super stage [...] où des gens très humains m'ont laissé [allaier] », « j'ai eu la chance de tomber sur une cheffe particulièrement compréhensive », « j'ai eu la chance [...] de prolonger mon congé maternité ». Vivre une grossesse sereinement en tant qu'interne serait une question de chance ?

La législation dans le domaine, aujourd'hui encadrée et sécurisante, a pourtant largement progressée ces dernières années et a contribué à l'amélioration des conditions de travail des femmes en médecine. Elle permet aujourd'hui aux internes enceintes de ne plus participer aux gardes de nuit au-delà du troisième mois de grossesse, d'accéder à des stages en surnombre et de bénéficier d'un congé maternité de 16 semaines en tant que salariées de l'hôpital public (71). Ces éléments de loi sont parvenus, au fil des années, à protéger les internes dans leurs choix personnels et leurs souhaits de fonder une famille durant cette période professionnelle. Jusqu'en 2016, faire le choix d'un surnombre

non validant (impliquant de ne pas pouvoir réaliser 4 mois de travail à temps complet sur les 6 mois du semestre) imposait à l'interne un déclassement pour ses choix de stage futurs vis-à-vis de ses collègues de promotion et avait donc un réel impact négatif sur le choix de formation et de localisation géographique du stage. Si l'amélioration des conditions de travail pour les internes enceintes est une réalité, l'application réelle semble parfois bien plus ténue. La limite essentielle semblait résider dans celle des critères de validation de stage (à travers celui des 4 mois minimum) (72) qui pouvaient être soumis à l'interprétation et au bon vouloir de la hiérarchie. Elles étaient une majorité d'internes à avoir essayé de réduire la durée de leur congé maternité avec pour conséquence une prise de risque pour la grossesse (70). Par ailleurs, se retirer d'un tableau de garde dans des services fonctionnant parfois à flux tendu peut être source de conflit et de culpabilité vis-à-vis de ses collègues. En ce sens le premier trimestre de grossesse peut devenir synonyme de condensation des gardes en prévision de l'absentéisme (70).

A posteriori, les internes concernées de notre étude, étaient une majorité (61,45%) à affirmer qu'elles avaient dû anticiper leur(s) grossesse(s), ces chiffres allant dans le sens des études déjà menées (73); les internes du groupe T+ confirmaient cette réalité avec une plus grande nécessité que le groupe T-. Ce constat semble aller dans le sens de la littérature avec une pression plus grande imposée aux internes dans les spécialités majoritairement masculines, comme la chirurgie, où « ne pas faire d'heures supplémentaires et ne pas avoir comme seul axe de préoccupation dans la vie [que] la médecine serait perçu comme surprenant [...] imposant (alors) aux femmes de prouver qu'elles n'occupaient pas la place d'un homme qui aurait été lui un « vrai médecin » » (69). En ce sens en 2016, Mundschenk et al montraient qu'au-delà de la question du temps de travail, l'environnement professionnel apparaissait être le véritable enjeu ; l'influence d'une attitude positive des co-internes et de la hiérarchie étaient deux facteurs fondamentaux. Un tel environnement était significativement plus souvent retrouvé dans les services dont la chefferie était occupée par une femme plutôt qu'un homme (74). Des disparités étaient alors constatées selon les spécialités ; pour les internes de spécialité chirurgicales un sentiment de soutien moins important de la part de l'environnement professionnel par rapport aux autres spécialités ; une des internes confirmait ce sentiment en expliquant « c'est un choix avec des hauts et des très bas ; je suis dans un service d'orthopédie masculin, sexiste et misogyne mais j'ai quand même réussi à être mère par deux fois alors je suis fière de moi [...] je ne regrette pas ».

Cette réalité, bien que non questionnée en tant que telle à travers notre étude, semble se confirmer avec une tendance relevée entre nos deux groupes sur le sentiment de liberté à vivre la grossesse ; elles étaient 22,03% dans le groupe T+ contre 12,63% dans le groupe T- à affirmer ne pas s'être senties libres de vivre leur(s) grossesse(s) vis-à-vis de leur environnement professionnel. Il serait

intéressant dans un travail ciblé sur la question de la grossesse, à l'image des études anglo-saxonne, de questionner les freins et facteurs positifs pouvant influencer ce sentiment.

Sur la question du vécu elles étaient une minorité (6%) à exprimer qu'à posteriori elles auraient préféré décaler leurs grossesses sachant comment cela se passerait. Pour une grande majorité, le vécu de la grossesse avait été positif, avec 59,84% des femmes concernées qui retranscrivaient un « excellent » ou « bon vécu », et cela sans différences significatives mise en évidence en fonction du temps passé à l'hôpital entre les groupes T+ et T-. Un cadre légal plus sécurisant et l'accès des femmes aux postes à responsabilité en tant que cheffes de services sont deux éléments pouvant corroborer et expliquer cette évolution positive.

3) Nulliparité des internes : anticipation ou absence de désir de maternité ?

La grande majorité des internes de notre cohorte était nullipare (88,9%). Il nous est paru inédit et pertinent de cibler nos questionnements chez ces femmes en plus de celles qui avaient déjà fait l'expérience de la grossesse durant l'internat, et dont la littérature a déjà étayé les difficultés et conséquences somatiques sur la survenue de complications obstétricales (70). Peu d'étude à notre connaissance ont exploré les freins pouvant entraver un projet parental chez les internes.

Elles étaient une majorité à le justifier par une absence de désir de grossesse (46,63%), avec derrière cette réalité une question soulevée par un de ces femmes : « est-ce que je ne ressens pas le désir de grossesse car cela me paraît trop compliqué ? Probablement ».

Les deux autres facteurs influençant la nulliparité chez les internes étaient le « rythme de vie incompatible » à 43,87% et les « conditions professionnelles inadéquates » à 40%. Pour ces deux facteurs, la différence entre les deux groupes d'étude était significative ($p < 0,001$ et $p = 0,018$). Les internes du groupe T+ étaient également une majorité à invoquer une « mise en péril de leur projet professionnel » dans les raisons justifiant leur nulliparité ($p = 0,045$).

En ce sens, si le temps de travail et les conditions professionnelles ne semblaient pas avoir été des obstacles insurmontables pour les internes qui faisaient le choix de la maternité, ils pouvaient le devenir pour celles qui hésitaient à se lancer. Ce constat se confirme sur la comparaison que nous avons réalisée entre « anticipation » et « vécu » de la grossesse : parmi les femmes qui n'avaient pas vécu de grossesse durant l'internat elles étaient 26,49% à anticiper que cela serait « incompatible » alors que ce chiffre ne dépassait pas les 4% parmi celles que l'on questionnait rétrospectivement sur leur vécu.

Un des éléments qui ressortait de façon prépondérante dans notre étude sur ce questionnaire était celui de la vie de couple. En effet, 19% des internes nullipares affirmaient « avoir une vie de couple

trop instable (ou une absence de vie de couple) » comme justification. Un des facteurs les plus fondamentaux retrouvé dans la littérature et influençant le choix de la maternité est en effet la nécessité pour les femmes d'être dans « la » bonne relation avec « le » bon partenaire (75). Il a été mis en avant par ailleurs que pour les femmes repoussant leurs désirs de maternité, si celui-ci existait, elles mettaient en avant le souhait de la bonne relation de couple, d'une situation financière stable et d'une santé optimale pour avoir un enfant et qu'à attendre cet alignement idéal cela les poussait parfois à repousser ce souhait créant un décalage entre la temporalité biologique et la temporalité biographique (76).

A l'échelle des internes, les modalités pratiques telles que « les conditions financières » et « le lieu de vie » étaient également des aspects mis en avant sur l'ensemble des 2025 internes nullipares (à 24,16% et 18,93%). Ces aspects étaient plus limitants pour les internes du groupe T- ($p=0,039$ et $p<0,01$) ; données corroborées dans une étude de 2017 menée à la faculté de médecine d'Aix-Marseille (77). Ces éléments sont à relier à la réalité de l'internat et l'instabilité qui en incombe : stages semestriels à localisation géographique et horaires variables (imposant régulièrement une mobilité ou de longs trajets quotidiens). Nous pouvons supposer que ces difficultés pratiques qui s'imposent différemment selon les deux groupes, peuvent être reliées à la valorisation financière qui incombe aux internes pratiquant un plus grand nombre de gardes ; ceci pouvant compenser en partie cette conjoncture idéale souhaitée.

4) Report de grossesse ; conséquences connues des internes ?

Si l'âge de la première grossesse augmente génération après génération depuis les années 70, il a été établi que cette croissance allait à des rythmes différents selon les classes sociales occupées par les femmes. Les femmes diplômées du supérieur ont en effet en moyenne leur premier enfant 1,7 ans plus tard que la moyenne nationale (78). Nous avons pu constater que les internes en médecine, bien que soumises à la fois à une certaine forme de précarité sur le plan financier et de l'organisation semestrielle de l'internat sont également des femmes exerçant une profession à haute responsabilité et niveau d'étude (70). En ce sens elles sont pleinement concernées par cette réalité de report de la grossesse, toutes spécialités confondues, comme nous l'avons vu.

Nous nous sommes donc intéressés à la perception qu'avaient ces femmes médecin sur leur propre fertilité afin de mettre en lumière si chez cette population théoriquement informée ces données étaient bien intégrées à leurs éventuels choix parentaux.

En ce sens elles semblaient relativement bien informées sur l'innocuité des contraceptifs sur la fertilité à long terme (68,82%) et sur l'idée générale que retarder une première grossesse pouvait compliquer l'obtention de celle-ci (84,59%). A contrario, elles étaient une minorité à cibler justement

l'âge auquel cette baisse de fertilité intervenait (26,69%) et la probabilité d'obtenir une grossesse à 35 ans (29,57%).

Manifestement les connaissances théoriques étaient satisfaisantes avec une juste notion de déclin de la fertilité mais une probable minimisation de ce dernier ou une visualisation moins brutale de celui-ci. Ce constat avait déjà été fait par Fabregue et al en 2017 avec des résultats cependant bien plus bas, probablement en lien avec la population étudiée ciblée aux internes de médecine générale (77).

Le dernier questionnement concernait la capacité d'efficacité d'une prise en charge en FIV (Fécondation In Vitro) en cas de baisse de réserve ovarienne. Rappelons en effet que la FIV intraconjugale ne peut pas compenser l'altération naturelle de la fertilité, ne faisant « pas mieux que la nature » (79); et qu'en ce sens les taux de réussite en FIV diminuent considérablement dès l'âge de 34 ans chez la femme (80). De la même façon que les internes questionnées semblaient minimiser la baisse de réserve ovarienne liée à l'âge, elles surestimaient les techniques d'AMP (Assistance Médicale à la Procréation) dans leurs approches thérapeutiques (avec un taux de réponse négative de 63,24%) ; les deux allant probablement de pair. Nous n'avons cependant pas questionné le lien que pouvaient faire ces femmes entre leurs relativement bonnes connaissances sur la réserve ovarienne et l'impact que cette réalité biologique connue pouvait avoir vis-à-vis de leurs propres choix de vie et éventuels projets parentaux. Diagnostiquer une altération de la réserve ovarienne chez une population de femmes médecin modifierait-il leur tempo reproductif ? C'est la question que se sont posés Azhar et al en 2015 montrant que chez une population mixte de médecin, 48% des professionnels de santé tenteraient de concevoir un enfant plus tôt, 21% s'orienteraient vers une autoconservation ovocytaire et 7% essaieraient de trouver un partenaire plus rapidement. Pour 14% d'entre eux un tel diagnostic n'aurait eu aucune incidence sur leur projet de vie (81).

Constater que la moitié de cette population modifierait son tempo de vie reproductive si un tel diagnostic était posé questionne donc sur le lien que peuvent faire les femmes internes entre leurs connaissances théoriques et leurs réalités biologiques ; un travail ciblé sur cette question apparaîtrait pertinent.

Enfin, ce constat souligne de nouveau l'importance qu'un suivi gynécologique régulier représente en termes d'information et d'accompagnement sur ces questions.

4/- LES LIMITES DE L'ETUDE

Les principales limites de notre travail concernent sa méthodologie. Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle réalisée à partir d'un auto-questionnaire qui est donc soumis à des biais de déclaration, mémorisation et compréhension qui peuvent être nombreux.

Aucune liste officielle des internes en activité n'a pu être obtenue et nous avons donc dû l'établir via les données du CNG avec la liste des classés à l'ECN sur les cinq dernières années afin de connaître notre population d'étude, ne prenant donc pas en compte les éléments de vie personnelle et de carrière individuels (arrêts maladie, master 2.).

Par ailleurs, le but de ce travail était de pouvoir établir un profil le plus représentatif possible des internes femmes en France, en ce sens obtenir un maximum de réponses sur l'ensemble des spécialités était un des enjeux fondamentaux. Les données que nous présentons sont donc soumises à cette réalité de n'être représentative que des 15,42% des internes ayant répondu à notre enquête. Il est donc difficile d'extrapoler ces données à l'ensemble de la population d'internes femmes ce d'autant que nous pouvons supposer que celles ayant pris le temps de répondre à cette enquête étaient celles qui étaient les plus sensibilisées par ce sujet.

Notre questionnaire était dense et demandait dix à quinze minutes pour être dûment rempli, ce qui a pu représenter un obstacle avec 12% d'internes n'étant pas allé au bout du questionnaire. Si un travail complémentaire venait à être réalisé il semblerait pertinent de pouvoir établir un questionnaire plus ciblé et simplifié afin de potentialiser le nombre de répondantes.

Néanmoins, nous avons obtenus de nombreux retours durant la diffusion de ce questionnaire ce qui en souligne l'intérêt pour les internes et l'importance de pouvoir mettre en lumière ces questions entre intimité et enjeux professionnels.

V – CONCLUSION

La contraception, de son choix à son utilisation pratique, est un enjeu essentiel pour les femmes qui cherchent à maîtriser leurs temps reproductifs en lien avec leurs exigences professionnelles et leurs réalités personnelles. Pour les femmes internes cet enjeu est donc prépondérant par l'organisation semestrielle de l'internat avec la mobilité géographique qui en incombe, par l'enjeu d'une formation optimale et par la construction d'un avenir professionnel. Nous avons donc cherché à établir le profil contraceptif de ces femmes en lien avec le temps de travail et d'intégrer ce questionnement à celui du projet parental pendant l'internat.

Le profil contraceptif des femmes internes est superposable à celui de la population générale des femmes françaises avec une utilisation prépondérante de la pilule comme première méthode contraceptive. Nos deux groupes d'étude, T+ et T-, nous ont permis de constater qu'il n'y avait pas de différence de profil contraceptif ; si les internes travaillant le plus déclaraient des difficultés en lien avec leurs exigences professionnelles (oubli de prise de pilule, changement de contraception) elles ne modifiaient pas leurs habitudes contraceptives pour autant. Elles n'utilisaient pas plus les LARC que les internes du groupe T- et ne faisaient pas état de plus d'échec contraceptif. Les connaissances de ces femmes leur conférant probablement plus de capacité à mettre en place des attitudes correctrices efficaces. Néanmoins le suivi gynécologique moins régulier chez les internes du groupe T+ représentait une des pistes de réflexion pour expliquer cette absence de compensation sur le modèle contraceptif, qui le justifiait par un manque de temps.

Nous avons pu mettre en avant par ailleurs que la survenue d'une grossesse sous contraception chez cette population pouvait ne pas être perçue comme un échec contraceptif avec une proportion importante d'internes usant d'une méthode contraceptive parmi celles déclarant un désir de grossesse. Ces femmes semblent donc surtout en difficulté pour trouver/créer le bon moment afin de prioriser ce désir. Les freins influençant le report de la grossesse étaient nombreux, d'ordre professionnels pour les internes du groupe T+ et d'ordre matériels pour les internes du groupe T-.

Néanmoins elles étaient nombreuses à avoir vécu au moins une grossesse durant l'internat. Il n'y avait pas de différence d'accès à la grossesse vis-à-vis des deux groupes ; ceci nous permettant de conclure que si le temps de travail et les exigences professionnelles peuvent représenter des obstacles conséquents pour les femmes qui hésitent, ils ne l'étaient pas pour celles qui faisaient le choix de la maternité.

S'autoriser à investir sa vie personnelle au-delà des exigences professionnelles est donc le véritable enjeu que nous avons cherché à questionner entre celui de la contraception et celui de la maternité, et

au cœur de cette question la place du gynécologue dans un suivi régulier, d'accompagnement, d'information et de dépistage, minimisée par une majorité, apparaît essentiel.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux internes

CONTRACEPTION ET GROSSESSE CHEZ LES INTERNES EN FRANCE

Première partie : Données générales

- 1) Quel est votre sexe ?
- 2) Quel âge avez-vous ?
- 3) Quelle est votre spécialité d'internat ?
- 4) Quelle est la durée de votre DES de spécialité d'internat ?
- 5) En quel semestre êtes-vous ?
- 6) Etes-vous amenée à faire des gardes/astreintes de nuit durant votre internat ?
Cette question ne concerne pas uniquement votre semestre actuel mais l'ensemble de vos semestres.
- 7) Si oui : Combien faites-vous de gardes/astreintes de nuits par semaine ou par mois lissé sur l'ensemble de vos semestres ?
 - Moins de 2 par mois ou 2 par mois
 - A peu près une par semaine (3 à 4 par mois)
 - Plus d'une par semaine
- 8) Etes-vous amenée à faire des gardes/astreintes de weekend durant votre internat ?
Cette question ne concerne pas uniquement votre semestre actuel mais l'ensemble de vos semestres.
- 9) Si oui : Combien faites-vous de gardes/astreintes de weekend semaine ou par mois lissé sur l'ensemble de vos semestres ?
 - Moins d'un weekend tous les 2 mois ou un weekend tous les 2 mois
 - Entre un weekend tous les mois et un weekend tous les 2 mois
 - En moyenne un weekend par mois
 - En moyenne deux weekend par mois ou plus
- 10) A combien d'heures par semaine estimez-vous votre temps de travail passé au CHU/à l'hôpital/chez le praticien ?
 - Moins de 45 heures
 - De 45 à 60 heures
 - De 61 à 75 heures
 - De 76 à 90 heures
 - Plus de 90 heures
- 11) Quel est votre projet professionnel pour le post internat ?
 - Activité libérale
 - Activité hospitalière
 - Activité hospitalo-universitaire
 - Activité mixte
 - Ne sait pas pour le moment

Deuxième partie : Identité, orientation et sexualité

12) Quelle votre identité de genre ?

(Perception interne et psychologique de soi en tant que masculin et/ou féminin ou aucun des deux indépendamment de l'orientation sexuelle)

- Cis genre
(identité de genre (masculin ou féminin) correspondant au sexe de naissance)
- Transgenre
(identité de genre ne correspondant pas au sexe de naissance)
- Non binaire
(identité de genre ne correspondant ni au masculin ni au féminin)
- Autre

13) Quelle est votre orientation sexuelle ?

(Désigne le genre (homme ou femme) des désirs amoureux ou érotiques d'une personne (préférences sexuelles))

- Hétérosexuelle (désir orienté vers les personnes du sexe opposé)
- Homosexuelle (désir orienté vers les personnes du même sexe)
- Bisexuelle (désir orienté indifféremment vers les deux sexes masculins et féminins)
- Pansexuelle (désir orienté sur toute personne quel que soit son sexe)
- Asexuelle (absence d'inclinaison sexuelle particulière)
- Autre

14) Quelle est votre situation actuelle ?

- Célibataire
- En couple
- Mariée

15) Pour les internes en couple / mariés : Depuis combien de temps êtes-vous en couple ?

- Depuis moins d'un an
- Depuis 1 à 5 ans
- Depuis 5 à 10 ans
- Depuis plus de 10 ans

16) Combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours des 12 derniers mois ?

- Aucun
- Un
- Deux
- Entre 3 et 5
- Entre 6 et 10
- Plus de 10

Troisième partie : Grossesse, enfant et internat (partie 1)

17) Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

18) Si oui : Combien ?

19) Si oui : Avez-vous vécu une ou plusieurs grossesses durant l'internat ?

- Oui
- Non

20) Si oui : Combien de grossesses avez-vous vécu durant l'internat ?

21) Si vous avez vécu une ou plusieurs grossesse(s) durant votre internat : avez-vous eu à organiser et prévoir cette/ces grossesse(s) pour qu'elle(s) survienne(nt) à un moment précis de votre internat ?

- Oui
- Non

22) Si vous avez vécu une ou plusieurs grossesses durant votre internat : comment décririez-vous le vécu de celle(s) ci vis-à-vis de votre situation professionnelle ? plusieurs réponses possibles

- Excellent vécu
- Bon vécu dans l'ensemble
- Vécu moyen
- Mauvais vécu
- Très mauvais vécu
- Vous auriez décalé la/les grossesse(s) si vous aviez su comment cela se passerait
- Autre

23) Si vous avez vécu une ou plusieurs grossesses durant votre internat : A posteriori, diriez-vous que vivre une ou plusieurs grossesse(s) durant votre internat était : plusieurs réponses possibles

- Possible et compatible sans difficultés majeures
- Compliqué mais possible (obligation d'anticipation, d'organisation de la grossesse selon les semestres)
- Cela a mis votre carrière professionnelle en difficulté
- Incompatible avec votre internat (vous avez eu des difficultés majeures en termes de rythme de vie associée à votre charge de travail)
- Vous ne vous êtes pas sentie libre de vivre votre/vos grossesse(s) (vous avez subi des pressions psychologiques de vos supérieurs/co internes, vous avez été sanctionnée, vous avez subi du chantage, vous avez culpabilisé)
- Autre

24) Zone d'expression libre ; vous avez vécu une ou plusieurs grossesse(s) durant votre internat : vous pouvez vous exprimer librement à ce sujet si vous le souhaitez (organisation, contraintes éventuelles, joies, regrets, difficultés)

Troisième partie : Grossesse, enfant et internat (partie 2)

25) Si vous n'avez pas d'enfant : Parmi les propositions suivantes cochez celles qui correspondent à votre situation ; plusieurs réponses possibles

- Projet de grossesse en cours
- Infertilité de couple
- Orientation sexuelle compliquant le désir de grossesse (nécessité d'une prise en charge à l'étranger.)
- Pas de désir personnel d'enfant pour le moment
- Votre partenaire ne souhaite pas d'enfant pour le moment
- Pas de vie de couple / pas de partenaire
- Conjoint éloigné géographiquement
- Conditions professionnelles inadéquates
- Conditions financières inadéquates
- Lieu de vie inadapté
- Rythme de vie incompatible
- Mise en péril du projet professionnel ultérieur (post internat)
- Autre

26) Quelle idée vous faites-vous de vivre une grossesse durant l'internat ? plusieurs réponses possibles

- Possible et compatible sans difficultés majeures
- Compliqué mais possible (obligation d'anticipation, d'organisation de la grossesse selon les semestres)
- Cela pourrait mettre votre carrière en difficulté
- Incompatible avec votre internat (en termes de rythme de vie et quantité de travail)
- Vous ne vous sentez pas libre de vivre une grossesse (pressions psychologiques de vos supérieurs, sanctions, chantage, culpabilité)
- Autre

27) Zone d'expression libre : si vous avez des choses à rajouter/compléter concernant la grossesse et l'internat (craintes, retour d'expérience)

Troisième partie : Grossesse, enfant et internat (partie 3)

28) Avez-vous un désir de grossesse actuellement?

- Oui
- Non

29) Si oui : reportez-vous / allez-vous reporter ce désir à votre post internat ?

- Oui
- Non

30) Zone libre, concernant le désir de grossesse et l'internat si vous avez des choses à rajouter :

Quatrième partie : Contraception

- 31) Utilisez-vous une méthode contraceptive actuellement ?
- Oui, une contraception médicale
 - Oui, une contraception non médicale basée sur la connaissance de la fécondité
 - Non
- 32) Si oui une méthode naturelle basée sur la connaissance de la fécondité : quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ? , plusieurs réponses possibles
- Abstinence périodique (ciblée sur les jours d'ovulation/à risque de grossesse)
 - Méthode du retrait
 - Méthodes basées sur les symptômes d'ovulation (température corporelle, glaire cervicale)
 - Autre
- 33) Si oui une contraception médicale : Quelle(s) contraception(s) utilisez-vous actuellement? (si vous utilisez plusieurs méthodes contraceptives en même temps vous pouvez cocher plusieurs réponses)
- Pilule oestroprogestative,
 - Pilule progestative
 - DIU hormonal (Mirena – Jaydess - Kyleena)
 - DIU au cuivre
 - Implant (Nexplanon)
 - Anneau vaginal (Nuvaring)
 - Patch oestroprogestatif (Evra)
 - Contraceptifs locaux non hormonaux (diaphragme, cape cervicale, spermicides, éponges vaginales)
 - Préservatif masculin
 - Préservatif féminin
 - Contraception féminine définitive (ligature des trompes, Essures)
 - Contraception masculine définitive (vasectomie)
- 34) Si pas de contraception : Avez-vous déjà eu recours à une contraception médicale dans votre vie ?
- Oui
 - Non
- 35) Si oui : depuis combien de temps n'avez-vous pas de contraception médicale ?
- Moins de 6 mois
 - Entre 6 mois et 1 an
 - Entre 1 an et 2 ans
 - Entre 2 ans et 5 ans
 - Entre 5 ans et 10 ans
 - Plus de 10 ans
- 36) Depuis combien de temps utilisez vous votre méthode contraceptive actuelle?
- Moins de 6 mois
 - Entre 6 mois et 1 an
 - Entre 1 an et 2 ans
 - Entre 2 ans et 5 ans

- Entre 5 ans et 10 ans
 - Plus de 10 ans
- 37) Avez-vous changé de contraception / de méthode contraceptive depuis votre internat?
- Oui
 - Non
- 38) Si oui : combien de fois avez-vous changé de méthode contraceptive depuis le début de votre internat?
- 39) Quelles sont les raisons ayant motivé ce/ces changements ? Plusieurs réponses sont possibles
- Oublis répétés
 - Effets secondaires gênants (acné, prise de poids, perte de poids, troubles de l'humeur.)
 - Inquiétude sur les risques liés à la contraception en question (risque veineux, artériel.)
 - Inquiétude sur des effets potentiels à long terme (cancers, infertilité.)
 - Refus d'une contraception hormonale
 - Raison médicale personnelle (contre-indication) , dont le tabac
 - Impact sur la libido
 - Période d'abstinence / d'absence de partenaire sexuel
 - Désir de grossesse
 - Contraception non adaptée aux horaires de travail
 - Evolution de votre orientation sexuelle ne justifiant plus d'une contraception
 - Autre
- 40) Avez-vous déjà eu recours à une pilule contraceptive orale comme méthode contraceptive au cours de l'internat ? (Oestroprogestative ou progestative)
- Oui
 - Non
- 41) Avez-vous déjà été confrontée à la problématique d'oubli de prise de pilule durant cette période?
- Oui
 - Non
- 42) A combien d'oubli en moyenne vous quantifieriez vous sur cette période ?
- Oublis très exceptionnels (moins d'un oubli tous les six mois)
 - Moins d'un oubli par mois
 - D'un à trois oublis par mois
 - Environ un oubli par semaine
 - Plus d'un oubli par semaine
- 43) Comment expliquez-vous ces oublis ? (Si plusieurs réponses valides, cochez plusieurs propositions)
- Contrainte d'une prise quotidienne d'un traitement
 - Mode de vie inadapté (gardes de nuit, astreintes)
 - Si pilule discontinue : contrainte de devoir reprendre après les jours d'arrêts
 - Difficulté de la prise orale du comprimé
 - Oubli de prendre la plaquette avec soi les jours où vous n'êtes pas chez vous
 - Autre
- 44) Savez-vous bien agir en cas d'oubli de pilule ?
- Oui
 - Non

- 45) Zone d'expression libre : A propos des oublis de pilule et de l'internat ?
- 46) Avez-vous déjà eu recours à une contraception d'urgence? (Norlevo - Ellaone)
- Oui
 - Non
- 47) Si oui: Combien de fois? / avant – pendant l'internat
- 48) Avez-vous déjà eu recours à une IVG (médicamenteuse ou chirurgicale) ?
- Oui
 - Non
- 49) Si oui : Combien de fois? / avant – pendant l'internat

Cinquième partie : Connaissances et représentations - contraception

- 50) Avez-vous déjà eu recours à une contraception oestroprogestative (pilule, patch ou anneau vaginal)?
- Oui
 - Non
- 51) La crise de 2013 sur les pilules de 3ème et 4ème génération vous a-t-elle fait revoir votre mode de contraception ces dernières années ?
- Oui
 - Non
- 52) Si oui: cochez la case correspondant à votre situation
- Vous avez définitivement arrêté ce mode de contraception (contraception oestroprogestative) pour une autre méthode non hormonale
 - Vous avez définitivement arrêté ce mode de contraception (contraception oestroprogestative) pour une autre méthode hormonale (microprogestatifs, implant, DIU hormonal)
 - Vous êtes passés d'une contraception oestroprogestative de 3ème/4ème génération à une de 2ème génération
 - Vous avez arrêté temporairement puis repris la même contraception
 - Vous avez arrêté et ne prenez plus de méthode de contraception médicale
 - Autre
- 53) Avez-vous déjà eu recours à une contraception par DIU (cuivre ou hormonal)?
- Oui
 - Non
- 54) Si non: pour quelle(s) raison(s) ? – plusieurs réponses possibles
- Vous n'avez aucune contraception médicale et ne souhaitez pas en avoir
 - Vous avez un autre mode de contraception qui vous convient
 - Malgré vos connaissances sur le sujet vous n'êtes pas à l'aise d'avoir un corps étranger dans l'utérus
 - Vous avez un désir de grossesse pour les années à venir ne justifiant pas une contraception de longue durée d'action
 - Vous êtes inquiète des effets secondaires
 - Vous êtes inquiète des effets à long terme (fertilité entre autres)
 - Ce mode de contraception ne vous a jamais été proposé
 - Vous pensez que cette méthode est contre indiquée si l'on est nullipare

- Vous avez peur d'avoir mal à la pose
- Votre médecin a refusé de vous le poser / prescrire
- Cette méthode contraceptive n'est médicalement pas indiquée/est contre indiquée pour vous
- Vous n'avez jamais consulté un professionnel de santé pour votre contraception
- Autre

55) Avez-vous déjà utilisé l'implant contraceptif?

56) Si non : Comment l'expliquez-vous (sachant que c'est une des méthode contraceptive les plus efficaces et moins contraignantes)?

- Vous n'avez aucune contraception médicale et ne souhaitez pas en avoir
- Vous avez un autre mode de contraception qui vous convient
- Malgré vos connaissances sur le sujet vous n'êtes pas à l'aise d'avoir un corps étranger dans le bras
- Vous avez un désir de grossesse pour les années à venir ne justifiant pas une contraception de plusieurs années
- Vous êtes inquiète des effets secondaires
- Vous êtes inquiète des effets à long terme (fertilité entre autres)
- Ce mode de contraception ne vous a jamais été proposé
- Vous avez peur d'avoir mal à la pose
- Cette méthode contraceptive n'est médicalement pas indiquée/est contre indiquée pour vous
- Vous n'avez jamais consulté un professionnel de santé pour votre contraception
- Autre

57) Zone d'expression libre : à propos de ces différents mode de contraception :

Sixième partie : Connaissances et représentations - fertilité

58) Pensez-vous que repousser l'âge d'une première grossesse puisse compliquer l'obtention de celle-ci le moment voulu ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

59) Pensez-vous qu'avoir une contraception médicale puisse retarder l'obtention d'une grossesse à l'arrêt de celle-ci ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

60) Selon vous à quel âge la fertilité naturelle de la femme décroît notablement ?

- Avant 25 ans
- Entre 25 et 30 ans
- Entre 30 et 35 ans
- Entre 35 et 40 ans
- Entre 40 et 45 ans
- Entre 45 et 50 ans
- A plus de 50 ans

61) Selon vous quelle est la probabilité selon vous d'obtenir une grossesse au cours d'un cycle menstruel chez une femme de 35 ans ?

- Moins de 10%
- Entre 10 et 20%
- Entre 20 et 30%
- Entre 30 et 40%
- Entre 40 et 50%
- Plus de 50%

62) Pensez-vous que la fécondation in vitro permet de palier une baisse de la réserve ovarienne même considérable ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

Septième partie : Suivi gynécologique et prescription

63) Par qui est généralement prescrite votre contraception ?

- Vous même
- Ami/proche médecin
- Votre gynécologue
- Votre médecin traitant
- Un professionnel de santé (hors gynécologue ou médecin généraliste)
- Autre

64) A quand remonte votre dernier frottis?

- Moins de 3 ans
- Plus de 3 ans
- Vous n'avez jamais eu de frottis

65) A quand remonte votre dernière consultation gynécologique (chez un gynécologue ou autre professionnel de santé)?

- Un an ou moins
- Entre un an et deux ans
- Plus de deux ans
- Vous n'avez jamais consulté de gynécologue

66) Comment jugez-vous la régularité de votre suivi gynécologique ?

- Vous avez un suivi régulier environ une fois par an
- Vous avez un suivi à peu près régulier une fois tous les 2 ans
- Vous avez un suivi moyennement régulier une fois tous les 3 ans
- Vous avez un suivi irrégulier
- Vous n'avez pas de suivi

67) Comment expliquez-vous ce suivi espacé/irrégulier (ou cette absence de suivi)? vous pouvez cocher plusieurs propositions

- Par manque de temps
- Par une absence de gynécologue ou professionnel de santé disponible près de chez vous
- Vous n'avez pas fait la démarche de trouver un nouveau gynécologue dans votre ville d'internat
- Par appréhension de l'examen gynécologique
- Vous ne trouvez pas réellement utile de voir un gynécologue tous les ans

- Autre

68) Zone d'expression libre : Si vous avez d'autres choses à partager concernant la prescription contraceptive et le suivi gynécologique :

BIBLIOGRAPHIE :

1. Journal de médecine et de chirurgie pratique - 1875 - vol 46 - art 9997.pdf.
2. « Feuilleton ». Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, n° 38, 20 septembre 1872, p. 616
3. Pigéard-Micault N. "Nature féminine" et doctresses (1868-1930). *Nature Women and Lady doctor*. Histoire, médecine et santé. Juin 2013.
4. Christen-Lécuyer C. Les premières étudiantes de l'Université de Paris. *Trav Genre Sociétés*. 2000;N° 4(2):35.
5. Atlas de la démographie médicale en France - situation au 1^{er} janvier 2018 [Internet]. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr>
6. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Rev Française Aff Soc*. 2005;(1):17-33.
7. Portrait des professionnels de santé - Panorama de la DRESS - Édition 2016 [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr>
8. ISNCCA - Facultés de Médecine [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.isncca.org/FaculteMedecine.php>
9. Latour E. Le plafond de verre universitaire : pour en finir avec l'illusion méritocratique et l'autocensure. *Mouvements*. 2008;55-56(3):53.
10. Rosso C, Leger A, Steichen O. Plafond de verre pour les femmes dans les carrières hospitalo-universitaires en France. *Rev Médecine Interne*. févr 2019;40(2):82-7.
11. DRESS synthèse effectifs médicaux 2015 [Internet]. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
12. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins [Internet]. yumpu.com. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr>
13. Bilan démographique 2019. INSEE Première n°1789 Janvier 2020
14. Broekmans FJ, Knauff EAH, te Velde ER, Macklon NS, Fauser BC. Female reproductive ageing: current knowledge and future trends. *Trends Endocrinol Metab*. mars 2007;18(2):58-65.
15. Pruvost G. Nathalie Lapeyre, les professions face aux enjeux de la féminisation. *Sociologie du travail*. Juin 2008. Vol. 50 - n° 2
16. Mossuz J. La régulation des naissances : les aspects politiques du débat. *Rev Fr Sci Polit*. 1966;16(5):913-39.
17. Dreyfus R. Histoire de la contraception. *Contraception*. 2011. Elsevier Masson.

18. Serfaty D. Le marché de la contraception en France et son évolution depuis 2011 : la France serait-elle atteinte d'homonophobie ? *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. juill 2018;46(7-8):561-2.
19. Jost S, Le Tohic A, Chis C, This P, Grosdemouge I, Panel P. Contraception des femmes françaises de 15 à 45ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. juin 2014;42(6):415-21.
20. Vaglum, Wiers-Jenssen, Ekeberg. Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample. *Med Educ*. avr 1999;33(4):236-42.
21. Rivière É, Quinton A, Roux X, Boyer A, Delas H, Bernard C, et al. Analyse du choix des 7658 étudiants en médecine après les épreuves classantes nationales 2012. *Presse Médicale*. déc 2013;42(12):e417-24.
22. Hardy-Dubernet A-C. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? *Rev Fr Aff Soc*. 2005;1(1):35.
23. Le monde des médecins au XXe siècle - Bénédicte Vergez [Internet]. [cité 16 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/le-monde-des-medecins-au-xxe-siecle-9782870276426.html>
24. Zolesio E. *Chirurgiens au féminin ? : Des femmes dans un métier d'hommes*. Presses universitaires de Rennes; 2019. 298 p.
25. Hardy-Dubernet A-C, Arliaud M, Horellou-Lafarge C, Roy FL, Blanc M-A. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins. :200.
26. Van Der Horst K, Siegrist M, Orlow P, Giger M. Residents' reasons for specialty choice: influence of gender, time, patient and career: Residents' reasons for specialty choice. *Med Educ*. juin 2010;44(6):595-602.
27. Choucair J, Nembr E, Sleillaty G, Abboud M. Choix de la spécialité en médecine :Quels facteurs influencent la décision des étudiants ? *Pédagogie Médicale*. août 2007;8(3):145-55.
28. Deriaz S, Bridel L. Profession médecin : choix et perspectives selon le genre. *Rev Médicale Suisse*. 2010;5.
29. Milkol F. L'influence des charges de famille sur les revenus d'activité, selon le genre : le cas des médecins libéraux français. *Les dossiers de la DRESS*. Mars 2017. N°14 [Internet]. [Cité 16 mai 2020]. Disponible sur : http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62934/1/dossiers_14.pdf
30. Enquête de l'ISNIH, inter syndicat national des internes des hôpitaux. *Internes en médecine : Gardes, Astreintes et Temps de travail*. Septembre 2012
31. Rolland F, Bentegeac R. Choisir une discipline médicale d'exercice : facteurs de choix et représentations des étudiants en médecine en France. *Pédagogie Médicale*. août 2019;20(3):111-9.
32. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 févr 26, 2015. Disponible sur: <https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030295642>
33. Enquête - Temps de travail des internes [Internet]. ISNI. 2020 [cité 16 mai 2020]. Disponible sur: <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/>

34. Liv G. Panorama de la société 2019 : les indicateurs sociaux de l'OCDE. 2019;59.
35. Martinerie L, Le Heuzey M-F, Delorme R, Carel J-C, Bargiacchi A. Évaluation et prise en charge d'une dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent. Arch Pédiatrie. juin 2016;23(6):668-73.
36. Couples et familles. INSEE Références. Édition 2015 - Fiches - Couples. Pages 88 à 99.
37. Bouchet-Valat M. Plus diplômées, moins célibataires. L'inversion de l'hypergamie féminine au fil des cohortes en France. Population. 2015;70(4):705.
38. Couples et familles. INSEE Références. Édition 2015 - Fiches - Couples. pages 78 à 85.
39. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? Dossier de presse. INPES. Octobre 2011
40. Kolata G. The Sad Legacy of the Dalkon Shield. The New York Times [Internet]. 6 déc 1987 [cité 12 mai 2020]; Disponible sur: <https://www.nytimes.com/1987/12/06/magazine/the-sad-legacy-of-the-dalkon-shield.html>
41. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. déc 2018;46(12):777-85.
42. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre santé 2016, contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Études et enquêtes. Santé publique France.
43. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N. Les inegalites sociales d'accès à la contraception en France. :25.
44. Évolution de l'utilisation en France des contraceptifs oraux combinés (COC) et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014. Note d'information de l'ANSM.
45. Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, Bajos N. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence from France. Perspect Sex Reprod Health. déc 2006;38(4):190-6.
46. Efficacité des méthodes contraceptives. Note d'information de la HAS. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
47. Jamin P de vue de C, Madelenat P, Rayr R par C. DIU au cuivre : pourquoi choisir une contraception non-hormonale ? Gynécologie Obstétrique Fertil. janv 2010;38(1):H2-5.
48. O'Neil-Callahan M, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura G. Twenty-Four-Month Continuation of Reversible Contraception: Obstet Gynecol. nov 2013;122(5):1083-91.
49. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in contraceptive use worldwide, 2015.
50. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol. août 2010;203(2):115.e1-115.e7.
51. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces possibles. Document de synthèse de l'HAS. Mars 2013. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>

52. Glasier A, Scorer J, Bigrigg A. Attitudes of women in Scotland to contraception : a qualitative study to explore the acceptability of long-acting methods. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 1 oct 2008;34(4):213-7.
53. Fernandez-Sala S, Rousseau-Durand R, Morange P-E, Chiaroni J, Courbiere B. Impact des représentations du sang menstruel sur le choix contraceptif des femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. sept 2019;47(9):662-71.
54. Simon C, Agier MS, Béné J, Muller C, Vrignaud L, Marret H, et al. Profil des effets indésirables de l'implant d'étonogestrel (Nexplanon ® , Implanon ®) déclarés en France. *Rev Sage-Femme*. juin 2017;16(3):205-13.
55. Vidal F, Paret L, Linet T, Tanguy le Gac Y, Guerby P. Contraception intra-utérine. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. déc 2018;46(12):806-22.
56. Maples JM, Espey E, Evans ML, Breeze JL, Ogburn T, Zite NB. Obstetrics–gynecology resident long-acting reversible contraception training: the role of resident and program characteristics. *Am J Obstet Gynecol*. avr 2020;222(4):S923.e1-S923.e8.
57. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse de l'HAS. Avril 2013. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
58. Guyard L. Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. *Nouv Quest Féministes*. 2010;29(3):44.
59. Vincent D. Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'auto médication ? Thèse présentée et soutenue publiquement le 19 novembre 2015.
60. Ridet O. Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ? Enquête menée auprès des internes en médecine générale de la faculté de Poitiers. Thèse présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2013.
61. Grillo F, Cadot E, Parizot I, Chauvin P. Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 56S. 2008 S356-S375.
62. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. Synthèse de la recommandation en santé publique de la HAS. Juillet 2019. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
63. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations — juillet 2010. *J Afr Cancer Afr J Cancer* [Internet]. 22 janv 2011 [cité 24 mai 2020]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s12558-010-0142-9>
64. Johnson J-A, Tough S. Report de la grossesse. *J Obstet Gynaecol Can*. déc 2016;38(12):S1-17.
65. Emma M. Bye, MSIV; Brody W. Brisk, MSIII; Suzanne D. Reuter, MD; Keith A. Hansen, MD; and Mary D. Nettleman, MD. Pregnancy and parenthood during medical school. *South Dakota medicine , the journal of the south Dakota state medical association*. Decembre 2017. Volume 70. Number 12.

66. Rangel EL, Castillo-Angeles M, Changala M, Haider AH, Doherty GM, Smink DS. Perspectives of pregnancy and motherhood among general surgery residents: A qualitative analysis. *Am J Surg.* oct 2018;216(4):754-9.
67. Gabbe S. Duty hours and pregnancy outcome among residents in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* nov 2003;102(5):948-51.
68. Willett LL, Wellons MF, Hartig JR, Roenigk L, Panda M, Dearinger AT, et al. Do Women Residents Delay Childbearing Due to Perceived Career Threats?: *Acad Med.* avr 2010;85(4):640-6.
69. Finch SJ. Pregnancy during Residency: A Literature Review. *Acad Med.* avr 2003;78(4):418-28.
70. Ménage A, Pougnet L, Dewitte J-D, Loddé B, Pougnet R. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine ? Étude qualitative en France. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* déc 2019;47(12):846-53.
71. La grossesse pour l'interne [Internet]. ISNI. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://isni.fr/tout-sur-le-statut-de-linterne/la-grossesse-pour-linterne/>
72. Code de la santé publique - Article R6153-20. Disponible sur: <https://beta.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000022911416/2010-10-11>
73. Eskenazi L, Weston J. The pregnant plastic surgical resident: results of a survey of women plastic surgeons and plastic surgery residency directors. *Plast Reconstr Surg.* févr 1995;95(2):330-5.
74. Mundschenk M-B, Krauss EM, Poppler LH, Hasak JM, Klingensmith ME, Mackinnon SE, et al. Resident perceptions on pregnancy during training: 2008 to 2015. *Am J Surg.* oct 2016;212(4):649-59.
75. Cooke A, Mills TA, Lavender T. Advanced maternal age: Delayed childbearing is rarely a conscious choice. *Int J Nurs Stud.* janv 2012;49(1):30-9.
76. Vialle M, Perrin J, Amar-Hoffet A, Boyer P, Courbiere B. Femmes infertiles de plus de 40ans : loin du mythe de la femme « carriériste » et du « droit à l'enfant ». *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2016;44(4):225-31.
77. Fabregue A, Moheng B, Laynet A, Agostini A, Boubli L, Courbiere B. Projet parental des internes de médecine générale d'Aix-Marseille université : connaissances théoriques en reproduction et attitude vis-à-vis de la parentalité. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* mars 2017;46(3):261-6.
78. Davie E. Un premier enfant à 28 ans. Enquetes et études démographiques, Insee. INSEE Première. N°1419. Octobre 2012.
79. Liu K, Case A, Cheung AP, Sierra S, AlAsiri S, Carranza-Mamane B, et al. Advanced Reproductive Age and Fertility. *J Obstet Gynaecol Can.* nov 2011;33(11):1165-75.
80. Female age-related fertility decline. *Fertil Steril.* mars 2014;101(3):633-4.
81. Knowledge of ovarian reserve and reproductive choices | SpringerLink [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10815-014-0415-9>

ABSTRACT

Objective(s): The main objective of this work was to establish the contraceptive profile of female residents and to assess the impact of time working on their choice and contraceptive difficulties.

Patients: 2323 french resident women all specialties, all years and all exercises confused.

Methods: We conducted a descriptive, transverse, prospective and national study from May 1 to October 30, 2019 with one self-anonymous questionnaire on web targeted at resident women. We formed two study groups from declared working time: T + and T-.

Results: Of the 17 120 residents woman in activity, the response rate was 15.42%. Contraceptive's pill was the 1st contraceptive method. The contraceptive profile of resident women was similar to the general French population. T+ resident's group had more frequent contraceptive difficulties who had no impact on their contraceptive choices. Despite the contraceptive difficulties, resident's T+ group used effective corrective methods allowing to prevent unplanned pregnancies. Residents in the T + group reported more irregular gynecological follow-up. There was no difference to access maternity according to working time.

Conclusion: We noticed utility of better gynecological monitoring to optimize contraceptive choices during medical studies.

KEYWORDS

Residency – Contraception – Pregnancy – Workload – LARC – Gynecological monitoring

CONTRACEPTION ET DESIR DE GROSSESSE CHEZ LES INTERNES

Étude menée chez 2323 internes à l'échelle nationale

CONTRACEPTION AND DESIRE FOR PREGNANCY AMONG WOMEN RESIDENT

French study of 2323 residents

RÉSUMÉ

Introduction : Le report de la grossesse est une réalité en France depuis les années 1970. Les femmes internes sont concernées par l'impact d'un rythme de vie professionnel exigeant. L'importance pour ces femmes de pouvoir gérer leurs calendriers reproductifs est un questionnement essentiel. L'objectif principal de ce travail était d'établir le profil contraceptif des internes féminines et d'évaluer l'impact du temps de travail sur leur choix et difficultés contraceptives.

Matériel et méthodes : Etude transversale, descriptive, prospective et nationale menée du 1^{er} mai au 30 octobre 2019 sous forme d'auto-questionnaire ciblé aux femmes internes, toutes spécialités, tout semestre et tout lieu d'exercice confondus. Deux groupes d'étude ont été constitués à partir du temps travail déclaré : T+ et T-.

Résultats : Sur les 17 120 internes femmes en activité, le taux de réponse était de 15,42%. L'analyse des deux groupes mettait en avant un modèle contraceptif uniforme avec une utilisation de la pilule en 1^{ère} méthode contraceptive malgré le constat de plus de difficultés contraceptives dans le groupe T+. Les internes du groupe T+ faisaient état d'un suivi gynécologique plus irrégulier. Il n'y avait pas de différence d'accès à la maternité selon le temps de travail.

Discussion : Le profil contraceptif des femmes internes était similaire à la population générale. Malgré les difficultés contraceptives les internes du groupe T+ usaient de méthodes correctrices efficaces ne les mettant pas plus en difficulté avec la survenue de grossesses non désirées.

Conclusion : Un meilleur suivi gynécologique pour optimiser les choix de contraception apparaît essentiel.

MOTS CLÉS

Internat – Contraception - Grossesse – Charge de travail – LARC – Suivi gynécologique

CONTRACEPTION ET DESIR DE GROSSESSE CHEZ LES INTERNES

Étude menée chez 2323 internes à l'échelle nationale

Introduction : Le report de la grossesse est une réalité en France depuis les années 1970. Les femmes internes sont concernées par l'impact d'un rythme de vie professionnel exigeant. L'importance pour ces femmes de pouvoir gérer leurs calendriers reproductifs est un questionnement essentiel. L'objectif principal de ce travail était d'établir le profil contraceptif des internes féminines et d'évaluer l'impact du temps de travail sur leur choix et difficultés contraceptives.

Matériel et méthodes : Etude transversale, descriptive, prospective et nationale menée du 1^{er} mai au 30 octobre 2019 sous forme d'auto-questionnaire ciblé aux femmes internes, toutes spécialités, tout semestre et tout lieu d'exercice confondus. Deux groupes d'étude ont été constitués à partir du temps travail déclaré : T+ et T-.

Résultats : Sur les 17 120 internes femmes en activité, le taux de réponse était de 15,42%. L'analyse des deux groupes mettait en avant un modèle contraceptif uniforme avec une utilisation de la pilule en 1^{ère} méthode contraceptive malgré le constat de plus de difficultés contraceptives dans le groupe T+. Les internes du groupe T+ faisaient état d'un suivi gynécologique plus irrégulier. Il n'y avait pas de différence d'accès à la maternité selon le temps de travail.

Discussion : Le profil contraceptif des femmes internes était similaire à la population générale. Malgré les difficultés contraceptives les internes du groupe T+ usaient de méthodes correctrices efficaces ne les mettant pas plus en difficulté avec la survenue de grossesses non désirées.

Conclusion : Un meilleur suivi gynécologique pour optimiser les choix de contraception apparaît essentiel

MOTS CLÉS : Internat – Contraception - Grossesse – Charge de travail – LARC – Suivi gynécologique

CONTRACEPTION AND DESIRE FOR PREGNANCY AMONG WOMEN RESIDENT

French study of 2323 residents

Objective(s): The main objective of this work was to establish the contraceptive profile of female residents and to assess the impact of time working on their choice and contraceptive difficulties.

Patients: 2323 french resident women all specialties, all years and all exercises confused.

Methods: We conducted a descriptive, transverse, prospective and national study from May 1 to October 30, 2019 with one self-anonymous questionnaire on web targeted at resident women. We formed two study groups from declared working time: T + and T-.

Results: Of the 17 120 residents woman in activity, the response rate was 15.42%. Contraceptive's pill was the 1st contraceptive method. The contraceptive profile of resident women was similar to the general French population. T+ resident's group had more frequent contraceptive difficulties who had no impact on their contraceptive choices. Despite the contraceptive difficulties, resident's T+ group used effective corrective methods allowing to prevent unplanned pregnancies. Residents in the T + group reported more irregular gynecological follow-up. There was no difference to access maternity according to working time.

Conclusion: We noticed utility of better gynecological monitoring to optimize contraceptive choices during medical studies.

KEYWORDS : Residency – Contraception – Pregnancy – Workload – LARC – Gynecological monitoring