

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2021

N° : 281

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR
CAUQUIL Elodie
Née le 14/05/1991 à Haguenau

**Vécu de leur grossesse et maternité au cours du Troisième Cycle
par des Internes de Médecine Générale**

Président de thèse : DERUELLE Philippe, Professeur

Directeur de thèse : GRIES Jean-Luc, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Premier Doyen de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1976-1983)
(1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
M. DERUELLE Philippe
M. DORNER Marc
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDS Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique pour l'Assistance Médicale / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspl : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO142	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
-------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCOQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQUIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KREMER Michel / 01.05.98	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe Deruelle

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Madame la Professeure Nathalie Jeandidier

Vous avez accepté sans hésiter de faire partie du jury de cette thèse. Soyez assurée de toute ma gratitude pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Madame la Professeure Sylvie Rossignol

Vous avez accepté d'évaluer ce travail. Veuillez trouver ici toute ma gratitude.

A Madame la Docteure Isabelle Talon

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez accepter toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc Gries

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Vous m'avez accompagnée dès mes débuts en tant qu'Interne et jusqu'à mes remplacements. Merci pour votre temps, votre disponibilité, votre présence et vos mots lors des moments de doutes. Vous représentez le modèle du médecin auquel je veux ressembler, et que je garderai en tête.

A toutes les femmes qui ont participé à ce travail

Merci d'avoir pris le temps, entre vos stages, vos gardes, et votre vie de famille déjà bien remplie, d'échanger sur cette aventure que sont la grossesse et la maternité.

A mes parents, à Marie

Pour votre soutien sans bornes depuis le début, pour votre écoute, pour votre amour. Merci pour tout.

A Fanny

Pour ton aide et tes précieux conseils sur ce travail, pour ton regard incisif et juste sur le monde.

A mes amis

Célia, Adeline, Valentine, Arthur, Marion, pour être là depuis des années, malgré la distance. Vous rendez chaque jour plus doux.

Table des matières	
INTRODUCTION	19
MATERIEL ET METHODE	26
RESULTATS.....	29
1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens.....	29
1.1. Entretiens	29
1.2. Etudes et spécialisation	29
1.3. Données sur la grossesse.....	30
1.3.1. Âge.....	30
1.3.2. Parité.....	30
1.3.3. Situation de la grossesse par rapport aux études	30
1.3.4. Désir de grossesse.....	31
1.4. Surnombre et disponibilité.....	32
1.5. Congé de maternité	32
1.6. Profession du conjoint.....	32
2. Grossesse et Internat.....	33
2.1. Arguments en faveur d'une grossesse pendant l'Internat.....	33
2.1.1. Raisons personnelles	33
2.1.2. Inconvénients quel que soit le moment choisi.....	34
2.1.3. Avantages de l'Internat	34
2.2. Arguments contre une grossesse pendant l'Internat ou en faveur d'un report de la grossesse	36
2.2.1. Problèmes liés à l'organisation hospitalière de l'Internat	36
2.2.2. Problèmes liés à l'organisation universitaire de l'Internat	38
2.2.3. Déclassement.....	39
2.2.4. Aspect financier	39
2.3. Arguments indépendants de l'Internat.....	40
2.3.1. Profession du conjoint compatible avec le projet.....	40
2.3.2. Entourage	40
2.4. Aspects administratifs	41

2.4.1.	Stage en surnombre.....	41
2.4.2.	Interlocuteurs	42
2.4.3.	Droits de l'Interne enceinte encore flous	43
2.4.4.	Informations fausses et délétères pour l'Interne	46
2.5.	Ressenti général globalement très positif	48
2.6.	Vécu de la grossesse sur le plan physique	48
2.6.1.	Symptômes liés à la grossesse.....	48
2.6.2.	Symptômes majorés par l'organisation du stage	49
2.7.	Vécu de la grossesse sur le plan psychique.....	51
2.7.1.	Directement lié à la grossesse	51
2.7.2.	Difficultés accentuées par l'Internat	51
2.7.3.	Réaction de l'entourage	53
2.8.	Vécu de la grossesse par un Médecin	55
2.8.1.	Echo du stage sur sa propre grossesse.....	55
2.8.2.	Prise de distance	56
2.8.3.	Connaissance par les professionnels de santé du statut d'Interne	57
2.8.4.	Informations sur la grossesse	57
2.8.5.	Participation à la décision médicale.....	58
2.8.6.	Comportement à l'égard de la Médecin	58
2.8.7.	Professionnels connus par l'Interne.....	59
2.9.	Interactions au travail.....	60
2.9.1.	Collègues et chefs informés.....	60
2.9.2.	Accueil de la nouvelle de la grossesse	60
2.9.3.	Avec les chefs	61
2.9.4.	Avec les co-Internes	63
2.9.5.	Avec les patients	65
2.10.	Organisation en stage	65
2.10.1.	Aménagements au travail	65

2.10.2.	Absence d'aménagement au travail	67
2.11.	Gardes	67
2.11.1.	Vécu différent selon l'état physique et mental	67
2.11.2.	Jusqu'à quand ?	67
2.11.3.	Aménagements	69
3.	Maternité et Internat	69
3.1.	Vécu de la maternité	69
3.1.1.	Découverte	69
3.1.2.	Echanges entre parents	70
3.1.3.	Difficultés de la maternité	70
3.1.4.	Bénéfices de la maternité	72
3.2.	Equilibre entre la maman et le médecin vis-à-vis de l'enfant	75
3.2.1.	Difficulté de trouver sa place en tant que mère médecin	75
3.2.2.	Distance	75
3.2.3.	Relation de confiance	76
3.2.4.	Examen physique	76
3.2.5.	Responsabilité	76
3.2.6.	Charge émotionnelle	77
3.2.7.	Relations avec les autres professionnels de Santé	78
3.3.	Equilibre entre la maman et le médecin vis-à-vis du travail	80
3.3.1.	Reprise du travail	80
3.3.2.	Nécessité d'organisation	80
3.3.3.	Relations au travail	88
3.4.	Influence de la maternité sur le Médecin Généraliste	90
3.4.1.	Approche différente de la Pédiatrie	90
3.4.2.	Echo de ses propres attentes en tant que maman	91
3.4.3.	Formation théorique	92
3.4.4.	Formation par l'expérience	93

3.4.5.	Confiance des parents	94
4.	Influence de la grossesse sur la suite de la carrière	95
4.1.	Pendant l'Internat.....	95
4.1.1.	Maquette de l'Internat	95
4.1.2.	Critères de choix	96
4.2.	Après l'Internat	97
4.2.1.	Mode d'exercice.....	97
4.2.2.	Clinicat.....	98
4.2.3.	Dans sa pratique	98
4.2.4.	Organisation.....	99
5.	Perspectives d'améliorations	100
5.1.	Accès à une information claire	100
5.2.	Amélioration des conditions de travail pendant la grossesse	101
5.2.1.	Choix du terrain de stage.....	101
5.2.2.	Aménagements en stage	101
5.2.3.	Accès à la Médecine du Travail	102
5.2.4.	Validation de stage	103
5.3.	Facilitation de la reprise du travail après le congé de maternité	103
5.3.1.	Garde d'enfant.....	103
5.3.2.	Temps de travail	103
5.3.3.	Allaitement	104
5.4.	Gardes	104
5.5.	Aménagement de la maquette	105
5.6.	Allongement du délai de soutenance de thèse	105
5.7.	Changement du regard des autres.....	105
DISCUSSION		107
1.	Limites de l'étude	107
1.1.	Echantillon et représentativité.....	107
1.2.	Enquêtrice	108

2. Forces de l'étude.....	109
2.1. Intérêt de l'étude	109
2.2. Méthodologie.....	109
3. Discussion des résultats.....	110
3.1. Principales difficultés rencontrées	111
3.1.1. D'ordre administratif	111
3.1.2. D'ordre relationnel	112
3.1.3. D'ordre organisationnel en stage.....	114
3.2. Résilience	115
3.3. Minimisation des difficultés rencontrées	116
3.3.1. Comparaison à d'autres femmes	116
3.3.2. Chance	117
3.3.3. Explications possibles à cette minimisation	120
4. Pistes d'amélioration.....	128
CONCLUSION	131
ANNEXES.....	135
BIBLIOGRAPHIE.....	137

INTRODUCTION

FEMINISATION DES ETUDES ET DE LA PROFESSION MEDICALES

En France, les femmes représentaient au 1er janvier 2018, 48.2% des Médecins Généralistes en activité régulière, alors qu'elles n'étaient que 39.2% en 2010 (1). Elles pourraient même être majoritaires en 2030. Une étude parue dans les Dossiers de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) estime en effet que 53.8% des Médecins seraient des femmes et que leur part pourrait atteindre 56.4% des Médecins Généralistes (2). On assiste donc à une féminisation de la profession et ce, dès le début des études de Médecine : à la rentrée universitaire 2010-2011, 63.9% des inscrits en Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) sont des femmes, alors qu'à la rentrée 2017-2018, elles sont 68% en première année et 62.0% en deuxième année d'études de Médecine (3).

Si dans un premier temps, cette féminisation a semblé être à l'origine d'un allègement du temps de travail au profit de la vie privée, voire d'une dévalorisation du statut de Médecin (4), il apparaît finalement, comme le montre une étude sur la féminisation du corps médical, et les dynamiques professionnelles dans le champs de la santé, que « *les impératifs liés à la sphère privée tendent à s'immiscer dans les interstices des temporalités professionnelles de l'ensemble des Médecins, hommes et femmes* » (5). Cette idée selon laquelle la répartition entre le temps alloué au travail et à la vie professionnelle est une question d'ordre générationnel, plutôt que liée au genre, semble partagée par plusieurs

médecins, dont les propos ont été recueillis dans un article paru dans la revue de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, Médecine, Chirurgie, Obstétrique (6). Le Professeur Jean Sibilia, Président de la Conférence des Doyens, et Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg, y affirme que *« tous, hommes et femmes, aspirent désormais à un équilibre plus juste entre leur vie professionnelle et personnelle, ce qui est une bonne chose pour des soignants responsables »*. Il ajoute que la *« féminisation des études de Médecine n'a pas eu d'impact sur l'approche et l'organisation pédagogique, même si nous essayons autant que faire se peut de favoriser les projets de chacun »*.

Dans ce contexte de féminisation de la profession et des études de Médecine, et de modification progressive de la répartition du temps de travail des jeunes médecins au profit de la sphère privée, se pose naturellement la question de la place de la vie familiale et donc d'une éventuelle grossesse. Cette réflexion peut intervenir d'autant plus tôt dans le cursus d'une femme médecin, qu'en France, l'âge moyen des candidats aux Epreuves Classantes Nationales Informatisées (ECNi), permettant d'accéder à l'Internat est de 25 ans (7), et l'âge moyen de la première maternité est de 28.5 ans (8).

ORGANISATION DU TROISIEME CYCLE

A l'issue des ECN, l'étudiant qui choisit la spécialité Médecine Générale devient Interne, ou étudiant en Médecine Générale. Il s'inscrit dans le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale et entre dans le Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM) qui durera au minimum 6 semestres de stages hospitaliers et ambulatoires.

Le code de la Santé Publique établit que l'Interne est un agent public, et consacre tout son temps de travail à sa formation médicale (9). Il est, à ce titre, affilié au régime général de la Sécurité Sociale (10). En cas de grossesse, et si elle le souhaite, une Interne enceinte bénéficie donc légalement d'un **congé de maternité** avec la garantie d'un maintien de salaire (11) dont le code de la Sécurité Sociale définit les modalités : pour une grossesse simple, le congé de maternité débute six semaines avant l'accouchement, et se termine dix semaines après. Si l'Interne ou le ménage assume déjà la charge d'au moins deux enfants, ou si l'Interne a déjà donné naissance à deux enfants viables, ce congé est porté à huit semaines en pré-natal et dix-huit en post-natal. En cas de grossesse gémellaire, il est de douze semaines en pré-natal et vingt-deux en post-natal. Enfin, à partir d'une grossesse triple, il est de vingt-quatre semaines en pré-natal et vingt-deux en post-natal (12). Par ailleurs, sur prescription médicale, l'Interne peut réduire la période de congé pré-natal de trois semaines, et ainsi en prolonger la période de congé post-natal d'autant.

Le travail de thèse de François-Charles Cuisigniez, en 2009, a mis en évidence des lacunes dans la réglementation de l'organisation de l'Internat de Médecine Générale pour les femmes enceintes et des disparités entre les académies (13). Depuis, des aménagements ont été mis en place, notamment la généralisation du stage en surnombre. En effet, l'article R632-19 du Code de l'Education qui dispose que le choix des stages s'effectue selon le nombre de semestres de stages déjà validés et selon le rang de classement obtenu aux ECN, précise qu'une Interne enceinte peut, si sa grossesse est médicalement constatée, demander à effectuer un **stage en surnombre** (14). Celui-ci permet l'ajout d'un poste supplémentaire au nombre de postes déterminés par la commission d'évaluation des

besoins de formation, afin d'éviter de perturber le fonctionnement du service auquel est affectée l'Interne.

Le stage en surnombre peut être validant pour la suite du cursus, à la condition que l'Interne ne s'absente pas plus de deux mois de son lieu de stage (15). Elle choisit donc selon son ancienneté et rang de classement. Si elle pense ne pas pouvoir effectuer au moins quatre mois de stage, elle peut demander à effectuer un stage en surnombre non validant, et se verra proposer de choisir un stage indépendamment de son rang de classement. Par ailleurs, l'Instruction n°DGOS/RH4/2014/128 du 22 avril 2014 clarifiant les dispositions réglementaires relatives aux Internes précise qu'une Interne en congé de maternité au moment du choix de stage peut également demander à effectuer un stage en surnombre, validant ou non validant, selon les mêmes modalités (16).

Récemment, le Décret n° 2016-675 du 25 mai 2016 relatif à la prise en compte de la situation particulière de certains étudiants, a mis fin au **déclassement** en cas de grossesse ou congé maternité. Ainsi, à son retour de congé de maternité, ou à la fin du stage en surnombre, qu'il soit validant ou non validant, l'Interne conserve son ancienneté et rang de classement (17).

Par ailleurs, une Interne enceinte ou ayant accouché peut demander à être mise en **disponibilité** pour convenances personnelles, à la condition qu'elle ait effectué au moins un an de fonctions effectives. Cette disponibilité est d'une durée maximale d'un an, renouvelable une fois. Durant cette période, elle ne perçoit pas de salaire, ni indemnités. A son retour, elle est réintégrée dans son centre hospitalier régional de rattachement, dans la limite des postes disponibles (18).

Comme tous les Internes, une Interne enceinte effectue des gardes de jour et de nuit. Cependant, à partir du troisième mois de grossesse, elle est dispensée du service de garde (19).

DES TRAVAUX DE RECHERCHE AUX RESULTATS ENCOURAGEANTS MAIS DES DIFFICULTES QUI PERSISTENT

Compte-tenu du nombre croissant de grossesses chez les Internes en Médecine, plusieurs études ont déjà été menées, afin d'évaluer la situation et proposer des améliorations. Ainsi, le travail de thèse d'Adeline Fetscher Prenat, en 2011, a mis en relation les conditions de travail difficiles et les complications de la grossesse (20) : chez les Internes en Médecine de la Faculté de Besançon, on dénombrait un nombre important de menaces d'accouchement prématuré sévères, avec un taux de prématurité de 15.4% contre 7.4% dans la population française en 2010 (21).

En 2013, Ludivine Denfert-Gaget a soutenu une thèse évaluant le statut de l'Interne de Médecine Générale enceinte (22). Celle-ci a permis de vérifier la généralisation du stage en surnombre en France métropolitaine, même si le choix du terrain de ce stage n'était pas toujours possible. Elle a également montré qu'une Interne sur cinq estimait que la grossesse avait un impact négatif sur sa formation. Enfin, elle a noté que la plupart des Internes se positionnait contre le déclassement, tel qu'il était en 2013. Elles le trouvaient préjudiciable pour la suite de leur cursus, et certaines ont même été limitées dans leurs choix de stage à cause de ce déclassement.

L'étude transversale menée en 2015 sur le projet parental des Internes de Médecine Générale d'Aix-Marseille a évalué que si les Internes en Médecine Générale avaient pratiquement tous envie d'être parents, 58,3 % des femmes et 53,5 % des hommes interrogés déclaraient vouloir reporter leur projet parental après la fin des études médicales, malgré leurs bonnes connaissances sur le déclin rapide de la fertilité de la femme. Les auteurs suggéraient la mise en place d'une campagne d'information et de sensibilisation aux conséquences de l'âge sur la fertilité (23).

Par ailleurs, la maternité semble également difficile à concilier avec l'Internat. Une étude qualitative canadienne publiée en 2005 a mis en évidence une fatigue physique, un sentiment de culpabilité et un stress accrus chez les jeunes mamans Internes en Médecine, à leur retour en stage. Les auteurs conseillaient une plus grande flexibilité dans l'organisation du stage afin de mieux concilier vie familiale et professionnelle. Ils mettaient également en avant la nécessité de permettre l'allaitement même au retour au travail, en proposant des pauses, un peu d'intimité et la mise à disposition de réfrigérateurs (24).

Plus récemment, le travail de thèse de Sabrina Raselinary sur la grossesse et maternité chez les Internes en Médecine Générale à la Faculté d'Amiens en 2016 a relevé plusieurs points positifs à la grossesse et maternité pendant l'Internat : la prise en compte systématique des Internes enceintes avec la généralisation du stage en surnombre, le maintien de l'investissement des Internes enceintes dans leurs études, mais aussi l'acquisition d'une expérience et de compétences profitables aux patients. La grossesse et maternité y sont décrites comme une expérience enrichissante, globalement bien vécue (25). Il semble ainsi exister une discordance entre ces aspects positifs décrits et le caractère factuel observé du report des projets de maternité après la fin de l'Internat.

OBJECTIF DE NOTRE ETUDE

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le vécu de leur grossesse et maternité par les Internes en Médecine Générale, afin d'en identifier les difficultés, mais aussi les aspects positifs.

Les objectifs secondaires sont d'analyser les influences d'une telle expérience sur la suite du cursus, de décrire les relations avec les professionnels de santé auxquels peut être confrontée une Interne enceinte ou jeune maman, et de proposer éventuellement des améliorations afin de mieux concilier cette expérience avec la suite des études médicales.

MATERIEL ET METHODE

Cette étude s'inscrit dans un contexte de féminisation de la profession médicale avec un recul de l'âge de la première maternité. Nous avons choisi d'étudier le vécu d'une grossesse et maternité par les Internes de Médecine Générale, épisode de vie amené à être de plus en plus fréquent en Troisième Cycle.

Pour ce faire, nous avons mené une étude qualitative d'avril à septembre 2019, sur la base de onze entretiens individuels semi-dirigés avec des femmes Internes de Médecine Générale, ou femmes médecins ayant récemment terminé leur Internat et ayant vécu une grossesse et maternité pendant leur Troisième Cycle.

CHOIX DE LA METHODE

Compte-tenu des objectifs de cette étude qui s'attache à comprendre un phénomène social spécifique, il est apparu que la méthode de recherche la plus adaptée était la méthode qualitative. De fait, le ressenti de la grossesse et maternité ne constitue pas un phénomène chiffrable ou mesurable objectivement (26). Cette méthode offre en outre la possibilité d'étudier les comportements, opinions et expériences personnelles des sujets étudiés dans leur environnement afin de mieux comprendre le contexte du phénomène à l'étude (27). Enfin, l'objectif d'une étude qualitative est d'offrir une description d'une situation donnée. L'article de Laurence Kohn et Wendy Christiaens concernant les méthodes de recherche

qualitative résume justement : « *faire de la recherche qualitative est une façon de regarder la réalité sociale. Plutôt que de chercher les bonnes réponses, la recherche qualitative se préoccupe également de la formulation des bonnes questions* » (28).

SELECTION ET RECRUTEMENT DE LA POPULATION ETUDIEE

Les femmes ont été sélectionnées afin de constituer un échantillon raisonné (26). Les premières participantes étaient des connaissances de l'enquêtrice ou de son entourage. Certaines femmes interrogées ont également proposé à leurs connaissances de contribuer à l'étude. Les autres femmes sélectionnées l'ont été par bouche à oreille. Elles ont été recrutées par téléphone ou messagerie informatique. Aucune des femmes contactées n'a refusé de participer.

ENTRETIENS

Les femmes recrutées ont toutes été informées du sujet de l'étude et de l'anonymisation de leurs propos. L'objectif était l'analyse du vécu de la grossesse et de la maternité pendant le Troisième Cycle. Elles ont toutes donné leur accord pour l'entretien, son enregistrement par dictaphone intégré sur le téléphone et sa retranscription. La retranscription écrite leur a été soumise à distance pour correction avec la possibilité de leur part de supprimer certains passages ou d'en modifier d'autres, dans le but d'assurer leur anonymat.

Les entretiens ont été menés en suivant un guide d'entretien. La première partie était destinée au recueil des données nécessaires à l'élaboration des caractéristiques de la population étudiée. La seconde partie concernait la grossesse et maternité durant l'Internat. Enfin, quelques questions annexes étaient destinées à relancer ou approfondir certains points.

Le premier entretien était à usage exploratoire (29), mais compte-tenu de la pertinence des propos recueillis, nous avons choisi de le conserver et de l'analyser avec les entretiens suivants. Le guide a été revu et enrichi après les premiers entretiens afin d'explorer d'autres aspects de la grossesse, et maternité comme le positionnement de l'Interne vis-à-vis des professionnels de santé. De cette façon, nous avons rapidement atteint l'objectif de saturation des données, puisque les deux derniers entretiens n'ont pas apporté d'informations supplémentaires à celles déjà recueillies.

ANALYSE DES DONNEES

Les entretiens ont été entièrement retranscrits au moyen d'un logiciel de traitement de texte. Ils ont ensuite été analysés et codés manuellement l'un après l'autre, permettant de faire apparaître les différents thèmes abordés dans cette étude. Nous avons ajusté cette analyse par le biais d'un co-codage avec l'aide d'une personne non impliquée et non concernée par cette étude (27). Enfin, nous avons appliqué une analyse par méthode thématique permettant la « *construction de catégories à partir de l'analyse des participants* » (26).

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

1.1. Entretiens

L'entretien le plus court a duré vingt-trois minutes, le plus long quatre-vingt-une minutes et en moyenne, ils ont duré cinquante minutes.

1.2. Etudes et spécialisation

Les onze femmes interrogées ont réalisé leur Internat de Médecine Générale dans le Grand-Est. L'Externat a été mené dans cette même région pour cinq d'entre elles, dans une autre région pour quatre femmes, et deux n'en ont pas précisé le lieu. Par ailleurs, dix femmes ont mené leur Internat plus précisément à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Quatre femmes étaient encore Internes (du premier au cinquième semestre) et sept avaient terminé leur Troisième Cycle au moment de leur entretien. Ces dernières ont achevé leur Internat au plus tôt en 2018.

Toutes les femmes ont suivi un cursus classique, avec six semestres validés ou à valider dans le cadre du DES de Médecine Générale. Aucune n'a fait de Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC).

Une participante a d'abord suivi et terminé un cursus de Maïeutique, lui permettant une entrée via une passerelle en troisième année de Médecine.

1.3. Données sur la grossesse

1.3.1. Âge

L'âge moyen des femmes interrogées est de 28.5 ans. Leur âge moyen au début de leur grossesse était de 26 ans, avec un âge minimal de 23.5 ans, et maximal de 28 ans.

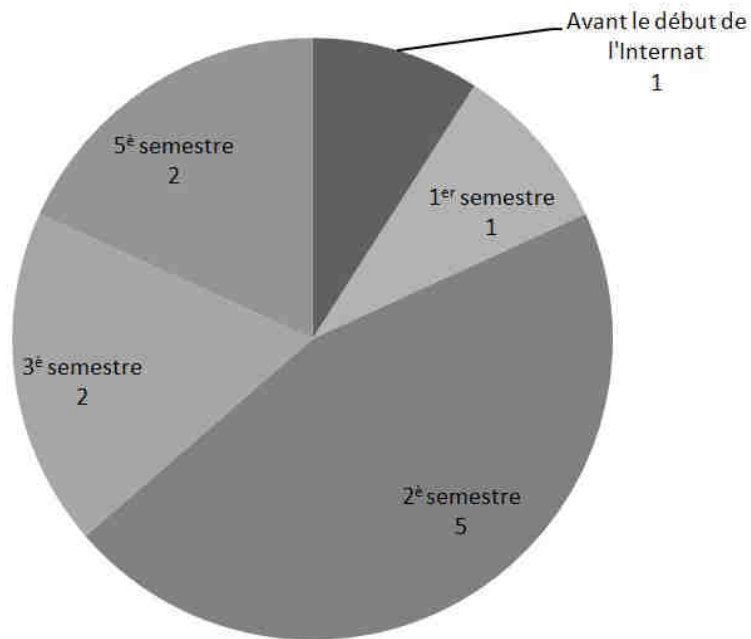
1.3.2. Parité

Il s'agissait de la première maternité pour dix femmes. Une femme avait déjà eu un premier enfant durant son Externat. En outre, deux femmes ont eu un second bébé après leur Internat.

1.3.3. Situation de la grossesse par rapport aux études

Une des femmes interrogées a été enceinte en fin de sixième année d'études de Médecine, juste avant son Internat. La grossesse a débuté dans la première moitié de l'Internat pour huit femmes, et notamment une en premier semestre, cinq en second semestre, et deux en troisième semestre. Enfin, deux femmes ont appris leur grossesse en cinquième semestre.

Situation du début de grossesse pendant l'Internat



Répartition des Internes selon leur semestre de début de grossesse

Au moment des entretiens, sept femmes avaient fini leur Internat, une était en premier semestre, une en deuxième, une en troisième semestre, et une en cinquième semestre.

Par ailleurs, une des femmes interrogées n'avait pas encore accouché.

1.3.4. Désir de grossesse

La grossesse était désirée pour huit femmes, mais deux l'auraient souhaitée plus tardive. Il s'agissait d'une grossesse accidentelle pour une femme, qui n'avait pas de projet prévu, même à long terme. Enfin, deux femmes n'ont pas donné de précisions sur ce point.

1.4. Surnombre et disponibilité

Sur les onze femmes, une a bénéficié d'un surnombre validant, six d'un surnombre non validant, et une d'un surnombre validant puis d'un surnombre non validant. Trois Internes n'ont pas été en surnombre.

Quatre Internes ont demandé et obtenu une mise en disponibilité.

Il est à noter que dix étudiantes n'ont pas terminé, ou ne pourront pas terminer leur Troisième Cycle en trois ans, du fait de ces aménagements de stages. L'étudiante n'ayant pas encore accouché n'a pas pu se prononcer sur la suite de sa maquette.

1.5. Congé de maternité

Toutes les étudiantes ont pu bénéficier du congé de maternité. Deux Internes ont demandé et obtenu un report légal de trois semaines du congé de maternité.

1.6. Profession du conjoint

Toutes les femmes interrogées vivent en concubinage ou sont mariées. Quatre des conjoints travaillent dans le domaine de la Santé, dont un est également Interne en Médecine. Quatre travaillent dans un autre domaine. Enfin, deux femmes précisent que leur conjoint n'est pas médecin, mais sans donner plus de détails.

2. Grossesse et Internat

2.1. Arguments en faveur d'une grossesse pendant l'Internat

2.1.1. Raisons personnelles

Plusieurs femmes décrivent la grossesse comme une suite logique de la vie de famille qu'elles ont décidé de mener. E3 explique d'ailleurs *« ça fait sept ans que je suis avec mon compagnon, on s'est mariés, on a acheté un appartement, le bébé venait avec quoi... »*. Elles affirment, comme E2, ressentir : *« on était prêts, j'avais de plus en plus envie d'avoir un enfant, ça c'était clair »*.

D'autres étudiantes ressentaient également une certaine pression liée à leur âge, à l'instar d'E6, qui aimerait avoir ses enfants *« avant trente ans »*, et racontent ne pas avoir voulu décaler leur projet de grossesse à cause de l'Internat. E8 estime que *« c'est pas le cursus des études de Médecine qui va guider quand est-ce que je voudrai avoir mes enfants. Je me voyais pas attendre la fin de l'Internat, de la thèse, et tout, pour en avoir »*. Il s'agit d'une idée partagée par E9, qui affirme : *« c'était juste, dans ma vie personnelle, la suite devait pas être impactée par ma vie professionnelle »*.

E11 subit une autre forme de pression liée au temps, puisqu'étant déjà maman, elle souhaitait *« un deuxième enfant proche du premier, et le premier, j'étais en D3. Donc trois ans d'écart, c'est un peu le maximum que je voulais »*.

2.1.2. Inconvénients quel que soit le moment choisi

Il apparaît de toute façon que mener une grossesse dans la vie d'une femme médecin ne sera pas quelque-chose de facile et ce, qu'importe l'avancement dans la vie professionnelle. C'est la conclusion d'E1 : « *et finalement, je pense que, oui, le déclencheur, c'était un peu la discussion qui avait eu lieu, où vraiment [...] je me suis dit... « il y a pas de bon moment, je sais que ça va pas être facile d'être maman en étant Interne, mais finalement, est-ce que ce sera vraiment plus facile après ? » »* ».

2.1.3. Avantages de l'Internat

Par rapport à l'exercice libéral

De nombreuses femmes interrogées voient clairement un avantage à mener une grossesse pendant l'Internat par rapport aux remplacements ou à l'installation en libéral. E1 affirme que « *quand on remplace, ben c'est compliqué aussi, quand on s'installe, ben il faut se faire sa patientèle, c'est pas évident non plus* ». E4 craignait également une grossesse après l'Internat, « *parce qu'après, en libéral, c'est quand-même plus stressant, je pense* ».

E11 déplore le manque de clarté du statut de libéral, surtout pendant les remplacements : « *[pendant l'Internat] les choses sont claires, elles sont ce qu'elles sont. Ça peut plaire, ou pas, mais elles sont claires. Pendant les remplacements, tout est flou* ».

Avantage financier

Elles sont majoritaires à estimer qu'il y a un avantage financier non négligeable à mener une grossesse pendant l'Internat. E2 explique que « *le fait d'être encore salariée, pour moi, c'était sécurisant* ». E4 n'aurait peut-être pas osé une grossesse sans le congé de maternité : « *si on n'avait pas le maintien de salaire, déjà, ça aurait été plus compliqué. Parce que déjà qu'on perd en salaire, parce qu'on fait plus, ou moins de gardes, et ça, ça a été un trou dans le budget* ». En plus du congé de maternité, E11 apprécie le fait que « *si on a un congé pathologique, ou un problème, un arrêt de travail... on est payée* ».

Ratio temps de travail / vie personnelle favorable

E8 reconnaît que son classement aux ECN l'a aidée à choisir de débiter sa grossesse pendant l'Internat : « *je savais que j'étais assez bien classée, donc j'avais des choix assez corrects, et pas trop loin* », une idée partagée par une autre des femmes interrogées.

Par ailleurs, l'Alsace étant une petite surface, elle représente un attrait pour le choix du lieu d'Internat, permettant des trajets plus courts, et une possibilité de s'installer sur du long terme. E1 imagine : « *si on était restés sur [Hors Grand Est], et si que j'avais dû, euh... bouger tous les six mois, je pense pas que ça nous aurait permis non plus d'avoir ce projet-là. Après c'était possible parce que, globalement tous les stages étaient situés à moins d'une heure* ».

Enfin, les avantages acquis avec le temps permettent de rassurer les Internes ayant un désir de grossesse durant leur Troisième Cycle. Comme le dit E4 : « *on a une*

possibilité de faire un stage en surnombre, une possibilité de prendre une dispo ». Ne pas bénéficier de ces aménagements aurait même pu dissuader E1 dans son projet de grossesse : *« s'il y avait pas de surnombre, clairement, je pense que ça aurait été... ça aurait été un frein, parce que ça veut dire qu'après, il manque quelqu'un dans le service »*.

2.2. Arguments contre une grossesse pendant l'Internat ou en faveur d'un report de la grossesse

2.2.1. Problèmes liés à l'organisation hospitalière de l'Internat

Incompatibilité des horaires et de la charge de travail avec la vie personnelle

L'Internat de Médecine est connu pour être une formation très prenante, laissant une part de temps libre assez restreinte. Concilier grossesse et études pendant le Troisième Cycle peut donc paraître difficile. E8, comme d'autres femmes, confirme que cela aurait pu influencer son choix de débiter une grossesse : *« ce qui m'aurait fait peur, c'est la charge de... si j'étais tombée dans des stages où il y a [...] des horaires... Ça pouvait être les longues distances de stages, où les horaires prenants, si c'était fatiguant, ça aurait pu jouer »*. Quand on lui demande ce qui aurait pu la dissuader de faire un enfant pendant l'Internat, E2 cite immédiatement le temps de travail, qu'elle juge plus adaptable en libéral : *« après, on s'arrange comme on veut, mais pendant l'Internat, vous êtes obligés de suivre les règles, les gardes, voilà. Quand on est libéral, si on veut prendre un jour de plus dans la semaine, on peut toujours »*.

La participation au tour de gardes semble être elle aussi un frein pour un projet de grossesse, comme l'expliquent plusieurs Internes, dont E2 : *« s'il y avait des gardes tout le temps, obligatoires, à tous les stages »*.

Par ailleurs, la plupart des participantes décrit le stage obligatoire aux Urgences comme très difficile, plus particulièrement pour les femmes enceintes. E6 affirme même que son premier trimestre de grossesse aux Urgences a été *« horrible »*.

E2 raconte qu'elle a choisi de débiter une grossesse après le stage aux Urgences : *« je savais, en faisant le choix de la période où on essaie d'avoir un enfant, que j'avais fait tous les stages un peu compliqués »*. E11 imagine : *« si j'avais pas fait mon stage au CHU, et les Urgences, j'aurais pas fait... J'aurais pas fait la grossesse avant d'avoir fait ces stages »*. Quant à E3, elle regrette même sa grossesse pendant ce stage : *« si c'était à refaire, je le ferais encore pendant l'Internat, mais je laisserais peut-être passer le stage aux Urgences, parce que c'est peut-être le plus compliqué »*.

Finalement, E7 semble avoir trouvé comment mener plus sereinement sa grossesse : *« le stage praticien c'était le bon plan, pas trop stressant, pas comme aux Urgences, ou en Médecine Interne, où j'étais vachement plus stressée »*.

Distance du terrain de stage

Certaines participantes estiment qu'un long trajet domicile – lieu de travail aurait pu retarder leur projet de grossesse, comme le souligne E11 : *« je me serais retrouvée peut-être très loin [...] je pense que je l'aurais pas fait »*.

2.2.2. Problèmes liés à l'organisation universitaire de l'Internat

Maquette permettant peu d'adaptations

Avec la réforme du Troisième Cycle, E2 déplore une fixité de la maquette des stages de l'Internat, qui pourrait également freiner un projet de grossesse : *« si par exemple, on nous obligeait à faire certains stages, [...] je pense que ça changerait un petit peu [...] alors maintenant, la maquette a changé, on peut pas choisir l'ordre des stages... Après, les Urgences, ils le font dès le départ, ça c'est bien, mais après t'as le SASPAS [Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée], et après, c'est Médecine Adulte, et après c'est le stage Mère-Enfant... Ça dépend quand tu veux avoir un enfant pendant ton Internat. Si tu veux avoir un enfant dès le départ, ça peut être difficile, vu que t'as pas le choix de tes stages »*. E3 ajoute que l'ARS [Agence Régionale de Santé] *« considère qu'on fait un stage aux Urgences uniquement en phase socle »*, stage qu'elle n'estime pas *« très approprié »* pour une Interne enceinte.

Classement aux ECN et liberté de choix de stage limitée

Selon le classement aux ECN, les Internes se verront contraintes de choisir un stage qu'elles jugeraient moins propice à une grossesse sereine. E3 affirme que *« ça dépend du classement aux ECN. Si on est dans les derniers du classement, faut pas envisager une grossesse pendant l'Internat, parce que c'est compliqué »*.

2.2.3. Déclassement

Après une disponibilité, l'Interne perd son rang de classement au sein de sa promotion. Pour certaines, il s'agit là d'un aspect presque rédhibitoire à un projet de grossesse. Deux des femmes interrogées ayant pris une disponibilité estiment qu'elles auraient mené leur projet différemment après avoir expérimenté les conséquences d'un déclassement sur leur carrière. Ainsi, E7 raconte : *« si j'avais su pour le déclassement, j'aurais attendu un ou deux semestres de plus, parce que j'aurais été déclassée moins longtemps »*.

2.2.4. Aspect financier

L'arrivée d'un bébé engendrant des frais supplémentaires, il semblait normal pour les femmes interrogées que, sans stabilité financière, débiter une grossesse serait encore plus compliqué. E10 résume : *« il y a quand-même eu une perte de revenus. Le fait est qu'on a des gros frais de transport, donc en fait, on peut vraiment pas se permettre de perdre de l'argent »*. D'ailleurs, comme le souligne E8, *« si on arrête les gardes, on a aussi les rentrées d'argent des gardes en moins. On a juste le salaire de base »*. Il s'agit donc de prendre en compte la baisse de salaire malgré le congé de maternité.

2.3. Arguments indépendants de l'Internat

Si les difficultés et avantages inhérents à l'organisation du Troisième Cycle semblent jouer directement sur le choix de débiter ou non une grossesse pendant l'Internat, il semble se dégager également d'autres facteurs influençant ce choix.

2.3.1. Profession du conjoint compatible avec le projet

Stabilité financière du conjoint

Les revenus des Internes n'étant pas linéaires, elles comptent également sur la stabilité financière de leur conjoint avant de débiter une grossesse. E11 affirme : « *le fait que mon conjoint soit en CDI, ça a facilité les choses. Je pense que s'il l'avait pas été, je suis pas sûre qu'on l'aurait fait* ».

Horaires de travail fixes

Les Internes en Médecine ont par ailleurs des horaires de travail variables, du fait des gardes, jours de formation, et de la charge de travail. Elles attendent donc une régularité du temps de travail de leur conjoint afin de vivre une grossesse plus sereine. E8 explique : « *ce qui a aidé, c'est [...] le fait que le conjoint ait une situation stable, qu'il connaisse ses horaires* ». E11 précise : « *parce que lui, il n'a pas de garde, pas d'astreinte* ».

2.3.2. Entourage

La présence d'un entourage fiable permet aussi de rassurer les étudiantes qui ont un projet de grossesse. E8 estime que « *le fait qu'il y ait une famille dans la*

région, ça joue énormément. J'avais une co-Interne qui venait de Paris, et elle avait personne, et son conjoint cherchait du boulot... et c'était très compliqué pour elle ».

2.4. Aspects administratifs

2.4.1. Stage en surnombre

Difficultés de mise en place

Si les femmes interrogées reconnaissent l'avantage non négligeable à effectuer un stage en surnombre, elles ont parfois rencontré des difficultés à le mettre en place. E1, qui a appris sa grossesse peu de temps avant le choix des stages raconte que *« la partie un peu compliquée au début, c'était que [...] il fallait avoir une attestation, la déclaration de grossesse »*. Elle a éprouvé du *« stress justement, devoir, euh... donner tous les papiers, justificatifs, etc., un peu en dernière minute, pour pouvoir avoir un... un stage en surnombre »*.

Souplesse de la maquette

Elles sont également nombreuses à déplorer le manque de souplesse de la maquette. Ainsi pour son stage en surnombre, l'ARS a fourni à E2 une liste de postes ouvrables, mais comme elle l'explique, *« il y en a aucun qui était disponible, rires... Donc euh... je sais pas à quoi ça servait ce truc, mais... et au final, ben il fallait choisir parmi la liste des stages qui étaient pour tout le monde en fait [...] j'avais demandé PMI [Protection Maternelle et Infantile]... enfin, tu vois, vraiment branché santé de l'enfant, et voilà... mais non j'ai pas pu avoir, dommage »*.

E3 a fait des démarches de son côté, afin d'obtenir les autorisations pour choisir son stage en surnombre, mais elle s'est également heurtée à des refus : *« je voulais aller notamment en Rhumato, parce que ça m'intéressait. J'avais l'accord du chef de service. Mais en fait, comme ils avaient pas le droit d'accueillir des Internes en Médecine en phase socle, j'ai pas eu le droit d'y aller. Donc j'ai essayé de faire un stage en surnombre chez un praticien. Mon praticien, qui normalement était habilité à avoir des Internes, et qui en avait pas ce semestre-là, était d'accord pour me prendre, il n'y avait aucun souci. Donc ils avaient juste à donner leur accord, mais ils n'ont pas donné leur accord, parce qu'ils considèrent qu'on fait un stage aux Urgences uniquement en phase socle ».*

2.4.2. Interlocuteurs

Soutien

Souvent perdues dans les démarches administratives, quelques étudiantes soulignent avoir pu compter sur l'appui de certains de leurs interlocuteurs. A propos des services administratifs de la Faculté, E10 rapporte qu' *« ils sont super sympas, ils m'ont dit « oh pas de souci » »*. E6 a également trouvé un soutien auprès de la Faculté : *« la Fac m'autorisait à continuer mes cours, même pendant ma dispo de mon congé mat, pour que je finisse plus tôt les cours »*.

Pour ses démarches, E6 s'est appuyée sur les services de l'Hôpital : *« l'hôpital m'avait appelée : « on a appris que vous étiez enceinte via votre arrêt de travail, donc on va reprendre ensemble les dates, et vous allez faire comme ça, comme ça, comme ça »*. *On a fait comme ça, comme ils ont dit »*.

De l'incompréhension au mépris

Plusieurs femmes ont rencontré des difficultés dans les échanges avec les services administratifs des différents organismes. E11 explique que pour « *le congé maternité, c'était compliqué. Les dates, ils comprenaient rien. Je crois qu'au niveau du paiement du salaire [...], j'ai été payée la totalité après six mois, parce qu'en fait, comme il leur manquait une information sur une date, ils ont complètement bloqué mon salaire* ».

A propos de la Faculté, E7 déplore qu'« *ils te font bien comprendre que c'est pas bien de faire un bébé pendant l'Internat. J'en ai même parlé avec mon tuteur, suite au choix de stage. Il m'a dit « ben, je sais pas quoi te dire » [...] il m'a dit que sa femme avait vécu la même chose, et qu'on lui avait dit qu'il fallait pas faire de bébé pendant l'Internat. A la Fac, ils s'en fichent, ou ils ont pas envie de s'embêter. Il a jamais essayé de faire quoi que ce soit, de m'aider, ou me soutenir* ».

Quant à elle, E6 raconte un échange particulièrement désagréable avec l'ARS lors des choix de stage : « *ils ont même été méprisants. Ils m'ont quand-même dit que j'aurais dû... ils m'ont dit « je ne veux pas vous accabler, mais vous auriez peut-être dû réfléchir avant », sous-entendu « c'est complètement crétin d'avoir des enfants quand on est Interne »* ».

2.4.3. Droits de l'Interne enceinte encore flous

Informations reçues avant la grossesse

La majorité des femmes affirme n'avoir eu que peu ou pas d'informations sur les droits de l'Interne enceinte avant de débiter leur grossesse, tout en admettant

avoir parfois peu cherché. E5 explique qu'elle ne savait « *rien du tout*, rires. *Je savais juste qu'il fallait faire 4 mois. [...] Sinon, non, pas du tout... Alors, j'aurais dû certainement me renseigner, et en même temps, on fait avec* ». E7 ajoute « *bon, j'en sais pas beaucoup plus aujourd'hui*, rires. *J'ai laissé un peu faire* ».

Afin de bénéficier d'un stage en surnombre, il est nécessaire de fournir une déclaration de grossesse. Quand on lui demande ce qu'elle en savait avant d'être enceinte, E1 se souvient : « *euh... non. J'ai découvert quand il a fallu que je le fasse* ».

En outre, plusieurs femmes connaissaient l'application du congé de maternité permettant le maintien du salaire de base, sans les gardes. E4 affirme : « *je savais qu'on avait le maintien de salaire, le congé de maternité légal des salariés* ». Certaines se sont toutefois interrogées sur le congé pathologique. E1 explique que « *ce qui était plus flou, c'est comment ça se passait si jamais j'avais dû m'arrêter plus tôt que justement le début légal du congé maternité* ».

Par ailleurs, le déclassement après un stage en surnombre et un congé maternité ne s'applique plus, mais demeure effectif après une disponibilité. Cependant, son application reste floue pour plusieurs des femmes interrogées. E4 résume « *là où je m'étais interrogée, c'était sur le... sur ce que ça allait faire dans les choix de stage après le congé maternité, ça je savais pas trop... [...] j'ai pas compris pourquoi certaines [ont été déclassées], et d'autres non* »

La plupart des femmes connaissait les modalités de validation d'un stage, qu'il soit en surnombre ou non. E3 précise : « *enfin, je savais que... parce qu'on discutait entre co-Internes... que... si je faisais moins de 4 mois en stage, dans ce cas-là, je serais invalidée* ».

A partir du troisième mois de grossesse, les Internes en Médecine ne sont plus obligées d'effectuer des gardes. Elles étaient nombreuses à le savoir dès le début de leur grossesse. E7 affirme de fait qu'elle savait que « *tu avais le droit de ne pas faire de garde à partir de trois mois de grossesse* ».

Enfin, une participante évoque le recours à la Médecine du Travail, mais dénonce le fait que « *normalement, la Médecine du Travail, c'est obligatoire, mais je crois que, quand on est Interne, ça existe tout simplement pas* » (E11).

Accès à l'information

Sur les onze femmes interrogées, seules deux estiment trouver aisément les informations, comme l'explique E11 : « *mais au final... elles sont... en les ayant cherchées par après... ben elles sont faciles à trouver* ». E10 estime même que « *pour la grossesse, on est quand-même pas mal accompagnées* ».

Elles sont six à se plaindre d'une information difficile à trouver. Ainsi, E7 se souvient : « *quand je suis tombée enceinte, j'ai envoyé mon certificat de grossesse... J'avais une liste, je savais pas à qui l'envoyer. Personne me répondait...* ». Enfin, E5 conclut, à propos de sa recherche d'informations : « *ben je les ai toujours pas trouvées* ».

Clarté de l'information

De nombreuses femmes déplorent en outre des informations qui manquent de clarté. E5 raconte : « *il y a des textes, des choses de cadrées, et là, j'ai l'impression*

que c'est vraiment pas le cas. Et beaucoup me disent... j'ai des potes Internes en France, autre part, et j'ai l'impression que ça dépend beaucoup de la région où t'es ».

Sources d'informations

Quand on leur demande leurs sources d'informations, la majeure partie des femmes interrogées déclare avoir bénéficié du bouche à oreille. E2 se souvient : « *la toute première personne à qui j'ai posé mes questions, c'était une de mes co-Internes qui avait eu des enfants* ».

Elles sont quelques-unes à dire « *essayer de trouver [l]es réponses sur le site de l'ARS* » (E5). Plusieurs se sont tournées vers la Faculté, notamment « *la responsable des Internes* » (E2), et « *le site du DMG* » [Département de Médecine Générale] (E7). D'autres se sont renseignées, comme E1, « *principalement auprès du syndicat* » des Internes de Médecine Générale. D'autres encore se sont rapprochées des différents organismes : « *des conseillers Améli* » (E6) ainsi que « *la CAF* » [Caisse d'Allocations Familiales] (E7). Quelques-unes ont contacté le « *bureau des Affaires Médicales* » (E6). Une des femmes interrogées a bénéficié du soutien de « *la secrétaire du service* » où elle était en poste, qui lui a facilité les démarches. (E9). Enfin, E10 a également fait beaucoup de recherches à la bibliothèque : « *je me suis renseignée dans les livres, parce que je trouvais que les gens me donnaient pas les mêmes infos* ».

2.4.4. Informations fausses et délétères pour l'Interne

Plusieurs femmes déclarent avoir été mal informées durant leur grossesse. Deux d'entre elles ont malheureusement subi des conséquences non négligeables sur la

suite de leur carrière, en se voyant conseiller une disponibilité à la place d'un stage en surnombre. Ainsi, E6 explique avoir fait confiance à un service administratif qui lui a « *demandé de prendre une dispo pour mon congé mat, de ne pas prendre de surnombre [...] Mais ça a été un peu préjudiciable, puisqu'après j'ai été déclassée* ». Elle ajoute : « *on m'avait clairement expliqué qu'il fallait que je prenne une dispo pour pas être déclassée* ». A force de négociations, elle parviendra à ne pas subir le déclassement jugé injuste à son retour de disponibilité, mais pour les autres choix de stage, elle sera déclassée à nouveau.

E7 quant à elle, a vécu une expérience similaire, qui l'a « *révoltée* ». Elle relate : « *je m'étais renseignée auprès [d'un service administratif] qui m'avait dit que je pouvais prendre une disponibilité après mon congé mat, parce que, de toute façon, je ne validais pas mon semestre. Et on m'avait dit que je pouvais prendre ma dispo sans que ça me déclasse. Et en fait j'ai appris que j'avais été déclassée, et que j'aurais dû prendre un stage en surnombre* ». Elle déplore le manque de réaction de l'ARS : « *même l'ARS, quoi... je leur avais dit que je prenais une dispo, ils auraient pu me dire « vous êtes sûre de prendre une dispo, sachant que vous allez être déclassée ? »* ». Ce déclassement a été psychologiquement très difficile à gérer pour elle : « *j'ai même hésité à arrêter Médecine. Pendant le choix de stage, je me suis mise à pleurer, et j'ai dit « je suis à deux doigts de me barrer et lâcher tout ». J'ai dit à mes parents « j'ai même plus envie... »* » (E7).

2.5. Ressenti général globalement très positif

Malgré les difficultés rencontrées sur le plan professionnel, presque toutes les femmes interrogées gardent « *un bon souvenir* » de leur grossesse (E11). Elles analysent volontiers leur vécu global sur le plan personnel. Ainsi, E3 qui s'est heurtée à un refus dans son choix de stage, résume en parlant de sa grossesse : « *bien, franchement... oui oui, très bien... Non, j'ai vraiment rien de négatif à dire sur ma grossesse, ça s'est vraiment bien passé* », tout en soulignant ensuite les difficultés rencontrées lors de son stage aux Urgences, alors qu'elle était enceinte. E2 en parle également comme d' « *une belle expérience* ».

Seule E10 qui n'avait pas de projet de grossesse du tout, raconte : « *ma grossesse, je l'ai pas trop bien vécue, et en même temps, j'ai eu une grossesse, entre guillemets, facile* ».

2.6. Vécu de la grossesse sur le plan physique

Quelques femmes déclarent ne pas avoir eu de « *soucis particuliers* » (E4) sur le plan physique durant leur grossesse.

2.6.1. Symptômes liés à la grossesse

Elles sont nombreuses à s'être trouvées particulièrement fatiguées, notamment au début de la grossesse. E5 explique que « *la fatigue quand même, a un impact, on peut pas dire le contraire* ». La fin de grossesse a aussi eu un impact sur E7 : « *en fin de grossesse, quand tu as sept kilos de plus, tu n'as pas la même endurance* ». Quelques-unes se sont également plaintes de « *nausées* » (E1). D'autres femmes

décrivent aussi des contractions parfois invalidantes, comme E3 : *« j'avais des contractions beaucoup trop régulières »*. L'une des participantes raconte qu'en fin de grossesse, elle avait un *« syndrome des jambes sans repos, donc je dormais pas bien, du fait que je me levais la nuit »* (E10). Une autre femme décrit une prise de poids importante : *« j'ai pris dix-huit kilos pendant ma grossesse »* (E10).

Seules deux femmes ont dit avoir dû faire face à des complications de leur grossesse. E2 a eu un dépistage de la Trisomie 21 douteux, et explique qu' *« il fallait faire des échos en référé, en plus des échos classiques, pour être sûre qu'il n'y ait pas d'anomalie du placenta »*. Sa glycémie à jeun étant un peu élevée, elle a dû se plier aux *« mesures hygiéno-diététiques, pour le diabète gestationnel [...] jusqu'au cinquième mois »*. Elle ajoute : *« pour la toxoplasmose, j'étais pas immunisée, donc il fallait faire gaffe, voilà, la listéria aussi »*. E4 quant à elle, a été *« surveillée pour une hypertension gravidique »*.

2.6.2. Symptômes majorés par l'organisation du stage

Plusieurs participantes parlent d'une fatigue exacerbée par le stage à l'Hôpital, notamment aux Urgences. E4 raconte : *« la difficulté physique, c'était, euh... j'étais aux Urgences, c'est-à-dire qu'on piétinait beaucoup, on était beaucoup debout, et ça, oui, c'était difficile »*. E1 ajoute : *« j'aurais pas été en état de tenir 24h de garde, crevée comme j'étais »*. Cette fatigue n'a pas été sans conséquences, puisqu'E8 a pris *« une semaine de congé pathologique, parce que j'en pouvais plus »*. E11 a même dû choisir entre sa formation théorique et pratique, trop fatiguée pour les deux. Elle

relate : *« on a des enseignements théoriques l'après-midi, et en fait, là, j'étais tellement fatiguée, que j'y suis pas allée, pour dormir. Je disais en stage que j'allais en cours, et en fait j'y allais pas, je restais chez moi me reposer. Donc j'ai invalidé un semestre de cours ».*

Plusieurs femmes déplorent les longs trajets domicile-stage, à l'origine d'une anxiété et de douleurs pour E7 : *« j'avais une heure quarante de route aller-retour, donc c'est vrai qu'à la fin c'était un peu long. D'ailleurs une fois, dans les bouchons, j'ai dû freiner en urgence, et j'ai eu très mal au ventre après, donc j'avais un peu peur ».* E9, qui pouvait faire jusqu'à 1h30 de route, trouve que *« ce qui était le plus dur, finalement, pour moi, c'était tout le trajet, toute la route que j'avais à faire en voiture, à la fin de la grossesse ».*

E6 quant à elle, épuisée par les nausées et la charge de travail aux Urgences relate : *« je faisais des malaises, je tombais dans les pommes aux Urgences ».* Elle a finalement été deux fois en arrêt de travail sur son semestre de stage, et regrette : *« si c'était à refaire, je me mettrais plus en arrêt maladie, parce que c'était vraiment très très dur. C'était pas possible de tomber dans les pommes devant les patients ».*

Elle aussi en stage aux Urgences au moment de sa grossesse, E10 s'est plainte de *« tachycardie par contre, à 130, qui n'était pas... Je me suis quand-même retrouvée dans un box des Urgences à me faire des manœuvres vagales pendant une heure, parce que je me sentais pas bien ».*

Deux Internes enceintes aux Urgences ont même été privées de repas, comme l'explique E11 : *« aux Urgences, ben des fois, on pouvait pas manger. Du coup, je mangeais pas de la journée, en fait, même en étant enceinte ».*

Quant à elle, nauséuse et fatiguée en stage aux Urgences, E6 affirme avoir « *perdu entre six et huit kilos* » pendant son premier trimestre.

2.7. Vécu de la grossesse sur le plan psychique

2.7.1. Directement lié à la grossesse

Grossesse non désirée

E10 a découvert sa grossesse grâce à une de ses amies qui lui a posé des questions devant ses symptômes. Elle relate : « *ouais, c'était pas vraiment prévu. En fait, j'avais un stérilet [...] Mais bon... j'ai quand-même fait le test, il était positif, j'en ai fait un deuxième, il était négatif. Donc je suis allée voir mon Médecin Généraliste, j'étais très loin dans le déni [...] Et finalement, mon stérilet avait glissé dans le col, donc il servait plus à rien [...] Ensuite, il y a eu la panique, la discussion, « on le garde ou pas ? » Finalement, on a pas trouvé de bonne raison de pas la garder* ». Elle décrit ce début de grossesse comme « *un peu brutal* ».

Appréhensions

Les Internes ont été soumises, comme chaque femme enceinte aux angoisses qui se rattachent à leur grossesse. E2 raconte : « *je peux pas dire que j'aie eu une grossesse ultra... sereine* ».

2.7.2. Difficultés accentuées par l'Internat

Si la grossesse expose invariablement la femme enceinte à des difficultés, certaines sont inhérentes au statut d'Interne, notamment en milieu hospitalier.

Anxiété

Plusieurs femmes parlent d'une anxiété exacerbée du fait de leur Internat. Comme nous l'avons déjà évoqué, E1 s'est retrouvée dans cette situation lorsqu'elle a dû rassembler en urgence les papiers destinés à la demande de stage en surnombre. Elle parle également d'une « *peur du déclassement* ».

E2, en stage en Gynécologie pendant sa grossesse, estime avoir le droit « *d'avoir plus d'inquiétudes, je crois, parce que tu as conscience de ce qui peut mal se passer* ». Elle se demande comment relativiser « *alors qu'au final, l'environnement, il est assez stressant* ».

Quant à E11, Interne aux Urgences, elle explique avoir été « *stressée des maladies contagieuses, des gens qui pouvaient arriver avec une tuberculose, ou une méningite* ».

Culpabilité

E11 a culpabilisé vis-à-vis de ses co-Internes. Elle explique : « *j'avais peur que, si je demande des pauses, mes co-Internes soient obligés de faire mon travail* ». Elle sait pourtant que « *normalement c'est pas censé* », mais reste lucide sur la gestion hospitalière : « *dans un service, quand une Interne enceinte est pas là, c'est pas le chef qui prend ses patients, c'est son co-Interne, et le pauvre, il prend cher, quoi* ».

Dépression

L'une des femmes interrogées pense même avoir souffert d'une « *dépression* » (E6) lors de sa grossesse, en stage aux Urgences, et affirme : « *je*

voulais plus aller bosser ». Elle explique sans terminer sa phrase : « j'ai remis plein de choses en question, je me suis même demandé si j'allais pas arrêter Médecine, parce que c'était une mentalité de... ».

Solitude

E9, quant à elle, a trouvé la solitude liée à l'éloignement de sa famille en stage très pesante. Elle précise : *« ce qui était surtout dur... enfin après... En pneumo, c'était d'être toute seule à l'Internat. On est toute seule au début de la grossesse, pour une première grossesse, c'est pas facile ».*

Regard des autres

Le poids du regard des autres est également difficile pour certaines Internes. E5 explique : *« les gens s'imaginent pas qu'on puisse être enceinte, faut tout repousser en fait ».*

E11 va même jusqu'à s'auto-saboter puisqu'elle pense qu' *« on se met nous-mêmes des bâtons dans les roues. On a peur d'être jugées, stigmatisées, donc on n'ose pas demander ».*

2.7.3. Réaction de l'entourage

L'accueil de la nouvelle de la grossesse et le soutien apporté par les proches a eu une influence sur le vécu psychique de cette grossesse par les femmes interrogées.

Surprise

Alors qu'elle s'attendait à des félicitations, ou des manifestations de joie à l'annonce de sa grossesse à ses amis, E1 s'étonne : *« un des trucs qui m'a marquée, c'est que, en tous cas parmi les autres Internes, la première réaction, c'était pas forcément « super », mais c'était « c'était prévu ? ».*

Encouragements

Heureusement, d'autres femmes se sont senties soutenues et encouragées dans leur grossesse, par leurs proches, mais aussi leurs amis Internes. E5 s'amuse : *« mes potes co-Internes... hyper heureux en fait, c'est très marrant, hyper « c'est possible », et je m'attendais pas à ça non plus... « C'est possible... quelle idée ? Mais c'est possible » ».*

Jugement

Quelques Internes parlent néanmoins d'un manque total de soutien, allant jusqu'aux reproches. Ainsi, E1 explique avoir interprété l'attitude de ses proches à son égard *« comme si c'était incompatible de... ou complètement fou de vouloir avoir un enfant, tout en étant encore Interne ».*

E10 s'est sentie agacée en découvrant la réaction de ses amis : *« tout le monde m'a dit que j'allais pas y arriver, que c'était pas possible, parce qu'on était pas dans la même ville, qu'on devait se rapprocher. J'ai eu beau leur expliquer que le rapprochement familial, ça n'existe pas en Médecine... Donc en gros, j'allais pas arrêter mon activité professionnelle ».*

Enfin, E2 a même eu à supporter les reproches de sa mère. Elle relate : *« ma mère qui a vécu des grossesses tellement épanouissantes, c'était génial : « tu fais vraiment un métier qui est pas bien, c'est pas sain. Je sais pas, tu peux pas vivre ta grossesse pleinement, sereinement » »*.

2.8. Vécu de la grossesse par un Médecin

2.8.1. Echo du stage sur sa propre grossesse

Les femmes qui étaient en stage en Gynécologie pendant leur grossesse ont été particulièrement marquées par les histoires des patientes. E2 se rappelle avec émotion : *« c'était un stage qui est pas... quand t'es enceinte, je pense... Quand par exemple, vous allez en salle d'acc, et que... ils ont dû faire une césarienne en urgence, et qu'ils ont pas réussi à sauver l'enfant... C'est hyper flippant quoi... C'est arrivé qu'on soit en salle de pause, et que... ma collègue qui était Gynéco, et qui était tout le temps en salle d'acc avec sa cheffe, revienne nous voir... « il est mort-né » quoi... Là c'est horrible, quand t'es enceinte, c'est horrible d'entendre ça »*.

Certains actes leurs étaient également plus difficiles. E8 relate : *« on faisait tout ce qui était IVG [Interruption Volontaire de Grossesse], les fausses couches, les choses comme ça. Et il y a eu des histoires un peu... un peu dures, des fois, en tant que femme enceinte... des fausses couches tardives, au même terme où j'étais moi... ou des IVG, des IMG »* [Interruption Médicale de Grossesse]. E2 sait qu'elle se souviendra toujours *« avoir fait un contrôle chez une dame qui faisait une IVG médicamenteuse tardive, et quand j'ai mis la sonde, je suis tombée sur l'embryon qui bougeait, le cœur qui battait, il était très bien formé, tu vois ? Et moi j'étais... voilà,*

bien avancée dans ma grossesse, et j'ai pris énormément sur moi, j'avais les larmes qui montaient aux yeux, et en fait, fallait pas, parce qu'elle a droit aussi à son IVG. Mais c'était beaucoup de sentiments... c'était un mauvais souvenir, j'avais pas envie de voir ça... ».

Pour autant, E2 ne regrette pas ce stage et se demande « *est-ce que j'aurais été aussi curieuse de plein de choses, si j'avais pas été enceinte à ce moment-là ?* ».

2.8.2. Prise de distance

Au travail

Si, au début de son stage en Gynécologie, E8 était « *contente que la grossesse se passe pile pendant le stage de Pédiatrie et Gynécologie, parce que c'était un peu dans le même... le même terrain* », elle a vite déchanté en se retrouvant confrontée à des situations difficiles. E2 évoque la nécessité de « *prendre de la distance* » face à ce genre de situations. Elle explique : « *t'as pas envie en fait, t'as envie d'être dans ta bulle de femme enceinte* » *« tout est beau, tout est rose, tu vas avoir un enfant, la vie est belle »*.

Lors du suivi de grossesse

Afin de prendre le recul qu'elle estimait nécessaire, E1 s'est tournée vers une sage-femme car elle avait « *le sentiment que la sage-femme verrait moins le Médecin* ». C'est aussi le choix d'E2 qui relate : « *c'était moins médical, et du coup ça m'a fait du bien aussi [...]* A un moment donné, je ressentais le besoin de penser plus

comme une future maman simplement, que comme une future maman médecin, parce que j'avais besoin un peu d'avoir moi, ma part de rêve aussi ».

Malgré son expérience professionnelle, E7 reconnaît son manque d'objectivité sur sa grossesse, et précise que « *quand c'est à toi que ça arrive, c'est autre-chose, hein. Tu as besoin d'entendre ce que tu as dit toi, à d'autres femmes ».*

2.8.3. Connaissance par les professionnels de santé du statut d'Interne

Presque toutes les femmes interrogées ont informé de leur statut d'Interne. Certaines l'ont fait par choix, comme E9 : « *je l'ai tout de suite dit, aux gens que je côtoyais [...] pour qu'ils soient pas gênés* ». D'autres se sont plus senties obligées. E7 affirme : « *de toute façon, à l'entretien, ils te demandent ta profession, donc t'as pas le choix. Quand je leur ai dit que j'étais Interne, et pire, sage-femme, ils ont écrit en gros sur mon dossier « profession médicale »* ». Une femme a pris le parti de se faire suivre par une sage-femme qu'elle ne connaissait pas, afin de ne pas être confrontée à ce dilemme.

2.8.4. Informations sur la grossesse

E2 a profité du stage en Gynécologie pour « *poser à fond [s]es questions* », et E8 estime avoir bénéficié d'informations « *plus détaillées* », et d'un discours « *plus adapté* » à son statut d'Interne.

Elles sont pourtant plus nombreuses à déplorer le manque d'informations reçues, du fait de leurs études de Médecine. E5 explique : « *j'ai pas trouvé ça agréable, parce que j'ai dit « oubliez que je suis médecin, parce que, vraiment,*

j'apprends, c'est moi qui le vis, je découvre », *et elle avait tendance à oublier un peu que j'avais dit ça* ». E7 affirme même : « *quand tu es médecin, les gens t'informent pas. J'ai eu aucune info sur la toxoplasmose, ou listériose* ».

2.8.5. Participation à la décision médicale

E5 a préféré ne pas intervenir dans la décision médicale pour sa grossesse et son accouchement, et a choisi de faire confiance aux soignants : « *je suis pas là, à regarder* » il m'a prescrit ça à tel moment, faudrait plus le faire à tel moment »... *voilà, je me laisse porter aussi* ».

Une autre Interne a elle profité de son expérience pour tenir tête au gynécologue lors de son accouchement. E10 relate : « *quand j'ai perdu la poche des eaux, on n'a pas voulu les antibiotiques. Donc on a eu le petit conflit, on a eu droit au gynéco, qui s'est déplacé, qui a essayé de nous convaincre. Et c'est là qu'on voit, comme on connaît les rouages pour essayer de convaincre quelqu'un... ça nous a pas convaincus* ». E11 a également joué de son statut pour négocier une sortie très précoce de maternité : « *je pense que si j'avais pas été médecin, on m'aurait pas laissée faire ça* ».

2.8.6. Comportement à l'égard de la Médecin

Une des femmes décrit un contact entre les soignants et la femme enceinte « *des fois plus sympa* » (E8) en rapport avec son statut de médecin. E3 évoque même un traitement de faveur : « *j'ai fait une hémorragie pendant la césarienne, et ils sont revenus, les jours qui ont suivi, pour revenir me voir, me reparler, me proposer un*

suivi psy pour stress post-traumatique, voilà... Et, euh... et ça, je pense qu'ils le font pas forcément à tout le monde ».

E7 parle quant à elle d'intimidation : *« le pire, c'est qu'il y avait une ou deux sage-femmes, elles avaient peur de moi, ça se sentait ».*

2.8.7. Professionnels connus par l'Interne

Travailler à l'Hôpital expose inévitablement l'Interne au fait d'être confrontée en tant que patiente à un professionnel de santé qu'elle connaît déjà. Certaines s'en sont plutôt bien accommodées, comme l'explique E10 : *« je suis tombée sur la seule Interne de Gynéco que je connaissais [...] Mais en fait, finalement c'était pas plus mal, j'étais plus à l'aise ».* E2, qui connaissait le médecin qui est intervenu lors de son accouchement confirme que *« c'était rassurant de connaître des gens, là où j'allais accoucher ».*

Néanmoins, cette proximité a aussi dérangé certaines des femmes interrogées. E3 relate à propos de l'Interne qui l'a accouchée : *« je mangeais avec elle des fois le midi [...] c'est bizarre ça quand-même [...] aussi, notamment, il y a eu un des... une médecin qui était là... qui était ma maître de stage quand j'étais externe ».* Si elle regrette cette situation, elle n'a cependant pas osé intervenir. Ce n'est pas le cas d'E6 qui, pour son accouchement, a *« demandé à ce que ce soit quelqu'un d'autre, parce que j'avais pas envie de me retrouver nez-à-nez avec cette Interne ».*

2.9. Interactions au travail

2.9.1. Collègues et chefs informés

La plupart des Internes a préféré taire le début de grossesse : « *les trois premiers mois, on le dit à personne* » (E7). Certaines ont attendu que la grossesse soit évidente, comme E11 qui pense toutefois que cela l'a « *desservie aussi. Peut-être que si j'en avais parlé, ça se serait passé complètement différemment* ». Elle imagine qu'on aurait mieux pris en compte sa situation. Quant à E1, elle se rappelle qu'elle cherchait à cacher ses symptômes de grossesse : « *bon ça va, j'étais qu'avec des mecs plus ou moins en co-Internes, donc ça va, ils se sont aperçus de rien, c'est les infirmières qui, rires, qui m'ont tendu la perche, et euh... du coup je leur ai dit* ».

2.9.2. Accueil de la nouvelle de la grossesse

Plusieurs participantes se souviennent de réactions très bienveillantes à l'annonce de leur grossesse. Elles affirment qu'on a été « *aux petits soins* » (E2, en stage au Centre de la Douleur), « *très à l'écoute* » (E1, en stage aux Soins Palliatifs), et qu'elles ont été « *chouchoutée[s]* » (E9, dans tous les services).

Aux Urgences, les réactions sont plus mitigées. Certaines Internes rapportent des réactions particulièrement décourageantes. E11 résume : « *être enceinte aux Urgences, ça se fait pas, quoi. Sur n'importe quel stage, oui, mais aux Urgences, c'est inadmissible* ». A l'inverse, E5 parle d'une nouvelle très bien accueillie à sa surprise, mais décrit une réaction bien différente de ses Maîtres de stage ambulatoire, du fait de l'absence qu'allait engendrer la grossesse : « *les médecins, notamment de Médecine Générale, là, n'ont pas tous bien accueilli* ».

2.9.3. Avec les chefs

Interactions positives pour l'Interne

Elles sont plusieurs à décrire leurs chefs en stage comme « *sympas* » (E11), voire « *adorables* » et même « *incroyables* » (E5). Certaines parlent également de chefs « *respectueux* » (E8). E4 et d'autres Internes se sont senties « *soutenue[s], assez entourée[s]* » par leurs chefs, qu'elles trouvaient « *compréhensifs* » (E9, qui met cela sur le compte de la petite taille de l'Hôpital de périphérie).

Plusieurs participantes ont trouvé leurs chefs « *prévenants* » (E5) et se sont senties « *protégée* » (E8). E10 précise toutefois, avec amusement : « *j'avais l'impression d'être surveillée dans tout ce que je faisais, d'être une petite chose fragile [...] C'était un peu agaçant, mais bon, ça partait d'un bon sentiment* »

Les seniors se sont montrés très impliqués et tolérants pour de nombreuses participantes. E8 se rappelle, à propos de ses chefs : « *si je voulais pas faire des IVG, où si je me sentais pas bien, j'étais pas obligée, quoi... Ils reprenaient vite la main* ». E9 rapporte : « *pour tout ce qui était rendez-vous que j'avais à faire, j'avais aucun problème avec les chefs* ». E11 ajoute « *ils m'ont aménagé un emploi du temps, aménagé un stage, pour que tout se déroule au mieux pour moi* ».

Implication pas toujours désintéressée

Toutefois, quelques femmes interrogées ont été confrontées à des seniors à première vue plutôt impliqués dans leur grossesse, mais non sans raison. E2 a confié à son chef de Service craindre d'effectuer les sutures sous protoxyde d'azote en raison de sa potentielle tératogénicité. Si elle l'a d'abord trouvé investi car il lui a

donné une étude scientifique sur l'innocuité de ce gaz, elle a réalisé ensuite qu'il ne lui a pas vraiment laissé le choix. Elle conclut, à propos de cette attitude ambiguë : *« il était très gentil, il m'a dit « soit tu t'arranges, soit... ». Mais d'un autre côté, il était rassurant »* (E2).

E10 a elle passé sa grossesse en Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTDC) aux Urgences, une unité peu intéressante à son goût. Elle explique qu'il s'agissait de la décision de son Chef de Service qui *« avait une seule peur, c'était que je parte en congé pathologique »*.

Interactions négatives pour l'Interne

Elles sont plusieurs à expliquer ne pas avoir *« senti vraiment de compréhension en face »* (E1, quand elle a demandé de l'aide à son chef).

E8 dépeint certains a priori de la part de ses seniors : *« ils se disent « oh elles, elles veulent juste en profiter, faire leur bébé, et voilà... ». Des fois, ils voient juste les femmes enceintes comme des boulets »*. E6 parle même de *« ségrégation [...] de la femme enceinte »* aux Urgences.

E2 se rappelle quant à elle avoir *« énervé un des chirs »* parce qu'elle perdait connaissance au bloc opératoire.

Certains chefs ne respectaient pas le statut d'Interne en surnombre. E8 explique avoir été *« traitée comme les autres Internes »*, pendant son surnombre censé lui permettre de s'absenter sans gêner l'activité du service. Elle ajoute : *« ils attendaient même que je revienne après [le congé de maternité], parce qu'il y en avait une qui partait en vacances, et ils comptaient sur moi pour pas prolonger mon congé mat »*.

En Médecine ambulatoire, E7 se rappelle de deux situations où elle s'est sentie délaissée par son Maître de stage : *« un jeune qui a eu une crise d'asthme à la pharmacie à côté, et le père est arrivé en courant. J'ai dû me taper un sprint jusqu'à la pharmacie. Ma praticienne n'est pas sortie de son bureau, quoi... Un patient qui a vomi par terre, c'est moi, enceinte, qui ai dû ramasser »*. E5 relate les menaces de son Maître de stage : *« si je prends mes deux semaines de vacances, il m'a dit que je pouvais pas valider mon stage »*.

Enfin, aux Urgences, deux Internes racontent les entraves délibérées de la part de séniors : *« les chefs me laissaient même pas aller manger »* (E6), *« j'ai pas pu faire mon suivi de grossesse avant le sixième mois, parce que [...] je mettais tous mes rendez-vous sur mes lendemains de garde, et en fait, à chaque fois, ils me changeaient mes gardes, et ils me laissaient pas aller à mes consultations »* (E8).

2.9.4. Avec les co-Internes

Interactions positives pour l'Interne

Au moins sept femmes parlent de leurs co-Internes comme de collègues *« compréhensifs »* (E9). E10 ajoute : *« mes co-Internes, les pauvres, qui bossaient un peu plus... elles m'ont jamais fait ressentir que c'était de ma faute »*. E2 a bénéficié de beaucoup de soutien de la part d'une co-Interne, ancienne sage-femme : *« quand j'étais angoissée, inquiète, [elle] me faisait une écho... pour me dire « voilà, tout va bien » »*.

E1 a pu compter sur l'implication d'un *« co-Interne sympa qui s'est dévoué »*, lorsque trop fatiguée, elle a demandé à ne pas faire sa dernière garde, comme elle en

avait le droit. Afin d'adapter sa charge de travail, les co-Internes d'E4 se sont montrés « *très tolérants, et on arrivait à adapter aussi les horaires, pour que je fasse un peu moins* ».

Interactions négatives pour l'Interne

Néanmoins, plusieurs femmes parlent également d' « *incompréhension* » (E11), ou de « *co-Internes pas sympas du tout* » (E11). E6 précise : « *sur la tribu de quinze Internes qu'on était aux Urgences, il y en a que deux qui me soutenaient, juste mes co-Internes copines. Je me suis pas sentie soutenue* ». E10 a l'impression que certains collègues sont « *contents que tu sois déclassée, parce qu'ils remontent dans le classement* ».

D'autres Internes racontent que leurs collègues se plaignaient d' « *injustice, en disant que j'avais un traitement de faveur, et que c'était pas normal que je puisse me coucher en garde, que je vienne plus tard le matin* » (E11), allant jusqu'à « *remonter l'info au Chef de Service pour dire que j'avais un traitement de faveur* ».

L'une des femmes interrogées fait même état d'une situation de harcèlement vécue aux Urgences. Elle relate : « *les autres Internes étaient tout le temps sur mon dos et me harcelaient moralement. J'avais des messages anonymes régulièrement dans mes affaires. A la fin, ils voulaient même plus m'adresser la parole, du fait que je faisais plus de gardes. Donc j'avais plus aucune transmission pour aucun patient, c'était un peu dur* » (E6).

2.9.5. Avec les patients

Les relations avec les patients semblent avoir été bonifiées du fait de la grossesse pour toutes les femmes interrogées. E5 se rappelle avec émotion : « *ils ont vu, petit à petit, mon ventre grossir [...] Très attentionnés, très... assez touchants, notamment un peu plus les femmes, mais pas que... Chacun va de son histoire... Un ce matin, qui me dit qu'il était grand-père depuis quelques semaines...* ».

Quant à elle, E8 raconte la difficulté d'être face aux femmes venant pour une IMG : « *les femmes voyaient très bien que j'étais enceinte, et je voyais leur regard des fois un peu... un peu difficile sur mon ventre* ».

2.10. Organisation en stage

Si les femmes interrogées parlent toutes de difficultés physiques et psychiques en stage durant leur grossesse, elles reconnaissent que les éventuels aménagements leur ont permis de travailler plus sereinement. Ainsi, E6 qui a connu de grosses difficultés aux Urgences, au point de ne plus vouloir y aller, raconte à propos de son stage suivant, en cabinet de Médecine Générale : « *c'était génial. J'étais chez le prat, je travaillais beaucoup, parce que c'était mon choix* ».

2.10.1. Aménagements au travail

Environnement

Seule une Interne a eu droit à un aménagement de l'espace du travail : elle avait son « *tabouret pour faire les tours le matin* » (E1).

Temps de travail

Plusieurs femmes ont été autorisées à quitter le travail « *plus tôt sans problème* » (E1) si elles étaient fatiguées, ou malades. L'une d'entre elles a également eu le droit de « *prendre une demi-heure de pause, d'aller dans une pièce me reposer* » (E8), ou de prendre une journée de repos de temps en temps.

Quant à elle, E10 a vu son temps de travail s'alléger au cours de l'avancée de sa grossesse : « *à la fin, j'étais à 24 heures par semaine* ».

E11 a elle réellement pu profiter de son stage en surnombre non validant : « *ils ont fait leur planning sans tenir compte de moi, et je me rajoutais. Donc si un jour je pouvais pas venir, ou si j'étais fatiguée, ça pénalisait personne* ».

Travail difficile

Quelques étudiantes ont bénéficié d'aménagement en cas de travail particulièrement difficile. Ainsi, E2 a été « *exemptée de bloc aussi en Gynéco, parce que je tombais dans les pommes* ».

E11, aux Urgences a pu compter sur l'équipe également : « *quand il y avait des patients obèses, j'avais plus à brancarder. Ou quand il y avait des suspicions de maladies contagieuses, ils me le disaient. Je prenais pas du tout en charge les patients, je les voyais pas du tout* ».

Arrivée au service en plein déménagement, E9 raconte : « *les autres Internes devaient aider un peu au déménagement, et ça je faisais pas du tout... quoi, je faisais autre chose* ».

2.10.2. Absence d'aménagement au travail

Elles sont peu nombreuses à affirmer n'avoir « *pas eu d'aménagement de poste* » (E9). E6 quant à elle, relate à propos de son premier trimestre : « *je l'ai passé en tant qu'Interne aux urgences à [centre hospitalier], c'est-à-dire 9 gardes par mois, 80 heures par semaine* ».

2.11. Gardes

2.11.1. Vécu différent selon l'état physique et mental

Si les femmes interrogées s'accordent sur la fatigue générée par les gardes pendant leur grossesse, toutes ne la ressentent pas de la même manière. Ainsi, quand on la culpabilise en la comparant à d'autres femmes enceintes parce qu'elle demande à être dispensée de garde, E1 réplique : « *oui, mais j'ai le droit, enfin, voilà, je suis crevée, j'ai des nausées, il y en a d'autres qui pètent la forme, qui n'ont pas de nausées. Moi c'est pas mon cas. Et puis c'est un droit* ». E6 explique qu'elle finissait ses gardes « *perfusée parce que ça n'allait plus* ».

2.11.2. Jusqu'à quand ?

Légalement jusqu'au troisième mois

Plusieurs femmes interrogées ont fait valoir leur droit d'être exemptées de garde dès le troisième mois de grossesse, sans avoir besoin de se justifier ou d'insister. E8 raconte : « *même les gardes. Dès le troisième mois de grossesse, j'en*

faisais plus. J'avais le choix, mais j'ai préféré ne plus en faire ». E10 en stage aux Urgences, elle, ne faisait *« pas de gardes »* du tout.

Après le troisième mois

Dans les faits, elles dépassent souvent ce stade légal, puisque cinq Internes ont continué à en faire après le troisième mois. Ainsi E3 a assuré quelques gardes parce qu'on lui a *« dit que ce serait bien que je voie »*. E4 estime avoir *« vite arrêté »* les gardes, avant de réaliser qu'elle en a fait jusqu'au cinquième mois de grossesse.

Quand E1, elle, s'est sentie incapable d'assurer sa dernière garde aux Urgences après le troisième mois de grossesse, elle s'est heurtée à un refus du Chef de Service de l'aider. Estimant pourtant être dans son droit, elle insiste, en vain : *« c'était un peu « démerde-toi et vois... vois avec tes collègues, et si personne peut te remplacer, ben tant pis pour toi, quoi... » »*. Elle déplore *« mais c'est moi qui ai dû gérer. C'est pas l'urgentiste qui a dit... qui a envoyé un mail à tout le monde en disant « bon ben voilà, cette garde-là n'est pas assurée, il faut quelqu'un » [...] c'était plutôt à lui de... enfin, à mon sens, à lui de le faire, plutôt... plutôt qu'à moi, étant donné qu'il y avait pas beaucoup de volontaires pour la reprendre »*.

A cause de symptômes de grossesse particulièrement invalidants, E6 a demandé à ne plus faire de gardes à partir du troisième mois, mais elle explique : *« la cheffe m'a remise d'office sur le tableau de gardes, et c'était à moi d'échanger. Puis, tu refilles pas de garde quand t'es malade, tu oublies, c'est pas la peine d'y penser »*.

Quant à E11, elle a assuré des gardes aux Urgences Adultes jusqu'au septième mois. Elle relate : *« le Chef de Clinique [...] m'a laissé le choix entre faire des gardes,*

avoir des repos de garde et des week-ends, ou alors ne plus faire de garde, mais être présente toute la journée, de 8h à 20h, tous les jours, week-ends et jours fériés, dimanches, inclus. Du coup j'ai continué les gardes, rires, pour avoir quelques jours de libres ».

2.11.3. Aménagements

Au moins trois des femmes interrogées ont bénéficié d'aménagements durant leurs gardes, notamment sur le temps de travail. E2 faisait des demi-gardes grâce à ses co-Internes : *« ils avaient accepté de me reprendre la moitié de la garde, donc je faisais qu'une garde de 12 heures, soit seulement la nuit, soit seulement le jour ».*

Aux Urgences Pédiatriques, E11 a pu compter sur l'implication de ses chefs. Elle raconte : *« j'avais des chefs qui prenaient ma garde. Je faisais la garde de nuit, et de 18h à 22h, je faisais la garde, et à partir de 22h, le chef prenait mon créneau, je pouvais aller me coucher. Comme ça, ça pénalisait pas mes co-Internes, et il m'appelait que s'il y avait une arrivée massive de patients, mais c'est jamais arrivé ».*

3. Maternité et Internat

3.1. Vécu de la maternité

3.1.1. Découverte

Elles évoquent toutes une appréhension liée à la nouveauté apportée par la naissance d'un enfant, avec la découverte de la maternité. E6 avoue n'avoir *« jamais eu de bébé en main »* avant son accouchement. E1 précise : *« on a beau avoir une*

formation théorique, quand c'est un enfant, un bébé, et que c'est le sien et qu'on est avec H24, on est comme tous les autres jeunes parents, on découvre tout à zéro », avant d'ajouter « finalement... t'es tout seul avec ton gamin pour te dire « bon ben finalement, quel parent j'ai envie d'être ? » ».

3.1.2. Echanges entre parents

De nombreuses participantes relatent un décalage avec leurs co-Internes, du fait de leur maternité. Afin de trouver du soutien, elles se rapprochent alors d'autres parents, comme E1 au travail : *« c'est vrai que c'est des choses que je trouvais des fois... plus parfois avec les infirmières finalement, qui pour la plupart pouvaient aussi avoir mon âge et être aussi mamans »*. Elle a profité également de la dynamique de la crèche : *« on a une crèche qui est top, et qui fait régulièrement des ateliers parents, qui m'ont permis justement de tisser des liens avec d'autres mamans pas forcément médecins, mais justement de trouver ce côté-là de discussion qui a pu me manquer »*.

3.1.3. Difficultés de la maternité

Toutes les participantes évoquent des difficultés dans leur découverte de cette nouveauté qu'est la maternité. Certaines semblent exacerbées par la reprise du travail. Si E9 explique avec diplomatie qu'être *« maman pendant l'Internat... c'est plus compliqué »*, E3 assène : *« pour l'Internat, il y a pas grand chose de positif »*.

D'ordre physique

La plupart des femmes a dû faire face à une fatigue parfois difficile à gérer. E10 explique : *« tu rentres le soir, t'as pas fini ta journée. Il y a les petits pots à faire, il y a les courses à faire »*. E11 parle de la difficulté à concilier vie de maman et vie professionnelle *« parce que les nuits sont courtes, et le lendemain, il faut être efficace au travail »*. Quant à E6, elle évoque des difficultés liées à la distance : *« ce qui est dur, c'est quand je suis loin, et que je dois faire les allers-retours »*.

D'ordre psychique

Plusieurs Internes se sont décrites comme particulièrement anxieuses, préoccupées par leur capacité à s'occuper correctement de leur bébé, particulièrement au moment de la reprise du travail. E7 se rappelle : *« on est toujours à se demander comment il va, on se pose des questions mille fois dans la journée »*. Finalement, E1 prend du recul en affirmant : *« des fois a posteriori, je me dis, mais pourquoi je me suis stressée pour ça, alors qu'en fait, non maintenant ça me paraît simple, mais sur le moment ça l'est pas forcément »*.

Quelques participantes évoquent une angoisse de la séparation au moment de reprendre le travail, comme le relate E2 : *« c'était dur de recommencer comme tout le monde, parce que tu as une telle fusion avec ton enfant, au début, que c'est compliqué de se détacher »*.

Elles sont nombreuses à souffrir également d'une forme de culpabilité, aussi bien vis-à-vis de leur bébé que de du travail. E4 déplore une *« culpabilité sur le fait que t'as pas beaucoup de temps pour t'occuper de ton enfant »*. Quant à E7, elle

craint « *d'être la fille qui veut pas bosser, qui embête tout le monde. Ça m'embête, tous les mois, de demander à faire des échanges* ».

Les femmes interrogées regrettent également une impression de temps qui passe trop rapidement, ne leur permettant pas de jouir de la maternité comme elles le souhaiteraient. E4 résume : « *ta vie de mère, tu... au début, tu la vois pas trop passer quoi... T'as l'impression de pas profiter, de... ouais, de passer à côté de plein de choses, quand ton enfant est tout petit. J'en profite plus maintenant, avec les remplacements [...] J'ai plus de temps pour elle et pour moi* ».

3.1.4. Bénéfices de la maternité

Finalement, malgré ces difficultés, les jeunes mamans affirment comme E1 : « *je regrette pas d'avoir été maman et Interne, et [...] si c'était à refaire, je le referais sans hésiter* ». Elles décrivent un certain nombre d'aspects particulièrement positifs de la maternité.

Epanouissement personnel

La plupart des femmes interrogées parle d'« *aspects positifs pour [l]a vie personnelle* » (E3). E8 résume : « *on vit enfin notre vie, c'est un épanouissement autre [...] Ça change quand-même la vie* ».

Confiance en soi

Plusieurs Internes décrivent une confiance en elles accrue grâce à l'expérience de la maternité. Ainsi, E9 précise : « *on se sent plus fort, on a réussi à faire quelque-*

chose de bien, donc on a plus de confiance en soi aussi. Si on a réussi à faire ça... on est capable d'être maman, donc on est capable aussi de soigner des gens ». Cette confiance leur permet d'appréhender la suite avec plus d'aisance. E10 explique ainsi que « *le reste te paraît trop facile à gérer* », et E11 estime qu' « *après, plus rien ne fait peur, parce qu'on arrive à gérer ça* ».

Prise de recul

Presque toutes les participantes relatent une prise de distance du fait de leur maternité, leur permettant de « *relativise[r] beaucoup plus* » (E1), de se mettre « *beaucoup moins de pression sur les petites choses du quotidien* » (E11) et de prendre « *moins les choses à cœur* » (E10).

S'occuper de leur bébé a également changé le regard qu'elles portaient sur la Médecine, et l'importance qu'elles lui accordaient. Ainsi, E3 explique : « *ça fait forcément prendre du recul sur les études. On est à fond deux ans avant, parce que c'est un peu la seule chose qu'on ait, et puis après... Enfin... je voudrais bien être un médecin, et tout, mais... enfin il y a d'autres choses dans la vie* ». E1 ajoute que « *ça permet aussi de prendre conscience de ça, et de moins se laisser happer de manière déraisonnable par... par les stages...* ». Enfin, E8 conclut : « *on voit pas que le boulot, que la thèse, que le mémoire... On vit pour nous [...] On trouve la satisfaction ailleurs que la Médecine, la Médecine, la Médecine...* ».

Hiérarchisation des priorités

Toutes les femmes interrogées assurent avoir changé de priorités de vie avec l'arrivée de leur bébé puisque, comme l'affirme E5, « *la priorité, c'est ma famille,*

donc le bébé ». E1 relate : *« avec un Internat qui est déjà difficile, où on est sans arrêt dans [...] le côté médical, et où on peut facilement se laisser prendre, euh... voilà, par un stage qui est prenant, avec des horaires à rallonge, euh... Ben finalement, d'être maman, ça m'a aussi permis de me mettre des limites, à moi, en disant « non, là, stop, c'est pas raisonnable, un moment, j'ai aussi une vie à côté » ».* E6 conclut : *« le boulot, c'est plus devenu un boulot comme un autre. Après, je sais que je fais ça pour pouvoir rentrer chez moi le soir, et pour mettre ma deuxième casquette et commencer mon deuxième boulot. C'est plutôt comme ça ».*

Affirmation

Leur confiance en elles, la prise de distance et le changement de priorités ont permis à ces jeunes mamans de s'affirmer dans leur milieu professionnel. La plupart a *« appris à dire « non » »* (E11). E1 explique ainsi : *« c'est plus facile en stage de dire « non, stop, ça je peux pas, parce que j'ai un enfant à la maison, je veux m'en occuper, je l'ai pas vu ce matin, etc... », que quand on a pas d'enfant à la maison, de dire « ben non, là j'ai juste envie de rentrer chez moi parce que je suis crevée et que j'ai envie de me reposer » ».* E7 affirme quant à elle : *« je lève un peu le pied, je fais ce que j'ai à faire. [...] T'as plus du tout la même envie, maintenant, 18h, c'est 18h ».* E3, encore plus assurée, assène : *« je me sens plus « enfant » par rapport à un chef. Le chef il a la même vie que moi, il rentre et il voit ses enfants, il a sa femme ou son mari. Il y a juste au boulot, il a sa place hiérarchiquement, par rapport à la prise en charge des patients, mais il peut pas me demander non plus d'être son esclave ».*

3.2. Equilibre entre la maman et le médecin vis-à-vis de l'enfant

3.2.1. Difficulté de trouver sa place en tant que mère médecin

Certaines participantes abordent la nécessité de trouver leur place dans ce nouveau rôle de mère médecin. E1 relate : « *on est partagée entre les connaissances théoriques qu'on a [...] et puis, de ce qu'on entend, et ce qu'on a envie de penser en tant que maman, les doutes qu'on peut avoir, les questions qu'on se pose* ». Malgré l'expérience acquise avec le temps, les difficultés persistent : « *même maintenant en tant que médecin, même si je bosse en PMI, c'est difficile de... de savoir où placer le curseur entre justement le rôle de maman et le rôle de médecin* ».

3.2.2. Distance

Il leur apparaît primordial de savoir prendre du recul avec leur métier, afin de limiter la part du médecin dans leur vie de mère. Plusieurs d'entre elles estiment n'être « *pas objective* » (E10) avec leur enfant et manquer de la « *distance qui est importante à avoir quand tu vois un enfant dans ton cabinet et que tu vas savoir repérer... est-ce qu'il est inquiétant ou pas ?* » (E2), estimant qu'elles n'ont pas le « *recul* » nécessaire (E5) pour soigner correctement leur famille.

Si E1 s'interroge encore : « *quand il est malade, est-ce que moi je l'examine ? Est-ce que je l'emmène quand-même chez le médecin ?* », E2 a décidé « *d'avoir une pédiatre, et quand il est malade, c'est la pédiatre qui l'examine* ». De cette façon, elle se décharge de la prise de décisions en suivant les conseils de sa pédiatre, et se rappelle : « *on était obsessionnels [...] On appliquait les trucs à la règle* ».

3.2.3. Relation de confiance

E2 estime que suivre médicalement son bébé risque de nuire au « *rapport fusionnel* » qu'elle entretient avec lui. Elle explique : « *tu cherches pas à instaurer la confiance, elle est déjà là, donc tu veux pas faire quelque-chose qui risque de la rompre non plus* ».

3.2.4. Examen physique

Si aucune participante n'est le médecin traitant de son enfant, elles s'appuient toutes sur leurs connaissances médicales pour s'en occuper. Elles n'accordent toutefois pas la même importance à leur rôle de médecin dans l'examen physique de leur enfant. Ainsi, E10 explique : « *je peux regarder les oreilles, écouter les poumons, pour les rhumes banals, je l'emmène pas* ». Par contre, E2 se rappelle « *j'osais pas le coincer, comme je vais coincer d'autres enfants que je vais examiner, parce que... parce que c'est mon enfant, rires, c'est tout* ». Elle n'a pas envie d'avoir le côté « *intrusif* » de l'examen clinique, le « *rapport de force un peu, comme ça, musclé* » et le « *côté interventionnel* » avec par exemple la vaccination.

3.2.5. Responsabilité

Les femmes interrogées ne prennent pas toutes la même part de responsabilité vis-à-vis de leur enfant. E2 évoque « *les inquiétudes de maman et en plus la culpabilité de me dire* « si je passe à côté de quelque-chose alors que je suis médecin ? » ». Elle craint d'être « *plus tentée aussi d'avoir recours aux médicaments, parce que c'est facile* » et avoue ressentir une certaine pression du fait de son

métier : *« il est pas médecin, mon conjoint, donc il compte quelque part un petit peu aussi sur moi [...] donc je me sens un peu, parfois, euh... pas étouffée, mais dans le sens, comme s'il pesait un peu un poids sur mes épaules, une responsabilité que j'ai pas envie de prendre en tant que maman ».*

Quant à E1, elle se voit obligée de justifier à la crèche sa prise de responsabilité : *« typiquement les conjonctivites où on te demande « et il a pas d'antibiotiques ? », rires. Ben non. C'est pas nécessaire, il a tout ce qu'il faut, si ça passe pas, on verra pour les antibiotiques, mais pour le moment, non, il a pas besoin d'antibiotiques. C'est des petites choses comme ça, qui sont des fois un petit peu difficiles ».*

3.2.6. Charge émotionnelle

La fatigue psychique du médecin s'additionne à celle de la jeune maman, et l'équilibre est parfois difficile à trouver. E10 relate : *« on fait un métier qui peut être intense émotionnellement, et quand tu rentres le soir, et que ta petite fille est fatiguée de la crèche, on te rajoute une intensité émotionnelle [...] On a eu une journée difficile, on n'est pas forcément disponible le soir, pour gérer les émotions de ce petit être [...] J'ai pas toujours la patience. On la prend, la patience, sauf qu'on prend vachement sur nous. Et c'est fatiguant, de prendre sur soi. Et comme c'est que des personnes qui sont plus vulnérables que toi, on n'a pas d'autre choix que de prendre sur nous ».*

3.2.7. Relations avec les autres professionnels de Santé

Prendre position en tant que médecin

Un peu inquiète à l'idée de confier son enfant à d'autres soignants, E1 raconte avoir d'abord tu son métier : *« j'avais besoin de voir, finalement, sans qu'elle sache, oui... pour me rassurer, pour voir si ça me convenait finalement. Et après peut-être la troisième visite, je lui ai dit, et enfin voilà, c'est venu dans la conversation, et ça a pas changé les choses par la suite »*. Elle parle aussi d'une situation de *« confrontation aux autres médecins pour le suivi de mon fils, où on a envie d'entendre des choses, et [...] le discours correspond pas à nos connaissances médicales, à nous, ou justement à nos attentes en tant que parents »*, mais admet : *« comme on est médecin, on n'a pas envie de remettre en question la parole du médecin qui suit son enfant »*. E3 a elle l'impression que *« le pédiatre est aussi plus conciliant »* du fait de son propre métier de médecin.

Les divergences d'opinions ne sont pas forcément un frein dans cette relation, comme le souligne E11 : *« je suis assez anti-médicaments, ce qui est pas le cas de la personne qui les suit, donc au début, on discutait un peu plus par rapport à ça. Mais j'ai jamais eu à m'imposer, au final... J'ai jamais eu de conflit avec qui que ce soit »*. E1 ajoute que la discussion *« permet aussi de comprendre le raisonnement, et eux de comprendre le mien aussi. Et finalement, après on trouve un consensus »*.

Certaines situations restent toutefois difficiles à gérer à cause, justement, du statut de médecin, et des connaissances qui s'y rattachent. E10 relate ainsi à propos d'une discussion avec son pédiatre, au sujet du poids de son bébé : *« et en fait, il m'a vachement fait stresser, pour rien en fait. C'est ça... Je veux dire, je suis Médecin, je*

sais qu'il y a pas de raison que ça remonte pas, j'avais pas eu ma montée de lait, c'était normal qu'elle perde du poids [...] Et en fait, il m'a tellement stressée, que... J'ai failli aller aux Urgences le lendemain, parce que j'avais pas pissé depuis 24 heures. C'est là qu'on a aucune objectivité ». Elle conclut : « les pédiatres, je les retiens, je trouve qu'ils sont pas du tout rassurants, et je trouve... Il y a peut-être des femmes qui en ont besoin, mais on nous donne même pas une autre possibilité, quoi ».

S'affirmer en tant que maman

Dans d'autres situations, les participantes souhaitent reprendre leur place de maman, comme E6, qui raconte : *« c'est plus compliqué en tant que maman et jeune interne, parce que mon médecin de famille m'a un peu laissé gérer la santé de ma fille. On se retrouve un peu tout seul, sous prétexte qu'on connaît les choses, et on est vite étiquetée de mère stressée, ou de mère hypochondriaque ».*

E1 parvient aussi difficilement à s'affirmer en tant que maman. Elle se souvient : *« mon fils [...] se réveillait toutes nuits parce qu'il avait faim, et [...] quand j'en ai parlé à la visite chez le médecin, j'ai demandé si je pouvais mettre des céréales dans le biberon le soir. Parce que oui, même si j'étais médecin, j'avais besoin de l'approbation de quelqu'un d'autre, rires. Ben elle m'avait dit « non, à son âge il est capable de faire ses nuits, il a pas besoin de céréales le soir ». Du coup je l'ai pas fait, j'ai continué [...] à m'épuiser deux heures toutes les nuits, et finir par lui donner un biberon parce que c'était ce dont il avait besoin, finalement. Et puis un jour, j'en ai eu marre. En rentrant de stage, je me suis arrêtée au supermarché, acheter une boîte de*

céréales à mettre dans le biberon du soir, et depuis, il a fait ses nuits. Et je me suis dit, « mince j'aurais dû m'écouter.... m'écouter avant » ».

3.3. Equilibre entre la maman et le médecin vis-à-vis du travail

3.3.1. Reprise du travail

Presque toutes les participantes ont trouvé la reprise du travail difficile. E2 se rappelle : *« j'ai repris quinze jours plus tard. Deux mois et demi, t'es pas prête, c'est dur. Euh... moi je me suis... psychologiquement, c'était vraiment très important, ces quinze jours en plus »*. Physiquement, elles ont également été éprouvées par le retour au travail, comme E3 qui explique : *« la reprise... c'est plutôt du 50 heures aux Urgences, donc c'est... un choc, on va dire »*. Elles se sont finalement rapidement adaptées à ce changement, et se rassurent en pensant au stage suivant, comme E8 : *« on se dit que c'est transitoire, c'est six mois, ça passe »*.

3.3.2. Nécessité d'organisation

Organisation pour l'allaitement

Les Internes craignent des difficultés pour l'allaitement, notamment à la reprise du travail, comme E8, qui imagine : *« me dire que je dois arrêter l'allaitement parce que je reprends, ça m'aurait un peu déçue, quoi [...] C'est compliqué de trouver des stages qui acceptent qu'on prenne le temps de tirer le lait »*. E7 déplore : *« les gardes de 24h, c'est pareil, comment tu fais avec ton lait ? Tu dois avoir 90% des allaitements qui ratent à mon avis »*. E1 a elle pu compter sur le soutien de sa sage-femme : *« si*

j'avais pas été suivie [...] clairement je pense que l'allaitement, j'aurais très vite abandonné ».

Les participantes ayant poursuivi l'allaitement à la reprise du travail se sont parfois heurtées au regard des autres, comme E11 qui affirme que *« c'est assez mal vu par les gens »*, mais la plupart décrit une attitude compréhensive de la part des collègues de travail. E8 explique : *« ils ont de plus en plus l'habitude dans les stages, d'avoir des mamans en Médecine Générale, donc ils sont pas trop embêtants. Ils savent, ils nous laissent gérer, quoi... Je trouve qu'en Médecine Générale, on est assez bien lotis »*. Elle estime toutefois que l'allaitement est beaucoup moins aisé en stage hospitalier et se sent un peu abandonnée : *« ils n'en parlent pas du tout. Ils nous demandent pas « est-ce que t'as besoin de ça... ? » »*.

Il leur faut donc s'organiser pour *« trouver des créneaux pour pouvoir tirer [s]on lait en journée »* (E6). E11 relate à propos de son allaitement à l'Hôpital : *« on est censées avoir du temps pour tirer le lait, mais en fait, il n'y a pas de place [...] sauf les toilettes, mais c'est pas très propre. Après, une fois qu'on a tiré le lait, ben il n'y a pas d'endroit où le stocker. On peut pas nettoyer correctement [...] Il y avait la salle de pause des internes. Ben pendant une heure, ils avaient pas le droit d'y aller, parce que moi, je devais tirer mon lait, c'était pas possible en fait. Donc il faut miser sur la gentillesse des autres personnes »*.

Par ailleurs, l'allaitement au travail peut parfois être source de culpabilité, comme pour E2 qui se souvient : *« c'est moi qui me mettais une pression quand je voyais la salle d'attente qui était pleine et que je me prenais 20 minutes, voire une demi-heure pour tirer mon lait »*.

Certaines femmes se sont vues contraintes d'arrêter l'allaitement du fait de la reprise du travail, comme E2 qui se souvient : *« j'aurais voulu, peut-être continuer plus l'allaitement, et, euh... c'est sûr qu'en travaillant, c'est compliqué quand tu es Interne [...] A la fin, j'étais épuisée, et c'est aussi une des raisons... où ça s'est arrêté »*. Elle évoque aussi un « stress du sevrage ». E7 déplore : *« j'ai décidé d'arrêter l'allaitement avant la reprise, parce que je savais pas comment j'allais gérer »*.

Organisation pour la garde d'enfant

Toutes les participantes s'accordent sur les difficultés de la garde d'enfant à leur retour en stage. E1 imagine : *« pour ceux qui sont en couple d'internes, avec des gardes, des horaires décalés [...] il faut réussir à trouver quelqu'un qui veuille bien garder parfois le week-end, le soir tard, ou peut-être parfois la nuit. Enfin... je pense que c'est... je pense que c'est parfois compliqué »*.

Elles conjuguent donc différents modes de garde pour pallier ces difficultés. E1 s'est rapprochée de la crèche de sa ville de résidence, *« qui a des horaires un peu plus larges »*, car *« il y a peu de crèches dans les hôpitaux et les places sont... chères »*. E5 déplore également, à propos de l'Hôpital : *« les crèches hospitalières, rires. C'est assez fou, on m'a fait comprendre qu'en tant que médecin, j'étais pas prioritaire »*. Seule E2 y a eu accès : *« c'est la crèche de l'hôpital, et elle est vraiment très très bien. Ils nous ont bien accompagnés dans cette étape »*.

Elles sont nombreuses à se tourner vers une assistante maternelle ou une nourrice pour la garde d'enfant, mais comme le dit E8, *« c'est beaucoup d'organisation, c'est trouver une nourrice hyper bien, rires, qui compte pas ses*

heures ». Si E10 a « *la chance d'avoir une nounou qui est hyper arrangeante, qui a déjà bossé avec des médecins* », E11 a dû composer avec des assistantes maternelles qui travaillent « *de 8 heures à 18 heures, et moi, à 18 heures, je suis jamais rentrée chez moi* ». E7, elle, y voit par contre certains avantages : « *il voit des autres enfants, il est plus sociable* », même s' « *il est quand-même perturbé chez la nounou* ».

Celles qui en ont la possibilité comptent sur leurs proches pour garder leur enfant, comme E7 : « *j'ai dû faire venir mes beaux-parents chez moi, au cas-où, parce que je pouvais pas anticiper* ». E10 se rappelle également : « *mes quelques gardes de semaines, j'ai mes potes qui me la gardaient* ».

Malgré tout, elles n'ont parfois pas trouvé de mode de garde adéquat, et ont donc dû chercher des solutions de secours. Ainsi, E11 raconte : « *je me suis déjà retrouvée à amener mes enfants au travail, parce que j'ai pas pu m'arranger [...]* Je le laissais aux ASH [Agent de Service Hospitalier], rires ». E10 a pu compter sur la compréhension de son Chef de Service : « *il m'avait dit que si j'avais un souci de garde, je pouvais l'amener* ». E6 se souvient aussi : « *ma prof de tutorat m'a proposé d'emmener ma fille au tutorat un jour, quand j'avais personne pour la garder* ».

Organisation en stage

Elles expriment toutes l'idée d'assumer leur maternité au travail, sans qu'elle se ressente sur leur travail. E1 explique : « *j'ai toujours considéré que c'était mon choix personnel et que donc... j'avais pas à demander de faveur parce que moi j'avais un enfant et pas les autres* ». E3 ajoute : « *les patients, ils peuvent pas en pâtir, et je peux*

pas [...] mettre mes co-Internes dans la merde, leur mettre plus de charge de travail parce que je veux m'occuper de ma fille ».

Les participantes s'organisent donc pour accorder leurs contraintes de jeunes mamans à leur stage d'Interne. E2 se souvient : *« il ne tenait qu'à moi de choisir quelque-chose qui ne soit pas trop compliqué pour gérer vie familiale et vie professionnelle »*. E8 a elle choisi ses gardes en fonction de son conjoint : *« j'essayais de m'organiser pour avoir les gardes surtout le week-end, pour que mon conjoint soit disponible le week-end, et la semaine, j'étais là, puisque lui fait aussi des horaires de nuit pendant la semaine »*. Quant à E10, elle a négocié ses horaires de stage avec son Maître de stage.

Malgré des efforts d'organisation, quelques femmes éprouvent encore des difficultés à gérer le temps de travail, comme E4 qui se souvient : *« on finit tard, la plupart du temps. Enfin, moi j'étais en SASPAS, et c'est vrai que... même si c'est pas... ça représente pas un volume de travail énorme pour tout le monde... quand tu rentres chez toi à 20h-20h30, c'est quand-même difficile quand tu as un bébé à la maison »*.

Plusieurs Internes ont par ailleurs bénéficié d'aménagements à leur reprise du travail, leur permettant de concilier plus facilement vie de famille et vie professionnelle. E11 se rappelle son retour à l'Hôpital, avec une entraide importante entre co-Internes : *« quand j'avais déjà mes enfants, quand j'étais malade, ou fatiguée, ils me prenaient des gardes, ou des samedis matin. Et moi, je leur reprenais quand ça allait mieux [...] Ils m'ont laissée poser tous les congés annuels que je voulais »*. A propos du stage ambulatoire, E2 relate : *« avec le SASPAS, il y a quand-*

même des moments où tu es libre. Et... ça j'étais vraiment très contente, parce que, du coup j'avais quand-même du temps pour... pour me reposer ».

Malheureusement, d'autres participantes ont rencontré plus de difficultés. C'est le cas d'E7 à qui on a refusé de donner un planning en avance pour lui permettre de s'organiser : *« en gros, on m'a dit qu'on s'en foutait »*. E11 se souvient également : *« le fait d'avoir un enfant, ou un empêchement, c'était pas du tout accepté, en fait. Ni retard, ni absence, ni quoi que ce soit »*.

La reprise des gardes a en outre été particulièrement éprouvante. E8 a trouvé difficile de s'organiser car *« il faut réfléchir à s'il y a quelqu'un à la maison, pour la petite »*. E1 évoque une séparation compliquée à gérer : *« il me voyait des fois pas pendant quasiment deux jours et, euh... il commençait à comprendre les choses, et pour lui c'était peut-être plus difficile, et il me le faisait bien comprendre »*. E3 semble quant à elle s'accommoder à ces horaires variables : *« c'est beaucoup de nuits, finalement, la journée, je suis beaucoup avec ma fille, donc ça c'est pas mal »*.

Organisation sur le plan socioprofessionnel

E10 compare la France à d'autres pays Européens, estimant qu' *« on est quand-même je trouve, dans une société, où les choix de garde sont quand-même vachement plus simples que dans d'autres pays [...] Il y a quand-même des solutions en France qui sont facilitées »*. E11 quant à elle déplore le manque d'accès à certains avantages socioprofessionnels : *« le congé parental, mais c'est assez compliqué à mettre en place, j'avais pas réussi à le faire [...] Il y a les congés enfant malade, qu'on n'a pas »*.

Organisation sur le plan universitaire

Plusieurs femmes estiment rencontrer aussi des difficultés à assumer leurs obligations universitaires. E9 relate : *« finalement, une fois qu'on a un enfant, c'est beaucoup plus difficile de faire la thèse derrière... d'avoir le temps... de trouver le temps. C'est surtout ça à adapter, le temps derrière, pour faire la thèse. Effectivement, j'étais un peu à la course »*. E7 aussi explique : *« faire mon RSCA [Récit de Situation Complexe Authentique], c'est compliqué, parce-que, quand je rentre à la maison, j'ai un bébé qui a besoin de sa maman, qui a besoin que je m'occupe de lui »*. Elle a l'impression qu' *« à la Fac [...] on fait tout pour que les internes n'aient pas d'enfant pendant l'Internat, parce que c'est pas bien »*.

Gestion de l'imprévu

Ces contraintes organisationnelles laissent donc peu de place à l'imprévu qui est *« quand-même très très malvenu »* (E11). Les participantes s'accordent à dire qu' *« il faut toujours tout anticiper, même avant que ça arrive »* (E11). Ces imprévus sont parfois liés à l'enfant, comme pour E2 qui se rappelle : *« un vendredi après-midi, à 15 heures, on m'a appelée en me disant « il a de la fièvre, ça va pas, il est grognon ». Là j'ai dit « ben oui, mais je peux pas partir, là, je suis en pleine consult » »*. E3 évoque l'imprévu lié au travail : *« en stage, euh... c'est plus compliqué, par exemple quand il y a des réunions qui se rajoutent le soir, ce genre de choses, parce qu'on fait pas trop attention au temps de travail des internes, parce que vous êtes tout le temps dispo, voilà... De temps en temps, ils nous rajoutent des réunions à 19h, qui durent 3h, qui sont pas forcément utiles »*.

Organisation sur le plan personnel

Quand on leur demande les difficultés rencontrées en tant que jeune maman, presque toutes les participantes évoquent l'organisation. E11 a l'impression de vivre « *une deuxième journée qui commence quand on rentre de stage* ». E6 précise : « *c'est un peu plus speed qu'avant, rires. Donc les journées commencent plus tôt et se terminent plus tard, parce qu'il faut s'organiser différemment* ».

Ces changements de rythme et d'organisation amènent parfois les Internes à faire des concessions qu'elles n'imaginaient pas, comme E10 qui se rappelle : « *j'avoue que ma petite fille est déjà restée de temps en temps une demi-heure toute seule à dormir, pendant que j'allais faire les courses* ». E9 a elle choisi de « *ramener les courriers à dicter à la maison, plutôt que tard le soir, là-bas* ».

Elles sont de fait nombreuses à compter sur la stabilité du planning du conjoint pour compenser les aléas de leur propre emploi du temps. E2 explique ainsi avoir demandé à la crèche de joindre son conjoint quand son bébé était malade : « *lui il est à son propre compte, donc, quelque-part, s'il décide de quitter son travail, il doit des comptes qu'à lui-même et pas... contrairement à moi* ». E11 profite également de certains avantages liés au travail de son conjoint : « *moi j'ai la chance d'avoir mon compagnon qui n'est pas en Médecine, donc il a des jours enfant malade, il peut faire du télétravail* ». Néanmoins, lorsque les deux partenaires ont un emploi du temps variable, l'organisation se complique encore. Ainsi, Interne aux Urgences, E7 relate : « *ici, on a des horaires décalés, mon mari fait des matins, après-midi et nuits. Et comme on n'a pas de famille à proximité, ben c'est compliqué* ». Par ailleurs E10, isolée dans sa région d'Internat éprouve des difficultés encore plus importantes. Elle raconte :

« j'arrive à un stade, où clairement, il est temps qu'on se rejoigne avec le papa de la petite. Parce que c'est vrai qu'être toute seule pour gérer, c'est, euh... c'est épuisant, et je suis quand-même contente quand il est là le week-end, pour me soulager ».

Ainsi, quand elles le peuvent, les participantes se tournent vers leur famille pour les épauler comme E11 qui apprécie *« pouvoir compter sur des proches en cas de pépin »*. E1, elle déplore : *« finalement, avant, c'était une société où il y avait beaucoup les familles qui étaient autour, à proximité. C'est vrai que, moi [...] j'ai vraiment aucune famille dans... dans le coin »*.

3.3.3. Relations au travail

Avec les chefs

Les relations au travail semblent aussi variées pendant la maternité que pendant la grossesse. Certains supérieurs font preuve de soutien. E11 se souvient : *« mes chefs comprenaient tout à fait, parce que, justement, ils avaient des enfants, ils avaient été dans ma situation, c'est-à-dire, des enfants pendant l'Internat »*. E10 bénéficie également de l'implication de son chef qui lui propose d'amener son bébé en garde. D'autres chefs ont fait des concessions pour que le stage se passe au mieux. E10 relate : *« il y avait plusieurs soirs où je devais finir tard, à 19 heures, donc j'ai dû négocier [...] et à la fin, ma cheffe [...] m'a remerciée, et a dit qu'elle avait remarqué que j'avais fait des efforts. Mais on a fait des efforts de chaque côté, pour que finalement, ça corresponde à chacune »*.

E7 s'est elle heurtée à une discussion stérile avec sa cheffe et estime *« qu'on prend pas trop en considération... Il y a des gens qui s'en fichent, quoi. Je trouve qu'on*

n'a pas les mêmes contraintes quand on a un bébé, on n'a pas le choix ». E4 déplore une culpabilisation de la part de sa supérieure : *« j'ai une prat qui a dit, euh... en gros, enfin... »* avoir un enfant, c'est, *pires*, c'est un peu une bêtise, quoi, c'est compliqué, faut s'organiser, et puis, ben, quand t'es médecin généraliste, tu finis pas tes journées à 17h30 ». *Enfin voilà, des réactions comme ça, rires, j'étais un peu choquée ».* D'autres essuient des reproches, comme E10 : *« on a d'autres priorités... Ça on me l'a reproché, à mon SASPAS. J'ai une cheffe qui m'a dit qu'elle, à son époque, sa priorité, c'était sa formation, blablabla ».*

Avec les co-Internes

Avec leurs co-Internes, les relations sont également différentes selon les expériences des participantes. A propos de sa maternité, E1 a *« toujours senti de la part des autres que c'était pris en compte ».* E11 met la sympathie à son égard sur le compte du fait qu'ils *« étaient dans une situation un peu similaire. Ils avaient pas forcément d'enfants, mais ils envisageaient d'en avoir, ou ils étaient en couple et ils comprenaient ».* Les collègues sont encore décrits comme *« bienveillants »* et *« arrangeants »* (E1).

Les Internes essaient de maintenir une forme d'équité, comme E1 qui raconte : *« peut-être que si j'étais arrivée en disant »* ben voilà, moi j'ai un enfant, pas vous, je veux faire moitié moins de gardes », *je pense que ça serait moins bien passé que quand on arrive en disant »* ben non je vais... enfin voilà, je vais faire autant que je peux, peut-être que oui, il y a des fois où je serai plus KO, où ça sera plus compliqué » ».

Toutefois, certaines ont été confrontées à des attitudes plus négatives, comme E7 qui déplore une certaine incompréhension : « *on pense qu'on veut une faveur, parce qu'on a un enfant* ». Elles ressentent également une forme de décalage avec leurs collègues. E3 explique : « *je suis une des premières [mamans], donc, euh... ça veut dire que ça fait quand-même un... une différence avec les autres. C'est plus pareil, enfin... les [soirées], etc. j'y vais pas des masses hein... Et ça c'est le point négatif* ». Enfin, comme avec leurs supérieurs, elles subissent parfois une culpabilisation. E10 relate une situation en début de stage : « *j'ai dit que, moi, les gardes de semaines, ça m'arrangeait pas, et que si possible, je voulais pas trop en faire, quitte à faire un peu plus de gardes de week-ends. J'en ai quand-même eu une qui m'a dit « mais c'est pas juste » [...] c'est vrai qu'on est dans une espèce de truc égalitaire, alors qu'en fait non* ». E7 ajoute « *les gens te disent « ouais ben fallait pas faire d'enfant ». C'est pas toujours évident* ».

3.4. Influence de la maternité sur le Médecin Généraliste

3.4.1. Approche différente de la Pédiatrie

La maternité modifie invariablement l'approche de la Pédiatrie de ces jeunes médecins, mais toutes ne perçoivent pas les mêmes différences. Ainsi, si pour E7, l'exercice est « *plus facile* », E1 nuance un peu cette aisance : « *au début c'était difficile, je pense qu'au début j'avais plus tendance à donner les conseils de maman, au lieu de médecin* ».

E2 affirme cependant avoir une « *sensibilité complètement différente* » vis-à-vis des enfants, idée partagée par E3 qui a aussi l'impression qu'elle montrait « *plus*

de cynisme » avant sa grossesse. E9 en souffre parfois : « les difficultés pour prendre en charge des enfants, se mettre à la place des parents, et finalement, on se rend compte qu'on est beaucoup plus émotive, quand des petits vont pas bien... Aux Urgences, les enfants, c'est plus dur ».

Enfin, E8 a réalisé la plus grande complexité de la Pédiatrie en devenant maman : *« je me suis rendu compte qu'il y a plein de chose qu'on gère pas. Les nourrissons, les tout petits... Les parents ont des questions auxquelles on répond pas, en fait. Ça, on l'apprend pas dans les livres... être maman, ça aide beaucoup pour les petites questions anodines que tous les parents se posent ».*

3.4.2. Echo de ses propres attentes en tant que maman

La réflexion par rapport à leurs questionnements en tant que jeunes mamans a également pu influencer ce que les femmes interrogées essaient de transmettre en tant que médecins. De cette façon, E6 estime mieux parvenir à se « *mettre à la place des mamans* » qu'elle suit en consultation. E1 explique : *« ça me permet d'essayer d'apporter à d'autres mamans ce que moi j'aurais aimé pouvoir retrouver auprès... auprès de mon médecin finalement ».* Elle ajoute : *« des choses très simples que finalement... enfin qui sont simples mais percutantes et très claires, et que finalement, je réutilise aussi souvent en consultation avec d'autres parents, parce que, voilà, je me dis que si moi, ça m'a parlé, ça peut aussi parler à d'autres ».*

3.4.3. Formation théorique

La maternité a parfois fait prendre conscience aux Internes interrogées de certaines lacunes dans la formation proposée, les poussant à poursuivre la formation par elles-mêmes.

Certaines profitent du milieu professionnel pour approfondir leurs connaissances, comme E7 : *« je veux faire ma thèse sur le Sensory Baby Test, le dépistage des troubles auditifs, parce-que, justement, le fait d'être enceinte, j'ai voulu me diriger vers la pédiatrie »*. E4 s'est tournée vers un *« diplôme interuniversitaire de santé de l'enfant »* qui l'a *« bien guidée dans la pédiatrie »*. E1 bénéficie d'avantages par son travail en PMI : *« j'ai aussi possibilité de demander, enfin... à être formée à certains sujets »*.

Elles poursuivent aussi cette formation à côté du travail, comme E1 : *« clairement, je me documente aussi plus en... ben forcément en pédiatrie, et... sur le développement de l'enfant de manière plus globale »*.

Enfin, la crèche a bien aidé E1 à approfondir ses connaissances : *« on propose chaque année à une dizaine de parents de participer à un atelier sur la... communication, euh... bienveillante. Donc ça permet aussi de parler... oui, d'éducation, et je pense que c'est cette formation-là qui m'a réellement permis de répondre aux questions que je me posais sur quel parent j'ai envie d'être, et comment j'envisage l'éducation, enfin... de mon enfant, et je pense des enfants de manière un peu plus globale »*.

3.4.4. Formation par l'expérience

Aisance

Toutes les femmes interrogées estiment que la maternité leur donne « *plus d'expérience* » (E2) et donc plus d'« *assurance* » (E2) en Gynécologie et Pédiatrie. E4 ajoute : « *on a moins peur du côté pédiatrique de la profession, on est plus à l'aise avec les enfants, avec les nouveau-nés surtout. C'est pas toujours évident de se retrouver nez-à-nez avec un nouveau-né, en tant que médecin généraliste. On n'a pas été tous formés avec les tout petits, quoi. Et du coup, quand on est maman, voilà, on a moins cette appréhension-là* ». E10 conclut : « *je suis devenue une pro de l'allaitement, et je pense que c'est difficile de conseiller un allaitement, si on n'a pas soi-même allaité [...] Donc en fait, pour donner des conseils aux patientes, ça apporte vachement, finalement, la pratique. Tu te rends compte des questions que tu te poses pas avant d'y avoir été confrontée* ».

Souplesse

La majorité des participantes s'accorde à dire que la maternité leur a apporté « *des souplesses qu'on n'envisage peut-être pas... sur lesquelles on peut être plus catégorique quand on n'est pas soi-même parent* » (E1). E1 estime que qu'elle arrive « *plus à centrer, à donner les... à justement pouvoir dire la théorie, tout en mettant la souplesse que... que je pense qu'il faut avoir quand on est parent, parce qu'on peut pas tout faire... on peut pas tout faire à la lettre, suivre un manuel* ». E3 ajoute : « *c'est possible que je mette moins la pression aux parents, parce que quand on a pas d'enfant, on est plus rigide* ».

En outre, comme le dit E3, « *chaque enfant est différent, et chaque parent fait comme il peut* ». E1 partage cette idée, et à propos de ces différences, elle estime « *qu'il faut pouvoir s'y adapter aussi* ».

Enfin, E4 affirme : « *il y a un côté plus tolérant avec les parents, mais aussi avec l'enfant, plus calme, plus posé. Un enfant à qui on demande d'ouvrir la bouche, il aura pas forcément envie d'ouvrir la bouche, et ça on le comprend pas forcément, quand on l'a pas vécu dans sa vie personnelle* ».

Patience

En plus d'une meilleure aisance et d'une plus grande souplesse, la maternité a également apporté à certaines femmes interrogées une patience plus marquée, comme le dit E10 : « *je suis encore plus patiente maintenant, parce qu'il faut forcément être patient avec un bébé* ».

3.4.5. Confiance des parents

La maternité a permis à E6 d'entrer plus facilement « *en contact avec les jeunes mamans* ». E8 confirme : « *les parents se sentent plus à l'aise. Je pense que c'est plus ça, le point positif, le fait d'être passée par là... On donne plus confiance, on le ressent tout de suite. Dès qu'on dit qu'on est maman, leur attitude change un peu. Ils font plus confiance* ». Cette confiance accordée a permis à E1 de former « *une meilleure alliance, aussi avec eux, et du coup de mieux les accompagner dans ce qu'ils souhaitent eux* ».

4. Influence de la grossesse sur la suite de la carrière

Toutes les femmes interrogées décrivent une influence de la grossesse et maternité sur leur cursus et leur vie professionnelle. Si pour certaines, la suite de leur carrière semble peu marquée par leur grossesse, pour d'autres la remise en question est indéniable, avec parfois des changements radicaux dans leurs projets professionnels. Toutefois, elles envisagent toutes d'aller au bout de leurs études. E5 affirme : *« je serai médecin. J'entends pas mal de femmes médecin qui ont arrêté Médecine en cours de route, et je trouve ça beaucoup trop dommage, parce que, de un, on a besoin de nous, de deux, intellectuellement, c'est passionnant. Et puis... j'ai choisi d'être médecin, donc je le serai »*.

4.1. Pendant l'Internat

4.1.1. Maquette de l'Internat

Le Troisième Cycle, d'une durée habituelle de trois ans, s'est trouvé prolongé d'au moins six mois pour la quasi-totalité des femmes interrogées, puisqu'une seule Interne n'avait pas encore pris de surnombre non validant ni disponibilité au moment du recueil des données.

E2 estime que sa grossesse lui a permis de découvrir une spécialité à laquelle elle n'aurait pas pu avoir accès sans le surnombre. Elle raconte : *« j'ai pu faire un stage au Centre de la Douleur [...] que je n'aurais jamais fait, je pense, si je n'avais pas dû faire un stage en surnombre, parce que c'est un stage qui avait été ouvert pour un stage pro, et du coup, j'ai pu m'engouffrer dedans, et je suis super contente d'être passée là-bas »*.

La plupart des femmes interrogées déclare avoir changé de critères lors des choix des stages. E10 résume : *« clairement, après, j'ai choisi des stages en fonction d'elle, et non plus en... C'est vrai que j'aime mieux les périphériques et j'ai pris des stages au CHU [Centre Hospitalier Universitaire]. Alors, je prenais aussi en fonction de si c'était bien noté, mais c'était plus mon critère principal, alors qu'avant c'était mon critère principal ».*

4.1.2. Critères de choix

Les stages hospitaliers étant souvent associés à une charge de travail jugée excessive, E11 s'est naturellement tournée vers l'ambulatorio : *« j'ai fait un seul stage hospitalier après avoir accouché, sinon, j'ai fait trois stages ambulatoires ».*

Près de la moitié des Internes a placé la distance domicile – stage comme critère majeur pour le choix de stage pour la suite du Troisième Cycle, parfois au détriment de la formation. E7 relate : *« avant, je voulais une bonne formation, même si c'était loin. Là, quand tu as un enfant, c'est même pas que tu veux pas, c'est que tu peux pas. Si t'as le choix entre aller à deux heures de route et être ultra bien formée, ou un truc à dix minutes de chez toi, moins bien formée, mais t'hésites pas. C'est triste, hein, mais c'est un peu la réalité ».*

La grossesse puis maternité ont encouragé les Internes à se tourner vers des stages au rythme moins soutenu, toujours dans l'idée de se dégager du temps pour se reposer et pour sa vie de famille. Cela a pu passer par la recherche d'une charge

de travail plus faible, comme pour E2 : *« je me suis choisi un stage aussi, qui... je savais que ce serait pas un rythme harassant pour la grossesse »*. D'autres ont privilégié les horaires de travail plus faciles. E10 se rappelle : *« c'est marrant, parce que le dernier choix de SASPAS, on s'est retrouvées entre mamans, parce qu'il n'y a quasiment que des mamans qui se décalent. On avait toutes fait la même chose, rires, on avait regardé les horaires de fin de stage »*.

La perspective de gardes obligatoires la nuit ou le week-end, s'est avérée rédhibitoire pour le choix des stages de certaines Internes, notamment pour E10 qui s'occupait seule de sa fille : *« en gros, j'ai choisi en priorité ceux qui n'avaient pas beaucoup de gardes en semaine »*. E11 précise : *« je voulais plus avoir de gardes de nuit, et je voulais surtout, surtout plus avoir de gardes de week-ends, pour passer du temps avec mes enfants, effectivement... être là la nuit, être là le week-end »*.

4.2. Après l'Internat

4.2.1. Mode d'exercice

La plupart des femmes interrogées envisage une carrière libérale par la suite. Une Interne envisage dans un premier temps de travailler à l'Hôpital afin de se créer un réseau, pour ensuite se lancer dans le libéral. E9 est la seule à avoir changé d'avis après ses grossesses et à préférer l'hospitalier. Elle explique : *« j'avais commencé les remplacements en libéral, où j'avais plus le temps de voir les petits. Et du coup, j'ai fait salariée à l'Hôpital, et à mi-temps, pour avoir du temps avec eux... ce que j'aurais peut-être pas fait si j'avais pas eu d'enfants »*.

4.2.2. Clinicat

Seule une Interne, encore enceinte au moment du recueil des données, envisage la poursuite de sa carrière avec un Clinicat. E6 quant à elle avait également souhaité faire un Clinicat, mais face aux difficultés rencontrées pendant sa grossesse, elle a changé d'avis. Elle relate : « *initialement, j'avais prévu de faire un DESC, et faire un an de Clinicat, mais j'ai tout abandonné, parce que j'ai été écœurée. J'ai été écœurée du CHU, j'ai été écœurée des mentalités, j'ai été écœurée des gardes. J'ai changé mes plans, j'ai tout abandonné. Donc je m'arrête là, à la fin, je fais pas mon DESC, je retourne à la campagne, je continue ma petite vie de famille tranquille. Moi je remets plus les pieds à l'hôpital, c'est terminé, vraiment fini, ça m'a vaccinée on va dire. C'est surtout ça qui a changé* ».

4.2.3. Dans sa pratique

Mener une grossesse puis la maternité pendant le Troisième Cycle a donc une influence sur le mode d'exercice, mais également sur sa façon d'appréhender sa pratique médicale, comme l'affirme E1 : « *dans notre exercice, clairement, ça influence* ». Cette modification de la pratique se remarque particulièrement sur l'exercice de la Pédiatrie, comme l'explique E7 : « *justement le fait d'être enceinte, j'ai voulu me diriger vers la Pédiatrie. Et je pense qu'à terme, j'aimerais bien faire pas mal de Pédi* ». Au contraire, E11 n'a pas l'intention d'accentuer son activité de Pédiatrie : « *je vais pas forcément en faire plus que ça par la suite. J'affectionne pas particulièrement la Pédiatrie, en fait, rires. J'aime mes enfants, mais les consultations*

de nourrissons, ça me... ça m'enchant pas spécialement, voire au contraire. J'aime pas du tout les vaccins, j'aime pas mesurer, peser les enfants ».

4.2.4. Organisation

L'influence de la grossesse et maternité se remarque également dans l'organisation entre la vie professionnelle et familiale, avec à nouveau ce changement de critères de choix déjà décrit.

Ainsi, E11 explique : *« je fais en sorte de prendre des remplacements sans gardes aussi... ce que j'aurais peut-être pas fait sans enfants. Mais là, c'est pareil, j'essaie de privilégier les remplacements où il y a les mercredis de libres... où il y a pas beaucoup de... où il y a pas de gardes en fait. J'ai pas le choix de pas faire de garde le week-end. Autant le soir, en semaine, ça me dérange pas tellement, ça change pas grand-chose, mais les week-ends, j'ai plus envie de travailler ».* D'autres se sont plutôt senties confortées dans leur projet professionnel de départ, comme E8 qui raconte : *« donc déjà, de base, j'adore la Médecine, mais j'étais pas non plus hyper investie, 24h sur 24 dans un cabinet. Pour moi, je me voyais déjà faire un mi-temps, ou avoir des demi-journées de libre [...] Je partais déjà avec cette idée en tête de fonder une famille, de pouvoir la débiter pendant l'Internat, et de pouvoir adapter mes horaires, et tout ça. Ça, ça a pas changé ».*

E1 résume finalement : *« je veux pouvoir garder un équilibre entre ma vie privée [...] et la vie professionnelle [...] finalement être maman ça me confirme ça, parce que..., voilà, si je fais le choix... si je fais le choix d'avoir des enfants, c'est pas pour qu'ils grandissent tout seuls dans leur coin. Je veux pouvoir les voir grandir, les aider à*

grandir et être là... être là pour eux [...] Pour moi c'est important qu'il y ait une place pour ça aussi ».

5. Perspectives d'améliorations

Les femmes interrogées connaissent les difficultés des études de Médecine. Pour autant elles aspirent à quelques changements, afin de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale. E1 résume parfaitement : *« certes, on fait des études qui demandent un investissement, je pense qu'on en a tous conscience quand on s'engage là-dedans. Mais pour autant, j'estime que ça devrait pas influencer sur nos... nos choix de vie, euh... personnels, parce que, ben... on n'est pas forcément en couple non plus avec des gens du milieu médical, et qu'on devrait aussi pouvoir... sans trop se poser de questions, répondre à nos envies de devenir parents, que ça soit pour les hommes ou pour les femmes ».*

5.1. Accès à une information claire

Elles sont nombreuses à déplorer le manque d'informations claires et accessibles sur les modalités administratives, mais aussi sur les aménagements possibles lors de la grossesse et la maternité. Ainsi, plusieurs des femmes interrogées proposent d'améliorer ce point. E1 explique qu'elle se serait sentie plus encouragée dans ses démarches *« si on était mieux informés sur, justement, les modalités, euh... pour justement, demander, peut-être les stages en surnombre, et comment se passe le congé maternité, le salaire, les choses comme ça. Si on avait un... quelque-chose d'informatif, d'un peu plus clair, ou facilement accessible ».* E7 suggère : *« quand tu donnes un*

certificat de grossesse, on devrait te dire « vous avez ça comme droits, ça comme devoirs » [...] nous parler du congé mat, du déclassement si on prend une dispo ».

5.2. Amélioration des conditions de travail pendant la grossesse

5.2.1. Choix du terrain de stage

Plusieurs des femmes interrogées se souviennent de trajets difficiles jusqu'à leur lieu de stage. Entre les longues distances, les manœuvres d'urgences et l'anxiété engendrée E7 estime « *qu'ils devraient nous trouver un stage à proximité. La route, tu as un risque de contractions, la fatigue* ».

E2 propose quant à elle de bénéficier de stages en relation avec la grossesse et maternité : « *ça pourrait être cool d'avoir un stage en PMI... C'est hyper intéressant, parce qu'en fait t'apprends tellement de choses quand t'es enceinte, sur la Médecine* ».

5.2.2. Aménagements en stage

Durant leur grossesse et maternité, la majorité des Internes a souffert de fatigue importante, décrite comme exacerbée par la charge de travail. Aussi sont-elles nombreuses à suggérer un allègement du temps de travail. E10 estime que « *si on respecte les 48 heures, plus gardes, ça pose pas tellement de souci. Mais le problème, c'est que très souvent, ils sont pas respectés* ». E11 précise : « *un petit aménagement de temps, d'avoir peut-être plus de pauses régulières sur une journée, et avoir éventuellement des demi-journées de libres, même en dehors des rendez-vous médicaux, si vraiment, on est fatiguée. Ça évite de se mettre en arrêt de travail, et ça*

permet de récupérer ». Elle suggère également « *pouvoir se reposer une demi-heure après le repas, pas forcément une sieste, mais juste, pouvoir s'asseoir, et se reposer un peu sur la journée, plutôt qu'enchaîner tout le temps* ».

Toujours dans le but de les soulager sur le plan physique, et parce qu'elle estime qu'« *il faut prendre en compte [...] la fatigue, le fait qu'être debout longtemps, quand on est enceinte, ça peut être difficile* », E11 propose également de mettre « *une chaise à disposition* » de l'Interne enceinte.

Enfin, E11 suggère des aménagements au self de l'Hôpital, dont elle juge les menus « *pas du tout adapté[s] aux femmes enceintes. On en parle pas du tout, mais quand on est pas immunisée contre la toxoplasmose, on peut quasiment rien manger. On se retrouve à manger des pâtes, du riz, des frites. Les crudités on sait pas trop d'où ça sort, la viande est pas toujours cuite, le lait, on sait pas s'il est pasteurisé ou pas... Donc ça peut être problématique des fois* ».

5.2.3. Accès à la Médecine du Travail

Aucune des femmes interrogées n'a eu de contact avec la Médecine du Travail, mais seule E11 le regrette. Elle propose d'ailleurs « *la Médecine du Travail pour les Internes enceintes. Parce que, par exemple, aux Urgences Adultes, des fois, on fait des radios au lit du patient, et on n'a pas de protection. Donc aux Urgences, c'est pas trop grave, il y en a une ou deux dans le mois, ça fait rien. Mais par exemple, l'Interne qui est en onco, qui prend la chimio, les rayonnements... ou la manipulation de médicaments, je pense que là, la Médecine du Travail, c'est une bonne chose. Ou même pour la reprise* ».

5.2.4. Validation de stage

E5 qui se rappelle une altercation avec son Maître de stage au sujet de la validation suggère la « *possibilité de valider des stages, rires, à dix jours près... tout en ayant fait ses preuves, c'est indispensable. Que ça soit pas toute une montagne pour que ça se fasse* ».

5.3. Facilitation de la reprise du travail après le congé de maternité

5.3.1. Garde d'enfant

Plusieurs des femmes interrogées ont raconté leurs difficultés à faire garder leur enfant au moment de la reprise du travail. E6 estime : « *on devrait avoir accès aux modes de gardes de l'hôpital. Parce qu'on n'a ni accès au complément libre choix de garde, les compléments qui sont mis en place par les... le comité de l'hôpital qui donne les bons d'achats. [...] ça, il faudrait que ça soit un peu plus facilité, parce que c'est compliqué de faire garder nos enfants aux horaires qu'on a* ».

5.3.2. Temps de travail

Quand on leur demande comment mieux concilier vie de famille et vie professionnelle, nombreuses sont les femmes qui évoquent un allègement du temps de travail. Si E3 estime que « *ça serait bien de pouvoir respecter les 48h dans tous les stages* », elles sont plusieurs à évoquer la possibilité d'une reprise à temps partiel. E3 imagine : « *se mettre à 80%, ou à 50% le premier semestre, ce serait une bonne idée [...] être là un peu plus les 6 premiers mois, ça serait quand-même intéressant. Mais après, je sais pas, du coup, en rattrapant peut-être trois mois à la fin, j'en sais rien.*

Mais ça, ça pourrait être intéressant, de reprendre à mi-temps, au début ». E7 ajoute « moi, là, si j'avais pu, j'aurais repris à 80%. Au moins la première année ».

5.3.3. Allaitement

La poursuite de l'allaitement s'est avérée particulièrement difficile à concilier avec la reprise du travail. Aussi E8 raconte : *« je pense que, dans les changements, ce serait plus ce qui concerne l'allaitement. Ce serait plus là-dessus... Parce que moi, par exemple, je me serais pas vue reprendre, après l'accouchement, un stage en allaitant »*. En évoquant le stage hospitalier, elle souhaite *« qu'ils soient un peu plus au clair sur ces choses-là [...] Ils nous proposent rien de particulier »*.

5.4. Gardes

La plupart des femmes interrogées a évoqué les difficultés physiques liées aux gardes en étant enceinte. Ainsi E4, mais aussi E6 soumettent l'idée de *« permettre aux femmes de ne pas faire de garde du tout durant leur grossesse. Parce que c'est pas hyper logique, le premier trimestre, c'est là où j'aurais vraiment eu besoin de pas faire de garde, et le deuxième, j'aurais pu en faire sans problème »*.

Les gardes de nuit ou week-end posent également des problèmes après l'accouchement, mais aucune Interne n'estime devoir en être dispensée à ce moment. Si E10 semble ne pas voir de solution, elle imagine ensuite *« emmener le gamin en garde, faudrait pouvoir l'emmener »*.

5.5. Aménagement de la maquette

E3 suggère d'augmenter la durée de mise en disponibilité. Elle raconte : *« on peut prendre que deux semestres de dispo, maximum. Ça aussi, je crois qu'on pourrait augmenter le nombre, parce qu'il y a des fois des mamans [...] qui voudraient rester six mois de plus avec leur bébé [...] On peut aussi faire plusieurs enfants pendant l'Internat, donc deux semestres... Faut dire qu'on fait deux enfants, et qu'on prend pas plus, quoi. Donc s'il y a un problème par exemple avec un enfant... je sais pas, qu'il tombe malade, ben vous êtes quand-même obligées de retourner au travail ».*

E6 déplore le déclassement après une mise en disponibilité. Elle estime *« qu'on devrait arrêter de déclasser, même si on a été en disponibilité, pour... enfin, c'est débile de nous déclasser. D'autant plus qu'on est déclassée à chaque nouvelle grossesse ».*

5.6. Allongement du délai de soutenance de thèse

E9 évoque les difficultés à concilier sa vie de jeune maman avec les impératifs universitaires. Elle raconte : *« c'est après, pour faire la thèse. Ces six mois de disponibilité sont pas reportés à la fin du délai, rires. Et finalement, une fois qu'on a un enfant, c'est beaucoup plus difficile de faire la thèse derrière... d'avoir le temps... de trouver le temps. C'est surtout ça à adapter, le temps derrière, pour faire la thèse ».*

5.7. Changement du regard des autres

E5 aimerait redonner sa place à la femme enceinte en changeant le regard qu'on lui porte. Elle estime qu'il faut *« considérer que c'est... c'est un métier qui a 70%, ou 60% de femmes, c'est quand-même énorme, et je pense que... Je pense qu'il faut l'assumer, et*

indirectement, accepter que la femme, dans toute sa globalité, doit avoir sa place, dont la maternité, je pense. On a tendance à mettre de côté, sous prétexte qu'on travaille, et voilà, je pense qu'on peut changer le regard, ce serait pas mal ». Elle suggère également de changer « *la pression peut-être ? [...] un regard un peu culpabilisateur de certains, que j'ai rencontrés... « comment tu vas faire ? », « tu vas pas pouvoir valider », « est-ce que t'es sûre de vouloir être médecin ? » ».*

Ce regard culpabilisateur et le poids du jugement des autres ont été particulièrement mal vécus par plusieurs Internes. E7 estime qu'il faudrait « *ne pas te faire ressentir que t'es conne d'avoir fait un bébé pendant l'Internat* ». Quant à E6, elle affirme qu'« *il doit y avoir un changement de mentalité aussi, je trouve, par rapport... Je trouve [que les chefs] sont pas très conciliants, ils nous faisaient bosser comme des bêtes, ils en avaient rien à cirer* ».

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

1.1. Echantillon et représentativité

L'étude a porté sur onze entretiens de femmes ayant vécu une grossesse et maternité durant leur Internat, dans les cinq dernières années. Il s'agit donc d'un petit échantillon ne permettant pas de généraliser les résultats obtenus, mais toutefois suffisant pour atteindre l'objectif de saturation des données.

Etant donné l'objectif défini de l'étude, nous avons dû faire face à un important biais de sélection car les Internes interrogées n'ont pas été tirées au sort. En effet, la proportion d'Internes enceintes au sein d'une promotion donnée reste relativement faible, même sur toute la durée du Troisième Cycle, ce qui conforte le questionnement de cette étude. Toutefois, les participantes ont été sélectionnées avec soin afin de favoriser la diversification et cet objectif de saturation des données.

Par ailleurs, cette étude comporte également un biais de recrutement, puisque nous n'avons interrogé que des Internes en Médecine Générale, estimant que les autres spécialités comportaient leur lot de spécificités, avec notamment un cursus beaucoup plus hospitalier, et souvent un objectif de poste hospitalier également. Il serait toutefois intéressant d'étendre les recherches aux différentes spécialités médicales afin d'identifier d'autres facteurs pouvant influencer une grossesse et son vécu pendant le Troisième Cycle.

Enfin, notre étude s'est concentrée sur le Grand-Est, et plus particulièrement la Faculté de Strasbourg, ceci dans le but d'identifier les difficultés et d'apporter des pistes

d'améliorations aux problématiques locales. Cela restreint encore considérablement la représentativité des résultats.

1.2. Enquêtrice

Notre étude comporte vraisemblablement un biais de subjectivité lié à l'enquêtrice, puisque par sa posture, sa réaction mais aussi sa façon de poser les questions, elle a probablement influencé les réponses de l'Interne interrogée. En outre, l'analyse des données amène une interprétation propre à l'enquêtrice, qui ne pourra jamais être dénuée de toute subjectivité. Néanmoins, dans son article sur la subjectivité et l'objectivité dans la méthodologie qualitative, Carl Ratner explique que des processus subjectifs, incluant les méthodes de recherche, permettent finalement de comprendre avec objectivité un phénomène social (30). Adrian K. Morgan et Vicki B. Drury précisent que la subjectivité et l'interaction entre un enquêteur et un participant permettent en fait de se rapprocher de l'expérience vécue par le participant (31).

Par ailleurs, certains entretiens ont été particulièrement concis du fait d'une pudeur de la part de la participante liée à un probable manque de proximité entre l'enquêtrice et la participante, ou à une gêne que la première partie de l'entretien concernant le parcours global n'a pas suffi à dissiper. Certaines informations pertinentes n'ont ainsi peut-être pas été suffisamment expliquées, voire non verbalisées.

2. Forces de l'étude

2.1. Intérêt de l'étude

Si le sujet de la grossesse pendant les Etudes Médicales a déjà été abordé à plusieurs reprises, il n'y a actuellement aucun travail qui traite de la grossesse et maternité spécifiquement pendant le Troisième Cycle de Médecine Générale à Strasbourg. Nous avons choisi d'analyser le vécu de cet événement de vie par des Internes en Médecine Générale, particulièrement à Strasbourg, afin de proposer des améliorations, permettant aux Internes de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale, sans devoir repousser pour autant leur projet de grossesse.

Par ailleurs, le taux de réponse a été de 100% puisqu'aucune des femmes contactées n'a refusé de participer à notre étude. Toutes se sont montrées particulièrement intéressées et motivées par le thème étudié.

2.2. Méthodologie

Nous avons veillé à avoir une méthodologie de la meilleure qualité possible afin de limiter l'impact des biais et limites préalablement décrits. Pour cela, nous nous sommes basés entre autres sur deux guides de la recherche qualitative, le guide COREQ comprenant 32 items à étudier (32), ainsi que l'outil SQUIRE 2.0 comportant 18 items à sous-sections (33).

En outre, les entretiens se sont toujours déroulés dans des lieux calmes, laissés au choix des participantes, sans aucune contrainte de temps, ceci afin de les mettre à l'aise et de garantir la plus grande liberté de parole possible. La réalisation d'un entretien exploratoire a permis de mettre en évidence les failles du guide et d'identifier des

questions intéressantes à ajouter, dans le but de l'améliorer pour les entretiens suivants. Les participantes étaient conscientes de leur droit de se rétracter à tout moment. Elles ont eu une copie de la retranscription finale de leur entretien, et ont pu en supprimer des passages trop sensibles avant de valider définitivement la retranscription.

Par ailleurs, cette étude a bénéficié d'un co-codage et d'une deuxième analyse des données par une personne extérieure à l'étude et non concernée par le sujet, permettant de minimiser la subjectivité de l'interprétation de l'enquêtrice.

3. Discussion des résultats

La grossesse vécue pendant l'Internat de Médecine Générale est toujours décrite par les femmes interrogées comme une expérience ambivalente, avec une mixité des émotions ressenties. De fait, aucune ne regrette son choix d'être mère, et toutes se disent heureuses de leur projet de grossesse. Néanmoins, elles ont rencontré plusieurs difficultés, parfois à l'origine de regrets dans leur planification de la grossesse ou même d'une remise en question de tout leur projet professionnel.

3.1. Principales difficultés rencontrées

3.1.1. D'ordre administratif

Manque d'informations

La plupart des femmes interrogées déplore un manque d'informations conséquent qui semble être l'une des principales difficultés rencontrées. Devant le manque de clarté des données disponibles, elles sont finalement nombreuses à s'être tournées vers des connaissances, co-Internes ou amies, ayant déjà vécu une grossesse pendant le Troisième Cycle, car les droits de l'Interne enceinte restent relativement flous pour tout le monde, et personne ne semble avoir été formé ou désigné comme référent pour les étudiantes enceintes. Cette difficulté d'accès à des informations claires leur a donc valu des moments d'angoisse, à ajouter à l'anxiété déjà liée au fait d'être Interne et au fait d'être une jeune ou future mère.

Si certaines Internes ont eu du mal à trouver des réponses à leurs interrogations, d'autres ont choisi de faire confiance, parfois à tort, au personnel administratif. Ainsi, elles sont deux à s'être rapprochées de la même section administrative du Centre Hospitalo-Universitaire de Strasbourg, et à avoir eu des informations erronées, avec à la clef, un déclassement vécu comme injuste. Cela n'a pas été sans conséquence, puisqu'une étudiante a radicalement modifié son projet professionnel, les deux ont même envisagé d'arrêter leurs études.

Dès lors, il apparaît particulièrement ardu de mener sereinement une grossesse pendant le Troisième Cycle, si l'information est soit difficilement accessible et claire, soit non fiable, parce que différente selon les sources.

Organisation de la maquette

Sur les dix femmes interrogées ayant déjà accouché, seules trois Internes n'ont pas bénéficié de surnombre : une d'entre elles a fait sa déclaration de grossesse après les choix de stages, et les deux autres ont demandé une disponibilité à la place. Par ailleurs, l'absence de déclassement systématique après un congé de maternité ayant été mis en place en 2016, aucune des Internes n'a eu à subir de déclassement après son stage en surnombre, qu'il soit validant ou non validant. Elles apprécient ces adaptations de la maquette, qu'elles jugent intéressantes, voire nécessaires pour débiter une grossesse, puisque leur absence aurait constitué un frein pour certaines d'entre elles.

Toutefois, elles regrettent le manque de souplesse de cette maquette. Ainsi, elles sont plusieurs à n'avoir pas eu réellement le choix de leur stage en surnombre. Elles auraient espéré profiter de stages moins fatigants physiquement et psychiquement, mais aussi de stages qu'elles jugeaient plus intéressants et formateurs, parce que parallèles à leur grossesse, comme la PMI. Le stage en surnombre n'étant pas censé impacter la disponibilité des postes, il ne devrait normalement pas poser de difficulté organisationnelle dans l'ouverture d'un poste dans le service choisi par l'Interne.

3.1.2. D'ordre relationnel

Les femmes interrogées ont été confrontées à tous types de réactions, allant du soutien et de la protection au mépris et au harcèlement.

Les difficultés rencontrées avec leurs supérieurs, notamment le manque d'empathie, semblent plutôt liées à la pression exercée habituellement sur les Internes avec l'exigence d'un travail fait à la fin de la journée, sans forcément de lien particulier avec la grossesse ou la maternité. Les réactions les plus favorables à l'annonce de la grossesse et les attitudes les plus empathiques ont été plus souvent manifestées par les chefs en Gynécologie. On peut imaginer que cela soit imputable à leur habitude de s'occuper de femmes enceintes, avec probablement une meilleure connaissance et prise en compte des difficultés auxquelles elles doivent faire face.

En revanche, certaines réactions ont été particulièrement virulentes de la part de co-Internes. Or, la charge de travail déjà conséquente que les Internes doivent assumer est répartie entre eux. On comprend donc que si l'un d'eux est absent, les autres doivent effectuer sa part de travail, dans l'idée d'assurer la continuité des soins de façon optimale. Ainsi, si l'absence d'une Interne enceinte ou jeune maman se remarque peu sur la quantité de travail final demandée par les chefs et fournie par l'équipe d'Internes, elle a des conséquences directes à l'échelle individuelle, puisque ses collègues doivent absorber une charge de travail supplémentaire, qui leur est difficile à assumer. Chaque aménagement mis en place, concernant les pauses, la non-participation au tour de garde, le fait de commencer plus tard ou terminer plus tôt, est donc vraisemblablement ressenti comme une injustice pesant sur les collègues. D'ailleurs, une étude publiée en 2018 sur l'impact du genre et de l'éventualité d'une grossesse sur l'admission dans un programme d'Internat d'un Hôpital Universitaire à Beyrouth a mis en évidence que 47% des Internes estimaient qu'une collègue enceinte serait moins productive (34). Cette valeur est à nuancer,

puisque seules des femmes ont été interrogées. On peut donc imaginer qu'en interrogeant des hommes et femmes à part égale, ils seraient plus nombreux à partager cette idée.

3.1.3. D'ordre organisationnel en stage

Manque d'aménagements

Peu d'aménagements de l'environnement ou de la charge de travail ont été proposés aux Internes enceintes. Quelques aménagements du temps de travail ont toutefois été mis en place. Ce manque de considération pourrait s'expliquer par un défaut de connaissance des difficultés rencontrées par les femmes enceintes.

Gardes

Elles sont près de la moitié à avoir continué à effectuer des gardes bien après le troisième mois de grossesse, malgré la possibilité légale d'arrêter. Certaines ont subi des pressions de la part de leurs supérieurs mais aussi co-Internes, pour participer au tour de gardes. Les deux Internes qui ont essayé de négocier se sont heurtées à des tentatives de culpabilisation de leurs chefs et collègues, et une d'elle s'est vue contrainte malgré tout d'y participer. Il y a là encore un manque de prise en compte des difficultés physiques de la femme enceinte, notamment une fatigue accentuée par les longues journées et changements de rythme imposés par un stage avec tour de gardes, mais également un non-respect du cadre légal des gardes pendant la grossesse.

Stage aux Urgences

Les réactions les plus vives et défavorables envers l'Interne ont été relevées en Service d'Accueil des Urgences, allant jusqu'au harcèlement. On imagine que la pression particulière qui règne dans ce type de service affecte indéniablement chefs et Internes. Pour autant, une étude menée en 2002 ne mettait pas en évidence de différence significative entre les scores d'empathie d'un Médecin Urgentiste et d'un Médecin Généraliste envers leurs patients (35). Le manque d'empathie à l'égard de l'Interne dans ce service est donc probablement lié là encore à l'influence directe de la grossesse sur la charge de travail individuelle. C'est en outre dans ce service que les difficultés physiques et psychiques liées à la grossesse ont été les plus importantes, notamment les malaises, troubles du rythme, sauts de repas, pertes de poids et dépressions et c'est toujours dans ce service que les contraintes liées aux gardes ont été décrites comme les plus strictes.

Les étudiantes interrogées sont d'ailleurs majoritaires à considérer le stage aux Urgences comme particulièrement difficile, surtout pour une femme enceinte. Cela semble une évidence pour E3 qui assène : « *donc je suis allée aux Urgences, à [ville], et j'ai été en arrêt 3 semaines avant mon congé mat officiel, parce que... ben c'est les Urgences* ». Trois d'entre elles estiment que ce stage pourrait être un motif raisonnable de décaler un projet de grossesse, car peu adapté.

3.2. Résilience

Malgré les nombreuses difficultés rencontrées, la grossesse et maternité ont toujours été présentées comme un événement de vie très positif, sans regrets dans le

choix d'être mère. E3 qui a dû faire face à une fin de grossesse difficile en stage et une reprise fatigante aux Urgences, affirme voir peu de points positifs sur le plan professionnel, mais évoque un épanouissement complet sur le plan personnel. E4 a elle l'impression d'une plus grande tolérance à l'égard de sa propre expérience de vie. Toutes semblent garder un bon souvenir de leur grossesse, à l'instar d'E11, qui a été privée de repas, obligée d'effectuer des gardes après le troisième trimestre, et n'a pas pu faire son suivi de grossesse du fait du planning qui lui était imposé... Pourtant, elle efface ces difficultés et conclut en affirmant n'avoir aucun mauvais souvenir de sa grossesse et de sa maternité.

E1 estime même que la maternité a eu un effet bénéfique intéressant : *« je pense que j'aurais peut-être pas aussi bien vécu mon Internat que si j'avais pas été maman »*. Quand elle se souvient avoir fait face à du harcèlement de la part de ses collègues, à un début de grossesse physiquement et psychiquement très difficile à vivre, et à un déclassement injuste, E6 avoue avoir songé à arrêter ses études avant de relativiser en regardant tout le chemin déjà parcouru.

3.3. Minimisation des difficultés rencontrées

3.3.1. Comparaison à d'autres femmes

Elles sont nombreuses à avoir vécu des choses parfois particulièrement violentes durant leur grossesse ou maternité. Pour autant, elles comparent volontiers cet événement de vie pendant l'Internat de Médecine Générale à d'autres professions, et minimisent les difficultés et leur impact. Ainsi, plusieurs participantes estiment qu'une grossesse et maternité sont difficiles pour toutes les femmes et ce

qu'importe le métier exercé. E7 imagine même que le manque criant d'informations disponibles touche également toutes les professions.

De la même façon, lorsqu'elles évoquent leurs difficultés physiques qu'on imagine aisément majorées par le travail de médecin, notamment en stage hospitalier, elles en diminuent l'impact en comparant encore leurs propres difficultés à celles des autres, comme E4 qui parle de la fatigue qu'elle pense être le lot de toutes les femmes enceintes ou jeunes mamans. Elles estiment n'avoir pas à se plaindre de leur condition.

Enfin, lorsqu'elle évoque le manque d'empathie et l'incompréhension de ses supérieurs, E7 justifie et excuse leur attitude par l'idée qu'ils ont eux aussi eu à gérer les difficultés liées à leur propre maternité ou paternité. On retrouve encore l'idée de problèmes anciens, donc par défaut considérés comme acceptables.

Les femmes interrogées considèrent ainsi que leurs difficultés sont moins inhérentes à leur statut d'Interne qu'à la grossesse ou maternité et valident donc les comportements inadaptés et difficultés auxquels elles sont soumises.

3.3.2. Chance

Lorsqu'elles racontent leur expérience, pas moins de six femmes utilisent le mot « *chance* » pour en décrire les aspects positifs.

A propos des aménagements de la maquette pendant la grossesse

On a déjà vu que malgré la possibilité d'un stage en surnombre permettant à la femme enceinte de s'ajouter à un effectif d'Internes déjà défini, les adaptations

d'horaires, de charge de travail et l'exemption de gardes pèsent toujours sur leurs épaules, puisque vécues souvent comme une injustice par leurs collègues. Seule E1 semble avoir connu un stage comme il est censé se passer : *« j'ai eu la chance, pendant mon stage en surnombre, d'être dans un service où ils étaient contents, parce que normalement, ils avaient qu'un Interne, et là du coup, ils en avaient deux [...] c'était vu plus comme un bonus qu'autre-chose »*. De la même façon, alors que le maintien du rang de classement après un congé de maternité est maintenant inscrit dans la loi depuis 2016, E8 s'estime chanceuse de n'avoir pas été déclassée. Elle considère également comme une aubaine le fait d'avoir eu droit au congé de maternité. Ce qui est légalement mis en place et devrait de fait être admis comme la norme est finalement perçu comme suffisamment rare pour être une faveur.

A propos des interactions au travail

Par ailleurs, les interactions positives au travail sont également décrites comme une aubaine. Elles sont plusieurs à s'estimer chanceuses lorsque leurs supérieurs et co-Internes font preuve de compréhension et bienveillance à leur égard. E8 utilise ce mot à deux reprises durant l'entretien pour décrire ses relations avec ses collègues. Elle reconnaît toutefois qu'il est probable que le fait que ses co-Internes soient elles aussi des jeunes mamans a probablement influencé leur bienveillance à son égard.

A l'annonce de sa grossesse, E10 se souvient avoir appréhendé la réaction de ses collègues et avoir présenté ses excuses : *« ils étaient tous là, à dire « c'est pas grave, t'inquiète pas ». Il y a pas un seul moment, aux Urgences, où on m'a reproché d'être enceinte. C'était ma grande peur [...] je les en remercie. J'ai eu beaucoup de*

chance sur ce coup-là ». Le choix du vocabulaire employé laisse imaginer comment est perçue la grossesse d'une femme Médecin à l'Hôpital. Elle est d'abord crainte, puis reprochable, et le fait de n'être pas « accusée » d'être enceinte est là encore vécu comme une faveur.

Enfin, E9 nuance cette chance, qu'elle a finalement provoquée. Elle reconnaît ainsi qu'il lui a fallu porter un soin particulier au choix de son stage afin de s'assurer du soutien de son équipe et que donc, l'accompagnement bienveillant de la femme enceinte et jeune maman n'est pas encore universel.

A propos des aménagements au travail

Si on a pu voir que peu d'aménagements sont prévus en stage pour l'Interne enceinte, ceux dont elles bénéficient sont perçus comme une faveur. Ainsi, lorsqu'E11 raconte les arrangements instaurés vis-à-vis des patients plus lourds à gérer parce que difficilement mobilisables ou contagieux, elle insiste à deux reprises sur la gentillesse dont font preuve ses collègues en lui épargnant un travail pénible. Elle est reconnaissante car on lui évite une exposition qui pourrait s'avérer particulièrement dangereuse, droit qui devrait pourtant être immuable.

De la même façon, quand le service hospitalier d'E9 déménage, elle est exemptée du port des cartons et se voit attribuer d'autres tâches à la place, ce qu'elle vit comme une faveur également.

E10 va plus loin, puisqu'elle considère comme une aubaine l'attitude de son chef lorsqu'il lui allège son planning en la postant dans une unité de soins plus calme, alors qu'elle sait qu'il craint un arrêt de travail. L'adaptation du planning et de la

charge de travail de la femme enceinte se met en place, non pas pour lui éviter des complications, mais bien pour contrer les répercussions éventuelles au sein de l'effectif de Médecins. Elle est vue comme potentiellement problématique par son absence, plutôt que comme une personne vulnérable à protéger.

Il s'agit bien là d'une minimisation des problématiques auxquelles sont confrontées les femmes enceintes, puisque certaines adaptations de la maquette du Troisième Cycle ou du stage de l'Interne sont considérées comme une chance et non quelque-chose de normal, défendant dès lors toute possibilité de se plaindre ou demander plus.

3.3.3. Explications possibles à cette minimisation

Culpabilité

Un travail de thèse de Mathilde Bouteiller et Delphine Cordonnier Chiron fait état d'une culpabilité particulièrement importante chez l'Interne de Médecine quant à la responsabilité vis-à-vis du patient, la décision médicale à prendre, où le manque de connaissances (36). Il s'agit d'une culpabilité que les Internes s'infligent dans le cadre d'une recherche continue de performance. M. Barrea De Vleeschhouwer va plus loin dans son travail sur le mal-être quotidien du soignant en supposant que le *« sentiment de culpabilité à l'égard des malades imprègne également les relations entre les soignants eux-mêmes »* (37). Les Internes enceintes et jeunes mamans subissent donc en plus le poids d'une culpabilité extérieure, puisque de l'annonce de leur grossesse jusqu'à leur congé de maternité, mais aussi après, quand elles évoquent leurs difficultés d'organisation vis-à-vis de leur bébé, chaque étape est

marquée par le jugement d'autrui. Elles sont ainsi culpabilisées par leurs proches par le biais d'une inquiétude extrême quant à la possibilité de concilier leur travail avec une vie familiale.

Cependant, elles sont aussi culpabilisées par leurs supérieurs ou collègues, par exemple lorsqu'elles font part de leur désir d'alléger la charge de travail. Une participante se rappelle avoir eu des difficultés à échanger des gardes avec des co-Internes fatigués eux-aussi. Les étudiantes en Troisième Cycle ont conscience de la charge de travail déjà conséquente, qui se répartit entre les Internes. Elles savent ainsi pertinemment qu'en cas d'absence de l'une d'entre elles, le service ne fonctionnera probablement pas correctement, comme c'est normalement prévu, mais il sera bien demandé aux autres Internes d'effectuer un travail supplémentaire. Dès lors, il leur devient probablement difficile de ne pas en tenir compte dans leurs revendications éventuelles, afin de ne pas alourdir la charge de travail de leurs collègues en allégeant la leur.

Il se crée en outre une forme d'attachement et de soutien mutuel entre Internes soumis aux mêmes pressions. Cela leur est profitable dans bien des situations, mais bride probablement leurs demandes d'aménagement, en sachant que leurs conséquences affecteront tout le groupe. E8 relate à ce propos : *« même en tant que surnombre... ils attendaient même que je revienne après, parce qu'il y en avait une qui partait en vacances, et ils comptaient sur moi pour pas prolonger mon congé mat. Je l'ai fait, parce que j'appréciais mes co-Internes aussi ».*

Souffrance tue du Médecin

Le besoin quasi-systématique de minimiser les difficultés rencontrées par les Internes enceintes pourrait s'expliquer par la volonté de se rapprocher de l'image que l'on se fait d'un Médecin. Une étude réalisée par le Docteur Thierry Carmoi en 2010 recensait les qualités idéales d'un Médecin selon des patients (38). Les trois les plus citées étaient la bonne écoute du patient, les solides connaissances, ainsi que la bonne prise en charge. L'empathie semble communément admise comme étant également une vertu chez le Médecin. D'après le travail d'Audrey Joubert en 2014, elle est déterminée par la sensibilité, la capacité d'attention et l'intelligence pratique du Médecin. Au contraire, le stress, la fatigue, les préoccupations personnelles et le burn-out nuisent à l'empathie (39). On a donc tout un panel de qualités recherchées chez un Médecin, avec différents facteurs pouvant nuire à leur expression dans la pratique quotidienne. Il apparaît logique que l'impact des préoccupations personnelles sur son travail soit décuplé chez une femme enceinte ou jeune maman qui souffre d'anxiété et de fatigue.

Par ailleurs, dans ce métier où prime l'humain, le Médecin a en plus la responsabilité de faire le moins d'erreurs possibles, du fait de leur portée parfois dramatique. Pourtant, il doit sans cesse faire face aux incertitudes engendrées par la pratique. Un travail mené par Géraldine Bloy en 2008 justifiait la forte prévalence de l'incertitude en Médecine Générale par le fait que cette spécialité nécessitait des connaissances particulièrement vastes, même si moins approfondies que d'autres spécialités, mais aussi par le fait qu'il s'agissait d'une spécialité souvent de premier recours pour le patient, qui présente son histoire et ses symptômes bruts (40). Là

encore, une femme enceinte ou jeune maman se retrouve confrontée à ses propres incertitudes à gérer, en sus de celles déjà générées par son travail.

En outre, les Médecins sont soumis au code de Déontologie qui liste leurs devoirs, comme la neutralité et la non-discrimination (41). A ce propos, une participante évoque la difficulté avec laquelle elle a pratiqué une IVG en étant enceinte. Elle a lutté contre les sentiments que cela provoquait en tant que future maman, estimant avec justesse que sa patiente méritait les meilleurs soins possibles.

Il s'agit donc de toujours tenir compte de ces multiples aspects de l'exercice médical, afin d'assurer les meilleurs soins possibles au patient en faisant fi de certaines difficultés, qu'elles soient d'ordre professionnel ou privé.

Par ailleurs, face à la pression générée par les attentes de la part du patient, mais aussi de l'équipe de travail, un Interne peut vite se sentir dépassé voire incapable d'assumer la position dans laquelle il est placé par l'imaginaire collectif. Plusieurs études ont déjà mis en exergue la souffrance des étudiants en Médecine. L'Enquête sur la Santé Mentale des Jeunes Médecins publiée en 2017 par quatre syndicats, mettait en évidence un état d'anxiété chez près de deux tiers des jeunes médecins. Cette étude retrouvait ainsi une prévalence de la dépression de 27.7% (42). Une autre revue systématique de littérature à propos de la dépression, anxiété et autres symptômes de détresse psychologique chez les étudiants en Médecine américains et canadiens fait état d'une prévalence de ces symptômes plus importants que dans la population générale, mais également de symptômes de détresse psychologique plus importants chez les femmes (43). Cette idée d'une souffrance des

Internes est donc bien connue et finalement bien intriquée, voire acceptée dans le parcours d'un étudiant en Médecine. Ainsi, les femmes interrogées estiment devoir assumer leur grossesse puis maternité, arguant le fait qu'elles avaient conscience des difficultés auxquelles elles allaient s'exposer. Dès lors, elles tolèrent ces difficultés puisqu'elles les jugent normales dans le parcours d'une jeune médecin avec un projet parental.

Néanmoins, Serge Daneault reprend dans son article sur la notion de soignant blessé l'idée intéressante déjà évoquée selon laquelle « *la pathologie de l'âme pourrait constituer le meilleur entraînement pour le soignant* » (44). Ainsi, reconnaître sa blessure en tant que soignant permettrait de mieux comprendre et donc soigner le patient. La souffrance d'un patient permet en outre de prendre du recul sur sa propre douleur. Est-ce alors par une banalisation voire valorisation de la souffrance des Médecins que les Internes enceintes et jeunes mamans verbalisent peu leurs difficultés avec leurs supérieurs et collègues ? Ou par honte, comme l'évoquent parfois certains Internes (36) ?

En outre, certains facteurs prédisposant au burn-out chez les soignants ont été discutés. Dans son travail de thèse soutenue en 2011, Marie Thevenet identifie comme facteurs de risque d'un burn-out sévère chez les Internes en Médecine Générale la prise contrariée de ses congés, le nombre de gardes, le manque de temps de formation, la consommation de psychotropes, le niveau de responsabilités jugé inadapté et le regret d'avoir choisi la Médecine (45). D'autres facteurs protecteurs contre la souffrance des soignants ont toutefois été identifiés. De fait, dans un article

publié dans la revue *Ethique & Santé* en 2004, M. Barrea De Vleeschhouwer estime que le travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire permettrait de favoriser le soutien entre soignants et le sentiment d'appartenance à un groupe (37). On peut imaginer qu'une Interne, changeant de stage tous les semestres ressent moins bien ce bénéfice, d'autant plus du fait d'un congé de maternité, qui raccourcit son stage par rapport aux autres Internes, et lui donne peut-être moins l'impression de faire partie de l'équipe, limitant de ce fait les effets positifs d'une bonne dynamique de groupe.

Il apparaît ensuite évident qu'une des pistes d'amélioration de la souffrance d'un soignant serait d'oser en parler, malgré les différents freins déjà discutés. Camille Lieurade a étudié les connaissances des moyens de prise en charge de l'épuisement professionnel des Internes de Médecine Générale de Toulouse (46). Elle explique qu'une association dédiée a été mise en place, mais très peu sollicitée, puisque seuls 3 Internes l'ont contactée sur l'année 2013. Pourtant « 12 % des Internes [...] ont consulté un psychothérapeute ou un psychiatre, 16% pensent qu'ils auraient dû consulter, sans le faire pour autant ». Ils semblent nombreux à être sujets au burn-out sans toutefois demander de l'aide. Une proposition intéressante avancée par un Interne interrogé permettrait de décharger l'étudiant de la démarche de demander de l'aide : « *que les tuteurs prennent eux même l'initiative de contacter leur tuteur. Les Internes en souffrance n'iront pas forcément l'exprimer spontanément* ». Il s'agit là d'une idée défendue également dans une étude parue dans la *Revue Academic Medicine* en 2014 à propos de la maltraitance des Etudiants

en Médecine (47). Les auteurs y affirment la nécessité de dénoncer les comportements maltraitants, mais évoquent le risque de compromettre la sécurité des personnes impliquées. Pour autant, lorsqu'une Interne évoque avec son tuteur ses difficultés, elle s'est vu répondre que le problème était déjà ancien, puisqu'il avait déjà été confronté aux mêmes difficultés. On se heurte encore à l'idée selon laquelle les choses ayant été pires « avant », il n'y avait pas lieu de se plaindre et revendiquer d'autres changements.

Représentations de la grossesse et la maternité et leur vécu

Divers facteurs influencent le vécu d'une grossesse par une femme. Par exemple une étude publiée en 2013 dans *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, a mis en évidence un lien entre le ressenti positif de la relation avec le partenaire et le vécu positif d'une grossesse par des jeunes adultes Noirs et Portoricains (48). L'entourage semble avoir une influence également. En effet, le travail de Pauline Brochier en 2018 soulignait la nécessité d'un soutien social dans le bon déroulement d'une grossesse (49). Ce soutien était majoritairement apporté par le compagnon et la mère de la femme enceinte, et a minima par les professionnels de santé. Elle suggérait toutefois d'intensifier ce soutien médical chez les femmes en rupture conjugale ou familiale. Il a pu être difficile pour les Internes de profiter pleinement d'un éventuel soutien médical, en sachant que plusieurs difficultés rencontrées étaient justement en lien avec le milieu médical dans lequel elles évoluaient.

En outre, la parité modifie également le ressenti des femmes enceintes. La thèse d'Émilie Fidji Camille Laplagne soutenue en 2018 a évalué l'influence de la parité sur les questionnements des femmes : « *les primipares sont préoccupées par leur capacité à être une bonne mère; les multipares par la fatigue, l'intendance et de nouvelles peurs en lien avec les aînés [...]* Psychologiquement, la première grossesse est vécue comme une aventure et une découverte tandis que les grossesses suivantes suscitent moins de magie, les multigestes étant accaparées par le quotidien » (50). Notre étude ayant interrogé dix femmes primipares, il s'agit là probablement d'un biais supplémentaire, expliquant peut-être en partie pourquoi elles se sont peu plaintes de certaines difficultés.

Par ailleurs, quand on demande aux femmes enceintes les expressions qui leur viennent à l'esprit autour du mot « *bébé* », les réponses les plus fréquentes sont « *amour* », « *bonheur* » et « *responsabilité* » (51). Sur les 132 expressions qui en ressortent, seules 8 sont péjoratives. L'imaginaire semble conférer l'idée d'une grossesse naturellement vécue positivement. E2 parle également de « *plénitude de la femme enceinte dont on peut avoir l'image* ». Ainsi, dès lors qu'une femme vit une grossesse moins plaisante, en parler autour d'elle risque de la confronter aux injonctions sociétales liées à une grossesse épanouie, et de reporter sur ses épaules une culpabilité et pression supplémentaires.

Même après l'accouchement, les femmes sont confrontées en permanence à l'injonction à être une « bonne mère » en donnant la meilleure éducation possible à leur enfant, se rendant disponible pour leur vie de famille, tout en s'épanouissant dans leur rôle de maman mais aussi dans leur vie professionnelle.

Finalement, dans cette idée d'une femme Médecin forte et assurée laissant peu de place à l'expression des doutes, difficultés et revendications, les Internes ont pris sur elles les désagréments rencontrés. E7 résume : « *on l'a voulu, on supporte, hein [...] T'as eu un gosse, ben tu l'as voulu, t'assumes* ».

4. Pistes d'amélioration

Plusieurs améliorations intéressantes ont été proposées par les femmes interrogées. Certaines semblent difficiles à mettre en place, comme la reprise du travail à temps partiel. Elles sont néanmoins nombreuses à proposer cet aménagement du temps de travail à la fin du congé de maternité. Les bénéfices seraient multiples : la jeune maman aurait plus de temps à consacrer à son bébé et à sa vie familiale, elle serait moins épuisée par le travail d'Interne et sa vie de jeune maman, elle serait plus disponible psychiquement et physiquement au travail, donc probablement plus investie et efficace.

Cela pourrait s'organiser sous la forme d'un stage en surnombre, de la même façon qu'il a été aménagé pour la grossesse, ou en prolongeant les deux phases du Troisième Cycle d'autant de temps. Il est à noter que la reprise à temps partiel après la naissance d'un enfant existe déjà dans la fonction publique, et reste possible jusqu'aux trois ans de l'enfant. Elle est accordée aux agents publics de plein droit, sur demande (52).

Il apparaît en outre primordial d'apporter une information disponible facilement, claire et fiable à tout Interne ayant un projet parental. Cela pourrait par exemple prendre la forme d'un fascicule contenant les renseignements nécessaires touchant les domaines

administratif, hospitalier, universitaire et social, disponible à l'accueil de la Faculté, à l'ARS, au Bureau Hospitalier des Internes et aux Syndicats. On pourrait même imaginer la formation spécifique d'un membre du personnel administratif de la Faculté ou de l'Hôpital, qui serait alors référent des Internes pour la grossesse et maternité.

Une autre piste d'amélioration serait la mise en place d'une formation plus générale du personnel hospitalier et administratif à la grossesse chez les soignants, afin de mieux rendre compte des difficultés et permettre une déculpabilisation des soignantes enceintes et jeunes mamans. On pourrait ensuite mieux appréhender les obstacles et suggérer quelques aménagements, portant notamment sur l'environnement, la charge et le temps de travail : aménagement de temps de pauses au calme, mise en place de l'exemption systématique des soins dangereux et du port de charges lourdes, limitation du temps de travail passé debout...

Il serait également intéressant de proposer systématiquement une consultation auprès du médecin du Travail après la déclaration de grossesse de l'Interne, notamment du fait des risques professionnels physiques, chimiques et ionisants. Cela permettrait de concrétiser des aménagements de poste auxquels l'Interne pourrait prétendre, tout en lui évitant de se mettre dans l'embarras en demandant elle-même ces aménagements à ses supérieurs qu'elle sait garants de la validation de son stage.

Par ailleurs, l'application stricte de la législation concernant l'exemption du tour de gardes et le temps de travail des Internes est essentielle, afin de leur permettre un repos physique et psychique correct. Cela serait profitable aux Internes enceintes mais également

à leurs collègues, qui n'auraient plus à craindre de travailler à la place de la future maman. Ne pas reporter la charge de travail d'une Interne enceinte sur ses collègues permettrait également de les rassurer et améliorer l'ambiance générale, tout en garantissant une formation équitable et de qualité pour tous.

Enfin, la plupart des femmes interrogées ont rencontré des difficultés en stage aux Urgences, et le considèrent comme particulièrement difficile, a fortiori pendant une grossesse. Il serait intéressant d'envisager une forme de dérogation permettant aux femmes enceintes de décaler ce stage dans la maquette si cela leur est encore possible. Ceci leur permettrait par exemple de ne pas abandonner un projet de grossesse à cause de ce stage.

CONCLUSION

Avec la féminisation de la profession et des études médicales, l'éventualité d'une grossesse chez les Internes durant le Troisième Cycle des études de Médecine Générale est à prendre en compte, avec toutes les conséquences qu'elle peut avoir sur la santé psychique et physique de l'Interne, mais aussi la suite de sa carrière. Malgré la féminisation de la profession et l'évolution des conditions de travail, encore peu d'Internes ont un projet parental durant leur Troisième Cycle. Cette étude s'est donc attachée à analyser le vécu de leur grossesse et maternité par des Internes en Médecine Générale. Nous avons choisi une méthode qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de onze Internes de Médecine Générale, permettant d'atteindre la saturation des données.

Plusieurs aménagements ont déjà été instaurés, qu'ils soient sociaux, professionnels, universitaires ou financiers. Ainsi, les modifications de la maquette avec possibilité de stage en surnombre et de mise en disponibilité et la garantie d'un congé de maternité constituent sans nul doute une amélioration considérable des conditions de travail de l'Interne. Actuellement, leur absence semblerait même être un frein à la mise en place d'un projet parental durant le Troisième Cycle.

L'expérience de la grossesse pendant le Troisième Cycle a permis un apport pédagogique intéressant, puisqu'elle place les Internes dans la position de la personne soignée et leur permet peut-être de développer leur empathie à l'égard des patients qu'elles soigneront par la suite.

La maternité leur a permis de gagner en assurance vis-à-vis de leur capacité à être soignantes et confère une plus grande aisance en Pédiatrie du fait de leur expérience. Elles ont pu prendre du recul par rapport à leur travail, hiérarchisent mieux leurs priorités et osent s'affirmer dans leur vie professionnelle.

Par ailleurs, les relations avec les différents professionnels de Santé en tant que femme enceinte ou future maman semblent influencées par le statut d'Interne. De fait, les femmes interrogées ont souvent l'impression d'être moins accompagnées pendant leur grossesse. En outre, le fait de connaître la structure et les professionnels peut rassurer quelques femmes mais en mettre d'autres très mal à l'aise.

Les jeunes médecins peinent parfois à trouver leur place dans la maternité. Certaines ont besoin d'affirmer leur rôle de médecin vis-à-vis des soignants de leur enfant. D'autres préfèrent prendre du recul pour s'investir uniquement en tant que mère.

Cette expérience a également une influence directe sur la suite des études et de la carrière des femmes. Presque toutes allongent leur Troisième Cycle du fait d'un stage en surnombre non validant ou d'une mise en disponibilité. Elles parlent également de changement de critères dans leurs choix de stages et de carrière après l'Internat, en faveur désormais de leur vie familiale qu'elles priorisent toutes.

En outre, ce travail a montré que, malgré des avantages déjà non négligeables, il persiste encore des difficultés importantes qui mettent à mal les projets de grossesse des Internes, non sans conséquences parfois graves sur leur santé. Les symptômes physiques de

grossesse, mais aussi l'angoisse, la culpabilité, voire la dépression apparaissent de fait fortement accentués par l'Internat. Les Internes font face à de grosses difficultés à accéder à une information de qualité sur l'organisation de la grossesse puis de la maternité pendant l'Internat. Elles se heurtent encore à des réactions parfois extrêmes de la part de leur hiérarchie ou collègues directs, allant jusqu'au harcèlement ou même à des manquements à la loi.

Elles intègrent souvent ces difficultés comme étant la norme dans le schéma de leurs études et minimisent leur impact. L'idée d'un médecin sans faiblesses dévoué à son travail est encore ancrée dans l'imaginaire collectif et participe à la banalisation de la souffrance du médecin. Celle-ci est tue, par honte, culpabilité et crainte de pressions de la part des supérieurs.

Les femmes interrogées font toutefois preuve de résilience en retenant et valorisant surtout l'expérience positive de la grossesse. Elles se considèrent en outre facilement chanceuses lorsqu'elles bénéficient du soutien de leurs collègues ou d'aménagements au travail.

Pour autant, d'autres aménagements permettraient probablement de favoriser les projets de grossesse des Internes, comme la possibilité d'une reprise du travail à temps partiel, avec éventuellement un allongement du DES de Médecine Générale. Il apparaît en outre nécessaire de mettre à disposition de tout Interne ayant un projet parental une information claire, fiable et facile d'accès. Il est également indispensable d'imposer le strict respect de la législation, et de normaliser les aménagements proposés au travail afin de faciliter la grossesse en stage et déculpabiliser l'Interne enceinte.

Cette étude s'est concentrée sur la grossesse et maternité pendant le Troisième Cycle de Médecine Générale. Il serait aussi intéressant d'analyser le vécu de cet événement par les Internes d'autres spécialités médicales et chirurgicales, afin d'identifier de nouveaux facteurs influençant un projet parental. Par ailleurs, compte-tenu des obstacles évoqués favorisant le report du projet de grossesse, il pourrait être pertinent également d'interroger les Internes ayant choisi de repousser une éventuelle grossesse.

VU

Strasbourg, le 8/9/2021

Le président du Jury de Thèse

Professeur..... Desvieux



Vu et approuvé 10 SEP. 2021
 Strasbourg, le
 Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
 Sciences de la Santé
 Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Guide d'entretien

Bonjour, je te remercie de participer à ce travail, qui consiste à étudier le vécu d'une grossesse par une Interne de Médecine Générale, et d'en identifier les difficultés mais aussi les aspects positifs.

Acceptes-tu que j'enregistre et retranscrive cet entretien, en sachant qu'il sera anonymisé ?

Recueil de données :

Quel a été ton cursus ? Quand as-tu terminé ton Internat ?

Quel âge as-tu ? Quel âge avais-tu au début de ta grossesse ?

A quel moment de ton cursus as-tu mené ta grossesse ?

S'agissait-il de ta première maternité ?

Quel est ton projet professionnel ?

Guide

Peux-tu me raconter ta grossesse ? Comment l'as-tu vécue ?

Peux-tu me parler de ta vie de mère durant l'Internat ?

Quelles difficultés as-tu rencontrées en tant qu'Interne pendant ta grossesse ? au cours de la maternité ?

En quoi le fait de mener une grossesse et une maternité a pu avoir une influence sur ton cursus ou ta formation ? sur ta carrière ?

Quels ont été les aspects positifs de ton expérience de maman sur ta formation et ton Internat ?

Quels changements considères-tu qu'il faille apporter afin de permettre aux internes enceintes de concilier grossesse, maternité et études plus sereinement ?

Questions annexes

Connaissais-tu les modalités concernant le congé maternité, le maintien du salaire, le déclassement ou non, et la validation du stage avant de débiter ta grossesse ?

Pourquoi avoir débuté une grossesse durant l'Internat ?

Qu'est-ce qui, dans l'organisation actuelle de l'Internat, aurait pu te faire changer d'avis ?

As-tu trouvé facilement des interlocuteurs à qui t'adresser pour tout ce qui concerne ta grossesse pendant ton cursus ? As-tu trouvé toutes les réponses à tes questions ?

T'es-tu sentie soutenue par la Faculté ? tes co-internes ? ton chef ou maître de stage ? l'ARS ?

Comment t'es-tu positionnée vis-à-vis des professionnels de Santé en tant que future maman puis maman ?

BIBLIOGRAPHIE

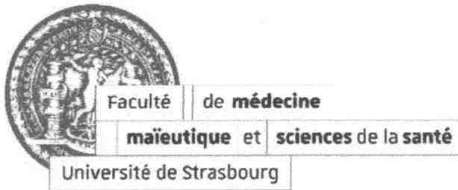
1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale. [Internet]. 2019. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
2. La démographie médicale a l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. juill 2009;22(4-5):245-53.
3. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Inscriptions et parcours des étudiants en formations longues de santé. [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid135956/inscriptions-et-parcours-des-etudiants-en-formations-longues-de-sante.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid135956/inscriptions-et-parcours-des-etudiants-en-formations-longues-de-sante.html)
4. Cacouault-Bitaud M. La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? Travail, genre et sociétés. 2001;5(1):91-115.
5. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des affaires sociales. 2005;(1):59-81.
6. Benhamou S. La féminisation en chiffres. Dialogue Santé - FHP-MCO. janv 19;(30):4.
7. CNG | Statistiques et études - Bilan des Epreuves Classantes Nationales informatisées (ECNi) 2017 [Internet]. [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/ECNi_2017_VDT_SI.pdf
8. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642 [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
9. Code de la santé publique. Article R6153-2. Légifrance [Internet]. 2015 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000030305756/2017-07-22
10. Code de la santé publique. Article R6153-23. Légifrance [Internet]. 2005 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006918818/2017-07-22
11. Code de la santé publique. Article R6153-13. Légifrance [Internet]. 2010 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022911406/2015-08-04

12. Code de la sécurité sociale. Section 3 : Prestations en espèces (Articles L331-3 à L331-7). Légifrance [Internet]. 2006 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006172598/2020-10-20/>
13. Cuisigniez F-C. Gestion des internes de médecine générale enceintes: état des lieux national en 2008 [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont I; 2009.
14. Code de l'éducation. Article R632-19. Légifrance [Internet]. 2013 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027864899/2015-08-04
15. Code de la santé publique. Article R6153-20. Légifrance [Internet]. 2010 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022911416/2015-08-04
16. APHP DAJDP. Instruction n°DGOS/RH4/2014/128 du 22 avril 2014 clarifiant les dispositions réglementaires relatives aux internes [Internet]. 2014 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-ndgosrh42014128-du-22-avril-2014-clarifiant-les-dispositions-reglementaires-relatives-aux-internes/>
17. République Française. Décret n° 2016-675 du 25 mai 2016 relatif à la prise en compte de la situation particulière de certains étudiants inscrits en troisième cycle des études de médecine et en troisième cycle long des études odontologiques dans le déroulement de leur formation universitaire en stage - Légifrance [Internet]. 2016 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032587192?r=9VZ4ILxERN>
18. Code de la santé publique. Article R6153-26. Légifrance [Internet]. 2014 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028688123/2014-03-07
19. République Française. Article 1 - 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. Légifrance [Internet]. 2020 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000032590180
20. Fetscher Prenat A. Etre enceinte et interne en médecine [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. [Besançon]: Université de Franche-Comté; 2011.
21. Inserm - La science pour la santé. Prématurité [Internet]. 2017 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>
22. Denfert-Gaget L. Évaluation du décret de juin 2010 concernant le statut de l'interne enceinte: enquête sur le stage en surnombre auprès d'internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.

23. Fabregue A, Moheng B, Laynet A, Agostini A, Boubli L, Courbiere B. Projet parental des internes de médecine générale d'Aix-Marseille université : connaissances théoriques en reproduction et attitude vis-à-vis de la parentalité. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. mars 2017;46(3):261-6.
24. Walsh A, Gold M, Jensen P, Jedrzkiewicz M. Motherhood during residency training. *Can Fam Physician*. 10 juill 2005;51(7):991.
25. Raselinary SH. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine générale: conséquences et ressenti. Étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
26. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):81-90.
27. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
28. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*. 2014;Tome LIII(4):67-82.
29. Godfroid T. Préparer et conduire un entretien semi-directif. 2012 mai 10; Nancy.
30. Ratner C. Subjectivity and Objectivity in Qualitative Methodology. *FQS* [Internet]. 30 sept 2002 [cité 7 févr 2021];3(3). Disponible sur: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/829>
31. Morgan AK, Drury VB. Legitimising the Subjectivity of Human Reality Through Qualitative Research Method. *TQR*. 2003;8(1):13.
32. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
33. SQUIRE. SQUIRE 2.0 Guidelines [Internet]. 2020 [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <http://squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=471>
34. Attieh E, Maalouf S, Chalfoun C, Abdayem P, Nemr E, Kesrouani A. Impact of female gender and perspectives of pregnancy on admission in residency programs. *Reprod Health*. 5 juill 2018;15(1):121.
35. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione MD S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty [Internet] 2002 [cité 8 févr 2021]; Disponible sur: https://core.ac.uk/reader/46964996?utm_source=linkout

36. Bouteiller M, Cordonnier Chiron D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine: analyse par entretiens semi-dirigés [Thèse de Doctorat en Médecine Générale] [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2013.
37. Barrea De Vleeschhouwer M. Le mal-être quotidien du soignant. *Éthique & Santé*. mai 2004;1(2):77-82.
38. Carmoi T. Le médecin idéal : Le point de vue des patients [DIU de pédagogie médicale]. [Paris VI]: Université Pierre et Marie Curie; 2010.
39. Joubert A. Étude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2014.
40. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences Sociales et Santé*. 2008;26(1):67-91.
41. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 7 - Non discrimination [Internet]. 2019 [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-7-discrimination>
42. ISNAR-IMG, INSCCA, ISNI, ANEMF. Enquête santé mentale jeunes médecins in Dossiers de Presse Hôpital Saint-Anne. Isni.fr [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf>
43. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine*. avr 2006;81(4):354-73.
44. Daneault S. La notion du soignant blessé. *Can Fam Physician*. sept 2008;54(9):1223-5.
45. Thevenet M. Analyse du burn out chez les internes de Médecine Générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile-De-France et le Languedoc-Roussillon [Doctorat en Médecine Générale]. [Parix VI]: Pierre et Marie Curie; 2011.
46. Lieurade C. Connaissance des moyens de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine générale : Enquête chez les internes toulousains [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. [Toulouse III]: Université Paul Sabatier; 2014.
47. Mavis B, Sousa A, Lipscomb W, Rappley MD. Learning About Medical Student Mistreatment From Responses to the Medical School Graduation Questionnaire. *Academic Medicine*. mai 2014;89(5):705-11.

48. Carter M, Kraft JM, Hock-Long L, Hatfield-Timajchy K. Relationship Characteristics and Feelings About Pregnancy Among Black and Puerto Rican Young Adults. *Perspect Sex Repro H.* sept 2013;45(3):148-56.
49. Brochier P. Le soutien social ressenti par les femmes durant la grossesse. 19 avril 2018;47.
50. Laplagne EFC. Expérience et ressenti de la grossesse selon la parité : Quelle est la différence de vécu des femmes entre leur première grossesse et les suivantes ? [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2018.
51. Devouche E, Apter G. Les représentations maternelles prénatales. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 1 octobre 2012;60(7):481-6.
52. République Française. Décret n° 2020-467 du 22 avril 2020 relatif aux conditions d'aménagement d'un temps partiel annualisé pour les agents publics à l'occasion de la naissance ou de l'accueil d'un enfant. *Légifrance [Internet].* 22 avril 2020 [cité 10 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041817232/>



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : CAUQUIL

Prénom : Eloïdie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A Strasbourg, le 06/09/2021

RÉSUMÉ :**Introduction :**

La féminisation de la Médecine pose la question de la grossesse pendant l'Internat. Plusieurs étudiants envisagent de décaler une grossesse après le Troisième Cycle. Notre étude avait pour objectif d'évaluer le vécu de la grossesse et la maternité par les Internes en Médecine Générale, particulièrement à Strasbourg.

Matériel et Méthodes :

Cette étude qualitative était basée sur onze entretiens individuels semi-dirigés auprès de femmes ayant été enceintes puis mères durant l'Internat. Les entretiens ont été co-codés et analysés par méthode thématique.

Résultats :

La grossesse pendant l'Internat permet un congé maternité et propose des aménagements avantageux de la maquette. Néanmoins, les Internes déplorent un manque d'informations fiables. Elles pointent la nécessité de prendre du recul sur leur travail en tant que patientes. Elles ont parfois bénéficié d'aménagement au travail mais la loi concernant le temps de travail et l'exemption de gardes dès le troisième mois était peu respectée. La maternité leur a apporté un épanouissement, une confiance en soi, une affirmation de soi, une prise de recul avec le travail, et une expérience bénéfique en consultation de Pédiatrie. L'équilibre entre la mère et le médecin vis-à-vis du bébé était difficile à établir. Elles ont rencontré des difficultés administratives et ont fait face à des réactions tantôt bienveillantes, tantôt hostiles de la part des collègues ou supérieurs. Elles ont ensuite choisi les stages en fonction de leur bébé plutôt que de la qualité de la formation. Elles proposent de faciliter l'accès aux informations, favoriser les aménagements en stage, déculpabiliser l'Interne, et suggèrent une reprise du travail à mi-temps.

Conclusion :

Cette expérience est décrite comme très positive malgré des difficultés patientes. Il apparaît nécessaire de mieux former et informer sur la grossesse et maternité pendant l'Internat, respecter la loi et déculpabiliser l'Interne.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Médecine Générale, Internat, Troisième Cycle, grossesse, maternité

Président : Professeur DERUELLE Philippe

Assesseurs : Professeur JEANDIDIER Nathalie

Professeur ROSSIGNOL Sylvie

Docteur TALON Isabelle

Professeur GRIES Jean-Luc (directeur)

Auteur : CAUQUIL Elodie