



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Comment les internes de médecine générale de Lille concilient
parentalité et études médicales ?**

Présentée et soutenue publiquement le 8 avril 2015 à 18 heures
Au Pôle Formation
Par Marion Levecq

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Bruno CARNAILLE

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Philippe HANNEQUART

Madame le Docteur Thérèse DUMINIL

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Jacques LEDUC

Travail de l'Institut Catholique de Lille.

Avertissement

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

Liste des abréviations :

AIMGL : association des internes de médecine générale de Lille.

ARS : agence régionale de santé

CAF : caisse allocations familiales

CHRU/ CHU : centre hospitalier régional universitaire

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

Congé mat' : congé maternité

DCEM : deuxième cycle des études de médecine

DES : diplôme d'études spécialisées

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

DIRAM : direction des ressources humaines

DMG : département de médecine générale

ECN : épreuves classantes nationales

FMM : faculté de médecine et de maïeutique

HAS : haute autorité de santé

IMG : interne de médecine générale

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale.

MAP : menace d'accouchement prématuré

Med Gé/ MG : médecin généraliste

OMS : organisation mondiale de la santé.

PCEM : premier cycle des études de médecine

Promo : promotion

S : semestre

SAP : stage auprès du praticien

SASPAS : stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé

Sécu : sécurité sociale

TCEM : troisième cycle des études de médecine

Table des matières

Résumé	1
Introduction.....	3
Contexte	4
I. Démographie médicale	4
A. Féminisation de la profession.....	4
B. Age à l'installation.....	4
II. Législation encadrant la parentalité en France.....	5
A. Congé maternité et paternité.....	5
B. Protection.....	6
C. Maternité et exercice libéral.....	6
III. L'internat.....	6
A. L'internat de médecine générale.....	6
B. Internat et maternité.....	8
IV. L'allaitement : un enjeu qui dépasse les seuls bénéfices sur la santé.....	9
A. Abord psycho-social.....	9
B. Recommandations scientifiques.....	10
V. Objectifs.....	10
MATERIELS ET METHODE	11
I. Choix de la méthode.....	11
II. Méthode.....	11
III. Choix de la population.....	11
IV. Constitution de l'échantillon.....	12
V. Méthode de recueil des données.....	12
A. Le focus group.....	12
B. Les entretiens individuels semi dirigés.....	13
VI. Analyse des données.....	14
VII. Validité scientifique.....	15
Résultats.....	16

I. Présentation de la population.	16
II. Présentation des résultats.	17
A. Le projet de parentalité.	17
B. La grossesse.	25
C. Vie familiale.	37
D. Vie professionnelle.	53
E. Relationnel.	63
F. Législation.	68
G. Propositions d'amélioration.	79
Discussion	82
I. Limites de l'étude.	82
II. Forces de l'étude.	82
A. Choix de la méthode qualitative.	82
B. Choix des participants.	83
C. Validité scientifique.	83
D. Originalité et intérêt de la question.	83
III. Analyse des résultats.	83
Conclusion.....	89
Références bibliographiques	90
Annexes :.....	94

Résumé

CONTEXTE : Les internes de médecine générale sont majoritairement des femmes, en âge de fonder une famille. L'objectif de ce travail était d'analyser les motivations du choix de la parentalité, durant les études, son vécu et le retentissement sur la vie professionnelle et personnelle.

METHODE : Etude qualitative de 10 entretiens semi-dirigés et d'1 focus-group d'internes et de conjoints d'internes de médecine générale devenus parents au cours de leur cursus. La variance maximale était recherchée dans l'échantillon.

RESULTATS : L'accès aux informations concernant les droits, devoirs et organisation de l'interne enceinte était décrit comme difficile. Les interlocuteurs étaient multiples, mal identifiés et parfois mal informés. La fonction de l'interne en surnombre dans les services était aléatoire et non réglementée. Mais la création de ce statut est une avancée. L'internat était décrit comme la période la plus favorable pour un premier enfant, à condition que le projet de parentalité soit réfléchi. Les conséquences sur la formation étaient nombreuses : déclassement, retard dans les études, amplification des problèmes liées aux gardes. Devenir parent exigeait une organisation presque militaire. Des difficultés supplémentaires liées aux spécificités du statut d'interne pouvaient apparaître. Ces difficultés sont amplifiées lorsque les deux parents appartiennent au corps médical. Les aidants occupent une place clé dans l'organisation familiale. Pour toutes les internes interrogées, la maternité apporte un enrichissement à la fois personnel et professionnel qui prévalait sur toutes les difficultés rencontrées.

CONCLUSION : La mise en place d'un livret d'information et d'une personne ressource dans les facultés pourrait réduire les difficultés des internes. La création

d'aménagements lors de la reprise du travail pourrait faciliter l'allaitement, et permettre aux jeunes mères de passer plus de temps avec le nourrisson.

Introduction

Nous assistons à une mutation de l'exercice de la médecine. Nous passons en effet de l'éthos professionnel de disponibilité permanente à une recherche d'équilibre entre qualité de vie personnelle et professionnelle. Ces changements ne sont pas uniquement liés à la féminisation de la profession.(1)(2) Mais il s'agit bien d'un idéal recherché par les deux sexes.(1)(3) Les jeunes générations de médecins réinventent la façon d'exercer leur art, notamment dans la gestion du temps, pour laisser une place suffisante à la vie personnelle.(4)

D'une manière générale c'est toute la dynamique familiale qui est en remaniement. Le rôle joué par chaque membre du couple n'est plus défini comme il l'était auparavant.(1) Certains pères aspirent à prendre une plus grande place dans l'éducation des enfants.(5) Quant aux femmes, elles sont maintenant à plus de 80% dans le monde du travail,(6) contribuent à subvenir aux besoins de la famille, et ainsi gagnent en autonomie. Les relations interhumaines changent elles aussi. Ceci contribue à modifier la façon d'envisager la construction de la famille. L'arrivée des enfants est souvent temporisée.(7)

Avant d'être médecin, le parcours est long. La durée du DES de médecine générale est de 3 ans. En moyenne les nouveaux inscrits à l'ordre ont 34.2 ans.(2) Les derniers chiffres de l'INSEE parlent d'un âge moyen des femmes à la première naissance de 28 ans.(8) On comprend aisément que certains internes décident de fonder une famille pendant le TCEM.

Plusieurs thèses et études ont exploré la conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle chez les médecins.(9)(3) Il nous a semblé intéressant d'interroger les internes sur les motivations du choix de la parentalité pendant les études, son vécu et le retentissement sur la vie professionnelle et personnelle.

Contexte

I. Démographie médicale

A. Féminisation de la profession.

En 2013 58% des médecins nouvellement inscrits au CNOM étaient des femmes, contre 38% en 2008.(2)

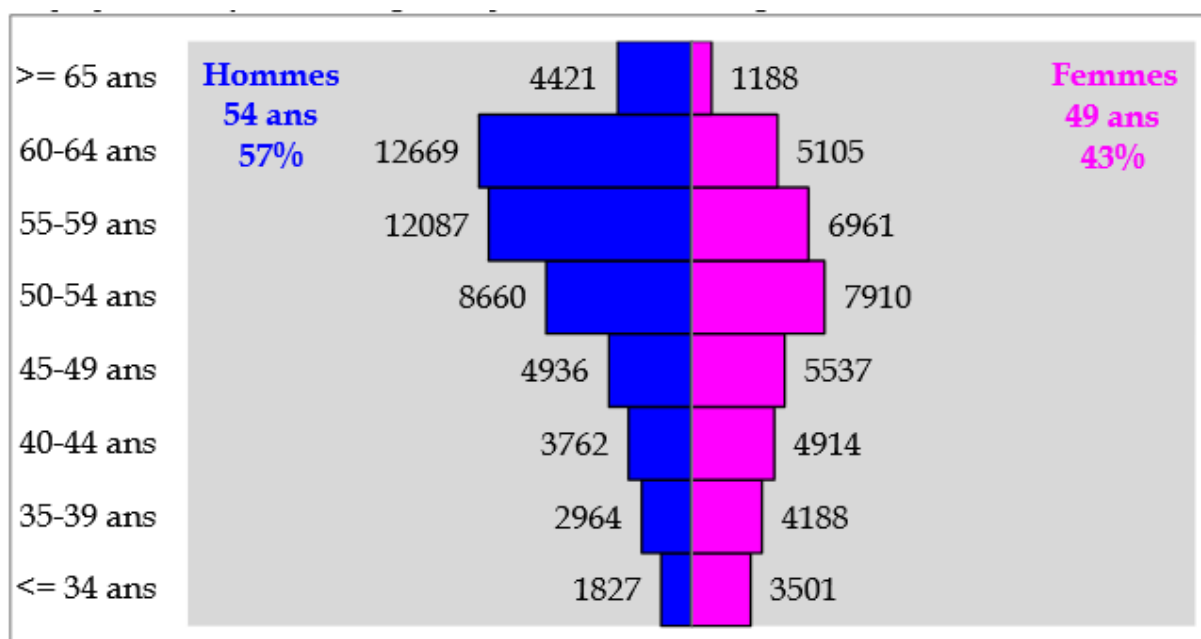


Figure 1 : pyramide des âges des spécialités en médecine générale. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014.

B. Age à l'installation.

La durée des études de médecine est de 9 ans à partir du PCEM 1 pour le DES de médecine générale. L'âge moyen des nouveaux inscrits en 2013 était de 34.2 ans.(2)

II. Législation encadrant la parentalité en France.

A. Congé maternité et paternité.

En France le congé maternité se décompose tel que présenté dans le tableau ci contre : (10)

Situation familiale	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
Vous attendez un enfant et vous (ou votre ménage) avez moins de deux enfants à charge ou nés viables	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins deux enfants à votre charge effective et permanente (ou à celle de votre ménage) ou vous avez déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Vous attendez des triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines
Durée du congé maternité			

Tableau 1 : durée du congé maternité. Ameli.fr

Il est possible de moduler ces dates : reporter 3 semaines maximum du congé prénatal sur le congé post natal, avancer le début du congé prénatal. Il est également possible de raccourcir le congé maternité, qui doit au minimum durer 5 semaines.

Un congé pathologique de 2 semaines maximum est également prévu pour les futures mamans présentant des complications médicales résultant de la grossesse.

Les pères peuvent bénéficier d'un congé paternité ou d'accueil de l'enfant d'une durée maximale de 11 jours ouvrés consécutifs, à prendre dans les 4 mois suivants la naissance .(10)

B. Protection.

Le code du travail protège les femmes enceintes en garantissant un maintien de poste et de niveau de rémunération à la reprise du travail. La rémunération est garantie pendant la durée du congé maternité.(11)

C. Maternité et exercice libéral.

Pour les femmes médecins libérales affiliées au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) il est possible de percevoir une allocation forfaitaire de repos maternel et une indemnité journalière forfaitaire.

L'allocation de repos maternel d'un montant de 3129€ versée en 2 fois permet de compenser partiellement la diminution des ressources.

L'indemnité journalière n'est versée qu'en cas de cessation d'activité pendant le congé maternité (arrêt d'une durée minimale de 8 semaines, dont 2 prénatales). Son montant est de 51.43€ par jour. (12)(13)

III. L'internat.

A. L'internat de médecine générale.

1) Déroulement de l'internat de médecine générale.

Depuis 2004 la médecine générale est une spécialité, à ce titre le résidanat est remplacé par un internat de 3 ans découpés en 6 semestres.(14)

La maquette comprend 2 semestres obligatoires dans des lieux de stages hospitaliers de médecine générale et de médecine d'urgence, 1 semestre en pédiatrie gynécologie, 1 semestre libre, 1 semestre auprès du praticien,(15) 1 semestre professionnalisant effectué la dernière année soit auprès d'un praticien soit en hospitalier.(16)

2) Temps de travail des internes.

L'interne est un praticien en formation. La totalité de son temps est consacrée à sa formation et à ses activités médicales.

Les obligations de service comportent 9 demi-journées de stage ne devant pas excéder 48 heures par période de 7 jours, et 2 demi-journées de formation. (17)(18) Suite à la mise en demeure par la commission européenne, cette répartition du temps de travail des internes a été modifiée par le décret du 26 février 2015. Ce décret, applicable au premier mai 2015 prévoit 8 demi-journées de stage par semaine en moyenne, 1 demi-journée de formation sous la responsabilité du coordonnateur de la spécialité, et 1 demi-journée de formation autonome. Seule cette dernière n'est pas comptabilisée comme du temps de travail effectif. (19)

L'interne participe également à la permanence des soins. Ainsi, une ligne de garde se compose de 5 internes minimum qui réalisent une garde de nuit par semaine et un dimanche ou jour férié par mois maximum. Les internes bénéficient d'un repos de sécurité de 11 heures minimum à la suite d'une garde de nuit.(20)(14)(18)

3) Conditions de validation de stage.

Pour valider un stage, l'interne doit effectuer 4 mois de stages effectifs minimum. Les congés annuels, les congés exceptionnels et de formation universitaire sont considérés comme du temps de travail effectif. Les absences sont répertoriées dans les [articles R. 6153-13 à R. 6153-18](#), [R. 6153-25](#), [R. 6153-26](#) ou [R. 6153-40](#) du code de santé publique .

En cas de non validation d'un stage l'interne doit en effectuer un supplémentaire.(18) L'interne perd alors son classement et choisira ses stages en fonction du nombre de semestres réellement validés.(21)

4) Répartitions de stage.

Le choix s'effectue par ancienneté (en nombre entier de semestres validés) et par rang de classement aux ECN à ancienneté égale. (15)

B. Internat et maternité.

1) Congé maternité et paternité.

Le code de santé publique prévoit que les internes bénéficient d'un congé de maternité, d'adoption ou de paternité tel qu'ils sont définis par la législation de la sécurité sociale. De plus, les internes peuvent demander un congé de présence parentale ou un congé parental d'éducation à temps plein. Ceux-ci sont non rémunérés.(22)

2) Gardes et astreintes.

A partir du début du troisième mois de grossesse les internes sont dispensées de gardes. (20)

3) Stage en surnombre.

Les internes enceintes ont la possibilité de demander un stage en surnombre depuis le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.(23)(24) C'est à dire qu'elles occupent un poste supplémentaire au nombre prévu par la commission d'évaluation des besoins.

Ceci garantit au service un effectif suffisant tout au long du semestre même en cas d'absence de l'interne en surnombre. L'interne pourrait bénéficier d'aménagements de stage pour garantir un bon déroulement de la grossesse sans que l'organisation du service n'en pâtisse.(25)(26)

Il existe 2 types de surnombres :

- **Surnombre validant** : si l'interne pense pouvoir effectuer 4 mois de stage au moins elle peut demander un surnombre validant. Elle choisit alors son stage en fonction de son rang de classement. Les conditions de validation du stage sont soumises aux mêmes dispositions que les stages normaux.
- **Surnombre non validant** : l'interne choisit le stage indépendamment de son rang de classement. Ce stage ne pourra pas être validé, quelque soit sa durée.

Ces stages sont réalisables en ambulatoire. (27)

La demande de surnombre est à effectuer auprès de l'ARS du Nord-Pas-de-Calais avant la commission d'évaluation des besoins. Annexe 4

IV. L'allaitement : un enjeu qui dépasse les seuls bénéfices sur la santé.

A. Abord psycho-social.

L'histoire de l'allaitement est compliquée et riche en rebondissements. D'abord norme collective indispensable à la survie des nourrissons, la société industrialisée de l'après guerre a vu disparaître et se marginaliser cette pratique ancestrale.(28) Le retour à cette « norme sociale et médicale » est difficile en France et déchaîne les passions (29)(28)

Les professionnels de santé ne sont pas toujours correctement formés et les parents perdus. Perdus entre les croyances personnelles et familiales, les diktats sociaux et les recommandations scientifiques.(29)

De nombreuses associations de promotion de l'allaitement ont vu le jour depuis les années 1970. La plus connue et la plus active est la Leche League. Si on lui reproche souvent d'être fondée sur des valeurs religieuses, parfois d'avoir des positions extrêmes, c'est que la question de l'allaitement n'est pas encore résolue. Les bénéfices médicaux sont bien connus et mis en avant.(30)(31)(32) Mais le choix d'une mère, ou devrions-nous dire d'un couple, d'allaiter ou non ne repose pas

uniquement sur des considérations objectives. La qualité de la relation mère-enfant a une place majeure dans la mise en route et la poursuite de l'allaitement.

B. Recommandations scientifiques.

L'OMS, l'American Pediatric Association ou l'HAS préconisent un « allaitement exclusif jusqu'à six mois, puis avec une alimentation diversifiée jusqu'à deux ans ou plus ». (30)(29) En effet il « favorise la croissance physique et affective de l'enfant , privilégie le lien mère-enfant, renforce l'immunité de l'enfant et réduit les coûts en lait artificiel et en soins . » (30). Ces recommandations sont reprises dans le programme national nutrition santé 2011-2015. (33)

V. Objectifs.

Les problématiques de la parentalité au cours des études de médecine sont souvent abordées par les syndicats d'internes. En 2011 les discussions avec le gouvernement ont abouti à la mise en place des stages en surnombre. Plus récemment l'ISNAR-IMG proposait au Ministère des Affaires Sociales la suppression des « inter-promotions » en reclassant les internes enceintes dans leur promotion d'origine. Elles seraient en dernier semestre classées dans la promotion suivante. (34)

Il persiste encore des zones d'ombre. Il est difficile de savoir si les internes peuvent demander à bénéficier des mêmes aménagements que les autres travailleuses : les heures de grossesse puis d'allaitement, un lieu pour l'allaitement, la possibilité de se rendre aux examens médicaux sur le temps de travail. De même il n'est pas indiqué quel est le statut d'une interne en surnombre. À la reprise du travail le problème est le même. Pour valider un semestre en surnombre doit-elle prendre part au planning de gardes ?

Dans ce contexte nous avons souhaité interroger les internes afin de comprendre les raisons du choix de la parentalité au cours du DES. Nous voulions connaître leur vécu, les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer.

MATERIELS ET METHODE

I. Choix de la méthode.

La méthode qualitative est la plus adaptée pour répondre à notre objectif.

En effet la recherche qualitative permet de comprendre des phénomènes sociaux.(35) Elle vise à analyser et expliquer les comportements et d'en comprendre les déterminants.(36) La démarche est interprétative. Elle garantit l'émergence de nouvelles idées.(37)

II. Méthode.

La construction de l'étude est un processus continu. L'hypothèse de travail se précise au fur et à mesure de la recherche. C'est un processus dynamique fait d'allers et retours entre la question de recherche, le recueil et l'analyse des données. (35)(36)

III. Choix de la population.

Nous avons discuté avec le comité thèse de la FMM de la population à cibler. Initialement nous envisagions d'interroger des internes de toutes les spécialités. Mais les problématiques des autres spécialités que la médecine générale sont telles (internat plus long, nécessité de trouver un poste de post-internat, plus de stage au CHRU) qu'une seule thèse ne serait pas suffisante pour aborder tous les sujets. Nous avons également décidé de n'interroger que des internes lillois dans la mesure où chaque région dispose d'accords tacites et de droits des internes encadrés différents.

Dans un premier temps nous avons interrogé uniquement des internes femmes de médecine générale des deux facultés de médecine de Lille, ayant eu des enfants pendant l'internat. Au fil des entretiens il nous est apparu intéressant d'interroger des conjoints d'internes et des internes hommes.

IV. Constitution de l'échantillon.

La variance maximale était recherchée. Il ne s'agissait pas d'obtenir un échantillon représentatif de la population. Au contraire nous voulions avoir une diversité d'opinions maximale. L'échantillon était donc construit de manière raisonnée. (37)

Etaient inclus des internes hommes ou femmes, des médecins thésés, des conjoints d'internes de médecine générale. Tous devaient avoir eu au moins un enfant au cours du DES de médecine générale effectué à Lille, ou être enceinte au moment de l'entretien.

Au total 18 personnes ont été interrogées.

V. Méthode de recueil des données.

Nous avons réalisé 1 focus group et 10 entretiens individuels semi dirigés.

L'anonymat était garanti. Avant chaque séance les principes de la méthode étaient rappelés. Les participants donnaient leur accord pour l'enregistrement et la retranscription des entretiens. Nous leur précisions qu'ils disposaient d'un droit de modifications des données. Nous leur rappelions que les réponses ne sont ni bonnes ni mauvaises.

Un double enregistrement était effectué par Iphone 4® et tablette Samsung Galaxy note® pour pallier à tout problème.

Après retranscription les enregistrements audio étaient supprimés.

A. Le focus group.

C'est une méthode de recueil de données interactive qui permet l'émergence d'idées inattendues et supplémentaires par la dynamique de groupe. (31) Les échanges sont stimulés puisque chacun cherche à exprimer et à défendre son point de vue. (38) Grâce au collectif les idées ont plus de poids qu'en entretien individuel.

Le focus group regroupait 8 participants. Il s'est tenu dans la salle du conseil de la FMM le 18 septembre 2014. La discussion avait été interrompue après 1 heures 45 de débat. Toutes les questions avaient été abordées.

Le modérateur était le Docteur Philippe Wartel, responsable du département de médecine générale de la FMM. Son rôle était de mener la discussion. Il disposait d'une grille de 9 questions ouvertes que nous avons testées au préalable par un entretien individuel. Il s'assurait que chaque participant s'exprime en distribuant la parole si nécessaire. Il veillait à ce que le temps imparti soit respecté, et toutes les questions abordées. La discussion était laissée libre mais il la recentrait sur le thème abordé si nécessaire. Il pouvait être amené à faire développer une idée par un participant, en reformulant ou répétant. Mais il devait rester neutre et ne jamais suggérer de réponses.(37)

Nous étions deux observatrices : Madame le Docteur Thérèse Duminil, et l'auteure. Notre rôle était d'observer le comportement non verbal des participants, mais nous ne pouvions pas intervenir dans la discussion. Si nous souhaitions éclaircir un sujet abordé nous pouvions en informer le modérateur par écrit. Nous gérons également l'enregistrement audio de la séance. (39)(36)

En début de séance le principe du focus-group était rappelé aux participants. Ils étaient informés de l'enregistrement, du respect de l'anonymat. Il leur était demandé de prendre la parole une personne à la fois en énonçant leur prénom au préalable. Leur accord avait été obtenu lors du recrutement.

B. Les entretiens individuels semi dirigés.

10 entretiens ont été réalisés entre mars et décembre 2014. Les entretiens se sont déroulés dans différents lieux selon les disponibilités des participants. 4 se sont déroulés à la FMM, 1 sur le lieu de stage de la participante, 4 au domicile des internes interrogés, et 1 chez l'investigatrice principale.

La durée d'un entretien était variable, entre 25 minutes et 1 heure 20 minutes. L'un des entretiens a été interrompu. Nous avons repris la discussion environ 1 heure plus

tard, mais les questions abordées en première partie n'ont pas été développées une seconde fois pour garder la spontanéité des réponses.

Le canevas d'entretien a été validé par le comité thèse de la FMM avant la tenue du premier entretien. A la suite de cet entretien exploratoire la retranscription a été lue lors d'une réunion thèse afin de valider la méthode d'entretien.

Les entretiens étaient retranscrits puis codés au fur et à mesure de leur tenue afin de pouvoir enrichir la grille de questions à partir des idées développées par les participants.

La discussion était laissée assez libre, la grille de questions servait à relancer et recentrer l'entretien. Des questions pouvaient s'ajouter au fil de la conversation.

VI. Analyse des données.

La retranscription intégrale mot à mot des entretiens était réalisée à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

En moyenne dix minutes d'entretiens étaient retranscrites en une heure. Chaque participant était repéré par un numéro précédé de la lettre I. pour les entretiens individuels, et des lettres FG pour le focus-group. Afin de créer une relation de confiance, les entretiens débutaient de manière informelle par une discussion, souvent axée sur l'expérience personnelle de jeune maman de l'investigatrice. Puisque ces quelques minutes « brise glace » n'abordaient aucun des thèmes présents dans le questionnaire afin de ne pas influencer les réponses, nous avons fait le choix de ne pas les retranscrire.

Les silences étaient représentés par [...], les hésitations par ... , le non verbal entre parenthèses (gestes, postures, rires, acquiescement).

Après plusieurs lectures les entretiens étaient codés. Le logiciel NVIVO® version 10 était utilisé. Le codage a été réalisé selon la méthode de la « table longue ». (38) Les propos des participants (verbatim) sont découpés par idées (codes) puis classés en sous thèmes (occurrence). Les occurrences sont ensuite regroupées en thèmes (dimension).(38)(3)(39). Nous avons dégagé 226 codes, et 7 thèmes.

VII. Validité scientifique.

Avant de commencer le recueil des données une déclaration a été effectuée auprès de la CNIL. L'autorisation du comité de protection des personnes n'était pas nécessaire.

La méthode a été à de nombreuses reprises auditée lors des réunions thèse.

Les critères de validité scientifique de la recherche qualitative ont été respectés :
(29)(36)(39)

- Triangulation des méthodes par la réalisation d'un focus group et d'entretiens individuels.
- Triangulation des chercheurs : pour éviter trop de subjectivité, les entretiens étaient codés par trois chercheurs différents avant de confronter les livrets de nœuds.
- Saturation des données. La saturation des données est atteinte lorsqu'aucune nouvelle idée ne ressort d'un entretien. Dans notre étude elle était obtenue après 8 entretiens et 1 focus group. Elle a été confirmée par la réalisation de 2 entretiens supplémentaires.
- Rétroaction : les retranscriptions étaient envoyées aux participants afin d'obtenir leur accord avant l'analyse des données.
- Confrontation aux données de la littérature.

Résultats

I. Présentation de la population.

	sexe	Profession Lors de l'entretien	Age des enfants lors de l'entretien	Profession conjoint	âge	Semestre de naissance des enfants	Projet	Stages non validés
FG.1	M	SOS Médecins dunkerque	3 ans et demi, 9 mois	secrétaire	28	S1 et après installation		
FG.2	M	MG libéral Lille	6, 4, 2 et 1 ans	Sage femme	30	DCEM 3, DCEM 4, S3 et 2jours après installation		
FG.3	M	IMG S6	3 ans et demi, 9 mois	Sage femme	28	DCEM 4, S5	libéral	
FG.4	M	commercial	11mois	IMG	29			
FG.5	M	IMG S6	16 mois	Interne rhumatologie	35	S4	libéral	
FG.6	M	IMG S6	1 semaine	Interne pneumologie	27	S6	libéral	
FG.7	M	IMG S6	6 mois	IDE	28	S5	libéral	
FG.8	M	Chef de projet informatique	2 ans	IMG	37			
I.1	F	IMG S4	6 mois	commercial	28	S3	DESC urgences	Oui
I.2	F	IMG S3	14 mois	célibataire	26	S1	libéral	oui
I.3	F	IMG S4	18 mois	urgentiste	28	S5	libéral	Oui
I.4	F	IMG S5	20 mois	Interne de chirurgie	27	S3	DESC urgences	Oui
I.5	F	MG remplaçante	2 ans, enceinte	MG libéral	29	S4	Libéral en association avec son mari.	non
I.6	F	IMG S4 en disponibilité	6 mois et demi	Chef de clinique en chirurgie	28	S4	DESC nutrition	Dispo 1 an, 2 stages non validés
I.7	F	IMG S5	3 et 1 ans	Chef de clinique en chirurgie	29	Année de disponibilité et S4	DESC allergologie	Oui + dispo ECN 2009
I.8	M	IMG S4	1 mois et demi	Sans emploi	29	S4	reprise internat de chirurgie à l'étranger ?	non
I.9	F	IMG S6	Enceinte de 8mois	urgentiste	28		Abandon DESC urgences	non
I.10	F	IMG S4	6 mois	IMG S5	28	Année de dispo	libéral	Dispo 1 an

Tableau 2 : présentation des participants

II. Présentation des résultats.

A. Le projet de parentalité.

1) Construction du projet de parentalité.

Beaucoup rappelaient que le désir d'enfant était venu logiquement dans la vie du couple, à un âge où il apparaissait normal de fonder une famille :

« Alors que c'est juste l'évolution de la vie de couple, de famille, à un âge où ça arrive à beaucoup d'entre nous » « enfin c'est normal d'avoir des enfants, c'est pas une faute. » I.3

Mais parfois la spontanéité du désir d'enfant était mise de côté au profit d'un réel calcul de la date d'accouchement pour ne pas perdre de semestre ou pouvoir remplacer :

« Du coup faut tout calculer. Fin c'est vraiment un projet qui doit être calculé au mois près voire à la semaine près, et bah ya plus tellement de naturel dedans quoi. » I.1

Les internes qui n'avaient pas programmé de date idéale de la première grossesse précisaient retarder le projet du second enfant pour terminer leur DES:

« Quand on s'est dit avec mon mari on veut un deuxième enfant, ça fait plusieurs mois qu'on en parle. J'ai dit attends j'ai encore 1 an à valider euh je veux pas refaire 6 mois encore de plus. Euh donc du coup on a décalé tout doucement notre projet. » I.3

Certains regrettaient d'avoir attendu la période qu'ils pensaient, peut être à tort, idéale pour fonder leur famille :

« Donc euh a posteriori, euh, je me dis on aurait dû commencer à avoir des enfants avant.euh... » « Donc là voilà on s'est dit bon voilà on veut un enfant ; on le fait et puis on modulera nos, notre carrière en fonction de nos enfants et pas l'inverse. »
FG.6

D'autres, en revanche, avaient vraiment suivi leur désir d'enfants sans prendre en compte les potentiels retentissements professionnels :

« c'est que quand même dans le choix de se lancer justement il n'y a pas de bons moments, euh il y a un brin de folie, il y a un brin de se dire bah tant pis on y va on verra ce que ça donne. » FG.5

Plusieurs internes avaient la sensation de faire partie d'une minorité. Ainsi ils n'avaient pas d'exemple d'anciens internes ayant réussi à concilier le DES et la construction de la famille :

« je trouve qu'on y va un petit peu à tâtons parce qu'on n'a pas énormément d'exemple finalement autour de soi. » FG.7

2) Médecine générale et parentalité.

Certaines internes avouaient avoir modifié leur choix de spécialité en fonction du désir ou de l'arrivée d'un enfant. Ils tenaient toutefois à insister sur la notion de choix :

« Moi mon choix de spécialité. Enfin le choix de faire médecine générale je l'ai quand même aussi fait parce que, bah la médecine générale j'adorais ça. Mais aussi euh pour ma famille quoi. » I.7

Selon eux la médecine générale semblait être une spécialité propice à la vie de famille :

« Le choix a été fait en fin le choix de la spécialité ne s'est pas posé longtemps puisque je voulais effectivement profiter de ma famille » FG.2

En effet ils expliquaient que cet internat laissait plus de temps libre :

« j'avais l'impression que notre internat de médecine générale finalement nous met relativement peu de contraintes comparé à beaucoup de nos confrères. » FG.7

De plus, la médecine générale offrait différentes possibilités d'exercice, et permettait une certaine adaptation du temps de travail. Cette liberté facilitait l'organisation de la vie familiale :

« La médecine générale a cette chance peut-être entre guillemets de laisser fixer ses horaires par la suite bon là on bloque tel jour et telle heure pour dire bon bah là à partir de six heures je vais chercher mon enfant et j'essaie de garder. Bon juste je ne sais pas encore si c'est possible » FG.3

Mais ils étaient conscients qu'il s'agissait peut être d'une vision idéalisée, qui ne correspond pas au mode de pratique de tous les médecins :

« Bon après je n'avais pas percuté qu'en ville on finissait si tard, sinon j'aurais peut être pris dermato quoi. » I.7

Ni à ce que vivaient les médecins interrogés déjà installés, qui en pratique ont du mal à respecter les horaires qu'ils souhaitent. Peut être parce qu'il leur semblait difficile de dire « non » aux patients :

« Euh niveau organisationnel c'est très compliqué, la médecine tu sais quand tu commences jamais quand tu finis, voilà, le problème est là » FG.1

Les difficultés supplémentaires rencontrées par les autres spécialités pouvaient être un obstacle à la parentalité :

« Ma femme a les mêmes problèmes, elle a les mêmes problèmes. C'est pas tout à fait pareil pour ma femme parce que elle, elle est dans son stage de spécialité, c'est sa spécialité, c'est ses chefs, ses futurs confrères, et visiblement la marge de manœuvre est moindre. » FG.5

Les internes nous faisaient part des réticences des chefs de spécialités à l'encontre des chefs de clinique souhaitant fonder une famille. Cette situation avait été mal vécue par des médecins qu'ils avaient côtoyés au cours de leur externat :

«Tous les exemples que j'ai de femmes chefs de clinique de CHU c'est que des exemples de (...) » « j'en ai vu aucune qui était enceinte, même entendu dire que celles qui étaient en gynéco s'étaient fait poser un implant avant de signer le poste de chef de clinique (indignation des participants). » FG.5

Un interne disait même que sa compagne était allée à l'encontre des « règles » en décidant de devenir mère :

«ouais, je trouve que ma compagne elle est vraiment, elle baigne dans ce milieu là, cet espèce de truc là, alors elle a vraiment clairement fait le choix, conscient volontaire de pas suivre ce truc là. (FG.8 acquiesce) » «Et en disant très nettement à son chef de service qu'elle aurait des enfants et que c'est ce qu'elle voulait. Mais c'est contre le système. » FG.5

3) Pourquoi une grossesse pendant le DES ?

L'internat était une bonne période pour fonder une famille selon tous les internes interrogés. En effet il permet de bénéficier des avantages du salariat :

- ***Une plus grande facilité pour poser les arrêts maladies :***

« des femmes j'en arrête plein pour leurs grossesses, et elles ont pas de scrupules. Pourquoi toi tu en aurais si t'es pas bien. Et justement, je pense que j'en aurais pas eu si j'étais à l'hôpital » I.5

- ***La possibilité de bénéficier de journées enfants malades :***

« Les congés enfant malade on les avait pas jusqu'à peu. On a droit à 10 jours je crois, c'est extrêmement difficile à poser. » I.7

- ***Et du congé paternité :***

« Je trouve que c'est plutôt un avantage qu'elle soit née pendant l'internat que si j'étais en libéral. D'une part parce que là je peux poser des congés paternité» FG.6

Il existe cependant une certaine précarité à la fois financière, sociale et professionnelle dans le statut d'interne :

« Euh après je trouve que bah en terme de salaire c'est pas évident. mais ça reste au final voilà euh la crèche, nous on a en plus une nounou qui va la chercher de temps en temps, euh voilà » « ...nous on n'arrive pas vraiment, on met pas d'argent de côté pour le moment. » I.4

En effet les changements de stage tous les six mois, qui peuvent être répartis sur tout le Nord-Pas-de-Calais et les horaires variables compliquaient l'organisation familiale. L'organisation du mode de garde était particulièrement concernée par ces difficultés. Il était, de plus, difficile de se projeter à moyen terme :

« Mais en même temps c'est toujours le fait de pas trop savoir où on est après. » I.6

« Et je me mets en route pour ce merveilleux stage qui est à Boulogne (exclamation), c'est-à-dire à 85 km de chez moi, donc je conduis » I.1

Les réquisitions posaient également de gros problèmes organisationnels :

« Moi c'est pareil, les réquisitions les trucs comme ça, moi je peux pas, ça me fait vraiment flipper quoi. Y'a pas de raisons que tu sois hors réquisitions, mais alors qu'ils te disent réquisition avec nounou à l'appui quoi ! » I.7

Ces difficultés s'accumulaient lorsque les 2 parents étaient internes :

« Donc je me disais je vais commencer à Lille au CHU, puis après à Zuydcoote. Je fais quoi, je vis là bas pendant la semaine et je laisse mon fils euh toute la semaine à Lille ? Et c'est pas possible parce que C. sera à Boulogne, ou moi je me fais des allers et retours tous les jours et je meurs sur la route. Ou alors je, enfin. » I.6

De plus, le début d'internat était une période de transition professionnelle qui pouvait générer beaucoup d'angoisse quand s'y ajoutait la découverte de la maternité.

« C'était trop de découvertes sans le fait de pouvoir avoir quelqu'un qui puisse nous épauler. » I.2

Les internes évoquaient ensuite les obstacles à la construction de la famille qu'ils risqueraient de rencontrer au cours de l'assistantat ou après l'installation libérale :

- ***Assistantat partagé :***

« j'en aurai un à mi temps entre je sais pas quelle ville et Lille, effectivement je pense que niveau organisation c'est un peu plus compliqué. » I.6

- ***Pas de remplacement des assistantes en congé maternité :***

« Mais c'est quand même mieux que le clinicat. Parce que le clinicat , là pour le coup les nanas font vraiment un vrai pied de nez au service. Parce que tu peux pas le remplacer.» I.7

- ***Nécessité de souscrire une prévoyance :***

« Tu as un statut où tu te dis « j'ai travaillé, on travaille quand même, et si l'internat est fini, tu as ton bébé à ce moment là c'est un peu le fouillis, mais tu as pas le droit à grand-chose donc tu as une perte de salaire forcément. » I.3

- ***Crainte de perdre sa patientèle :***

« Mais euh mais au final c'est pour ça que je voulais pas être installée et de la faire maintenant, euh parce que bon même là les patients je vais pas les perdre » I.5

- ***Culpabilité de laisser ses patients à un remplaçant :***

« pour rester transmettre à mes collègues quoi. Donc euh. Fin non, c'est quand même difficile quand tu es engagée avec des personnes. De tout laisser comme ça en plan. Donc finalement oui, l'internat c'est plus facile. » I.5

En définitive, la plupart des internes interrogés étaient satisfaits du choix de la parentalité pendant le DES :

« Bah il y a de l'organisation, mais ça s'entend bien, j'ai trouvé que ça s'entendait bien avec l'internat. J'ai pas trouvé de, j'ai pas trouvé un frein » FG.3

Et encourageaient leurs consœurs à suivre le même chemin :

« Parce que c'est vrai que ça fait peur mais c'est quand même confortable. Faudrait diffuser le message aux 70% de filles de médecine que effectivement ça fait peur mais ce n'est pas (...) » I.6

B. La grossesse.

1) Vivre une grossesse en étant interne.

Annonce de la grossesse

Certaines internes déplorait que les démarches administratives de demande de surnombre contraignent à déclarer la grossesse très précocement, parfois avant d'avoir eu confirmation échographique, et avant l'annonce à l'entourage :

« alors qu'au final on sait même pas si la grossesse elle sera encore en cours, fin, ça fait pas toujours plaisir quoi parce que finalement ya 300 personnes qui sont au courant avant notre famille euh 300 personnes qui savent qu'on est enceinte alors qu'on avait pas forcément envie de le dire à ce moment là. » I.1

Elles se plaignaient par ailleurs du manque de discrétion des responsables présents aux répartitions de stage :

« et du coup voilà, enfin arrivée à la répartition et entendre au micro « voilà C. elle est enceinte, elle prend un stage en surnombre » » I.1

Il était primordial de prévenir les responsables de stage de la grossesse et du surnombre :

« par contre je pense que la moindre des corrections c'est d'appeler dans les services avant pour prévenir. Donc quand j'étais en surnombre j'avais prévenu que j'arrivais en surnombre, mais que j'avais un horaire de crèche aussi impératif. » I.7

Même si l'annonce de la grossesse n'avait pas toujours été bien perçue :

« ça plait pas à tout le monde » I.1

Prévenir assez vite de la grossesse avait permis aux services d'anticiper les difficultés qui pourraient se présenter au cours du semestre :

« Et c'est pour ça que j'avais prévenu assez vite euh que j'étais, parce que je savais que le chef de service d'urgences, pouvait. Enfin ils peuvent l'été faire appel à des internes extérieurs pour remplir les gardes. » I.6

Déroulement de la grossesse

Il y avait une certaine disparité dans le déroulement médical de la grossesse :

« Bah pas terrible » I.1

« Non je pense pas parce que j'ai eu une grossesse un peu idyllique j'ai pas eu de soucis en fin de grossesse » I.2

Les problèmes de santé rencontrés lors des grossesses étaient:

- ***Menaces d'accouchement prématuré :***

« Le nombre de MAP que tu vois, ou d'internes qui sont en menace d'accouchement prématuré » I.4

- ***Fatigue :***

« J'étais complètement épuisée, » I.3

- ***Hypotension :***

« vous avez une tension basse, il va falloir songer à vous arrêter » I.3

- ***Malaises vagues :***

« en fait ça a commencé quand je faisais des malaises vagues » I.6

- **Signes sympathiques de grossesse du premier trimestre :**

« Puisque je vomissais comme pas possible » I.4

- **Douleurs :**

« j'avais fort mal au ventre » I.5

- **Contractions :**

« je suis en arrêt parce que j'ai des contractions » I.5

- **Stress :**

« de voir beaucoup de fausses couches, d'annonces d'arrêt de grossesse » « Enfin C.arrêtait pas de dire que j'allais faire un bébé stressé parce que, effectivement j'étais super précautionneuse. » I.6

La conséquence principale était l'arrêt maladie à un terme jugé précoce par les internes:

« Et par contre avant j'étais en arrêt début du 6eme mois, donc super tôt. » I.6

Certaines jugeaient que le stage pouvait être responsable des complications médicales :

« J'avais un gros stage parce que j'étais en réanimation du coup avec de très gros horaires je faisais du coup 8h à 7h et demi du soir, du coup bah au bout de 2 mois j'ai dû me mettre en arrêt, fin au bout de 4 mois de grossesse, parce que j'arrivais plus à tenir et fin j'ai failli faire une menace d'accouchement prématuré (...)» I.1

Alors que pour d'autres le stage n'avait pas eu plus d'impact que n'importe quelle autre profession aurait eu :

« oui je suis allée jusqu'au bout, je pense que ça n'aurait pas changé si j'avais travaillé ailleurs. » I.5

Plusieurs internes trouvaient le stage chez le praticien plus propice au bon déroulement de la grossesse et à l'organisation à la reprise :

« Bon après en SASPAS tu as quand même des disponibilités. Si j'avais un rendez vous à caler bah je le faisais sur les jours où je travaillais pas. » I.5

Alors que le stage de médecine d'urgence était considéré comme l'un des plus difficiles pendant la grossesse :

« Physiquement je pense qu'il faut faire attention à ce qu'on fait et à où est ce qu'on est typiquement je pense qu'un stage aux urgences ce n'est pas compatible avec, en tout cas, une fin de grossesse quoi. Un début bon euh... » I.5

Certaines pensaient que le choix des stages devait être stratégique pour éviter les complications :

« Après je pense qu'il faut, mine de rien c'est quand même stratégique, il faut se dire, même si évidemment on choisit pas toujours une grossesse, on choisit pas quand elle arrive, tout ça, il faut essayer de te dire après bon dans quelles conditions je me place pour m'assurer une en tout cas une fin de grossesse à partir de 6-7 mois je trouve que ça commence à, c'est là qu'il faut faire attention je trouve. » I.4

Situations difficiles en stage pendant la grossesse

Certaines contraintes liées à la profession étaient plus difficilement supportées lors de la grossesse :

- ***Les gardes :***

« Comme j'ai vu que mes 2 premières gardes j'étais complètement épuisée, j'ai dit je suis désolée je peux plus faire mes gardes parce que j'arriverais pas à les faire » I.3

- ***La station debout prolongée :***

« Faire le tour, debout il te faut un fauteuil quand même » I.7

- ***L'important volume horaire :***

« hum, les 3 premiers mois et demi j'étais en stage de gardes donc c'était un peu plus, un peu plus...hard parce que je faisais des grosses grosses semaines donc j'étais bien fatiguée » I.9

- ***Les trajets pour se rendre en stage :***

« 1 heure de route aller, 1 heure de route retour .Et c'est pour ça qu'à la partie pédiatrie enfin plus avancée dans la grossesse ça a plus été possible parce que je contractais. » « Bah je me dis que la route ça a pas dû aider quand même. » I.6

- ***Les déjeuners tardifs :***

« mais euh, il y en avait un deuxième où on allait toujours manger vers 14 heures »
« à partir de 13 heures je commençais à, j'allais chercher du pain dans la réserve parce que je tenais plus debout » I.3

Heureusement des aménagements sur le lieu de travail étaient parfois possibles :

« je tournais avec un fauteuil. » I.5

Certaines internes se retrouvaient dans des situations à risque :

« ça a eu des conséquences sur le fait que j'étais moins attentive et que peut être que ça a entraîné un sur risque, peut être que je me suis exposée à un risque » I.2

- ***Risques infectieux :***

« en mal inf à Tourcoing elle s'est retrouvée à être cloisonnée entre guillemets dans une partie du service où ils faisaient que le VIH ou je sais pas quoi pour éviter d'être avec les gripes ou éviter d'être avec toutes les maladies infectieuses qu'elle aurait pu choper, en étant enceinte. » FG.5

- **Risques d'accidents de voiture :**

« le deuxième gros souci que j'ai eu c'était que je m'endormais au volant, et donc aller en stage c'était compliqué, parce que j'étais fatiguée, et donc voilà j'ai eu un accident, j'ai foiré ma nouvelle voiture » I.2

Les internes signalaient également que certains gestes techniques étaient rendus difficiles par les modifications physiques de la grossesse. Elles évoquaient notamment la gestion des urgences et certains gestes de l'examen clinique :

« c'est sûr que faire des premiers soins d'urgences t'es quand même encombrée, au bout d'un moment t'es quand même encombrée » I.7

Plusieurs participantes reconnaissent ne pas être au maximum de leurs capacités en stage :

« le lundi j'étais encore malade et mon chef m'a dit « bah il faut que tu rentres là, t'es toute pâle, faut que tu t'allonges si ça va pas » I.3

Certaines internes décrivaient un retentissement psychologique négatif :

- **Identifications aux problèmes des patients :**

« C'était urgences gynécologique donc je passais mon temps à voir des fausses couches à chaque garde, et en fait, non c'était horrible parce que c'était le début de grossesse » I.6

- **Impression de passer à côté de sa grossesse :**

« euh moi ce qui m'a un petit peu gênée, même quand j'étais pas forcément très fatiguée, j'avais l'impression en rentrant tard de pas profiter de ma grossesse. »
« J'avais l'impression de plus avoir le temps de me poser, de penser à rien. » I.9

2) Quel impact sur les services peut avoir la présence d'une interne enceinte ?

Les services hospitaliers pouvaient aussi être impactés par une grossesse lorsque l'interne n'était pas en surnombre. En effet les effectifs dans le service et du pool de garde étaient réduits. Et en cas d'arrêt de travail inopiné les internes de l'hôpital devaient se répartir les gardes initialement attribuées à l'interne enceinte. Certaines internes en éprouvaient de la culpabilité.

« et puis on en avait pas mal de gardes et demi gardes donc je trouvais ça pas très sympa pour les co-internes » « j'ai refile mes gardes parce que ça c'était vraiment dur. » I.2

Les réactions des équipes d'internes étaient variables :

« ils n'ont pas pris ça avec le sourire » I.1

« donc je pense qu'elle était un peu compréhensive à ce niveau là. » I.6

Beaucoup des internes interrogées avaient essayé de faire le maximum pour ne pas pénaliser le service, et ne pas abuser de la « carte bébé » :

«en me disant j'abuse pas trop je pense» I.3

Certains conjoints trouvaient que leur femme en faisait trop, et les incitaient à ralentir le rythme de travail :

« il y a plein de fois mon mari m'a dit il faut que je ralentisse, faut que tu lèves le pied » I.3

3) La reprise du travail

Les internes interrogées avaient par la suite évoqué les difficultés qu'elles avaient pu rencontrer à la reprise du travail :

Toutes s'accordaient sur la difficulté de laisser son enfant aussi jeune, motivant certaines à prendre une disponibilité :

« C'est vrai que c'est difficile en temps que maman d'un tout petit bébé de rentrer et qu'il soit juste endormi. » I.1

La séparation était d'autant plus mal vécue que la jeune maman partait pour une garde de 24 heures :

« Bah c'était particulier parce que j'étais vraiment aux urgences, donc ce qui était vraiment dur c'était de me séparer d'elle quoi. C'était les séparations vraiment, je partais 24 heures quoi » I.4

Selon quelques unes la fatigue réduisait les capacités intellectuelles, ce qu'une interne appelait le « syndrome du neurone unique » :

« Le syndrome du neurone unique. Non mais sérieusement moi ça me l'a vraiment fait, sans faire une liste tu oublies, je pense que vraiment t'es pas à 100% de tes capacités » I.7

Cette fatigue rendait également la gestion des gardes parfois très compliquée :

« 3 gardes par semaines je veux dire, sans redormir derrière » « c'est du non stop. » I.4

Elles avaient peur d'avoir perdu leurs compétences suite aux quelques mois d'inactivité :

« Et c'est stressant quand tu reprends parce que tu as l'impression d'avoir perdu. » I.7

Certaines avaient été contraintes d'arrêter prématurément l'allaitement maternel, faute de temps et de moyens techniques pour allaiter ou tirer le lait. Le stress et la fatigue liés aux gardes étaient des obstacles supplémentaires à la poursuite de l'allaitement :

« à partir de 4 mois, 5 mois disons quand j'étais aux urgences, je tirais du lait, j'ai réussi à le faire pendant 1 mois après j'en avais plus » I.4

«bah moi j'ai dû arrêter l'allaitement par exemple parce que c'était juste pas possible, de faire les 2, fin j'ai essayé vraiment les 15 premiers jours d'allaiter le soir, parce que le matin bah de toute façon je partais trop tôt , j'arrivais pas à concilier les 2 » I.1

Une interne regrettait l'absence de prise en compte du statut de jeune maman, même en stage en surnombre. Pourtant la reprise du travail impliquait aussi des contraintes et des difficultés :

« c'est voilà on reprend nos stages, on n'est pas enceinte mais de toute façon quand on l'était on n'avait droit à rien, donc voilà reprise des gardes après 15 jours» I.1

L'arrivée différée dans un nouveau service par rapport aux autres internes avait posé des soucis d'intégration :

« Et c'était exactement ça, le premier jour où je suis arrivée on m'a dit « bon bah t'as cette partie avec ces lits là, » ok, tu lances les chimiothérapies» » I.2

Mais pour plusieurs d'entre elles la reprise du travail avait été appréciable. En effet leur métier occupait une place importante, presque primordiale dans leur équilibre. D'ailleurs l'isolement ressenti pendant le congé maternité n'était pas toujours bien vécu :

« Non franchement c'était, j'étais contente, ça faisait changer d'air. » I.5

« mais ma vie professionnelle c'est aussi quelque chose important » I.2

« mais c'était terrible d'être uniquement à la maison » I.7

Certaines internes éprouvaient des difficultés à jongler entre tous les rôles qu'elles devaient jouer : femme, maman, et médecin :

« je pense pas que le fait d'être interne à ce moment m'ait privée de quoique ce soit. Mais après c'était difficile. C'était. Je sais pas si ça aurait pu être plus simple dans un autre boulot ou dans un autre temps. Mais là je trouve que euh...mener comme ça une double ou triple ou quadruple vie, d'être euh, interne, maman, femme au foyer, amante euh je trouve que voilà, on pourrait avoir 48 heures ou 72 heures d'une journée on aurait toujours pas le temps de faire tout ce qu'on a à faire. » I.4

4) Solutions à imaginer.

Une des craintes exprimées par les internes était de ne pas valider un semestre :

« Je me suis beaucoup beaucoup angoissée sur la validation » I.9

Pour pallier ce risque, elles avaient eu recours à des stratagèmes, parfois au détriment de leur bien-être :

- ***Retarder le départ en congé maternité jusqu'à un terme parfois très avancé :***

« et tu, ta grossesse, tu as travaillé jusqu'à un stade avancé de ta grossesse

R : 8 mois et demi » I.1

- ***Reporter des semaines de congé pré natal sur le congé post natal :***

« En fait mon congé mat commençait mi aout, et en fait j'ai décalé euh, de 15 jours au niveau de la sécu » I.5

- ***Reprendre le stage plus tôt :***

« Mais du coup c'est vrai que j'ai repris avec 3 semaines et demi d'avance pour valider » I.1

- ***Ne pas prendre de congés payés :***

« mes vacances je les ai pas prises du coup, j'ai travaillé jusqu'au bout en prenant qu'une semaine alors que j'aurai pu en poser 3 ou 4 si je voulais quoi » I.9

- ***Poser des congés payés plutôt qu'un arrêt maladie ou grossesse pathologique :***

« pour valider un stage il faut louper 2 mois d'arrêt maladie ou de congé mat', mais si tu poses des congés en plus ça compte pas dans ton temps de...d'arrêt en fait. » I.5

Les congés payés permettaient également de prolonger le congé post natal :

« Après moi j'ai pris un max, enfin j'ai pris tous mes congés pour rester le plus longtemps avec mon bébé» I.3

5) Répercussions sur la formation.

Pour certaines le fait d'être en surnombre avait pu avoir des conséquences négatives sur la qualité de la formation :

« En médecine interne, euh en mal inf elle s'est retrouvée à être cloisonnée entre guillemets dans une partie du service où ils faisaient que le VIH » « ça lui a pas forcément facilité ce stage. » FG.5

C. Vie familiale.

La vie familiale de chaque participant avait été chamboulée par l'arrivée de l'enfant.

« j'ai changé de vie le jour où ma fille est née » FG.8

1) Organisation.

Une véritable routine centrée sur l'enfant s'installait. Aucune place n'était laissée à l'improvisation :

« C'est toujours les mêmes horaires le matin, le midi, le soir, la nuit, c'est toujours bien quadrillé quoi. » FG.4

« C'est quand même, dans la gestion au quotidien c'est quand même toujours assez tendu toujours assez tendu. » FG.5

L'organisation était chronométrée, les journées paraissaient très longues :

« je pose les sacs, je défais les sacs, je prépare le diner, je vais doucher mon fils, je me douche dans la foulée, on dine, donc soit mon fils avant et moi après soit les 2 en même temps, et après il est 7h et demi 8h, on fait une histoire avec mon fils, je lui donne son doudou et je le mets au lit, il est 8h et demi, et là je vis ! (exclamation) , je commence ma journée, et je peux enfin me poser, regarder la télé, faire ce que j'ai à faire, rebosser mon, faire ce que j'ai à faire quelque chose dans la journée , faire mes papiers, mes courriers , un peu de ménage, et me coucher vers 10h et demi 11h . Voilà ! (rires) » I.2

Les internes avaient peu de temps personnel :

« non mais voilà c'est complètement, ça s'arrête jamais enfin y'a tout qui s'enchaîne la journée finalement elle est hyper longue parce que quand on rentre du boulot on a encore plusieurs heures à la maison, pour s'occuper de lui, et voilà on peut pas faire autrement que» I.1

Mais aussi peu de temps à consacrer aux enfants :

« il y a des périodes un peu difficiles quand tu as des gardes et que tu as des semaines un peu chargées » « tu vois moins ton enfant » I.2

Certaines solutions pouvaient améliorer le quotidien :

« il faut se reposer sur la technologie ! Tu as la minuterie, je suis abonnée aux pâtes 3 minutes ! » « Cadeau de naissance : le sèche linge » I.7

Des investissements avaient semblé indispensables :

« Maintenant j'ai investi dans la femme de ménage. » I.7

A contre cœur parfois :

« on peut pas se permettre que la voiture soit avec les enfants si mon mari était d'astreinte. Donc ça nous on a dû vraiment investir dans une deuxième voiture pour ça. C'est un peu l'investissement écœurant où tu y vas avec les pieds de plomb tu te fais même pas plaisir. » I.7

Les vacances

Il était parfois compliqué de réussir à organiser les vacances en fonction des stages, des co-internes et de la nounou. Certains couples ne pouvaient d'ailleurs pas prendre de vacances en famille :

« donc je pense que cette année ou l'année prochaine on va devoir prendre nos congés à part. » FG.8

2) La gestion des imprévus.

La gestion des imprévus était compliquée, avec des difficultés supplémentaires liées aux contraintes de l'internat :

« Le seul souci c'est quand il y a des petits imprévus comme ça, des maladies, des machins, des trucs. Là ça ébranle un peu parfois. » I.4

En effet la continuité des soins devait être assurée quelques soient les impératifs familiaux :

« je pense que effectivement le patient qui vient on n'a pas le droit de le laisser en disant ah non je suis désolée je m'en vais vous n'allez pas bien, mais je m'en vais. Euh il y a une obligation de continuité de soins, ou de service ou je ne sais plus exactement l'appellation, mais on est obligé si l'interne qui remplace n'arrive bah pas de rester plus tard » FG.8

Les imprévus évoqués étaient :

- ***La maladie de l'enfant :***

« I. est malade. » I.4

- ***L'absence de la nounou***

« Quand euh la nounou par exemple a des impossibilités pour le garder. » I.1

La famille et l'entourage amical pouvaient jouer un rôle primordial dans l'organisation. Si certains culpabilisaient de confier aussi souvent leur enfant aux aidants, tous précisaient que l'objectif n'était pas de transférer l'éducation des enfants à une tierce personne.

« 3 fois où par solidarité avec d'autres internes, on a réussi, des copains lillois, d'autres internes, » FG.5

« Donc ouais là heureusement que la famille est là » I.1

« Les grands parents ils servent pas à élever nos enfants » FG.1

Parfois les internes avaient été contraints d'aménager le temps de travail au pied levé :

- ***Echanger des gardes :***

« Et là, pour le coup ce semestre là c'est vrai que j'ai essayé de refilet beaucoup de gardes parce qu'il y avait I. qui allait pas bien. » I.4

- ***Quitter le travail plus tôt :***

« Après F. voilà, quand c'est vraiment des cas d'extrêmes urgences il arrive quand même à se détacher aussi hein » I.4

- ***Prendre une journée :***

« de prendre une journée » I.1

Mais ces aménagements n'étaient pas toujours évidents à mettre en place :

« C'est pas toujours facile de refilet nos gardes, c'est pas toujours facile de prendre une journée, » I.1

«J'avais pas été au boulot de la journée, mais je venais pour la garde à 18 heures » I.4

3) Le mode de garde.

La question de la garde de l'enfant était une source d'angoisse pour les parents de nouveaux nés interrogés :

« Euh la question de la garde a posteriori va se poser. Bon c'est une source d'angoisse, comment on va pouvoir s'organiser, » FG.6

De plus, le mode de garde représentait un coût conséquent, qui malgré les aides existantes, est difficilement supportable par un couple d'internes :

« Et sinon nounou périscolaire et c'est un coût que l'interne peut pas...tu peux pas avec 2 salaires d'internes pallier à tout ces coûts quoi. » I.7

La crèche

Les places en crèche étaient difficiles d'accès :

« Avant même d'avoir la crèche ici on a été refusé la première fois » « et entre 4 et 9 mois en fait on n'avait pas de place en crèche, parce qu'on avait de la place qu'à partir de septembre, » I.4

Les horaires étaient contraignants :

« c'est euh 7h30-18h30. C'est le 18h30 qui est très difficile. » I.7

Les internes n'avaient malheureusement pas la possibilité de garder leur enfant les jours non travaillés :

« parce qu'ils n'aiment pas que je ne la mette pas du tout. Ils disent ah oui mais ça justifie pas que vous ayez une place en crèche et tout ça » I.4

Certains internes préféraient ce mode de garde pour la sociabilisation des enfants :

« mais c'est vrai qu'on aurait aimé pour plus tard la crèche parce que ça le sociabilise plus, et c'est un peu moins cher. » I.6

La crèche du CHRU était un avantage :

« Moi j'ai de la chance j'ai eu la crèche du CHR, donc super. » I.7

L'assistante maternelle

Permettait d'avoir des horaires plus flexibles :

« On a une nounou en or qui a des horaires flexibles, qu'on peut prévenir 10 min qu'on aura 1 heure de retard, une nounou en or, » FG.5

Mais ce n'était pas facile d'en trouver une qui accepte les horaires d'interne :

« Mais moi vu les horaires qu'on avait elles voulaient pas. C'était à partir de 7 heures le matin et même un peu avant, et c'était pas possible. Jusqu'à parfois 19 heures c'était pas possible non plus. » I.4

L'assistante maternelle avait l'avantage de garder les enfants malades :

« Ça pour le moment ma nourrice la prend quand elle est malade. C'est plus facile. » I.5

Certaines difficultés liées à l'internat s'ajoutent à celles rencontrées par tous les parents :

- ***Les nuits de garde :***

« parce qu'une nourrice bah elle est agréée pour, la nuit ma nourrice prend pas, donc soit j'avais l'option d'en prendre une agréée mais ça c'est pas faisable, parce que c'est super cher, » I.2

- ***Horaires variables et amples:***

« une urgence ou autre chose bah je serai pas à l'heure. » I.3

« fin y'a pas de nounou qui travaille jusque ces horaires là de 7h du matin à 21h déjà » I.3

L'école

L'entrée à l'école amenait des nouvelles complications

Liées aux nouveaux rythmes scolaires :

« l'école avec la nouvelle réforme des rythmes scolaires ça finit à 15h30, ça finit à 16h30, garderie jusqu'à 18h. Déjà la crèche jusque 18h30 on galère, mais l'école pour 18h c'est un autre problème. » I.7

Liées à la rigidité des emplois du temps scolaires :

« Quand il y a l'école en jeu, bon bah c'est tout, l'école ça commence à telle heure, ça termine à telle heure, des fois c'est compliqué d'expliquer en stage que si on arrive à 9h15 » FG.1

Il fallait ensuite adapter le mode de garde lors de l'entrée à l'école, avec des contraintes supplémentaires :

De temps pour les démarches administratives :

« le problème c'est qu'il y a trop de paperasse dans le centre aéré, et cette paperasse tu dois y aller dans les horaires ouvrables de mairie. I.7

De coût :

« moi ce sera pas pour cette année. Parce que je peux pas me permettre d'avancer cette somme. » I.7

4) Modifications des liens sociaux.

« mais on perd dans les liens sociaux » I.2

Le temps à consacrer à la vie sociale était limité :

« Et je sais que je perds des choses parce que je rencontre des gens formidables, ou je sors de cours et j'aurais envie de continuer à discuter mais je sais que j'ai pas le temps. J'ai pas l'envie et j'ai pas le temps. » I.2

Les cercles amicaux se resserraient puisque les loisirs se centraient autour de l'enfant :

« On parlait des loisirs, je pense que là effectivement on part pas avec nos potes au Népal pour escalader l'Himalaya ! On part en vacances avec nos enfants, on fait des loisirs avec eux et pour eux. » FG.2

« Ah oui, oui si, ça change la vie, ça change tout. Moi ça change tout effectivement, l'organisation comme tu dis, mais du coup le rapport aux autres, on a plus les même, plus les mêmes copains. Tu sélectionnes les copains qui acceptent que tu ne viennes pas tout le temps, que justement tu puisses pas partir en vacances au ski avec eux parce que voilà. Ça sélectionne un petit peu quand même, malgré tout. Et puis moi qui était fan de montagne bah on peut pas aller faire de la rando itinérante avec une gamine de 12 mois parce qu'elle sait pas marcher, parce que elle veut absolument son lait le matin, parce que ... (FG.3 acquiesce) que les trucs qui vont bien quoi ! » FG.5

5) Conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle.

Elle paraissait compliquée à certains des participants :

« tu te bats et tu te noies littéralement pour essayer de sortir la tête de, de l'eau » I.7

« Mais...on peut pas dire que tout est facile, euh fin je trouve pas que ce soit si facile que vous avez pu le présenter. » FG.5

Mais tous étaient satisfaits de la façon dont ils avaient géré les choses :

« Bon bien sur j'ai conscience que le travail de mon épouse a joué, mais j'ai passé 3 années de mon internat en tant que père, voilà très agréables j'ai été présent, j'ai vu mon garçon grandir. » FG.3

Lors du focus group l'un des internes posait la question de la place à prendre dans les soins médicaux de son propre enfant :

« Je suis désolé de dire ça, c'est vrai qu'on sait pas trop se positionner. J'ai envie de donner la main. des fois je me dis bon, va voir un autre médecin. » FG.3

L'un des papas non médecins avait apporté sa réponse :

« Pour moi le professionnel il doit s'arrêter à la porte de la maison. Après c'est le parent. » F.8

6) Place du père.

Les internes hommes interrogés étaient assez d'accord sur l'actuelle mutation de l'éthos professionnel de disponibilité permanente. En effet en comparaison de leurs pères médecins, ils souhaitaient s'investir davantage dans la vie familiale :

« Voilà non je pense que l'image du père commence aussi peut être à se modifier enfin ces dernières années. C'est vrai qu'il est recentré dans la famille par rapport à avant, » « Oui enfin je trouve qu'on peut prendre maintenant, on peut prendre le temps, on peut plus prendre le temps, avec nos enfants qu'ils ne le prenaient avant. Il y a un changement de mentalité, un changement de société. » FG.3

Certaines mamans reprochaient tout de même le manque de disponibilité du papa:

« Quand elle est née il était au CHU et vraiment ils en chiaient tous et il a pas était hyper présent. Je lui ai reproché d'ailleurs. Mais je pense qu'il aurait voulu en faire plus mais il était un peu coincé. » I.4

Les conjoints chirurgiens avaient rencontrés des obstacles :

« Et par contre le chef de service il opérait avec lui la semaine avant que j'accouche, et euh, et le chef de service qui a dit « ah oui, le congé paternité, une aberration vous ne trouvez pas ? De mon temps ça n'existait pas ! » » I.6

Et ils disposaient, parfois à regrets de moins de temps à consacrer à leur famille :

« Il y a les options mais moi mon mari est quand même au bloc etc. et quand il est d'astreinte on peut juste pas compter sur lui. » I.7

7) Les enfants devenaient la priorité des jeunes parents.

C'était avec plaisir que les internes interrogés avaient réalisé des concessions aussi bien dans vie personnelle que professionnelle. Le bien-être de leurs progénitures était une source de satisfaction importante.

« Parce que je la vois évoluer, des trucs bêtes. La faire déjeuner, la faire goûter, enfin c'est des choses qui sont importantes pour moi. » « et puis ça me renforce dans l'idée que l. voilà elle grandira dans un foyer qui l'aime et qui fera tout pour elle. » I.4

A ce sujet les internes citaient les besoins des enfants :

- ***Un rythme régulier :***

« Enfin moi je préfère avoir un rythme carré » «les enfants sont plus grands mais le rythme il est pris aussi et tout est précieux » I.7

- ***Un temps de sommeil et de repos minimum :***

«Donc euh c'était principalement moi qui les déposais parce que une demie heure le matin c'était énorme pour eux. » I.7

- ***Un cadre serein :***

«Et du coup bah c'était 19 heures arrivée chez toi, 19h10 le bain est fini, mais tout en les laissant patauger pas les stresser, faire suffisamment smooth mais bon faut quand même que ça drope. » I.7

Le caractère des enfants jouait sur l'organisation :

«Sinon après ça j'ai de la chance, j'ai pas des enfants qui sont des nerveux ni des exigeants, ils sont gentils ils sont vraiment obéissants » I.7

L'arrivée d'un second enfant :

Etait décrite comme plus fatigante pour la maman :

«Mais un premier, ça se fait bien, parce qu'on a 2 bras et que ceci. Après un second, la fatigue elle est vraiment, enfin tu me diras ce que tu en penses mais je veux pas te stresser. La fatigue c'est pas la même, et du coup l'organisation c'est pas non plus la même et c'est pas non plus facile. » I.7

Mais l'impact sur la vie du couple n'était plus aussi important que pour la naissance du premier enfant : l'organisation restait la même :

«Euh pour les 3 suivants qui sont nés pendant l'internat on avait toujours le même mode de garde, et l'organisation s'est plutôt bien déroulée voilà. » FG.2

8) Le couple.

Répartition des taches

Chacun avait un rôle bien défini :

«je prenais ma douche pendant que mon mari gère les petits dejs les machins » I.7

Avec parfois un déséquilibre entre les 2 parents :

«Mais c'est du 70-30 quand même » I.7

«non, il y a un large déséquilibre, elle s'en occupe beaucoup plus que moi, sans que ... » « elle aime bien quand je rentre le soir et que je lui dis alors tu as rien foutu (les participants rient) » FG.2

La répartition des tâches dépendait des impératifs de la profession :

« Par contre le jeudi et le vendredi on finissait à 20h, c'était lui qui le récupérait parce qu'il pouvait avoir fini pour 18h25, il s'arrangeait » I.7

L'un des deux était contraint de faire des sacrifices professionnels :

- ***Celui qui n'est pas médecin :***

« clairement on a fait un choix implicite parce que les patients ne pouvant pas attendre, et du coup c'est plutôt le conjoint qui a pas de patients qui change ses horaires. » FG.8

- ***Le généraliste au profit du spécialiste :***

«Moi j'avoue que là-dessus, ce qu'il y a de difficile, c'est que en plus c'est principalement sur moi qu'on peut... » I.7

Certains pensaient qu'avoir une épouse en congé parental est une chance :

« j'ai eu la chance c'est ma maman qui est restée à la maison, qui a pas travaillé. Donc j'avoue j'ai un peu...l'idéal ce serait ça, soit la maman soit le papa reste à la maison. » I.8

Mais aucune des internes interrogées n'envisageait de s'arrêter de travailler :

«Je me vois pas du tout arrêter de travailler, la question ne se pose même pas, on fait des études, on galère, et mon mari se pose même pas la question que j'arrête de travailler. » I.7

Le fait qu'un des 2 parents ne soit pas médecin était perçu comme un avantage :

« Et puis ma compagne a des horaires de secrétaire, donc c'est des horaires très fixes, et c'était relativement simple. » FG.1

Les horaires postés étaient également un élément facilitateur :

, je pense que c'est une chance d'avoir une épouse sage femme, avec le rythme de travail c'est des 12h, en plus de ça elle est à 80%. » FG.3

Lorsque les deux parents étaient médecins il y avait des variables supplémentaires à prendre en compte notamment la prise des gardes :

« tu peux pas les prendre tous les deux le même jour, il faut faire attention » I.7

ce qui impose une organisation anticipée et l'aide de la famille :

« bah c'est tout, mon mari prend ses astreintes quand je suis pas de gardes ou sinon on fait nos week-ends le même week-end et on met chez les grands parents» I.7

La vie de couple

Lorsque les deux partenaires avaient des professions à gardes il leur arrivait de se croiser sans se voir pendant plusieurs jours :

« il y a eu des périodes où on se revoit dans 5 jours » I.3

L'arrivée des enfants perturbait la dynamique du couple :

« Sinon on se perd de vue. Mais on s'entrecroise tout le temps.» « c'est pareil pour tout le monde ! Tout le monde est mort, tout le monde se couche à 9h et demi » I.7

Il fallait donc conserver du temps à deux pour préserver le couple :

« on essaie quand même de se prendre une soirée, enfin une soirée où on dine ensemble sans forcément sortir, par mois. Sinon on se perd de vue. » I.7

Une des internes décrivait une certaine incompréhension de la part de son conjoint :

« et C. a du mal à...enfin il me dit t'as pas le temps? Enfin même maintenant il me dit bah il est plus grand quand même, mais même, » I.6

Ce n'était pas le cas de tous les participants :

« C'est quand même une chance quand le conjoint, arrive à prendre la mesure de, arrive à prendre la mesure de de ce que ça représente, mais... » FG.7

9) L'enrichissement apporté par l'enfant prévalait sur toutes les complications.

« Mon fils a construit aussi ma personnalité et le médecin que je suis aujourd'hui, le dynamisme que je donne aujourd'hui, c'est aussi parce que j'ai mon fils derrière qu'il faut que j'ai une carrière intéressante » I.2

« J'estime que c'est richesse » I.2

« Donc non, mon fils m'a tellement apporté que je ne regrette rien » I.2

Enfin, malgré les complications et les obstacles qui avaient pu être affrontés, la plupart des internes n'éprouvaient aucun regret quant à leurs choix :

« Mais je regrette pas, si c'était à refaire je referais pareil parce qu'on a passé énormément de temps ensemble. Enfin moi je l'ai vu apprendre à marcher. Enfin vraiment quoi, du, de je fais 3-4 pas à je me mets debout et puis après je me lance. Ça c'est un truc que j'oublierai jamais donc euh... » I.4

D. Vie professionnelle.

Sur le plan professionnel plusieurs changements majeurs étaient évoqués.

1) Changement de priorités.

Les participants jonglaient entre 2 besoins : l'instinct parental avec le souhait d'éduquer et de répondre au mieux aux besoins de son enfant, et la vocation.

Parfois ces deux versants de la vie des internes pouvaient s'opposer :

« . Alors que quand tu déposes ton enfant au début, pfffou, c'est plus difficile. Et quand tu reprends ton travail au début, bah, t'es là mais c'est euh, comment elle va, qu'est ce qui se passe, le soir c'est une bouffée d'oxygène quand tu la récupères. » I.3

Certaines avaient fait le choix de ne pas faire de remplacements au cours du DES pour consacrer les 5 semaines de congés annuels à la famille :

« mais bah c'est pareil c'est priorité aux enfants, donc soit c'est 5 semaines de vacances que t'as tu décides de les mettre à remplacer comme un malade et tes enfant faut les placer, trouver de quoi les financer ou pas les voir. » I.7

Les participants avaient trouvé un équilibre à l'arrivée de l'enfant :

« C'est trouver un équilibre. C'est le rechercher ; alors qu'avant je me serais dit bah la médecine je vais finir par trouver un équilibre, je vais pas travailler parce que je suis fatiguée, du coup je réduirais mes horaires. Maintenant non, c'est avant même d'avoir commencé à travailler je me dis « non il me faudra un jour de dispo où il faut que je rentre pas trop tard, j'ai établi des critères, quant à ma future organisation professionnelle. » I.2

2) Changements de projet professionnel.

Les projets pour les post internat avaient parfois été modifiés par l'arrivée de l'enfant. Les internes n'envisageaient en aucun cas de s'arrêter de travailler, mais souhaitaient toutes aménager l'emploi du temps pour s'occuper des enfants.

« La médecine surtout la carrière je pense. Moi j'étais assez je ne dirais pas carriériste mais voilà moi j'ai toujours décidé que je voulais faire de l'urgence, que je voulais m'investir dans le boulot, que voilà j'aimais bien faire des gardes, j'aime bien l'ambiance de la nuit à l'hôpital donc ça me plaisait bien. Et puis bah évidemment le fait d'avoir I. elle est devenue ma priorité. » I.4

Certaines avaient renoncé à un DESC peu compatible avec une vie de famille :

« j'ai hésité à postuler pour le DESC d'urgences en décalé, à la fin de mon internat. Donc ça m'intéressait beaucoup, mais voilà après je suis tombée enceinte et je ne me suis même plus posé la question » « ma vie est devenue beaucoup plus simple d'un coup. J'avais pas envie de passer à côté de ma grossesse et de mon bébé après » I.9

D'autres avaient redéfini les conditions d'exercice de la médecine libérale qu'ils avaient imaginées :

« Je vais pas travailler les mercredis pour être avec elle. Je pense que je vais m'arranger pour aller les chercher certains midis » I.5

L'une des participantes expliquait sa vision de la femme d'aujourd'hui : elle est certes une femme active, diplômée, mais elle n'en reste pas moins une mère. Selon elle les carrières des femmes sont rythmées par les enfants. Ainsi le parcours professionnel d'une mère ne peut pas être superposé et comparable à celui d'un homme :

« c'est un peu rude comme propos, pour le numéris euh aussi au sexe. Ou alors il faudra 2 femmes pour un médecin. Parce que quand on n'est pas là pour les enfants, quand on s'organise pour les enfants, il faut quand même 15 ans de ta vie, allez, 12 ans de ta vie où tu n'es pas à 100%. » I.7

3) Modifications des critères de choix de stage.

Etaient privilégiés les services proches du domicile, avec des horaires plus souples et plus légers et peu de gardes :

« En fait j'avais pris ce stage parce qu'on m'avait dit qu'il n'y avait pas de gardes » I.5

« j'ai aussi choisi en fonction, des stages qui me laissaient du temps libre où j'étais pas dévoré par le stage. » FG.1

Mais la qualité de la formation restait importante pour tous :

« Ma maquette je l'ai validée tout le temps...alors je voulais pas que ma formation n'en pâtisse. Donc je voulais quand même que les stages de pointe. » I.7

Le stage aux urgences, déconseillé pendant la grossesse permettait de passer plus de temps avec les enfants lors des repos de garde :

« J'aime bien avoir des journées de libres en fait dans mon emploi du temps la semaine, parce que ça me permet d'avoir des vrais moments avec elle. » I.4

4) Allongement de la durée de l'internat.

Chez la plupart des internes la durée de l'internat était prolongée, donnant parfois l'impression d'être interminable :

« Enfin j'ai l'impression que ma grossesse m'empêche d'aller de l'avant et de valider un cursus comme les autres » I.2

Certaines avaient perdu un poste d'assistantat, pris du retard dans le début des remplacements ou d'un DESC. La problématique du DESC était souvent abordée au cours des entretiens.

« J'ai aussi perdu ma formation d'urgences, parce que j'étais enceinte au moment de l'entretien et du coup j'ai pas été prise » I.1

5) Déclassement.

Il était vécu comme une sanction discriminatoire : les internes perdaient en effet les avantages liés au mérite du classement aux ECN:

« Moi je trouve que ça, c'est un vrai truc, c'est pas normal. Je trouve que tu as ta place à l'internat, tu l'as pas méritée, tu l'as méritée peu importe mais en tout cas tu l'as. Je vois pas pourquoi le fait d'avoir été enceinte et d'avoir pris 6 mois faisait que tu perdais ce truc là. » I.4

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

« C'est-à-dire que je choisis après toute ma promo, donc autant dire qu'il ne reste pas grand-chose, » I.1

La validation d'une maquette de DESC devenait parfois difficile :

« j'ai une maquette à valider justement pour le DESC d'urgences, donc j'ai des stages obligatoires, bah à ce moment là j'avais que ça de disponible » I.1

6) Disponibilité.

Les raisons évoquées étaient multiples :

- **Suivre son conjoint:**

« il y avait C. qui partait sur Marseille pour faire un inter CHU, moi j'avais fait une demande aussi qui a été refusée. Donc j'ai posé 6 mois de dispo pour le suivre » I.6

- **Effectuer une année de recherche :**

« J'avais une disponibilité pour raison de recherche » I.7

- **Voyager :**

« Moi j'ai commencé par prendre des dispo en mode vacances, » I.6

- **Prolonger le congé post natal :**

« En fait j'avais pas besoin de 6 mois, c'est juste que je me voyais pas reprendre tout de suite à ses 3 mois. » I.6

Certaines avaient mis à profit ce temps pour :

- **Remplacer :**

« J'aimerais prendre 6 mois de dispo après et du coup pouvoir remplacer entre deux pour pas avoir zéro salaire pendant 6 mois » I.4

- **Suivre des formations complémentaires :**

« J'avais pris le DU de médecine interne donc je le potassais de la maison c'était un DU par internet, » I.7

- **Préparer la thèse d'exercice :**

« et maintenant du coup je me mets vraiment à ma thèse de manière sérieuse. » I.6

7) La formation théorique.

En ce qui concerne la formation théorique, si la présence aux cours la journée n'était absolument pas un problème :

« Moi j'ai pas eu de problèmes pour aller en cours » I.5

Il apparaissait plus compliqué de se rendre aux formations médicales continues, aux congrès :

« Après évidemment si tu veux faire des congrès des choses comme ça c'est plus compliqué de partir. Ouais, tu peux pas dire je vais partir 3 jours » I.3

Le temps alloué aux enfants étant déjà limité les participants ne souhaitent en effet pas l'amputer d'avantage :

« je suis moins motivé pour y aller, comme je vois pas mon fils toute la journée, » I.8

De même l'absence de temps libre rendait le travail personnel difficile. Ceci concernait également la thèse :

« Donc là j'ai une idée de thèse mais je laisse de côté pour l'instant. J'ai l'impression d'être plus intéressé par l'éducation de mon fils que par la thèse pour le moment. » I.8

La solution trouvée par certains était d'emmener l'enfant en cours :

« bah j'ai amené I. assez rapidement en GEP, elle était dans la poussette, donc tout mes copains maintenant de GEP ont vu l'évolution, m'ont vue enceinte, ont vu I. petite, ils ont vu I. grandir » I.4

8) Attitude en stage.

Tous se sentaient plus mûrs dans l'exercice de la médecine. Certaines se disaient plus calmes voire empathiques avec les patients.

Les internes étaient plus à l'aise et plus compétents en pédiatrie et en suivi de grossesse :

« c'est plutôt un grand bénéfice d'être papa tôt, surtout en médecine générale, parce que ça donne une espèce de confiance au niveau des patients qu'on voit tous les jours » FG.1

Certaines parlaient de sérénité et d'empathie envers les patients :

« Je me sens plus sereine, plus douce, moins agressive » I.9

« ça a complètement révélé mon empathie en tout cas et euh là dedans. » I.4

Les mamans avouaient avoir modifié certains comportements en stage :

Moins de ponctualité :

« enfin j'étais très ponctuelle, j'étais jamais en retard, maintenant ça m'arrive d'être en retard » I.3

Téléphone personnel toujours disponible :

« tu as un appel d'un numéro inconnu, tu décroches parce que voilà il y a les enfants qui sont à la crèche donc tu es obligée d'avoir toujours ton téléphone avec toi » I.7

Moins d'heures supplémentaires :

« j'ai fait mon nombre d'heures sauf qu'il y a un moment tu dis « bah c'est tout y'a pas de raisons de rester plus tard quand tu as fini ». Alors qu'avant j'étais comme ça, hein, j'étais du genre à rester plus.» I.3

Leur organisation au travail avait aussi changée : l'objectif était de travailler toujours aussi bien, mais dans un temps plus mesuré.

« Euh un peu plus responsabilisant vis à vis de son travail et de ses patients parce qu'il faut que le travail soit bien fait, enfin vite fait, bien fait entre guillemets, » FG.7

« on a nos nombres d'heures à faire, quand on est là on est là, s'il se passe une urgence on reste, après rester le soir pour faire des choses administratives que tu peux faire le lendemain » I.3

Toutefois, elles rappelaient qu'il est primordial de conserver une éthique professionnelle :

« Et c'est ça que je trouve très limite par contre, t'as un minimum quand même de, tu fais en sorte de rien laisser dans le service en vrac quoi. De conscience professionnelle.» I.7

9) Pour les internes pères le déroulé de l'internat n'avait pas été impacté par l'arrivée des enfants.

« euh, ma femme a fait 4 grossesses sans problème pendant la grossesse, donc c'est vrai que moi ça a pas trop modifié mon internat euh, » « Donc il y a des soirs je peux rentrer il est 22 heures, et il y a des soirs où je rentre tôt et il est 4 heures de l'après midi quoi. Du coup c'est vrai que c'est pas facile dans ce sens là » FG.2

10) Difficultés rencontrées pendant l'internat en dehors des problématiques propres à la parentalité.

Des difficultés pour assister aux cours :

« Déjà il faudrait que les chefs de service comprennent ça, ou les chefs de service des fois le comprennent ils nous disent oui vous pouvez aller en cours, et finalement on se retrouve avec un médecin qui à un moment donné nous dit non tu dois venir absolument demain c'est pas possible.» I.3

La difficulté du stage au CHRU :

« C'est le chu qui est réputé le plus prenant » FG.5

« En ortho au CHU tu pourrais dormir là bas qu'on dirait que t'en fais quand même toujours pas assez» I.4

Les stages fléchés compliquant la validation des maquettes :

« Parce qu'au final je voulais prendre le SAMU à ce semestre là tu vois » « . Et j'ai pas pu l'avoir. Parce que comme j'étais pas officiellement inscrite, euh...du coup je l'avais pas. » I.4

Le manque de reconnaissance et de légitimité de l'interne :

« Moi je trouve que ce qui est sympa dans le stage où je suis c'est que bah on m'a vraiment donné ma place » FG.7

« quand on est dans un stage où on est avec des séniors qui nous considèrent comme des futurs confrères, ça reste, en fait c'est vachement touchant» FG.7

« tous les 6 mois faut retrouver une certaine légitimité dans le travail » FG.7

L'impression d'être de la main d'œuvre facile :

« Enfin bon bref on a bien compris que c'était pas juste la formation, mais aussi pour servir à l'hôpital. » I.3

La formation essentiellement hospitalière de la médecine générale :

« L'internat de médecine générale on doit passer obligatoirement 2 ans et demi à l'hôpital, enfin on n'a que 6 mois à passer en libéral, » I.3

E. Relationnel.

Nous parlons ensuite de la relation avec les autres professionnels de santé.

« je me sens plus à l'écoute, même avec les chefs j'avais l'impression d'être voilà, d'être une maman, et voilà on parlait de, on a pas les même sujets de conversation. » I.9

1) La hiérarchie.

Le rapport avec la hiérarchie semblait dépendre des lieux de stage. En périphérie certains maîtres de stage pouvaient être très compréhensifs et conciliants :

- ***Pour les horaires de présence en stage :***

« J'ai eu des chefs et des médecins assez conciliants qui m'ont laissé partir relativement tôt quand j'en avais besoin, et arriver un peu plus tard quand il le fallait. » FG.2

- ***Pour garantir une formation de qualité même aux internes en surnombre :***

« Que ce soit l'équipe médicale ou paramédicale ils étaient biens, ils m'ont encadrés du coup ils disaient « oh bah t'es là pas longtemps mais on va essayer de t'apprendre des choses ». » I.3

Lorsque les maîtres de stage étaient eux-mêmes parents ils comprenaient aisément les difficultés que pouvaient rencontrer les internes :

« Heureusement que j'étais dans ce stage là parce que j'ai pu louper des jours sans qu'il me dise quoique ce soit, à un moment je m'en voulais même et j'ai envoyé un mail à mon chef de service qui m'a dit t'inquiète pas, occupe toi de ta fille on s'arrange, c'est la priorité. » I.4

Par contre au CHRU les choses étaient la plupart du temps plus compliquées :

« Parce que j'ai fait un stage au CHU moi aussi. Et quand j'étais au CHU, c'était pas dit de façon ouverte que ça gênait que je rentre plus tôt, mais on me l'a bien fait comprendre, de façon indirecte. » « mais ma présence était indispensable au service... » FG.5

Certains chefs étaient très opposés à la volonté de certaines internes de concilier vie de famille et profession médicale :

« Moi je me suis quand même pris des réflexions euh aux urgences euh ... c'était quoi ? Ça m'a fait, ça m'a fait excessivement mal quand même...ah oui c'était : "vous n'avez qu'à pas faire ce métier si vous voulez avoir des enfants » I.7

Les internes souhaitant suivre le DECS d'urgences avaient rencontré des difficultés. En effet il leur a été refusé l'accès au DESC l'année de la grossesse. Elles avaient la sensation d'être sanctionnées pour avoir fait le choix de la maternité :

« Tu te dis pourquoi, quelque part il te punit, un peu » I.4

« J'aurai très bien pu le passer en même temps que tout le monde, en étant en surnombre, et puis après continuer ma maquette normalement. Je sais pas pourquoi le fait d'être maman je le repassais avec la promo d'en dessous quoi » I.4

Les relations avec les maîtres de stage lors du SAP avaient chaque fois été excellentes :

« Mais elle était hyper gentille, elle m'a dit c'est tout y'a pas de problème. Parce qu'elle avait été maman, qu'elle savait que j'étais en formation, que je chômais pas à côté, » I.7

Certaines internes se plaignaient d'un manque de transparence de la part des séniors :

« alors au téléphone quand j'appelais en disant, en expliquant euh la gynéco m'a prolongée le col se modifie, on me disait oui le bébé d'abord, le bébé d'abord. Mais derrière ils ont voulu m'invalider mon stage. Là tu fais « bon, pas très cool » » I.6

2) Les autres internes.

Les plus grosses difficultés relationnelles étaient souvent rencontrées avec les co-internes :

« PW : le problème ça a été avec les co-internes plutôt qu'avec les chefs ? FG.5: à Lens c'était les co-internes, » FG.5

En effet, il pouvait exister un décalage, une incompréhension et de la jalousie :

« d'être en décalage avec tout le monde en fait, et de plus être, de plus être en accord, enfin voilà de perdre ma promo » I.2

« il y a eu une rivalité. » I.2

De plus les intérêts étaient parfois opposés :

- ***pour la prise des vacances par exemple :***

« on a parfois un décalage entre j'allais dire le mode de vie avec les co-internes et ça posait problème » « disons qu'on sent bien qu'on est plutôt gênant qu'autre chose en termes d'organisation du travail » FG.7

- ***Pour les gardes :***

« Quand euh la nounou par exemple a des impossibilités pour le garder, c'est pas toujours facile de refiler nos gardes » I.1

Les réactions pouvaient être hostiles lorsque les internes avaient besoin de se libérer du temps pour les enfants :

« j'entendais des mots styles « elle a un gosse, qu'elle assume, c'est elle qui décide de le faire pendant l'internat » enfin voilà, « on l'a pas obligée » » I.7

Il était noté par ailleurs que les internes hommes ont parfois une charge de travail plus importante lorsqu'ils sont avec une interne qui est maman :

« Parce que c'est vrai que c'est vite les garçons qui trinquent entre guillemets, ils ne disent jamais rien mais c'est vrai qu'ils ont quand même le double de boulot, ils ont vraiment le double de boulot » I.7

Une entraide se développait entre internes parents, le partage d'expérience et de difficultés facilitait les confidences :

« J'ai une de mes co internes qui est tombée enceinte pendant le stage, qui avait 2 gardes à refiler sur le dernier mois, euh je pense qu'on comprend beaucoup plus quand on a été maman. » « Moi je lui ai dit si tu veux que je reprenne ta garde » I.2

3) Les équipes para médicales.

Aucun souci avec les équipes paramédicales n'avait été rapporté au contraire elles étaient souvent d'un soutien appréciable, encourageantes :

« Enfin c'était très cocooning. Ils faisaient attention pour pas que je me fatigue, pas que ...donc c'était super, ouais ils étaient gentils. » I.6

4) Les patients.

Les internes n'ont jamais rencontré de problèmes avec les patients, qui étaient compréhensifs :

« Mais bon, après euh tu t'assieds sur le bord du lit. Les patients comprennent ! » I.9

Elles avaient même l'impression de gagner en légitimité en tant que médecin pendant la grossesse :

« bah oui parce qu'avant c'était surtout madame l'infirmière, (rires) surtout que je suis petite et je fais pas très vieille de visage, et là le fait d'être enceinte c'était madame le médecin, c'est vrai qu'il y a eu, que les patients ont une autre vision de nous en étant enceinte » I.1

5) D'autres personnes avaient apporté une aide administrative précieuse.

Le personnel administratif du centre hospitalier :

« au début de mon stage j'avais dû indiquer que j'étais en surnombre et puis je leur ai exposé un petit peu mon cas en leur disant bah voilà moi je suis euh, je suis en surnombre, je suis enceinte de tant, j'ai pas le droit à la sécurité sociale » « une personne qui s'est proposée d'en parler au directeur et euh le directeur a tranché. » I.2

Régine Leroy, secrétaire de la FMM, était souvent citée par les internes de la FMM, pour sa disponibilité et l'attention qu'elle portait à chacune :

« MME LEROY, elle, qu'est ce qu'elle apporte ? R : bah elle a apporté tout ce qui est, déjà le soutien, parce qu'elle est toujours là en fait, c'est vraiment le soutien » I.2

F. Législation.

Il existe une législation encadrant les droits de l'interne enceinte. Elle n'était pas toujours connue aussi bien des chefs des services que des responsables du département de médecine générale ou des internes elles-mêmes :

« Mon chef de service me disait « ah bon, je pensais pas que c'était compté » » I.9

« en fait moi je pensais que c'était deuxième semestre. Mais en fait non, c'est début du troisième mois. » I.6

De plus si ces droits ne sont pas toujours appliqués certains paraissent totalement inapplicables :

« C'est vrai, on a des droits mais en temps qu'interne c'est un peu bizarre de vouloir les appliquer, ça ferait bizarre peut être. Enfin je sais pas, » I.2

Certaines internes avaient eu du mal à obtenir les aménagements auxquels elles avaient droit :

« ils m'ont forcée. I : c'était les chefs ? R : oui. » I.7

« Et au moment de valider mon stage, ils ont voulu m'invalider. Ils ont mis euh stage non évaluable, euh elle a été là que 2 semaines. » I.6

Et avaient dû prouver que ces droits existent :

« bah il a fallu montrer que c'était dans les textes » I.1

Cependant, une interne insistait sur la nécessité de garder une certaine mesure et un respect envers ses co internes dans les exigences exprimées par les internes enceintes. Elle rappelait qu'aucun traitement de faveur pour les parents n'était justifié.

« Après si c'est pour le bien de l'enfant, ou si c'est pour mon bien être ou si c'est dangereux pour les patients, mais eh je suis à 2 mois et demi de grossesse j'arrête de prendre toute garde comme ça » I.7

« à partir du 3ème mois tu as le droit de plus en prendre, mais tu peux, tu es quand même couverte. Et c'est jusqu'à 6 je crois, c'est à regarder. » « Je pense qu'il faut garder un certain respect et une confraternité. » I.7

1) Critères de validation de stage.

Ils paraissent flous pour certaines internes. Elles nous rappelaient qu'il faut compter moins de 61 jours d'absences, les congés annuels étant comptabilisés comme du temps de travail :

« Parfois ils t'expliquent que tu es obligée de travailler 61 jours ...

I : que tu as droit à 61 jours d'absence ? » I.9

« J'ai pas retrouvé rien de clair ou un papier qui me disait voilà avec les vacances incluses. » I.9

Elles étaient d'accord sur la nécessité d'une durée minimale de présence en stage pour garantir une formation de qualité :

« Effectivement on doit, et c'est tout à fait légitime de dire on doit valider donc 4 mois sur les 6 » I.2

2) Le surnombre.

La création du surnombre en 2011 était une avancée considérable :

« je pense qu'il y a, je pense que c'est mieux maintenant que ça ne l'était parce qu'il y a la création du surnombre non validant, des choses comme ça font que ça aide » I.4

Mais le rôle de l'interne en surnombre, ses avantages et ses obligations ne paraissaient pas clairs pour les internes interrogées :

« sur qu'est ce que va être un surnombre, sur ce qu'attendre d'un surnombre, c'est ça que je savais pas en fait. » I.2

Pour les internes interrogées être en surnombre devrait impliquer une charge de travail moins importante, et la possibilité de moduler son emploi du temps :

« c'est le seul avantage qu'on a, c'est d'être là en plus, et normalement on compte pas sur nous pour faire tourner les choses » I.3

En pratique il bénéficiait principalement aux services en garantissant un effectif suffisant tout au long du semestre :

« bah non moi non le surnombre, je pense que ça bénéficie au service parce qu'ils sont quand même sûrs d'avoir un minimum d'internes présents » I.2

« Honnêtement ça ne m'a rien apporté » I.2

En effet certaines internes avaient pu bénéficier d'aménagements du temps de travail :

« Qu'on peut pouvoir se dire à un moment ça va pas on peut pouvoir souffler et rentrer chez nous. » I.5

Alors que d'autres n'avaient pas trouvé d'avantages à ce statut :

« euh mais voilà quoi y'avait pas de jours de repos, enfin je faisais le même nombre que tout le monde, même si quand on était sur place les descentes au scanner, les transferts en brancard tout ça ils venaient facilement m'aider » I.1

Certaines servaient à combler des services en sous effectifs :

« mais euh du coup j'ai pu aller renflouer un service qui était en pénurie, donc du coup bah c'est tout j'étais pas vraiment considérée comme un surnombre non. » I.7

D'autres avaient l'impression de déranger l'organisation d'un service et de ne pas pouvoir s'intégrer dans une équipe. Le service n'ayant pas su s'adapter à sa présence, son stage en surnombre avait finalement été source de souffrance:

« Je pense que je dérangeais tout le monde parce que j'étais pas, on m'avait pas aménagé de poste donc j'étais pas, je gêrais, j'étais toujours de trop. » I.2

« moi mon surnombre a pas été épanouissant en fait. Je dirais pas qu'il a été épanouissant pour moi. » I.2

Il était rappelé que le stage en surnombre garantit le maintien du salaire par rapport à la disponibilité qui n'est pas rémunérée :

« Euh non si le surnombre euh le surnombre il a quel intérêt euh c'est de garder ton salaire » I.7

Une interne ne comprenait pas pourquoi le choix du lieu d'un stage en surnombre validant devait se faire en fonction du rang de classement, une autre trouvait même cela injuste :

« Alors surnombre validant ou non validant c'est pas la même chose parce qu'on te rajoute un poste ou tu prends un poste normal. » « Parce que du coup ton surnombre je vois pas pourquoi ça s'appelle surnombre. » I.7

« mais je pensais que comme on était en plus finalement le terme surnombre ça veut dire interne en plus dans le service, je pensais qu'on pouvait quand même choisir ce qu'on voulait, sauf que non, on choisit quand même à notre rang de classement,» I.1

La demande du surnombre paraissait simple à effectuer pour l'une des internes, mais elle précisait qu'il existe une date limite pour l'effectuer. Elle jugeait cette date trop éloignée de la répartition de stage, empêchant certaines internes enceintes de choisir un poste en surnombre si la grossesse n'est pas connue à ce moment là :

« bah c'est des papiers qu'on doit envoyer à la fac et à l'ARS pour qu'ils nous accordent en fonction de notre début de grossesse, de notre congé maternité, si on arrive à 4 mois, c'est que de l'administratif » I.1

« dès qu'on sait qu'on est enceinte parce que bah de toute façon sinon on va se faire avoir, parce qu'il y a un petit délai pour l'avoir et les choix de stage ça se fait 4 mois après qu'on ait commencé le stage en cours donc euh c'est vrai que c'est à faire rapidement » I.1

3) Pour les papas et futurs papas.

Les papas pourraient en théorie bénéficier du congé paternité. En pratique il était rarement pris, surtout dans les stages spécialisés devant les réticences de certains chefs. De plus dans les stages dits de gardes, où l'interne n'est pas présent tous les jours, on demandait au jeune papa d'organiser son emploi du temps à sa convenance. Il devait néanmoins effectuer le même nombre de gardes que les autres internes sur le semestre.

« Le congé paternité j'en ai pas eu, j'étais en stage aux urgences, puisque finalement on fait des gardes soit disant des gardes je sais pas quoi, on m'a demandé de décaler les gardes pour avoir 11 jours consécutifs, je suis désolé, c'est pas ça un congé. Et puis et puis euh parce que finalement je les ai rattrapés plus tard. » FG.5

La plupart du temps il s'agissait d'arrangements entre internes, pas toujours faciles à obtenir :

« il devait être de garde le samedi dimanche, et euh il a dû harceler ses co-internes pour qu'il y en ait un qui accepte de lui reprendre son weekend end. Et ça a été un échange, ça a pas été, il a pas eu de congé quoi. » I.3

4) Différences avec les autres professions.

Lors du focus group il ressortait que les papas salariés non médecins avaient eu plus de facilité à obtenir leur congé paternité :

« Justement moi j'ai fait justement j'ai pas fait l'erreur, quand R est arrivé j'ai dit je pose mes congés paternité y'a pas de découpage, je prends et voilà. » FG.4

Certaines réglementations n'existaient pas pour les internes :

« le congé parental on m'a dit, en tant qu'interne on y avait pas le droit, » I.4

« Bah c'est vrai qu'après en lisant les textes, au niveau des textes il y a des choses qui sont proposées dont on ne profite pas. Les sage- femmes, passé je crois que c'est à partir du 6ème, enfin je sais plus à partir de quel mois de grossesse elles avaient 1 heure de, elles finissaient 1 heure plus tôt. » I.6

« Et c'est pareil après la reprise tu es censée si tu allaites avoir jusqu'aux 1 an de l'enfant, enfin je sais plus mais je crois que c'est super tard. Si t'allaites t'es censée avoir 1 heure en plus de pause le midi pour pouvoir aller l'allaiter » I.6

« Paradoxalement on voit que les infirmières s'arrêtent beaucoup plus tôt que nous, elles s'arrêtent plus tôt, elles ont des aménagements, des choses comme ça » I.3

5) Comparaison avec l'étranger.

Une interne avait vécu une grossesse et les premiers mois de vie de son aîné aux Etats Unis, elle rappelait que la législation française était favorable à la natalité :

« En France on est surprotégée » I.7

« C'est quand même pas rien le congé maternité en France, c'est pas anodin. » I.7

Alors qu'une autre jugeait au contraire cela insuffisant :

« Et je trouve que c'est encore pas normal. On n'arrête pas de dire que c'est, de prôner la natalité dans notre pays tout ça, je trouve que ...je trouve que en tout cas dans le milieu médical on se donne pas encore les moyens pour quoi. » I.4

6) Accès à l'information.

Tous étaient assez d'accord sur le défaut d'information qui entourait le sujet. Il apparaissait difficile de trouver une information fiable et complète. Ce défaut était souvent une source d'angoisse :

« Alors la personne que j'avais eue qui s'occupe des méd gé était pas bien au courant. » « Donc j'avais rappelé et j'étais tombée sur la même personne mais qui s'occupait des spés. Et elle était beaucoup plus au courant. » I.5

« C'était pas clair du tout pour moi euh j'avais beau chercher et me renseigner j'avais, j'ai pas retrouvé rien de clair ou un papier qui me disait voilà avec les vacances incluses. » I.9

Les sources d'information étaient variées, mal définies :

- *Internet*

« J'ai regardé sur internet, » I.5

- **Le bouche à oreille :**

Les amies « euh j'ai une copine aussi. Une fille de ma promo mais qui est partie sur Caen, je sais pas si tu vois qui c'est. Qui était enceinte 1 an avant moi, en fait. Et elle, elle avait été en surnombre aussi donc je l'avais appelée, donc elle était bien au courant. » I.5

Les aînés « je sais pas externe tu as vu quelqu'un qui faisait un surnombre, tu sais que ça existe, enfin c'est mon impression. » I.7

- **L'ARS :**

« donc finalement j'ai appelé l'ARS donc déjà au début du stage. Donc j'ai demandé le responsable des internes. » I.9

- **Régine Leroy, secrétaire de la FMM :**

« Après j'avais demandé à Régine » I.6

- **L'AIMGL :**

« L'AIMGL pas mal » I.4

- **Le département de médecine générale de Lille 2 :**

« Euh après un peu le département de médecine générale et filles qui étaient assez sympas qui m'ont aidée » I.4

Certaines internes se plaignaient d'un manque de coordination entre les services responsables des internes de médecine générale :

« Et quand tu parles à l'ARS, euh l'ARS ils savent pas, enfin ils vérifient pas quand tu choisis ce stage que ton chef de service il est au courant ou il est d'accord. » I.5

Difficultés rencontrées

- ***Les informations données par les personnes référentes étaient parfois erronées :***

« Alors la personne que j'avais eue qui s'occupe des méd. gé était pas bien au courant. » I.5

- ***Ou incomplètes :***

« j'ai su après, finalement je n'ai appris qu'après les conséquences finalement » I.2

«on aurait du me briefter avant, sur qu'est ce que va être un surnombre, sur ce qu'attendre d'un surnombre, c'est ça que je savais pas en fait. » I.2

- ***Les informations étaient peu claires :***

« c'était pas clair du tout pour moi euh j'avais beau chercher et me renseigner j'avais, j'ai pas retrouvé rien de clair ou un papier qui me disait voilà avec les vacances incluses. » I.9

- ***Il existait une disparité selon les villes :***

« les sites d'internes en fonction des facs...y'a pas grand-chose à Lille, euh sur ça. Donc j'ai essayé de comparer avec d'autres facs, bon ils t'expliquent... » I.9

Certaines se demandaient si la grossesse ne serait pas un sujet tabou dans le milieu :

« Non parce que finalement personne n'en parle c'est limite un sujet tabou, fin arriver à faire un bébé en médecine faut s'accrocher. » I.1

Elles avaient la sensation que l'information était volontairement difficile d'accès, presque pour décourager les internes de débiter une grossesse :

« Pas tellement une information donnée volontairement par la fac. » I.7

« Après peut être qu'ils font ça pour pas pousser les internes à tomber enceinte pendant l'internat » I.6

Elles avaient la sensation de se retrouver seules face à toutes les démarches administratives à entreprendre, sans trouver d'interlocuteur défini et correctement informé. :

« Bah un peu comme si, bah il vous arrive ça, donc c'est à vous de vous en occuper. » « Enfin c'est normal d'avoir des enfants, c'est pas une faute. Je pense que j'ai cherché par moi-même. » I.3

Conséquences de ces mauvaises informations

- ***Perdre un semestre :***

« Tu vois quelqu'un qui cherche pas trop bah il a pas forcément les bonnes infos et il perd 6 mois pour rien quoi. » I.5

- ***Ne pas prendre de vacances :***

« Voilà si t'es pas là une journée il te le compte en arrêt, il te le compte en congé. Et... Donc en gros j'ai posé une semaine pendant 4 mois, et une semaine en 2014, au cas où tu vois, au cas où j'étais pas bien à fin août début septembre où il faudrait que je pose des congés parce que je savais que sinon ce serait pas validé quoi. » I.9

- ***Perdre ses acquis sociaux :***

« par exemple moi je savais pas qu'il fallait avoir cotisé euh 2 mois, ou autant d'heures SMIC euh, donc il faut cotiser, il y a un quota heures pour rentrer à la sécurité sociale des salariés, ça je le savais pas, » I.2

- ***Poursuivre les gardes au delà du début du troisième mois :***

« en fait moi je pensais que c'était deuxième semestre. Mais en fait non, c'est début du troisième mois. Moi j'avais continué quand même parce que ça allait. » I.6

- ***Poser des vacances à la place des journées enfant malade :***

« euh quand I. avait été malade on m'a dit oh bah non vous n'avez pas le droit aux journées enfant malade il faut poser des vacances. » I.4

- ***Choisir un stage par défaut :***

« Donc au final quand tu arrives au choix de stage, j'ai pris Dunkerque parce qu'il m'avait dit oui. Mais si j'avais pris un autre qui finalement m'avait dit non ça se passait comment ? Enfin tu vois... » I.4

G. Propositions d'amélioration.

Elles étaient multiples :

- **Suivi personnalisé :**

« Je pense qu'il faudrait être aidé individuellement en fait. Au jour le jour, avoir vraiment quelqu'un qui tienne en compte euh, bah de nos critères ; et qui puisse organiser la venue dans le service, enfin voilà, nous tenir pas à pas en disant bah voilà on réévalue tes objectifs, si ça va pas, bah tant pis tu t'arrêtes, ton stage on va le décaler comme ci, on va le faire comme ça. Et vraiment pouvoir en parler à quelqu'un, avoir un référent, c'est ça que j'aurais aimé. » I.2

- **Création d'une personne référente « parentalité » au sein des hôpitaux :**

« Maintenant ce qu'il faudrait c'est un référent » I.2

- **Suivi par la médecine du travail :**

« alors c'est tout bête, parce que d'habitude je déteste, mais être suivie par la médecine de travail » I.2

- **Dispense de gardes avant le troisième mois de grossesse si nécessaire :**

« alors que les 2 premiers c'est souvent les plus fatigants finalement on est toujours sur le planning de garde » I.1

- **Stages plus proches du domicile à la reprise :**

« Pour ça au niveau distance, fin qu'on n'ait pas accès à des stages plus près parce qu'on a un enfant, c'est sûr que c'est pas forcément sympa par rapport aux autres, parce que tout le monde a envie d'être près de chez soi, mais c'est vrai que ce serait avantageux quand même. » I.1

- **Aménagements d'emploi du temps à la reprise :**

« bah au moins de finir plus tôt » « bah soit par exemple qu'on puisse finir un peu plus tôt, » « Ou justement avoir une demie journée » « ou des horaires un peu aménagés » I.1

« Mais en reprenant à mi temps. » I.6

Horaires fixes « et c'est vrai qu'après ce serait beaucoup plus simple en temps que maman interne d'avoir des horaires fixes. Ça changerait la vie. » I.6

- **Pas de gardes le semestre suivant la naissance :**

« Mais après je pense qu'on pourrait euh, fin ça pourrait être adapté. Quand tu as un tout petit comme ça on pourrait. Enfin je pense que le semestre qui suit ton congé maternité tu pourrais être aussi dispensée de garde. » I.5

- **Mise à disposition d'un lieu pour tirer le lait et d'un moyen de conservation :**

« on pourrait avoir des, enfin un espace en tout cas pour pouvoir tirer, quelques heures pour pouvoir tirer le lait, c'est vrai que moi j'étais en pédiatrie ça aurait pu aller, mais y'avait pas de frigo sur place, pas de tire lait. » I.1

- **Plus de souplesse dans les validations de stage pour ne pas perdre de semestre :**

« Rendre malléables les critères de validation d'un stage pour une femme enceinte » I.2

« bah ça déjà, euh essayer de faire en sorte qu'on récupère quand même » I.4

- **Plus de souplesse dans le choix du surnombre :**

« Ouais, moi je pense que ça pourrait être, qu'on pourrait passer du statut surnombre ou pas pendant la grossesse » I.1

- **Modifier les conditions de déclassement qui étaient beaucoup critiquées, et jugées injustes :**

« Enfin le fait qu'on soit déclassé, euh déjà on n'est pas trop aidé en règle générale, mais là qu'on soit en plus déclassé parce qu'on a décidé de faire un enfant, c'est un peu dur » I.1

Reclassement par ancienneté en priorité et non par rang de classement aux ECN :

« ils devraient faire en fonction de ta promo .par promo, après c'est par ancienneté et par promo. T'es plus vieille t'étais euh 5ème de ta promo, tu te décales tu te retrouves 1ère de ta promo, si y'en a d'autres qui sont décalés pour d'autres raisons, euh et qui étaient 1er de promo, c'est toi la plus vieille quand même. » I.7

- **Diffuser plus largement l'information :**

« Sur le site de l'ARS, c'est pas signalé je pense. Je trouve qu'on signe notre papier de surnombre validant on n'a aucune information quoi. On nous explique comment choisir notre stage, que voilà on a droit à un stage où il reste un poste, que ce sera validant. Mais euh voilà. Il n'y a personne qui nous dit si on a droit à des comment dire, à des aménagements d'horaires. Si on a droit à, voilà, si nos vacances sont comptées, voilà quoi. » I.9

- **Disposer de documents sur internet clairs et faciles d'accès :**

« je trouve qu'on devrait être plus informé sur les modalités de validation donc via l'ARS, via l'AIMGL, via...je sais pas euh, les sites d'internes. Ou même les sites officiels. La fac, Lille 2, pour permettre de voilà, d'être plus sûr, d'être plus serein. » I.9

Discussion

I. Limites de l'étude.

Le biais d'investigation a pu être limité grâce aux nombreux audits du comité thèse. En effet les retranscriptions d'entretiens étaient relues et critiquées avec les participants des réunions thèses. Les remarques ont permis d'améliorer la qualité des entretiens et d'enrichir le canevas de questions.

La triangulation des chercheurs a permis de limiter **le biais d'interprétation**. En effet les entretiens étaient analysés par 3 enquêteurs différents de façon autonome. Les codages étaient ensuite mis en commun et discutés. De plus les résultats sont concordants avec les données de la littérature.

Il existe des biais liés à la méthodologie :

Lors du focus group le modérateur était le directeur du département de médecine générale de la FMM . Ceci aurait pu bloquer les participants. Mais les participants n'ont pas hésité à exprimer leurs idées, même lorsqu'elles étaient assez critiques envers la faculté.

Il n'est pas apparu de leaders d'opinions, et aucune norme de groupe n'est ressortie.

II. Forces de l'étude.

A. Choix de la méthode qualitative.

Nous avons choisi la méthode qualitative afin d'expliquer les raisons du choix de la parentalité lors des études de médecine, et pour comprendre le vécu des internes parents.

Le focus group permet de créer une dynamique de groupe et ainsi d'obtenir plus d'idées auxquelles les participants n'auraient peut être pas pensé en entretien individuel.

Les entretiens individuels permettaient une discussion plus confidentielle.

B. Choix des participants.

L'échantillonnage était raisonné afin d'inclure des participants avec des personnalités, des expériences de vie et des contextes familiaux différents. Ceci afin de faire émerger la plus grande diversité des opinions.

La spontanéité des réponses était conservée puisque la question de recherche n'était pas donnée lors du recrutement des participants.

C. Validité scientifique.

Les critères de scientificité ont été rigoureusement respectés :

- Triangulation des méthodes et des chercheurs
- Saturation des données
- Rétroaction
- Et confrontation aux données de la littérature.

La méthode et le travail ont été régulièrement contrôlés par le comité thèse de la FMM.

D. Originalité et intérêt de la question.

Aucun travail qualitatif n'existe sur ce sujet en France. L'intérêt porté par les internes et médecins généralistes lors des congrès renforce la légitimité de notre recherche.

III. Analyse des résultats.

Le projet de parentalité

Il n'y avait pas de moment idéal pour fonder une famille. Les attitudes étaient partagées, entre ceux qui avaient suivi leur désir d'enfant, parfois sans se soucier des répercussions professionnelles. Avec le sentiment qu'ils arriveront toujours à s'en sortir. Et ceux qui au contraire avaient pu calculer la date de fécondation idéale pour le déroulé de l'internat. Parmi ces derniers, certains regrettaient d'avoir trop attendu.

La majorité des internes femmes qui n'avaient pas planifié la première grossesse

avouaient être plus réfléchies pour la seconde, avec l'idée de terminer le DES au plus vite.

Si l'internat est une période de vie où le désir d'enfant apparaissait logique (40), les participants reconnaissaient que c'est une période qui peut être difficile pour la vie de famille. En effet la validation du DES repose sur la réalisation d'une maquette de stages précise. Chaque stage dure 6 mois. Les lieux de stage s'étalent sur tout le Nord-Pas-de-Calais. Les obligations de service exigent une présence à l'hôpital parfois conséquente. Il s'ajoute à cela les gardes de nuit et weekend end. Le choix des stages s'effectue selon l'ancienneté et le rang de classement aux ECN. Les critères sociaux comme les enfants ou le mariage ne sont pas pris en compte lors des répartitions.(14)(15)(18) Dès lors on comprend bien qu'il est assez difficile d'organiser la vie avec l'enfant.

Mais l'internat permet de bénéficier des avantages du salariat. Ainsi les internes ont la possibilité d'avoir des arrêts maladie, un congé maternité rémunéré. Grâce au surnombre elles n'ont pas à se soucier d'être remplacées en cas d'arrêt inopiné.

Elles reconnaissaient que toutes ces facilités n'existent pas dans l'exercice libéral. Une étude qualitative réalisée en pays de Loire en 2008 avait montré les obstacles rencontrés par les médecins généralistes libérales lors de la grossesse.(41) Elles évoquaient les difficultés à trouver un remplaçant au pied levé en cas de complications médicales. Certaines hésitaient à réduire leur activité lorsqu'elles étaient installées depuis peu. Elles avaient le sentiment d'abandonner leur patientèle. Ce sentiment était partagé par l'une de nos participantes, tout juste thésée, en arrêt maladie suite à des contractions au cours de sa seconde grossesse. On retrouve cette même culpabilité, avec la peur de perdre une partie de sa patientèle dans la thèse de Marie PICHON-PAWELSKI.(9)

La grossesse

Les internes n'avaient pas toutes eu la chance de vivre une grossesse sans complications médicales. Certaines avaient dû s'arrêter de travailler à cause de MAP. Selon elles les conditions de travail n'étaient pas, à elles seules, à l'origine de ces complications. Mais elles pouvaient rendre la grossesse inconfortable. Elles mettaient en cause les contraintes physiques de la profession (station debout prolongée, repas à des heures tardives, gardes de nuit, trajets en voiture...). Les internes s'accordaient sur le fait que la grossesse rend l'exercice de la médecine difficile compte tenu des modifications anatomiques liées à la grossesse et des symptômes qui s'y associent.

Lors de la reprise du travail la difficulté voire l'impossibilité de poursuivre l'allaitement avait été un réel problème. Certaines internes se sentaient tiraillées entre les besoins de leur famille et ce qu'elles souhaiteraient leur offrir, et les impératifs de la profession. Nos résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature. (42)(43)

En 2001 une étude qualitative menée au Canada auprès de médecins généralistes ayant eu un congé maternité au cours de leur résidanat entre 1994 et 1999 soulignait les mêmes problèmes :(44)

- fatigue, stress occasionné par les gardes, perte de mobilité lors de la grossesse.
- Difficulté à concilier les soins à apporter aux patients tout en gérant les nausées et vomissements.
- conflit entre la culpabilité de travailler moins en augmentant la charge de travail des collègues, l'éthique professionnelle et les préoccupations d'un jeune parent.
- obstacles à l'allaitement, le manque laissé par l'enfant.

Vie familiale

L'arrivée des enfants entraînait un remodelage de la dynamique familiale. Ainsi une routine chronométrée s'installait. Les imprévus devenaient très compliqués à gérer et

obligeaient à s'en remettre aux aidants. Dans ces aidants la famille pouvait occuper une place primordiale.

La vie de couple demandait également des ajustements afin de ne pas s'éloigner.

Il était indéniable que l'un des deux parents était contraint de faire des sacrifices professionnels. Certains médecins avouaient qu'avoir une femme à temps partiel voire en congé parental était un avantage dans l'organisation. Mais aucune des internes femmes interrogées n'aurait envisagé d'abandonner son métier.

Les priorités et les objectifs des internes étaient remis en perspective. En effet, la naissance d'un enfant apporte un équilibre à la fois personnel et professionnel. Certes des sacrifices sont nécessaires mais il ne s'agit pas d'abandonner ses rêves.
(45)

Vie professionnelle

Pour certains l'arrivée d'un enfant avait conduit à modifier, volontairement ou non, le projet professionnel : abandon ou retard d'entrée dans un DESC, changement dans les conditions envisagées pour l'exercice libéral. L'objectif recherché était chaque fois de privilégier un mode d'exercice qui laisserait du temps à consacrer à la vie de famille. Ce constat s'ancre dans la tendance retrouvée dans plusieurs autres travaux de thèses étudiants les spécificités du mode d'exercice féminin⁽³⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾. La médecine se modernise et les conditions d'exercice changent. Si l'on ne peut attribuer les changements de comportements professionnels uniquement à la féminisation, il est indéniable que l'emploi des femmes conduit à un remodelage de « la dynamique » familiale. En effet si les hommes médecins sont mariés à des femmes actives ils doivent s'investir davantage dans la sphère familiale.

Mais ces changements dans les rapports des médecins à l'égard de l'exercice ne sont pas uniquement liés à de nouvelles volontés d'articulation des différentes sphères privées et professionnelles. Elles accompagnent également un changement de considération et d'attentes des patients envers la médecine générale libérale.⁽¹⁾

Les conséquences de l'invalidation d'un stage avaient été multiples, et jugées par certains participants discriminatoires. Delphine Besson dans son article « interne en

médecine et enceinte : la double peine » (48) dénonce le déclassement systématique lié au congé maternité. D'ailleurs l'ISNAR-IMG avait proposé au Ministère des tutelles de modifier les conditions de déclassement.(34) Ces propositions sont pour l'instant sans réponses.

En revanche tous considèrent que la formation ne doit pas pâtir du choix de la parentalité. Plusieurs articles s'accordent sur ce point. (49)(50)

Certaines pointaient le décalage qu'il existe entre les responsabilités assumées au sein de la famille et le manque de légitimité et de considération que peuvent vivre les internes en stage.

Relationnel

Il ressort du focus group que les relations avec la hiérarchie dépendaient du lieu de stage. En effet dans les hôpitaux périphériques les chefs semblaient plus enclins à accepter des aménagements d'horaires et à prendre en compte les contraintes des internes parents qu'au CHRU. Le stage au CHRU était souvent pointé du doigt. Les urgentistes avaient été les plus réfractaires au projet de parentalité des internes. Mais les obstacles rencontrés par les internes de médecine générale sont bien loin de ceux affrontés par les internes de spécialité.

Les relations entre internes étaient souvent conflictuelles. Les répartitions de gardes et de vacances devenaient souvent problématiques.

Les équipes paramédicales étaient d'un soutien appréciable.

Législation

Il existe en France plus que dans d'autres pays notamment les Etats Unis (50) une réglementation entourant la grossesse et la maternité jugée favorable par certaines des participantes. Mais en pratique ces dispositions n'étaient pas toujours connues aussi bien des internes que des chefs de service ou de l'administration. De plus certaines paraissent incompatibles avec l'organisation du temps de travail. En effet demander l'heure dite de grossesse ou l'heure prévue pour le maintien de

l'allaitement semble irréalisable dans une profession sans horaires fixes et comportant des urgences vitales.

Le surnombre est une avancée considérable. S'il ne profite en réalité pas aux internes enceintes, il garantit aux services un effectif constant au cours du stage. Il permet d'éviter un surcroit de travail aux autres internes lors de l'absence de l'interne enceinte. Cette charge de travail supplémentaires était évoquée dans l'éditorial de L. Garth L. Warnock pour le Canadian Journal of Surgery (49)

Propositions d'amélioration

Elles étaient concordantes avec plusieurs études allemandes : (51)(52)

- L'amélioration de l'accès à l'information.
- Une approche plus flexible dans la validation des stages et des cours.
- Des aménagements à la reprise du travail.

Conclusion

L'internat apparait comme une période propice à la fondation d'une famille. Depuis la création du surnombre la législation est plus favorable aux internes enceintes. Cependant il persiste des obstacles à la concrétisation de ce désir d'enfant.

La mise en place d'un livret d'information et d'une personne ressource dans les facultés pourrait réduire les difficultés des internes. De plus, l'instauration d'aménagements à la reprise du travail pourrait faciliter l'allaitement, et permettre aux jeunes mères de passer plus de temps avec le nourrisson.

L'étude pourrait être menée dans les autres facultés françaises dans la mesure où certaines disposent d'accords différents concernant la validation des stages, le déclassement ou la reprise des gardes.

Plusieurs courants s'opposent. D'un côté se trouvent celles qui assument les différences homme/femme. Les autres souhaitent être considérées au même titre que leurs confrères masculins. Les premières reconnaissent ne pas pouvoir assumer tous les rôles à plein temps. Elles n'envisagent cependant pas de travailler moins, mais différemment. Les secondes essaient de s'investir professionnellement autant que les hommes, laissant parfois les sacrifices professionnels à leurs conjoints. Mais elles regrettaient chaque fois le manque de temps passé avec leurs enfants. Dans les 2 cas, les 2 parents ne pouvaient pas mener pleinement leurs carrières professionnelles. Mais ce souci, nouveau, de l'articulation entre les sphères sociales, familiales et professionnelles ne touche pas uniquement les femmes. Il s'agit d'un nouveau mode de vie désiré par la jeune génération d'actifs, quelque soit le sexe.

Il est étonnant d'entendre aujourd'hui encore des internes hommes souhaiter une femme au foyer, alors qu'ils ont côtoyé pendant tout leur cursus des femmes, aussi investies qu'eux professionnellement. La parité serait-elle un idéal inenvisageable ? La société aurait elle créé une génération de femmes hautement diplômées et qualifiées, en quête d'égalité, tiraillées par leur désir de maternité presque stigmatisé dans le monde du travail ?(53) Plutôt qu'envisager un alignement des femmes actives sur le modèle masculin ne devrions nous pas en imaginer un nouveau, prenant en considération non pas le sexe mais la situation familiale ?

Références bibliographiques

1. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc.* 1 mars 2005;1(1):59-81.
2. RAULT J-F, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. atlas de la démographie médicale en france, situation au 1er janvier 2014.
3. BASUIAU M, LAFORGE R. analyse descriptive des conditions d'exercice des femmes médecins généralistes installées dans le nord. [Lille, France]: Lille 2 Henri Warembourg; 2012.
4. ROBELET M, LAPEYRE N, ZOLESIO E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. 2006.
5. RICROCH L. En 25 ans, moins de tâches domestiques pour les femmes, l'écart de situation avec les hommes se réduit. *Regards sur la parité.* 2012^e éd. 2012.
6. ministère des droits des femmes, DGCS. 2011 chiffres-clés . L'égalité entre les femmes et les hommes. 2012.
7. Schlesinger B, Schlesinger R. Postponed Parenthood: Trends and Issues. *journal of the comparative family studies.* vol 20, numero 3. automne 1989;
8. Bellamy V, Beaumel C. bilan démographique 2013. INSEE PREMIERE. janv 2014;(1482).
9. PINCHON-PAWELSKI M. être mère et médecin généraliste: est ce compatible? enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine. Nancy 1 Henri Poincaré; 2007.
10. ameli.fr - Vous êtes enceinte : votre congé maternité [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-conge-maternite/duree-du-conge-maternite.php>
11. Code du travail article L1225-16 à 28 [Internet]. code du travail. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=88045CFD099DD0C926E89CFAA8D32823.tpdjo17v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006195592&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20131220
12. conge_maternite.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conge_maternite.pdf
13. BEZ N. MG France - La Maternité [Internet]. MG France. Disponible sur: <http://www.mgfrance.org/content/view/432/641/>

14. ISNAR-IMG. PRECIS à l'usage des futurs internes de médecine générale ECN 2014. 2014.
15. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
16. admin. D.E.S. de médecine générale [Internet]. ISNAR-IMG. 2012. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/content/des-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale>
17. admin. Flash infos : Temps de travail des internes, quoi de neuf ? [Internet]. ISNAR-IMG. 2014. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/content/flash-infos-temps-de-travail-des-internes-quoi-de-neuf>
18. Code de la santé publique - Article R6153-20. Code de la santé publique.
19. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 févr 26, 2015.
20. Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité.
21. admin. Droits de l'interne enceinte [Internet]. ISNAR-IMG. 2012. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/content/droits-de-linterne-enceinte>
22. Code de la santé publique - Article R6153-13. Code de la santé publique.
23. Décret n° 2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2010-700 juin 25, 2010.
24. Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé. INSTRUCTION N° DGOS/RH1/2011/141 du 13 avril 2011 relative à la réforme de l'organisation du troisième cycle des études de médecine.
25. Isni A. La grossesse pour l'interne | Le site pour tous les internes en médecine [Internet]. ISNI | Le site pour tous les internes en médecine. Disponible sur: <http://isni.fr/la-grossesse-pour-linterne/>
26. Etre interne et enceinte - Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: <http://www.crp-img.fr/wp/index.php/infos-pratiques/etre-interne-et-enceinte/>
27. Antidote16.pdf [Internet].. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/sites/default/files/antidote/Antidote16.pdf>
28. Thirion MD. L'Allaitement: De la naissance au sevrage. Albin Michel; 2014. 351 p.
29. Pilliot M. l'allaitement maternel est beaucoup plus qu'une simple histoire de sein ou qu'un sujet de nutrition . Lettre ouverte à « Libération ». 2007.

30. HAS, Mission Formation. favoriser l'allaitement maternel .Processus-Evaluation. 2006 juin.
31. OMS | L'allaitement maternel [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/fr/index8.html>
32. OMS | Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement [Internet]. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591544/fr/
33. le guide de l'allaitement maternel. INPES.
34. POGU G. Navette Actu mensuelle à destination des Adhérents de l'ISNAR-IMG. 2013 juill.
35. BORGES DA SILVA G. la recherche qualitative:un autre principe d'action et de communication. Rev Médicale Assur Mal. juin 2001;32(2).
36. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLIART L. introduction à la recherche qualitative. EXERCER. 2008;19(84).
37. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra JL. s'approprier la méthode du focus group. La Revue du praticien médecine générale. 15 mars 2004;18(645):382, 383,384.
38. Thibeault E. A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés [Internet]. <http://www.adjectif.net/spip>. 2010. Disponible sur: <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>
39. BORYS M-F, MILLOT C. quel rôle le médecin généraliste souhaite-t-il avoir dans le dépistage du mélanome? [Lille, France]: Henri Warembourg Lille 2; 2013.
40. Hutchinson AM, Anderson NS 3rd, Gochnour GL, Stewart C. Pregnancy and childbirth during family medicine residency training. Fam Med. mars 2011;43(3):160-5.
41. Geffroy M, Baron C, Moulévrier P, Bouquet É, Fanello S. Les femmes médecins généralistes et leur grossesse Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire. Médecine. 1 mai 2010;6(5):236-40.
42. Riggins C, Rosenman MB, Szucs KA. Breastfeeding Experiences Among Physicians. Breastfeed Med. juin 2012;7(3):151-4.
43. Merchant S, Hameed M, Melck A. Pregnancy among residents enrolled in general surgery (PREGS): a survey of residents in a single Canadian training program. Can J Surg. déc 2011;54(6):375-80.
44. Walsh A, Gold M, Jensen P, Jedrzkiewicz M. Motherhood during residency training: challenges and strategies. Can Fam Physician Médecin Fam Can. juill 2005;51:990-1.

45. Williams J. On becoming « Dr. Mom ». CJEM. sept 2009;11(5):496-7.
46. HOULBERT C. conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes installées en midi-pyrénées. Toulouse III Paul Sabatier; 2013.
47. Woerther A. La féminisation de la Médecine Générale en Lorraine: enquête auprès des résidents de la Faculté de Médecine de Nancy en 2005. Nancy 1 Henri Poincaré; 2005.
48. Besson D. Interne en médecine et enceinte: la double peine. [Internet]. Maman travaille. [Disponible sur: http://yahoo.mamantravail.fr/maman_travail/2012/02/interne-en-m%C3%A9decin-et-enceinte-la-double-peine-par-delphine-besson.html]
49. Warnock GL. Pregnancy during postgraduate surgical training. Can J Surg J Can Chir. déc 2011;54(6):365-6.
50. Jaggi R, Tarbell NJ, Weinstein DF. Becoming a Doctor, Starting a Family — Leaves of Absence from Graduate Medical Education. N Engl J Med. 2007;357(19):1889-91.
51. Niehues J, Prospero K, Fegert JM, Liebhardt H. Family-friendliness in Medical Studies in Baden-Württemberg. Results of a State-wide Study. GMS Z Für Med Ausbild [Internet]. 23 avr 2012;29(2). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3339324/>
52. Becher J, Fritz H, Neumaier-Probst E, Scheib-Berten A. Compatibility of Studies and Family: Approaches at the Medical Faculty Mannheim. GMS Z Für Med Ausbild [Internet]. 23 avr 2012;29(2). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3339695/>
53. Ecartées pour grossesse : avalanche de plaintes à la Halde [Internet]. Rue89.. Disponible sur: <http://www.rue89.com/2011/05/04/ecartees-pour-grossesse-la-halde-croule-sous-les-plaintes-202347>

Annexes :

Annexe 1 : guide d'entretien :

Questions de présentation :

- âge
- parcours professionnel et étudiant.
- situation maritale, profession du conjoint
- nombre enfants, âges actuels
- à quel moment dans la formation sont nés les enfants ?

FOCUS GROUP :

- comment s'organise le quotidien ? (mode de garde +++, conduites, temps personnel, tâches ménagères ..., répartition entre maman/ papa, qui sont les aidants)
- quelles difficultés sont rencontrées, lesquelles peuvent être liées à la profession ? pour ceux qui ne sont plus interne reprendre la même question pendant internat et maintenant. Comment gérer les imprévus (enfant malade, nounou malade ect...). Quelle organisation pour les gardes ? Pour les vacances
- quels sont les rapports avec les co internes, les chefs et les équipes soignantes en stage notamment concernant les contraintes liées à la parentalité (vacances, gardes, enfant malade ...)
- qu'est ce qui a changé depuis l'arrivée des enfants ?
- pendant la grossesse et au moment de la naissance à quoi avez-vous eu droit ? (notamment congé paternité, absence pour les RDV médicaux, ect), comment c'était perçu par les chefs /co internes / équipe soignante ? Quelles sont les différences par rapport à d'autres professions ?
- comment s'est construit le projet de parentalité ? en quoi l'internat a influencé ce projet ?
- quel impact a eu l'arrivée des enfants sur le parcours professionnel, et sur le projet professionnel ? (sous entendu est ce que le choix de la spécialité initialement était influencé par le souhaite de fonder une famille, et sur la façon de concilier vie privée / vie prof, est ce que le choix du mode d'exercice dépend de la parentalité ?)
- quelles difficultés rencontrez-vous pour concilier parentalité et études médicales ? Quelles améliorations pourraient être apportées ?
- selon vous, l'internat a-t-il eu un impact sur la grossesse de votre compagne.

Entretiens individuels :

-comment s'organise le quotidien (mode de garde, emploi du temps, conduites), quelles sont les difficultés rencontrées ? Qu'est ce qui a changé depuis que tu es maman ?

-Comment s'est déroulée la grossesse ? À quoi avez eu droit pendant la grossesse ? Quel impact le stage peut avoir sur une grossesse ? Et inversement, quel impact a eu la grossesse sur le stage ?

-comment s'est construit le projet de parentalité ?

-quel impact a eu la naissance des enfants sur le projet professionnel ? sur le stage ? sur la formation théorique ?

-comment étaient les relations avec les co internes, les chefs et les équipes paramédicales ?

-quelles difficultés étaient et sont rencontrées ?

-comment trouves tu l'accès aux informations ? connais tu les droits de l'interne enceinte ?

-propositions d'amélioration ?

Annexe 2 : codage axial

VIE PROFESSIONNELLE :

- Solutions de facilitation
- Remplacements
- Rapport au temps
- Questionnement incertitudes
- Qualité des stages
- Projet professionnel
 - ✓ Modifications liées à la parentalité
- Projet
- Problèmes soulevés
- Place de l'interne de médecine générale
 - ✓ Difficulté de se faire une place
- Pas de traitement de faveur justifié
- Parcours professionnel
 - ✓ Période de transition
 - ✓ Répercussions
- Organisation :
 - ✓ Professionnelle
 - ✓ Des internes en stage
 - ✓ personnelle
- moyens utilisés
- la formation théorique :
 - ✓ impact sur les études
 - ✓ la thèse
- ✓ retard pris dans la formation
- exemple des aînés
- éthique
- déclassement
 - ✓ validation des stages
 - ✓ perte des acquis liés au mérite
- croyances
 - ✓ idéalisation de la profession
 - ✓ vision erronée de l'internat
- conciliation
- concessions professionnelles :
 - ✓ obligation pour l'un des parents de faire des concessions professionnelles
 - ✓ facilité quand l'un des parents ne travaille pas
- comparaison avec l'étranger
- comparaison avec les autres internes
- classement ECN
- changement liés à la parentalité :
 - ✓ Priorités
 - ✓ choix
 - ✓ changement avant/après
 - ✓ impact négatif de la parentalité
 - ✓ hiérarchisation des tâches
- carriérisme

VIE PERSONNELLE

- Vie de famille :
 - ✓ Routine
 - ✓ Centrée sur l'enfant
 - ✓ Répartition des tâches
 - ✓ Absence d'improvisation
 - ✓ Absence de temps personnel
 - ✓ Lieu de vie
 - ✓ Gestion des imprévus
 - ✓ Conciliation vie privée/ vie professionnelle
- Temps personnel
- Solutions de facilitation
- Solution de dépannage
- Ressenti du papa et de la famille
- Répercussion sur la vie personnelle
- Rapport au temps
- Projet de vie
- Programmation anticipation
- Problèmes soulevés
- Organisation
- Moyens utilisés
- Mode de garde :
 - ✓ Organisation de la garde
 - ✓ Facilité
 - ✓ Rigidité des horaires de la crèche
 - ✓ Difficultés population générale
 - ✓ Difficulté supplémentaires liées au statut interne
 - ✓ Craintes
 - ✓ Coût
 - ✓ L'école

- Maman et interne :
 - ✓ Influence du métier sur la façon de vivre la parentalité
 - ✓ Apprendre à devenir mère
- Histoire familiale
- Facilités
- Environnement social
- Difficultés rencontrées
- Le couple :
 - ✓ Difficultés relationnelles
 - ✓ Attente du conjoint
 - ✓ Préserver le couple
 - ✓ Conjoint compréhensif
 - ✓ Ressenti du couple
- Le père
 - ✓ Place du père
 - ✓ Organisation mari/ papa
 - ✓ Image du père
- Difficultés liées à la profession :
 - ✓ Rythme soutenu
 - ✓ Problème des vacances
 - ✓ Problème des gardes
 - ✓ Problème des congés enfants malades
 - ✓ Obligation de continuité des soins quelques soit les impératifs personnels
- Différence premier et second enfant
- Contrainte
- Comparaison avec les autres familles
- Aidants (nourrice, famille) :
 - ✓ Ne pas transférer l'éducation des enfants
 - ✓ Dépendance des aidants
 - ✓ Confiance
- L'enfant

PROJET DE PARENTALITE

- Raisons du choix de la MG :
 - ✓ Avantage de la MG pour le projet de parentalité
 - ✓ Difficultés autres spécialités
 - ✓ Qualité de la formation des internes de spécialités
- Questionnement incertitude
- Questionnement
- Projet
- Précarité :
 - ✓ Sociale
 - ✓ Difficultés financières
 - ✓ Financière
 - ✓ Du statut d'interne :
 - Horaires amples et variables
 - Changement de stage tous les 6 mois
- Influence des études sur le projet de vie
- Désir d'enfant
- Comparaison libéral/ salariat :
 - ✓ Difficultés du libéral
 - ✓ Contraintes de la médecine générale libérale
 - ✓ Conséquences négatives de la grossesse
- Avantage de l'internat pour fonder une famille :
 - ✓ Etat de santé
 - ✓ Congé paternité
 - ✓ Date de la grossesse dans les études
 - ✓ Conseils aux futures internes enceintes
 - ✓ Assistanat et clinicat

GROSSESSE

- solutions pour ne pas perdre un semestre :
 - ✓ parades mises en œuvre pour travailler plus longtemps
 - ✓ modifications des dates de congé maternité
 - ✓ critères de validation d'un semestre
- révolte et rancœur
- ressenti perso :
 - ✓ solitude
 - ✓ satisfaction
 - ✓ pression, inquiétudes, incertitudes
 - ✓ perte des liens sociaux
 - ✓ impression d'être de trop
 - ✓ enrichissement apporté par la maternité

- ✓ difficultés émotionnelles
- ✓ culpabilité
- ressenti et vécu des autres internes enceintes
 - ✓ vécu des autres internes
- reprise du travail :
 - ✓ éléments facilitateurs
 - ✓ disponibilités
 - ✓ difficultés
 - ✓ dates
 - ✓ aménagements
 - ✓ allaitement :
 - durée
 - difficultés rencontrées
 - arrêt forcé
 - absence d'aménagements
- problèmes de santé personnel
- moyens utilisés
- grossesse et stage :
 - ✓ répercussions sur l'état de santé
 - ✓ durée du congé maternité
 - ✓ difficultés liées à la grossesse
 - ✓ difficultés engendrées par le stage
 - ✓ difficultés physiques
 - ✓ déroulé du stage
 - ✓ trajet distance
 - ✓ dangers et risques
 - ✓ choses qui aident
 - ✓ choix stratégiques
 - ✓ déroulement de la grossesse
 - ✓ annonce de la grossesse
- conséquences négatives pour un service d'avoir une interne enceinte non en surnombre
- facilités

RELATION AUX AUTRES

- solutions facilitations
- ressenti patients
- ressenti équipes :
 - ✓ conséquences négatives de la présence d'une interne en surnombre
 - ✓ aide, soutien, encouragement
- relation avec les autres internes :
 - ✓ soutien
 - ✓ rivalité
 - ✓ organisation
 - ✓ réaction des autres internes
 - ✓ entraide
 - ✓ ambiance
- regard des autres
- rapport avec la hiérarchie :
 - ✓ mauvais
 - ✓ manque de transparence
 - ✓ les prévenir en cas de problème
 - ✓ indifférence
 - ✓ compassion, aide
 - ✓ blocage projet
 - ✓ blocage de la hiérarchie
 - ✓ défense face aux exigences
 - ✓ importance d'être franc avec
- équipe
- aides financières

LEGISLATION :

- vécu des autres membres du personnel hospitaliers
- surnombre :
 - ✓ manque de discrétion lors de la répartition
 - ✓ face cachée
 - ✓ avantage
 - ✓ absence de définition claire
- solutions détournées
- réglementation :
 - ✓ incompatibilité avec travail de l'interne
 - ✓ droits de l'interne enceinte :
 - respect
 - non respect
 - non connue des chefs de service
 - ✓ progrès récents
 - ✓ différence avec les dispositions habituelles

- problèmes soulevés
 - aménagements pour les papas et futurs papa :
 - ✓ congé paternité
 - accès aux informations :
 - ✓ sources multiples
- ✓ qualité
 - ✓ non recherchées
 - ✓ méconnaissance
 - ✓ isolement
 - ✓ interlocuteurs
 - ✓ fausses informations
 - ✓ défaut

PISTES AMELIORATION

- suivi personnalisé
 - suivi par médecine du travail
 - stages plus proches du domicile
 - reprise à temps partiel/
aménagements d'horaires
 - plus de souplesse dans les critères de validation de stage
- plus de souplesse dans le choix du surnombre
 - référent
 - pas de gardes à la reprise
 - diffuser plus largement l'information
 - changer conditions de déclassement
 - à propos de l'allaitement

PRESENTATION DES PARTICIPANTS :

- profession du conjoint
- présentation
- parcours professionnel
- date grossesse et études
- classement ECN
- âges enfants

Annexe n°3 : entretien 2

I : est ce que tu peux me dire comment s'organise le quotidien ? Avec ton fils, avec le stage tout ça,

R : tu veux que je décrive ma journée ?

I : ouais

R : et bien le matin je me lève à 5h45 (rires) qu'est ce que je fais ? je déjeune, je prépare le déjeuner de mon fils, je fais mon temps de sport, et donc il est à peu près 6h et demi, 6h45, je vais me doucher, il est 7h moins 10, je prépare le sac pour la nourrice, je prépare mon sac, je mets le tout dans la voiture, je monte réveiller mon fils, je le lève, je commence à lui donner à manger si j'ai le temps, sinon je le mets directement dans la voiture, pour arriver chez la nourrice à 7h30 pétante, je dépose mon fils, je dépose le sac de mon fils, je parle 5 minutes avec la nourrice, et je me mets en route pour ce merveilleux stage qui est à Boulogne (exclamation) , c'est-à-dire à 85 km de chez moi, donc je conduis, et après je fais ma journée de stage, euh je déjeunais chez mes Prats donc y'avait pas de soucis pour le déjeuner, je termine à 6 heures, je refais mes 85 km, de retour, alors soit les jours où il est encore chez la nourrice, je vais le chercher chez la nourrice à 7h du soir, soit ma maman a déjà recherché mon fils à 5h et demi donc il est chez moi euh...donc j'ai mon fils, auquel cas comment ça s'organise...je pose les sacs, je défais les sacs, je prépare le dîner, je vais doucher mon fils, je me douche dans la foulée, on dîne, donc soit mon fils avant et moi après soit les 2 en même temps, et après il est 7h et demi 8h, on fait une histoire avec mon fils, je lui donne son doudou et je le mets au lit, il est 8h et demi, et là je vis ! (exclamation) , je

commence ma journée, et je peux enfin me poser, regarder la télé, faire ce que j'ai à faire, rebosser mon, faire ce que j'ai à faire quelque chose dans la journée , faire mes papiers, mes courriers , un peu de ménage, et je me couche vers 10h et demi 11h . Voilà ! (rires)

I : tu peux me redire quel âge il a ton fils ?

R : 15 mois

I : 15 mois

R : bientôt 16

I : et donc tu vis avec ta mère, c'est ça ?

R : ouais

I : d'accord

R : pour l'instant, en attendant je suis SDF (rire) euh, donc j'attends mon logement qui sera prêt, euh en juin minimum, octobre au plus tard. Donc pour l'instant euh pour pas avoir de loyers, de charges, en plus, et pour avoir la possibilité de garder mon fils lors des gardes. Ça c'était une journée sans garde, il y a aussi les journées avec garde, qui sont pas les mêmes, parce que j'ai la nuit à organiser pour mon fils, euh, c'est un avantage, financier, et de la personne en fait.

I : (rire) et il y a des choses qui sont particulièrement difficiles dans cette organisation ?

R : les horaires,

I : c'est-à-dire ?

R : euh le fait de devoir se lever tôt, se coucher tard, pas souvent le temps, on doit tout gérer,

le fait de dépendre de quelqu'un, ça c'est compliqué, toujours dépendre de quelqu'un pour son gamin, donc dépendre de la nourrice, est ce que la nourrice sera là, est ce qu'elle sera pas là ? Est ce que ma maman pourra le chercher ou non le petit, voilà.

I : d'accord, et euh tu me disais, les journées avec gardes, comment ça se passe ?

R : et bien alors là c'est la pêche, en fait c'est le même déroulé de la journée sauf qu'à 6h ben je passe en garde et que mon fils la nourrice le prend pas la nuit, donc il est euh, il est chez quelqu'un, donc il faut trouver cette personne, donc c'est ma mère qui va chercher mon fils et qui va le déposer chez cette personne si elle peut pas le garder, si c'est elle qui le garde c'est elle qui va le reprendre à la maison. Mais ce qui change c'est le temps qu'on va passer à penser à notre enfant, quand on est dans le travail parce que ça c'est un moment qui est normalement dédié à notre enfant et que nous on continue à travailler, c'est le moment où on se dit bah je vais appeler pour avoir des nouvelles, pour essayer de l'entendre, pour qu'il me parle au téléphone. C'est ça en fait qui revient en considérations, et bien sûr dans la préparation de la journée prévoir le déjeuner, enfin le petit déjeuner, le déjeuner, le dîner, il faut penser à toutes les affaires pour la nuit, etc. etc. Et c'est aussi le facteur confiance, il faut faire confiance à beaucoup plus de personnes, parce qu'une nourrice bah elle est agréée pour, la nuit ma nourrice prend pas, donc soit j'avais l'option d'en prendre une agréée mais ça c'est pas faisable, parce que c'est super cher, soit euh je fais confiance à des gens qui garderont mon petit, quoi, et puis c'est, y'a le facteur financier, le facteur confiance, et puis le facteur

culpabilité, c'est la culpabilité où on se dit aussi bah j'ai eu un enfant je suis toute seule avec et euh, finalement je le vois pas, et euh, qu'est ce que je lui apporte moi.

I : et c'est quelque chose, tu t'attendais à ces difficultés là où t'en rencontres des autres ? Ou euh...

R : euh on s'attendait aux difficultés, oui mais on essaie d'anticiper quand on est enceinte, on s'imagine le déroulé d'un quotidien, après c'est une chose de s'imaginer, c'est une chose de le vivre au quotidien, parce que le vivre comme ça 2-3 jours d'affilés, c'est pas infaisable, quelqu'un qui prendrait la situation dirait « oh bah oui c'est pas si horrible que ça, oui tu travaille loin, oui tu as beaucoup de choses à gérer ». Mais en fait c'est dans le temps, avec les contraintes, je ne sais jamais exactement euh comment sera ma journée, et donc quel impact ma journée aura le soir, je ne sais jamais exactement mes horaires parce qu'une consultation ça se finit pas à 6 heures point zéro quoi ? Donc euh parfois c'est la consultation chiante ou le débrief qui a passé du temps où tu sors à 7 heures, et tu décales tout d'une heure, sauf que le sommeil de ton fils il se décale pas quoi, en gros c'est ça, fin...

I : d'accord et comment tu articules la vie professionnelle et la vie privée ?

R : (rires) en 2 mots : je galère ! Euh comment j'articule ? bah je fais, hein, je fais, euh mon fils c'est quelque chose d'important, mais ma vie professionnelle c'est aussi quelque chose important, enfin si on choisit de faire ce métier, si on choisit d'avoir, si on choisit d'avoir laborieusement fait 7-8-9 ans d'étude pour y arriver, c'est qu'on avait une volonté de le faire aussi, et puis on, enfin j'estime qu'au bout de

8 ans, on a quand même un rôle à jouer, enfin on a appris notre métier à, enfin c'est chargé à nous de l'exercer ce métier, et bon ce serait dommage de sacrifier l'un ou l'autre, mais c'est toujours le problème de la culpabilité et du partage du temps, de la disponibilité, à la fois disponible dans son métier et pas être en train de penser à son enfant, et euh et la culpabilité de laisser son enfant parce qu'on est occupé dans quelque chose qui est très très prenant.

I : et pour le futur, comment tu envisages de concilier ces 2 choses ?

R : oh bah d'avoir 6 enfants (en riant) non, je plaisante, euh et bien je pense que l'habitude, la maturité fera qu'on s'adapte, et puis l'humain est fait pour s'adapter aussi, et que voilà, c'est 2 choses qui sont compliquées mais qui sont pas forcément impossible et que une vie ne peut pas se résumer à 1 seul pan, on ne peut pas avoir qu'une seule vie familiale et résumer ta vie à une vie familiale, et d'ailleurs ce serait vraiment pas adapté pour moi, et ce ne serait pas non plus adapté à ne faire que du professionnel, donc je pense que ça, ça s'accordera, euh avec 1 ou plusieurs enfants,

I : d'accord donc comment tu avais construit ton projet de parentalité ?

R : mon projet de parentalité ... et bien je l'ai construit parce que j'avais l'âge qui avançait et parce que j'ai toujours voulu avoir des enfants et j'estime que c'est richesse et que on ...je voulais des enfants, après quand et comment c'était pas forcément décidé. Euh voilà je me suis laissée l'opportunité d'être enceinte à un moment donné, et ça c'est réalisé à un moment m, et il a fallu adapter le versant

professionnel à ce moment m+9 puisque mon fils est née 9 mois après et que voilà c'était pas réfléchi, ça n'a pas été calculé, ça n'a pas été le fruit d'un ... En me disant ah je vais pas valider le stage, j'ai su après. Finalement je n'ai appris qu'après les conséquences finalement : le fait que je n'allais pas valider mon stage, le fait que être en surnombre c'est pas forcément la panacée, le fait que je ne savais pas qu'on pouvait aller faire des stages à pétaouchnoc. Euh qu'il y allait avoir un SASPAS à faire sans savoir où, quand, comment et comment j'allais le choisir. Voilà, les conséquences d'un déclassement parce que sur le coup on m'a dit par le biais d'être enceinte à tel moment ça va me déclasser, « oui bah je vais être déclassée c'est pas grave » mais en fait on se rend compte qu'il y a plein plein plein de conséquences. Plein, jusqu'au dernier stage tu vas avoir des conséquences sur le fait d'être déclassée. Donc euh voilà, c'était pas réfléchi. Est ce que c'est un tord est ce que c'est pas un tord, j'en sais rien.

I : et du coup tu as des regrets par rapport euh, ce que tu as construit, il y a des choses que tu voudrais changer ?

R : ah, on ne peut pas rentrer l'enfant une fois qu'il est sorti, (rires) donc voilà, hein...Euh non j'ai pas de regrets d'avoir eu mon fils parce que c'est, mon fils a construit aussi ma personnalité et le médecin que je suis aujourd'hui. Le dynamisme que je donne aujourd'hui, c'est aussi parce que j'ai mon fils derrière qu'il faut que j'ai une carrière intéressante et que, donc non, mon fils m'a tellement apporté que je ne regrette rien, euh, par contre oui est ce que j'essaierai de changer, moi ma situation me permettait pas

en fait de vraiment, de toute façon de choisir quand, le quand tomber enceinte, tu sais. Non, je ne changerai pas grand chose. Si ce n'est je me renseignerai un peu plus, peut être et encore, ça sert à rien. Il y a plein de désavantages ,mais te renseigner avant ou après bah tu te retrouves quand même dans les mêmes considérations, c'est pas parce que tu sais que tu vas être déclassée que tu te dis « ah bah non finalement je ne veux plus d'enfants », c'est un peu horrible de considérer ça donc tu fais un dualisme et tu as ta vie professionnelle et ta vie personnelle et ça impacte de temps en temps et tu essaies de rescinder l'arbre en 2, enfin moi je vois ça comme ça.

I : et tu parlais tout à l'heure des stages en surnombre et tout ça. Ça c'est passé comment, toi, qu'est ce que tu as quoi, de quoi tu as bénéficié ?

R : alors j'étais enceinte en DCEM 4. Euh j'étais enceinte en février ou mars de DCEM 4, donc j'ai passé mes ECN , et euh mon premier stage, ayant déclaré ma grossesse on m'a dit que je serais en surnombre, donc là j'ai pu choisir un surnombre parmi les surnombres qui étaient proposés, ça a été difficile parce qu'il y avait 2 personnes devant moi. D'autres semestres, de semestres plus avancés qui avaient déjà choisi des surnombres sur le Dunkerquois, il en restait plus qu'un seul, donc j'ai pas choisi mon lieu de stage de surnombre, mais je voulais un surnombre sur Dunkerque, j'habite dunkerque. Il fallait, mon critère c'était Dunkerque pour pas faire de la route, et euh donc j'étais en surnombre, et euh... et euh comment ça c'est passé, c'est ça la question ? ah oui, moi mon soucis c'était avec la sécurité sociale, j'ai pas eu

I : vas y, explique moi

R : bah et donc comme j'ai passé, j'ai la grande chance de passer mon DCEM 3 et mon DCEM 4 en Espagne, première année en tant qu'Erasmus, et deuxième année euh dans quelque chose de libre, j'ai euh au cours de la deuxième année mes droits sociaux en France puisque je ne cotisais plus en tant qu'externe, puisque j'étais plus considérée comme une externe française, j'adhérais au programme espagnol, j'ai perdu donc mes droits sociaux, je suis revenue sur une sécurité sociale française étudiante puisque je restais quand même étudiante. Et donc j'étais à la LMDE, qui prenait effet jusqu'au moment, en fait les 2 premiers mois, après novembre et décembre, sauf que ma date prévue d'accouchement c'était le 6 décembre, et donc j'étais censée être en congé maternité mais comme j'étais à la sécurité sociale étudiante ça n'existe pas le congé maternité. Donc je me suis retrouvée dans le cas où moi je n'ai pas eu le droit de bénéficier des 6 et 10 semaines de congé maternité classiques d'un travailleur. Et donc j'ai bénéficié que du congé maternité obligatoire en France, qui est de 2 semaines avant et 6 semaines après, non payé, euh, à l'origine non payé par le CHR, c'est-à-dire en obligatoire de prendre mais ne recevant pas de contribution de la sécu, la sécurité sociale n'était pas censée me payer, et j'ai su au dernier moment, donc ça a ajouté un peu de suspens. J'ai su au dernier moment que j'allais être payée parce que le CHD a reconsidéré mon dossier et décidé de me payer, et que c'était vraiment ignoble de me laisser partir accoucher d'un premier enfant en étant seule et ayant aucun revenu. Donc oui, ils ont eu la gentillesse de m'octroyer un salaire, mais c'était pas obligatoire, donc voilà, j'ai passé ce

surnombre là avec ce stress là de pas savoir quand j'allais pouvoir m'arrêter exactement, comment j'allais m'arrêter, si j'allais être payée ou pas, donc ça c'est dégoupillé au fur et à mesure, et euh mon stage en soit. Donc je suis arrivée en stage, pour parler du stage en lui-même, ça c'est pas forcément très bien passé puisque je suis arrivée en stage enceinte de 7 mois, ils m'ont tout de suite cataloguée comme quelqu'un qui allait accoucher là tout de suite, et en surnombre, donc ils m'ont mise un petit peu à l'écart, donc j'avais pas de patient à charge, donc ce qui devait être un avantage c'est un peu révélé comme un inconvénient, je servais à rien et euh ça a duré jusqu'à mes 8 mois et demi, jusqu'à 2 semaines avant mon accouchement, je travaillais comme je pouvais, avec ce qu'on me donnait. J'ai travaillé comme je pouvais avec ce qu'on me donnait. J'ai essayé de goupiller quelques congés payés après, je suis revenue au travail en tout de fin janvier je pense, ou mi janvier je pense, là j'ai eu le problème de la considération de la femme enceinte au CHD, qui est nulle. Puisque pour tirer mon lait j'avais pas de salle aménagée, pas d'horaires aménagés, donc je tirais mon lait assise par terre dans les douches des patients, et euh que là ils m'ont un rythme, euh j'avais un statut bâtard parce que j'étais la 3ème interne, donc j'avais pas vraiment de patients attirés. Ils ont essayé de m'en attirer quelques uns, tout en désorganisant le service parce que c'est pas dans leurs habitudes, donc j'étais l'élément qui posait problème. Donc mon stage c'est pas nécessairement bien déroulé, et puis moi ayant remis G. très très tôt chez la nourrice, j'étais encore pleine d'hormones et j'avais pas forcément la tête à ça, et ça c'est ressenti sur ma qualité de travail, pour un premier stage

d'interne j'avais pas le niveau je pense à ce moment là.

I : et il avait quel âge quand euh tu as repris le travail ?

R : 1 mois

I : d'accord

R : 1 mois et demi, j'ai repris mi janvier donc il devait avoir ouais 5-6 semaines.

I : et tu, ta grossesse, tu as travaillé jusqu'à un stade avancé de ta grossesse ?

R : 8 mois et demi

I : 8 mois et demi, est ce que tu penses que le stage a eu une influence sur le déroulement de ta grossesse ?

R : pff, non, (soupir) hum, tu peux noter soupir, non je pense pas parce que j'ai eu une grossesse un peu idyllique j'ai pas eu de soucis en fin de grossesse. Après effectivement ça a eu 2 inconvénients, mais est ce que ça serait pas passé si j'avais pu m'arrêter, ça on peut pas le savoir. Euh le premier inconvénient c'est que j'étais fatiguée physiquement, donc j'avais les pieds qui gonflent comme toute femme enceinte, le fait de rester debout c'est contraignant. Et le deuxième gros souci que j'ai eu c'était que je m'endormais au volant, et donc aller en stage c'était compliqué é, parce que j'étais fatiguée. Et donc voilà j'ai eu un accident, j'ai foiré ma nouvelle voiture (rires) ça faut pas le noter. Ça a eu des conséquences sur le fait que j'étais moins attentive et que peut être que ça a entraîné un sur risque. Peut être que je me suis exposée à un risque. Est ce que je ne me serai pas exposée à un risque en étant en

congé maternité, ça je peux pas le savoir. En tout cas le fait de devoir sortir tous les jours pour devoir aller travailler ça me sur exposée à un risque.

I : donc ça c'était avant d'accoucher, c'est ça ?

R : avant d'accoucher. Même après accoucher, le fait de remettre G. à 6 semaines bah il faisait pas ses nuits, donc moi non plus, et il fallait travailler le lendemain, et travailler tous les jours, et voilà, euh forcément on n'est pas au top, on n'est pas au top,

I : et il y a des choses que t'aimerais, des choses dont tu aurais voulu pouvoir bénéficier ? Et que tu as pas pu avoir, ou...

R : j'aurai voulu bénéficier déjà d'un support matériel pour tirer mon lait. Euh, alors c'est tout bête, parce que d'habitude je déteste, mais être suivie par la médecine de travail. Chose que je n'ai pas du tout eue, pas de convocation avant ni convocation après. Et puis avoir peut être plus de proximité avec, pas forcément avoir mes maitres de stage, mais au moins avoir quelqu'un dans l'hôpital qui a déjà ou qui suit toutes les femmes enceintes qui sont internes. Avec quelqu'un avec qui dialoguer en fait. J'ai eu l'impression de me retrouver toute seule dans ce cas, de connaître personne qui était pareil, et euh, et voilà, et de galérer en disant pourquoi ya qu'à moi que ça arrive, c'est pas possible je les accumule. En fait c'était surtout ça. Moi j'avais déjà mon problème de sécurité sociale, donc un stress, j'avais le problème d'être une jeune maman, j'avais le problème d'être toute seule, et de devoir gérer un stage d'interne et c'était mon premier stage en plus d'interne. Donc j'avais jamais été interne, je découvrais une fonction je découvrais aussi la fonction d'être maman,

euh c'était trop de découvertes sans le fait de pouvoir avoir quelqu'un qui puisse nous épauler.

I : d'accord et les démarches que tu as faites, notamment tu disais que tu n'avais pas la sécurité sociale, donc ton congé obligatoire n'allait pas être payé mais finalement il l'a été, euh, ces démarches là est ce que, comment tu as su que ça existait ? Comment tu sais que le stage en surnombre existe, et euh ?

R : alors, hum, pour répondre au stage en surnombre, comment ? C'est quand j'ai déclaré ma grossesse. Donc je l'ai indiquée à la faculté qui m'a dit qu'il fallait que je voie avec l'ARS. Mon premier contact avec l'ARS ça a été pour passer les ENC, parce que j'avais un problème de nausées, de malaises, j'étais pas bien, au début donc pour passer les ENC ça allait être compliqué. Donc j'ai été mise dans une salle à part et de là ils m'ont indiqué que ma date d'accouchement il fallait faire une demande de surnombre et tout ça. Donc ça a été et la fac et l'ARS qui m'ont indiqué que mon stage allait être en surnombre. Après comment j'ai fait les démarches pour la sécurité sociale je me suis rendue compte dans les textes, en fait en lisant qu'à la LMDE j'allais pas avoir, que ça allait pas...et puis en pianotant sur internet aussi voilà, euh, en regardant un petit peu les droits ouverts aux personnes enceintes, et puis quel était notre statut, etc. etc.. Et après il y avait quoi d'autre comme euh ?

I : bah c'était ça, tu parles quel est le statut, c'est-à-dire ?

R : bah est ce qu'on allait être interne. Par exemple moi je savais pas qu'il fallait avoir cotisé euh 2 mois, ou autant d'heures SMIC

euh, donc il faut cotiser, il y a un quota heures pour rentrer à la sécurité sociale des salariés, ça je le savais pas, je l'ai appris parce que bah forcément je me suis renseignée et puis j'ai fait appel aux démarches. Enfin j'ai fait toutes les démarches avec des personnes compétentes qui me disaient ah bah non ça, ça va pas être possible ou alors ça ça va être possible. Et pour le fait d'être payée au CHD, euh, au début de mon stage j'avais dû indiquer que j'étais en surnombre et puis je leur ai exposé un petit peu mon cas en leur disant bah voilà moi je suis euh, je suis en surnombre, je suis enceinte de tant, j'ai pas le droit à la sécurité sociale. Parce qu'il faut faire un dossier de toute façon quand on rentre dans chaque hôpital. Enfin au tout début de l'internat, il faut faire un dossier avec, en présentant nos papiers, et j'avais pas les papiers qui correspondaient, et donc c'est eux qui ont pris connaissance du dossier. Et puis au fur et à mesure de les compléter, de rendre certains papiers je continuais à parler avec les mêmes interlocuteurs. Donc ils ont fini par me connaître et puis connaître ma situation, et euh dont une personne qui s'est proposée d'en parler au directeur et euh le directeur a tranché.

I : d'accord, donc tu as trouvé un interlocuteur finalement

R : euh oui, c'était la dame qui devait rentrer, c'était la secrétaire de la DIRAM qui m'a aidée au sein de mon CH quoi.

I : d'accord, et tu sais si, toi tu avais une situation particulière, mais si t'avais pas eu ce problème de sécu, si t'avais été à la CPAM comme tout le monde, est ce que tu sais si tu

aurais eu le droit à d'autres choses en temps qu'interne ?

R : non, qu'est ce qu'on a le droit avec la CPAM en temps qu'interne, c'est ça la question ?

I : bah c'est est ce qu'une interne enceinte a droit à autre choses que toi ?

R : bah je pense qu'en étant enceinte on a des horaires aménagés. Enfin on a cette histoire d'heure : on peut commencer une heure plus tard, enfin on peut décaler nos postes d'1 heure, je sais on a le droit à un truc pour les mamans allaitantes, ou bien. Moi ce qui c'est pas posé c'est tout les autres types de congés qu'il y a après, les congés parental, ou prolongation de, ou même le congés maternité pathologique, Tout ça je sais que ça existe mais comme j'avais pas la sécurité sociale je sais que j'y avais pas le droit, donc euh.

I : d'accord et sur le fait de, donc de l'heure, en effet il y a une heure réglementaire laquelle les femmes ont le droit en moins par jour, donc c'est prévu dans le code du travail, euh, toi, tu y as eu le droit ?

R : non ! (rires) non, alors après peut être que mon soucis c'est que je suis pas venue en disant je suis enceinte donc j'ai droit à une heure en moins, j'ai pas fait la démarche. Néanmoins je sais pas si l'organisation du service te permet d'avoir cette heure, parce que bah à 9 heures quand tu arrives bah c'est les transmissions, c'est le début, c'est le tour médical donc si t'arrive à 10 heures, bah tu as tout loupé, si tu t'en vas le midi à 11 heures, ok tu as 3 heures, mais qu'est ce que t'en fais ? Tu vas à l'internat juste à côté et tu glandouilles pendant 3

heures ? Donc ça s'adapte pas en fait, je pense que le métier d'interne entre guillemets s'adapte pas à cette heure. Ou peut être partir 1 heure avant, mais encore une fois nous après ce qu'on cherche c'est essayer de, déjà on est en surnombre on bousille une organisation, alors si en plus on leur impose en plus le fait d'avoir une heure en moins, alors là je pense que tes co internes c'est bon ils te fusillent. C'est vrai, on a des droits mais en tant qu'interne c'est un peu bizarre de vouloir les appliquer, ça ferait bizarre peut être. Enfin je sais pas.

I : pourquoi tu trouves ça bizarre de vouloir les appliquer ?

R : bah ça s'adapte pas à notre poste, c'est pas comme si on faisait 8 heures d'un travail répétitif et qu'on en fait 8 ou 7 bah c'est tout il y a quelqu'un d'autre qui vient sur notre poste et tout ça. Nous c'est pas ça, on est censé prendre en charge 1 ou 2 patients donc c'est pas, on peut pas dire « pendant une heure c'est toi qui prend en charge mes patients », ça a pas de valeurs dans le suivi. Donc bah c'est juste les patients vont pas être pris en charge pendant 1 heure quoi. Ya pas vraiment moyen de, nos places sont pas interchangeables.

I : donc ça même si tu es surnombre ? Quel est l'intérêt du surnombre alors ? parce que si tu, le surnombre on est en plus ?

R : bah justement, normalement c'est d'avoir une charge de travail moins importante, et en fait le, j'ai l'impression que, en tout cas pour l'avoir vécu moi le service a pas su s'adapter à un surnombre. Donc soit ils me proposaient de ne strictement rien faire et d'être une sorte de super externe, d'être derrière les autres

internes et de les aider voilà. Mais finalement un externe si il est là ou si il est pas là finalement c'est un peu la même chose, et donc rentrer dans ce rôle là parce que au moment ou la deuxième possibilité que j'ai essayais de faire mais qui a finalement pas marcher c'est d'être une interne à part entière mais d'avoir moins de patients. Et ça , ça ne s'est pas organisé, ça n'a pas pu s'organiser, parce que on tournait, tu sais c'est des ailes, c'est un U et donc chaque médecin partait de là (en montrant les extrémité du U) et donc arrivaient en bout de l'aile en même temps et moi j'étais sur le fond du couloir et les 2 médecins arrivent , enfin c'était un problème organisationnel, enfin ils ont pas su s'organiser pour moi.

I : d'accord, donc le surnombre est ce que ça bénéficie à quelqu'un dans l'histoire ? et à qui ?

R : bah non moi non le surnombre. Je pense que ça bénéficie au service parce qu'ils sont quand même sûrs d'avoir un minimum d'internes présents. Mais est ce que ça bénéficie à l'interne, surtout dans mon cas parce que c'était un surnombre non validant, non, non. Honnêtement ça ne m'a rien apporté parce que j'ai presque fait, à 8 jours près j'ai fait le temps réglementaire pour le valider, sauf que voilà il y a eu ces 8 jours donc je l'ai pas validé, donc j'ai eu cette rancœur de pas rien valider, de pas avoir de rôle bien défini et en plus c'était mon premier stage d'interne, donc ne sachant même pas vraiment quel était mon nouveau rôle. Pour moi ça m'a pas apporté, non ça m'a pas apporté. Si en fin de stage mes maitres de stage m'ont dit « mais si tu aurais dû plus en profiter ». Hum, voilà quoi. Mais sans préciser au début du stage que je

pouvais en profiter voilà c'est ça je pouvais pas, on aurait dû me briefter avant, sur qu'est ce que va être un surnombre, sur ce qu'attendre d'un surnombre, c'est ça que je savais pas en fait.

I : d'accord, et tu, est ce que tu as des idées de choses qu'on pourrait mettre en place pour améliorer la condition de l'interne enceinte ?

R : euh, pfff, qu'est ce qu'on peut faire pour améliorer la condition de l'interne enceinte ? Ce serait donner la possibilité... plus dans le critère de validation et tout ça, dans le critère professionnel pure ce serait rendre malléables les critères de validation d'un stage pour une femme enceinte, effectivement on doit, et c'est tout à fait légitime de dire on doit valider donc 4 mois sur les 6, mais euh je, quand on est comme ça à faire 2 mois d'un côté, 1 mois et demi de l'autre, avoir une possibilité de rattraper, pas perdre 6 mois parce qu'on a le malheur d'accoucher en plein milieu en fait

I : alors quand tu dis de rattraper c'est-à-dire ?

R : je ne sais pas à quel moment, voilà à quel moment c'est. Est ce qu'on lui permet de rattraper 1 semaine après quand on est dans un autre service, de re dépasser et de rebasculer dans le service pour faire un temps minimum. Ou de, de faire 2 validations de 4 mois en fait, de grouper 2 stages, mettons, pour prendre l'exemple, mais on doit valider 6 mois de médecine adulte et 6 mois d'urgences, et de dire bon, toi comme tu es enceinte cette année là, ce que tu dois faire c'est valider 4 mois de médecine polyvalente et 4 mois d'urgences, après tu goupilles tes temps de présence entre ces 2 stages de manière à faire ton temps. Ça je trouve que c'est important, quand même d'avoir un critère de, parce que

sinon ça serait complètement injuste parce que tu es enceinte alors tu valides ton stage sans rien faire, ça c'est, ce serait injuste vis-à-vis des autres, de dire voilà, moi si, moi j'ai réussi à faire 4 mois en med po, 4 mois en urgences, tout ça dans 1 an. J'ai dû adapter parce que j'étais enceinte et parce que je me suis arrêtée, mais avoir plus de maniabilité pour valider un stage.

I : et qu'est ce que ça changerait par rapport à maintenant, concrètement ?

R : j'aurai 6 mois de validation en plus,

I : d'accord

R : et maintenant que je suis en fin de, du coup au lieu d'être en fin de troisième semestre et de pouvoir commencer des remplacements, on est au mois de mars et de pouvoir les commencer fin avril et de faire l'été, je me retrouve dans l'impossibilité de faire des remplacements, et devoir attendre novembre pour pouvoir commencer à remplacer. Sachant très bien que commencer à remplacer au mois de novembre bah après tu as l'Urssaf et tout ça en rétro sur les 2 derniers mois, et donc tu peux pas vraiment commencer pleinement ni en novembre ni en décembre, tu dois attendre l'année suivante, et donc j'ai pris du retard. Et quand tu as un enfant il y a des dépenses, surtout quand on est seule avec, et qu'il faut, voilà on a plus l'impression, enfin j'ai l'impression que ma grossesse m'empêche d'aller de l'avant et de valider un cursus comme les autres.

I : et là tu dis des dépenses et donc de l'impact financier, est ce qu'il y a eu, est ce que le fait d'être déclassée a eu d'autres impacts financiers ?

R : alors pour l'instant ça, oui, par exemple moi le fait d'être déclassée, alors je sais parce qu'il faudrait que je reprenne mon classement, mais le fait d'être déclassée bah j'arrive plus tard pour choisir tous mes stages et donc j'ai beaucoup plus de risques de tomber sur un stage qui est loin de chez moi. Et le fait que ce soit loin de chez moi, d'une part je dois mettre mon fils plus longtemps chez la nourrice, donc payer plus la nourrice, et d'autre part j'ai les frais d'essence. Voilà tout simplement, donc tu te retrouves à avoir des CH que tu veux pas avoir et euh donc de faire des allers et retour et donc oui forcément ça a un impact financier.

I : et il y a d'autres choses, parce que du coup tu as perdu 6 mois ?

R : alors j'ai perdu 6 mois en étant payée comme un interne. Alors je perds 6 mois parce que je fais 3 semestre d'interne de première année, donc il n'y a pas la valorisation d'interne de deuxième année, je suis toujours restée en première année donc j'ai perdu cette petite revalorisation tous les mois pendant les 6 mois de notre salaire, donc j'ai perdu ça. Après oui effectivement euh ça sera 6 mois de reportés dans ma carrière professionnelle, je vais pouvoir commencer, je vais commencer mais 6 mois après bon. Ça c'est sûr. Mais c'est surtout, moi j'ai pas l'impression d'avoir perdu de l'argent, c'est plus de, bah d'être en décalage avec tout le monde en fait, et de plus être, de plus être en accord, enfin voilà de perdre ma promo, de perdre mon classement, bah tout ce que tu as fait ça sert à rien maintenant. Bah ouais, tu perds tout ce que tu as fait les premiers mois pour être classée aux ENC, euh bah tu l'as perdu, pouf t'es déclassée, parce que tu as eu enfant. Bah voilà, c'est.

I : ouais. Ça c'est sur le stage, et est ce que sur la formation théorique la grossesse a eu un impact, et le fait d'être maman, est ce que ça a un impact ?

R : oui, euh disons c'est pas qu'on veut plus se former, au contraire. Mais moi les journées de cours c'est à Lille, c'est loin de chez moi, donc c'est des journées où je devrais faire de la route tout ça, donc on a moins envie d'y aller. Et toutes les réunions importantes se font le soir, j'ai plus la disponibilité de mes soirées, donc forcément il faut trouver quelqu'un pour garder G. il faut toujours être enfin, c'est à la fois la culpabilité de pas être avec et à la fois la confiance des autres, on se dit mais euh je dois toujours confier mon enfant à un autre et ça implique, ça implique tout ce que ça implique de donner sa confiance à quelqu'un. Et donc oui ça a un impact parce qu'on a moins envie de se former, on a moins envie de d'aller à Pétaouchnock pour rencontrer la super formation. Du coup, oui on perd un peu, puis on perd aussi, pas forcément dans la formation pure dure théorique mais on perd dans les liens sociaux, parce que souvent avec les Prats tout ça c'est en fin de journée qu'on va discuter, qu'on va prendre du temps, on va débriefer quelque chose. C'est pas du théorique pur mais c'est des choses qui nous font avancer dans nos pratiques, c'est rediscuter avec les gens. En fait on a plus tout ce temps. Le fait d'être maman bah non, moi j'ai fini mon stage, à 5h55, j'attends qu'il soit 6h pour décoller de ma chaise. Et je sais que je perds des choses parce que je rencontre des gens formidables, ou je sors de cours et j'aurais envie de continuer à discuter mais je sais que j'ai pas le temps. J'ai pas l'envie et j'ai pas le temps.

I : d'accord. Comment était l'ambiance avec tes co internes sur ton stage en surnombre ?

R : elle a pas été très bonne. Euh alors venant de mes co internes ou de mes, ou de moi ? Je pense que les 2 avaient de l'importance. Moi je rentrais d'Espagne, j'avais pas nécessairement fait le même cursus qu'eux, j'avais pas forcément les mêmes mentalités, j'étais pas dans les mêmes dispositions qu'eux. C'était mon premier stage et j'étais enceinte, ça me rendait vraiment totalement différente des 2 autres internes en fait. On n'avait aucun point en commun si ce n'est qu'on est en médecine tous les 3. Euh donc j'ai eu un interne garçon avec qui ça c'est quand même pas trop mal passé, ça c'est surtout amélioré. Lui il était en quatrième semestre donc il avait déjà du recul par rapport à son internat, et puis c'était un garçon donc il n'y avait aucune rivalité. Euh... je l'embêtais point de vue organisationnel mais il essayait vraiment, il disait « oh bah c'est pas grave, prends du recul, respire un grand coup, ça ira » donc il était plus dans une idée de relativiser les choses, et j'ai gardé contact avec lui après, ou il a demandé des nouvelles de mon fils. On continue plus ou moins à prendre des nouvelles de chacun d'entre nous. Tandis qu'avec l'interne fille, qui était en premier semestre aussi, qui était plus âgée que moi, il y a eu donc à la fois donc ces différences moi j'étais différente d'elle a plein d'aspects. Elle avait 27ans, elle avait pas d'enfants, elle avait tout sacrifié pour sa carrière, pour être bien classée, je crois qu'elle était classée dans les 200 premiers des ECN donc c'était...elle avait vraiment tout mis en œuvre pour y arriver et il y a eu une rivalité une vraie rivalité de filles qui c'est mise en place. Elle, je pense qu'elle m'enviait un peu mon statut de femme enceinte, de femme accomplie, et moi je lui

enviait les facilités qu'elle pouvait avoir, un classement idyllique, pas de soucis à se faire, elle avait fini son stage, elle pouvait rire en stage, y'avait pas de soucis, moi j'étais enceinte jusqu'aux yeux. J'étais fatiguée et de devais lutter simplement pour que mes maitres de stages me regardent. Donc il y a eu une rivalité purement féminine et professionnelle et intellectuelle qui s'est mise en place. Et voilà je l'ai jamais revue après le stage, elle a jamais demandé comment mon fils allait. J'ai eu l'impression, l'exemple type quand euh, comme j'étais en surnombre et que je gêrais tout le monde pendant un tour magistral euh on tournait tous ensemble et j'ai eu le malheur de, de, de prendre entre guillemets un dossier pour noter quelque chose, dans son dossier d'un de ses patients et elle m'a regardée l'air de dire « non, c'est mon patient, tu touches pas à mon dossier ! ». voilà, bah ça montre très bien qu'on n'était pas tous vers un même objectif, on était « chacun a ses patients, touche pas à mon travail, moi je travaille de mon côté, tu fais ce que tu veux mais tant pis pour toi ».

I : et tu penses que c'était juste parce que tu étais en surnombre ?

R : non, parce que j'étais enceinte, j'étais plutôt jeune, j'étais en surnombre, j'étais euh, j'ai pas eu la même formation en D3-D4 . Euh il a été aménagé donc je me suis pas battue autant qu'elle, euh, voilà. Je pense qu'elle m'en voulait pour tout ça.

I : et le fait que tu sois en surnombre, et tous les aménagements que, même s'il n'y en avait pas eu beaucoup, que ça te donnait toi, comment eux, tes co internes, le ressentaient ?

R : je pense que ça les gênait point de vue organisation, parce que euh, quand j'étais pas là, parce que bah pendant mon mini congé, ils étaient bien, en fait. En fait ils avaient créé une entente entre eux, ils étaient bien, ils étaient co internes, ils ont évolué au sein de, enfin au cours de leur stage et que moi pas. Donc je pense que c'était plutôt de la gêne, et parfois de l'agacement je pense. Quand je dis bah là je vais prendre 5 min, je vais tirer mon lait j'ai la poitrine qui explose ou des choses comme ça, c'était voilà, je les dérangeais. Mes co internes comme mes chefs de service.

I : tes maitres de stage aussi ?

R : oui, je pense que je dérangeais tout le monde parce que j'étais pas, on m'avait pas aménagé de poste donc j'étais pas, je gênais, j'étais toujours de trop. Enfin j'ai pas eu, moi mon surnombre a pas été épanouissant en fait. Je dirais pas qu'il a été épanouissant pour moi. J'aurai préféré qu'on me dise écoute tu fais comme un interne, et tu fais ce que tu peux, jusqu'au bout, fonce, vas y, on va t'aider, on va te soutenir, plutôt que de dire on t'aménage un truc qui finalement n'a pas été bien aménagé et qui gênait tout le monde.

I : est ce que tu as des idées de choses qui pourraient exister pour faciliter cette conciliation entre parentalité et études médicales, dans la mesure ?

R : bah c'est ce que je disais avec mon, pour la maniabilité dans le temps, pour valider les stages, euh je pense qu'il faudrait être aidé individuellement en fait. Au jour le jour, avoir vraiment quelqu'un qui tienne en compte euh, bah de nos critères ; et qui puisse organiser la venue dans le service, enfin voilà, nous tenir pas à pas en disant bah voilà on réévalue tes

objectifs, si ça va pas, bah tant pis tu t'arrêtes, ton stage on va le décaler comme ci, on va le faire comme ça. Et vraiment pouvoir en parler à quelqu'un, avoir un référent, c'est ça que j'aurais aimé. Mais je sais pas d'où il doit venir, s'il doit venir de l'ARS. Un référent qui puisse certifier qu'on a quand même fait l'effort, qu'on a validé, parce que l'idée de validation est importante, et je le maintiendrais, euh, voilà mais qui puisse dire voilà, elle a tout mis en œuvre, ça y est au bout de l'année elle a validé, elle a fait autant d'heures, elle a fait autant de demi-journées, elle a fait euh...moi c'est ça qui m'aurait aidée, quelqu'un qui m'organise un petit mieux à ce moment là.

I : et au niveau de l'information disponible, comment tu la trouves, est ce que t'as une suggestion pour améliorer ?

R : ah bah mon soucis c'est que moi l'information je suppose qu'elle existait mais je rentrais de l'étranger, c'était toujours la même fac effectivement mais j'avais pris du recul avant, et j'étais en premier semestre d'internat, je connaissais pas encore les gens qui sont autour de nous, qui étaient responsables d'ici. MME LEROY, enfin la secrétaire je la connaissais pas nécessairement à fond, euh je savais pas qu'on pouvait demander les choses, donc je serais dans la même situation maintenant ce serait différent, j'organiserais ça différemment. là j'ai tout découvert avant même de commencer l'internat, ça a été mon gros, donc j'aurai du mal à dire « je veux, on va améliorer comme ci, comme ça » si ce n'est l'idée de pouvoir aménager le temps de validation, et avoir quelqu'un à qui en parler et qui puisse certifier qu'on a fait notre boulot.

I : d'accord, et tu parlais de MME LEROY, elle, qu'est ce qu'elle apporte

R : bah elle a apporté tout ce qui est, déjà le soutien, parce qu'elle est toujours là en fait, c'est vraiment le soutien, elle a été un peu, je l'ai créée comme mon référent. Et le problème c'est qu'elle n'a ni le temps, ni que moi à gérer. Donc euh c'est, j'en ai créé mon référent, c'est la personne à qui je vais poser toutes mes questions, même si c'est pas elle qui va répondre à toutes mes questions, mais au moins elles sont lancées, elle nous donne des pistes, pour trouver. C'est elle qui a géré, c'est elle qui à la répartition des stages maintenant que je suis déclassée vient à coté de moi et me dit « alors, tu as regardé les tableaux, qu'est ce que tu penses prendre, tu ferais pas une petite double validation par là », qui me dit « ah bah t'as pas été en cours, attention, t'as pas les points, euh, essaie vraiment essaie de venir en cours » qui me rappelle les cours, qui m'a donné les moyens de venir en cours plus facilement, qui va m'ouvrir la porte si j'arrive 5 min en retard, en disant c'est pas grave, je sais très bien que tu as G. et que tu habites loin, et que, voilà. C'est elle qui va, c'est elle qui a adapté, qui a pu moduler au sein de la faculté ma maternité. Maintenant ce qu'il faudrait c'est un référent qui module au sein des hôpitaux ma maternité.

I : d'accord, et une dernière question, est ce que le fait d'être maintenant maman modifie ta façon de concevoir la médecine, la façon dont tu veux l'exercer

R : ouais, totalement.

I : dans quel sens ?

R : euh, déjà j'ai pris du recul par rapport à ma médecine, la médecine c'est plus mon tout, c'est plus 100%, et donc du coup de prendre du recul. Ça m'a permis de me décoincer, de faire plein de choses en fait. Et hum ça m'a fait prendre de la maturité, vis-à-vis des patients, donc forcément je leur parle comme adulte accomplie. Aux jeunes mamans je peux parler de mon expérience de jeune maman, donc j'ai gagné en expérience, et euh je me suis confrontée à des soucis matériels, à des soucis financiers. Je peux comprendre aussi ce côté que souvent les patients rapportent en consultation. Donc vraiment ça m'a aidée là-dessus, et après euh ça a changé ma manière d'envisager mon avenir. Pour l'instant je me dis plus je ferais des remplacements, de m'aménager du temps avec mon ou mes enfants s'il y en a d'autres. Ça a joué sur le facteur « comment ma vie va s'articuler autour de mes enfants, autour de mon équilibre familial » et pas tout pour la médecine, en avant la médecine c'est toujours.

I : c'est-à-dire ? Qu'est ce que tu voudrais ...

R : c'est trouver un équilibre. C'est le rechercher ; alors qu'avant je me serai dit bah la médecine je vais finir par trouver un équilibre, je vais pas travailler parce que je suis fatiguée, du coup je réduirais mes horaires. Maintenant non, c'est avant même d'avoir commencé à travailler je me dis non il me faudra un jour de dispo ou il faut que je rentre pas trop tard, j'ai établis des critères, quant à ma future organisation professionnelle.

I : d'accord est ce qu'il y a d'autres choses que tu voudrais dire par rapport à la parentalité pendant les études de médecine ?

R : c'est bien ! Euh je pense que ça doit pas être un frein, euh les études de médecine doivent pas être un frein à la parentalité. Qu'il faut avant tout être sure de vouloir avoir des enfants, mais en dehors de se dire oui oui ça va être compliqué dans mes études tatati tatata parce qu'on y arrive toujours. Euh on y arrive toujours. Et il faut ,on va j'espère, mettre de plus en plus en place des aides pour essayer de gérer au mieux et surtout le conseil

qu'on aurait envie de donner aux gens, aux femmes qui sont enceintes c'est des choses que je ne savais pas, c'est « il y en a d'autres qui sont passées avant vous, appuyez vous sur leurs expériences regardez ce qu'il s'est fait, regardez ce qu'elles voulaient, comment elles ont géré leurs trucs et voilà vous trouverez votre cursus comme ça, et votre grossesse vous la vivrez à fond ».

I :merci !

Annexe 4 : imprimé de demande de surnombre



DEMANDE DE POSTE EN SURNOMBRE
pour les internes enceintes

à retourner

à l'AGENCE REGIONALE DE SANTE Nord / Pas-de-Calais
D.O.S. – Pôle Gestion des Professionnels de Santé et des Personnels de Direction
GESTION des INTERNES
556 avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE
et
à la FACULTE DE MEDECINE Bureau du 3^{ème} cycle – Pôle Formation – 59045 LILLE CEDEX

Année de concours :.....

D.E.S.(CQ) :.....

NOM :..... NOM MARITAL :.....

PRENOM :

ADRESSE :

TEL. : email :

Dates de congé de maternité :

Semestre de novembre 20..... à mai 20.....

Semestre de mai 20..... à novembre 20.....

sollicite un stage en surnombre validant (si vous pensez réaliser au moins 4 mois de stage)

le stage validant permet à l'interne de choisir un poste auquel son rang de classement lui permet de prétendre, avec les mêmes contraintes que les autres internes. La validation du semestre suppose dès lors une présence minimale de 4 mois, conformément à la réglementation en vigueur. A la fin du stage, il appartient à l'interne de faire parvenir à l' A.R.S. une attestation du chef de service mentionnant la validation de celui-ci. A défaut, le stage sera systématiquement invalidé. L'interne sera alors classée en fonction du nombre total de semestres réellement validés.

sollicite un stage en surnombre non validant (si vous savez que vous ne pourrez réaliser au moins 4 mois de stage)

le stage non validant permet à l'interne en état de grossesse médicalement constatée de choisir le stage de son choix.

ATTENTION : 1 seul surnombre par service.

Date et signature du demandeur

Annexe 5 : proposition de fiche d'information à l'intention des internes

Guide pratique de la grossesse pendant l'internat de médecine générale à Lille

Bienvenue dans la grande aventure de la parentalité. Avant de profiter de mini-vous il va falloir gérer l'internat. Voici les principales choses à connaître pour ne pas t'arracher les cheveux sur internet :

Le choix de stage : tu peux demander un **surnombre** (c'est même conseillé pour ne pas pénaliser le service). C'est à dire que tu seras en plus dans le service. Donc techniquement le service peut fonctionner sans toi...techniquement !

Selon la date prévue d'accouchement tu peux demander :

- Un surnombre VALIDANT : si tu fais **4 mois EFFECTIFS** de stage, alors il pourra être validé. Tu choisis **en fonction de ton rang de classement** un poste auquel tu peux prétendre. **Attention !!!** Il faut envoyer à l'ARS une attestation de validation de stage du chef de service. A défaut le stage est considéré comme invalidé.
- Un surnombre NON VALIDANT : si tu es certaine de ne pas réussir à faire 4 mois de stage. Quoiqu'il arrive tu NE POURRAS PAS le valider. Là tu prends le stage que tu veux.

Les congés annuels, les congé de formation et les congés exceptionnels sont considérés comme du TEMPS DE TRAVAIL EFFECTIF. Attention cependant, il faut intercaler une journée de travail entre un congé maternité ou maladie et des congés annuels.

La demande se fait auprès de **l'ARS et du DMG** grâce au formulaire de demande de stage en surnombre en annexe, avant la commission d'évaluation des besoins. Tu ne recevras pas d'accord de surnombre, ils sont tous acceptés.

Le jour de la répartition : on te demandera de préciser à l'oral que tu choisis un surnombre validant ou non. Une étoile sera alors dessinée à côté du nom du stage que tu as choisi. Les étoiles ne désignent pas les stages acceptant les surnombres, mais ceux en comptant déjà un. En effet il ne peut y avoir qu'une seule interne en surnombre par stage.

Théoriquement tu peux faire ton stage en ambulatoire. Mais il vaut mieux se rapprocher du DMG.

Pour rappel le surnombre n'est possible que pour les internes enceintes ou en retour de congé maternité. Il n'y a pas de nombre limité, on peut en enchaîner deux.

Les gardes : tu es dispensée de garde à partir du **premier jour du troisième mois** de grossesse.

Le congé maternité : tu as le droit à un congé maternité d'une durée égale à celle prévue par la législation de la sécurité sociale. Pour un premier enfant il est de **6 semaines pré natales et 10 semaines post natales**.

Il est possible de reporter jusqu'à 2 semaines du congé prénatal sur le congé post natal. Pour cela il faut un certificat médical autorisant la poursuite du travail, à envoyer avec une demande écrite à la CPAM.

Attention ! N'oublie pas d'informer la DIRAM du centre hospitalier où tu effectues ton stage et le service des paies le plus tôt possible de la grossesse et des dates de congé maternité.

NB : Pour les stages en ambulatoire et au GHICL c'est le CHRU de Lille.

La rémunération est assurée pour toute la durée du congé maternité, même s'il se déroule sur 2 semestres différents, par le CH dans lequel tu étais au moment du congé prénatal.

Les 2 semaines de congé de grossesse pathologique peuvent être prises à n'importe quel terme de la grossesse, en plusieurs fois. Il n'y a **pas de jours de carence**, contrairement aux arrêts maladies

Attention les indemnités journalières sont versées par quinzaine par le CPAM, vérifie qu'elles le soient bien, il arrive que les dossiers se perdent ...

Lorsque tu reprends le travail, pense à en informer la DIRAM et le service paie.

Le déclassement : la bête noire de toutes les mamans.

Si tu ne valides pas ton surnombre tu seras alors déclassée. Les choix de stage s'effectuent selon le nombre de semestres validés par ordre de classement aux ECN. Donc si tu ne valides pas un semestre tu choisiras dans une « inter-promo » selon ton classement aux ECN. Si tu perds 2 semestres tu choisiras dans la promo du dessous selon ton classement.

Cette règle s'applique pour Lille.

Si tu as d'autres questions il est possible de se rapprocher des associations d'internes (AIMGL ou ISNAR-IMG), ou de Régine Leroy pour les internes de la Catho.

AUTEUR : Nom : LEVECQ

Prénom : Marion

Date de Soutenance : 8 avril 2015

Titre de la Thèse : comment les internes de médecine générale de Lille concilient parentalité et études médicales ?

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : parentalité, étude qualitative, études médicales, grossesse.

CONTEXTE : Les internes de médecine générale sont majoritairement des femmes, en âge de fonder une famille. L'objectif de ce travail était d'analyser les motivations du choix de la parentalité, durant les études, son vécu et le retentissement sur la vie professionnelle et personnelle.

METHODE : Etude qualitative de 10 entretiens semi-dirigés et d'un 1 focus-group d'internes et de conjoints d'internes de médecine générale devenus parents au cours de leur cursus. La variance maximale était recherchée dans l'échantillon.

RESULTATS : L'accès aux informations concernant les droits, devoirs et organisation de l'interne enceinte était décrit comme difficile. Les interlocuteurs étaient multiples, mal identifiés et parfois mal informés. La fonction de l'interne en surnombre dans les services était aléatoire et non réglementée. Mais la création de ce statut est une avancée. L'internat était décrit comme la période la plus favorable pour un premier enfant, à condition que le projet de parentalité soit réfléchi. Les conséquences sur la formation étaient nombreuses : déclassement, retard dans les études, amplification des problèmes liés aux gardes. Devenir parent exigeait une organisation presque militaire. Des difficultés supplémentaires liées aux spécificités du statut d'interne pouvaient apparaître. Ces difficultés sont amplifiées lorsque les deux parents appartiennent au corps médical. Les aidants occupent une place clé dans l'organisation familiale. Pour toutes les internes interrogées, la maternité apporte un enrichissement à la fois personnel et professionnel qui prévalait sur toutes les difficultés rencontrées.

CONCLUSION : La mise en place d'un livret d'information et d'une personne ressource dans les facultés pourrait réduire les difficultés des internes. La création d'aménagements lors de la reprise du travail pourrait faciliter l'allaitement, et permettre aux jeunes mères de passer plus de temps avec le nourrisson.

Composition du Jury :

Président : Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs : Professeur Carnaille, Professeur Berkhout, Docteur Hannequart, Docteur Duminil

Directeur de thèse : Docteur Leduc