



HAL
open science

Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine ? Étude qualitative en France

A. Ménage, L. Pougnet, J.-D. Dewitte, B. Loddé, R. Pougnet

► To cite this version:

A. Ménage, L. Pougnet, J.-D. Dewitte, B. Loddé, R. Pougnet. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine ? Étude qualitative en France. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2019, 47, pp.846 - 853. 10.1016/j.gofs.2019.10.009 . hal-03489303

HAL Id: hal-03489303

<https://hal.science/hal-03489303>

Submitted on 21 Jul 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine ? Etude qualitative en France.

How junior doctors live their work during pregnancy? A qualitative study in France

Ménage Alexandra¹, Pougnet Laurence², Dewitte Jean-Dominique^{3,4}, Loddé Brice³, Pougnet Richard^{3,4,5}.

1 : Faculté de Médecine de Brest, Université de Bretagne Occidentale, Brest

2 : Hôpital d'Instruction des Armées, Clermont-Tonnerre, Brest

3 : Centre de Pathologies Professionnelles et Environnementales, CHRU Morvan, Brest

4 : Laboratoire d'Etudes et de Recherche en Sociologie (LABERS), EA 3149, Université de Bretagne Occidentale, Brest

5 : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé, Université de Bretagne Occidentale, Brest

Ménage Alexandra : M.D

Loddé Brice : Maître de conférences, MCU-PH

Dewitte Jean-Dominique : PU-PH

Pougnet Laurence : M.D ; M.Sc

Pougnet Richard : M.D ; Ph.D

Auteur correspondant: Dr Pougnet Richard

117 bis, rue Jules Lesven

Courriel : richard.pougnet@live.fr

06/01/96/49/28

Conflit d'intérêt : aucun

Titre court : grossesse et internat

RESUME :

Introduction : Au cours du troisième cycle de leurs études médicales, les internes sont soumis à un stress et une charge de travail tels que le syndrome d'épuisement professionnel était estimé à 33,2% selon une revue de littérature de 2004 à 2014. L'état de grossesse et la maternité qui en découle impliquent des changements physiques et psychologiques chez la femme. L'objectif de cette étude était de mettre en évidence le ressenti des internes concernant les conséquences de leur grossesse et maternité pendant l'internat.

Méthodes: Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés. L'analyse a été menée selon le modèle de la théorie ancrée par une thématization continue.

Résultats : 10 entretiens ont été réalisés, la saturation des données a été obtenue à partir du 8^{ème} entretien, tout en obtenant la plus grande diversité possible de spécialités au sein de l'échantillon. Les internes ont exprimé les implications de la grossesse pendant l'internat.

L'analyse des données a mis en évidence deux grands thèmes liés soit au travail (la formation, les relations professionnelles et l'adaptation du poste), soit à la grossesse et à la maternité.

Conclusion : Devenir mère pendant l'internat représente une difficulté supplémentaire pour les internes. Elle nécessite une capacité d'adaptation de leur part et de celles des équipes pour limiter les conséquences négatives tant sur le plan professionnel que personnel.

Mots clés: Grossesse; Hôpital Universitaire; Interne en médecine; Etude qualitative

ABSTRACT

Introduction: During the final part of their medical studies, residents are under a large amount of stress and work overload as reported by a literature review between 2004 and 2014 assessing 33.2% of burn out among them. Pregnancy and motherhood lead to major physical and psychological changes. The purpose of this study was to point out the female residents feeling about the consequences of motherhood and pregnancy during residency.

Methods: Semi-structured interviews were conducted for this qualitative study. It was based on the Grounded theory and analyzed by a continuous thematization.

Results: 10 interviews were conducted. Data saturation was obtained by the 8th interview.

Diversity of medical specialty was sought. Residents expressed their feeling towards the consequences of pregnancy and motherhood during residency. The data analysis highlighted two major themes related to either work (training, industrial relations and job adaptation), or pregnancy and maternity.

Conclusion: Becoming a mother during residency represents an additional challenge for residents. It implies adjustment from them and their work teams in order to reduce the negative effect on a professional and personal level.

Keywords: "Pregnancy"[Mesh]; "Hospitals, University"[Mesh] ; "Internship and Residency"[Mesh]; "Qualitative Research"[Mesh]

INTRODUCTION

Les conditions d'exercice des internes en médecine et en chirurgie sont exigeantes, tant sur le plan psychologique que sur le plan physique. Les internes subissent des pressions importantes responsables de stress, fatigue, troubles de l'humeur voire de syndrome d'épuisement professionnel (SeDP). Selon une revue de littérature, la prévalence des troubles de l'humeur était estimée à 33,2%. (1)

La profession s'est largement féminisée pour atteindre 58,6 % de femmes à l'issue de l'Examen Classant National (ECN) 2015. Or les études sont longues et l'âge moyen des femmes à la naissance de leur premier enfant est de 28 ans (2). Il y aura donc des internes enceintes.

La grossesse implique des modifications physiologique (3): les troubles du sommeil (66 à 94 % des femmes enceintes concernées selon les études (4)), troubles gastro-intestinaux (45 à 89%), douleurs lombo-pelviennes (75%) (5), asthénie, ne rentrent pas dans le cadre de la pathologie mais ont des conséquences sociales et professionnelles certaines. La grossesse entraîne également une fragilité psychologique avec notamment des troubles du caractère, une labilité émotionnelle, une anxiété voire des syndromes dépressifs(6).

La maternité pose d'autres problèmes: difficultés organisationnelles vis-à-vis des modes de garde, temps nécessaire à l'allaitement (7), développement d'une relation de qualité avec son enfant (8). Or les internes doivent faire face à la charge de travail et à l'amplitude horaire demandée au cours de l'internat.

Des études ont mis en évidence les difficultés des internes lors de leurs grossesses. L'une d'elle comparait les grossesses des internes à celles des épouses des internes masculins. La fréquence des menaces d'accouchement prématuré (MAP), pré-éclampsie et retard de croissance intra-utérin (RCIU) était significativement plus importante chez les internes (9). D'autres études confirmaient ces données (10). Certaines conditions de travail (astreintes, volume horaire etc.) étaient des facteurs de risques. D'autres études ont rapporté les difficultés de la maternité chez les internes ; c'était notamment le cas pour l'allaitement (contraintes organisationnelles, manque de soutien des pairs) (7). La littérature sur le sujet était majoritairement américaine (7) (9) (10), or la protection sociale des internes est différente en France. En effet, même si le congé maternité est proposé par certaines écoles de médecine aux états unis (9), celui-ci est compris entre 4 et 8 semaines de congé payé. En France on rappellera qu'il est de 16 semaines pour un premier enfant, les internes ayant théoriquement les mêmes droits que la population générale. Par ailleurs, les études retrouvées étaient très majoritairement des études descriptives quantitatives réalisées à partir de questionnaires. Or la grossesse et la maternité sont des

expériences très subjectives que des questionnaires standardisés peuvent difficilement retranscrire.

L'objectif de cette étude était donc d'analyser de manière qualitative le ressenti des internes de médecine et de spécialité ayant vécu une ou plusieurs grossesses au cours de leur internat.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Elle a concerné des femmes, internes au moment du recrutement **entre mars et décembre 2016**. Le recrutement a été effectué par courriel envoyé par le biais de la scolarité **de la faculté de médecine de Brest**, puis de proche en proche. **Nous avons cherché à obtenir une diversité de situations sociales et de spécialités d'internat. Plusieurs critères ont été retenus : spécialité (médicale, chirurgicale, médecine du travail, médecine générale civile et militaire), nombre d'enfant (un ou grossesse en cours, deux ou plus), grossesse physiologique ou pathologique, allaitement.** La grossesse était définie comme pathologique si elle avait occasionné un arrêt de travail.

Les internes étaient interrogées après leur grossesse, ce qui permettait d'avoir des entretiens portant sur la grossesse et le début de la maternité. C'est pourquoi il a été possible d'avoir des informations sur le déroulement de l'allaitement et, le cas échéant, le retour à l'emploi. Les entretiens étaient semi-directifs, à partir d'une question modale, et selon un guide d'entretien à enrichissement progressif [11]. Le consentement a été obtenu pour tous les participants après information globale sur l'étude. Pour l'anonymat, les noms des candidats ont été remplacés par des lettres (de A à I).

Les entretiens ont été effectués à leur domicile ou sur leur lieu de travail, en face à face. **Ils étaient enregistrés sur un dictaphone Olympus® puis retranscrits intégralement avec un logiciel de traitement de texte Word®.**

L'analyse des données a été effectuée **de manière thématique** selon la *Grounded Theory* ou théorisation ancrée, telle que décrite par Glaser et Strauss [11,12]. **L'arbre thématique a été effectué manuellement sous forme de tableau Excel®.** Elle a été effectuée selon une thématisation continue par les deux enquêteurs. **Le premier enquêteur, qui faisait les entretiens, était interne en médecine générale et réalisait ce travail dans le cadre de sa thèse de médecine,**

au sein du département universitaire de médecine générale de Brest ; le second enquêteur, son co-directeur de thèse, était praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Brest, chercheur associé au laboratoire de sociologie de la faculté des lettres et des sciences humaines de Brest. Le codage en parallèle par 2 enquêteurs permettait de prendre du recul sur le verbatim.

La première phase consistait en un codage ouvert, où à chaque phrase ou groupe de mot était attribué un code résumant l'essentiel du propos. La deuxième phase (codage axial) a permis de regrouper ces premiers codes en catégories au fur et à mesure de la lecture des entretiens. Simultanément un arbre thématique a été réalisé permettant une synthèse et le regroupement des codes sous forme de thèmes centraux (codage sélectif). Les codages ouverts et axiaux ont été effectués en double lecture avec un second enquêteur.

L'étude était menée conjointement par le département universitaire de médecine générale de la faculté de médecine et le Laboratoire d'études et de recherche en sociologie de l'Université de Bretagne Occidentale (UBO). Compte tenu de sa dimension de sciences humaines, la direction de la recherche du CHRU de Brest n'a pas jugé opportun de demander un avis du comité d'éthique.

RESULTATS

Dix internes ont participé à l'étude, toutes en couple. La saturation des données a été obtenue à partir du 8^{ème} entretien. Pour assurer une plus grande diversité de spécialité, deux entretiens supplémentaires ont été menés (tableau 1). Les entretiens ont duré entre 31 minutes et 53 minutes. Ils ont été menés à partir d'un guide d'entretien à enrichissement progressif. A partir du codage, il était possible de distinguer deux grands thèmes principaux : le travail et la parentalité. Pour le travail, les internes exprimaient des thèmes en lien avec le travail en lui-même, les relations interpersonnelles et l'adaptation du travail en cours de grossesse et au retour en poste.

1. Le travail

La grossesse et la maternité influencent la formation et le travail effectué en stage (tableau 2).

a) La formation

Des aspects positifs et négatifs ont été retrouvés. Le principal aspect positif mis en avant par les internes est le complément de « formation pratique » qu'offre la maternité. Les internes se sentaient en effet plus aptes à la prise en charge des enfants et des parents. L'autre aspect apprécié est le stage en surnombre non validant¹. Ce stage supplémentaire permet de choisir des terrains plus variés [13].

Il y avait aussi des conséquences négatives sur la formation, notamment en raison des modifications des maquettes de stage. En effet les internes devaient privilégier un choix géographique du terrain de stage, au dépend parfois du contenu de la formation. L'une avait dû renoncer à une sur-spécialisation en raison de la mobilité géographique que cela aurait imposée. La qualité de la formation théorique était parfois réduite. En effet, la suspension des gardes demandée par les internes ou l'adaptation des conditions de travail (pas de formation au bloc opératoire par exemple) pouvait entraîner des disparités de formation par rapport aux internes sans enfant. La maternité pouvait également être responsable d'un manque de formation théorique en raison d'un défaut de disponibilité des mères pour le travail personnel.

b) Le travail effectué en stage

Les difficultés rencontrées par les internes concernaient principalement les conditions de travail et la capacité de travail pendant la grossesse.

La plupart d'entre elles ont été confrontées à des expositions à risque au cours de leur grossesse : risques infectieux, chimique, liés aux rayonnements, produits tératogènes...La gestion des risques dépendait principalement de l'attitude de leurs seniors vis à vis de ces risques. La plupart ressentait une volonté de protection mais certaines ont rapporté des mises en danger (tableau 2 et 3). Pour beaucoup ces expositions étaient à l'origine d'un stress important au quotidien. A l'inverse on observait chez d'autres une certaine minimisation du risque, voire une forme de fatalité.

Les conditions de travail propres à chaque stage étaient également source d'une pénibilité du travail: port de charges lourdes, station debout prolongée, amplitudes horaires, travail de nuit... Les temps de trajet quotidiens rapportés étaient compris entre 50 minutes à 2 heures par jour et étaient souvent responsables du départ prématuré en congé maternité. Le travail de nuit que sont les gardes posait d'ailleurs un réel problème, puisque pour les internes, le premier trimestre

¹ Le stage en surnombre est une procédure de stage pour certaines situations particulière, telles que la grossesse, le handicap etc. Les internes peuvent alors demander à en bénéficier. Dans le cas du surnombre non validant, un poste supplémentaire peut être ouvert sur un terrain de stage pour un interne qui prévoit de ne pas pouvoir effectuer les 4 mois de stage nécessaires à la validation.

était vécu comme le moment le plus fatigant de la grossesse. Or ce trimestre était également synonyme de condensation des gardes en prévision de l'absentéisme du pool de garde à partir du quatrième mois. De manière générale, les internes effectuaient normalement une douzaine de garde par semestre, mais ce nombre pouvait augmenter s'il n'y avait pas suffisamment d'interne. Certaines internes qui prévoyaient une grossesse au cours du semestre, préféraient prendre leur « *quota* » de garde en début de semestre. Une interne de médecine générale rapportait en effet avoir effectué dix-sept gardes lors de ses trois premiers mois de grossesse. Cette accumulation de gardes ajoutée au temps de trajet avait été responsable d'un accident de voiture grave au retour d'une garde pour l'une des internes (tableau 2). Cet accident n'avait pas entraîné d'adaptation des conditions de travail puisque cette interne avait repris les gardes à l'issue de son arrêt face à la pression exercée par les chefs et co-internes.

Cela soulève la question de la capacité de travail pendant la grossesse. En ce qui concerne la capacité physique, les internes interrogées ont toutes rapporté une grande fatigabilité, voire un véritable épuisement principalement au cours de leur premier trimestre de grossesse.

Cet état de fatigue était également un facteur limitant à leur capacité de travail physique et intellectuelle au retour du congé maternité.

Malgré ces difficultés, les internes avaient fait preuve de conscience professionnelle. Elles avaient toutes à cœur d'impacter le moins possible le fonctionnement du service, de ne pas surcharger leurs collègues de travail et d'être traitées le plus équitablement possible par rapport aux autres. Cette conscience professionnelle demandait de leur part une certaine combativité (entretien J, interne de gynécologie-obstétrique) : « *j'étais pas là à me plaindre, à me dire que j'étais fatiguée... enfin voilà, je me suis battue !* ». Elles ressentaient pour la plupart de la culpabilité à l'égard de leurs co-internes. Certaines avaient tenté de poursuivre leur activité en dépit des contre-indications médicales.

Au sujet de la capacité de travail pendant la grossesse, une interne résumait (entretien avec le sujet I, interne en médecine générale) « *J'en ai trop fait (...) comme on dit "la grossesse n'est pas une maladie" mais c'est quand même un état de fragilité et maintenant c'est ce que je dis à mes patientes quand je les vois et (qu')elles disent "c'est pas une maladie c'est ce qu'on nous dit, on peut bosser normalement" je dis "oui mais non quand même, on n'est plus tout seul !"* ».

c) Les relations professionnelles

Grossesse et internat

La grossesse et la maternité ont eu des conséquences à la fois positives et négatives sur ces relations avec les patients et les collègues. Ces relations étaient personnes-dépendantes : « *ça dépendait des gens, t'en as qui sont un peu trop protecteurs et d'autres qui sont effectivement un peu cons.* » (entretien B, interne en médecine générale militaire) . Ces facteurs positifs et négatifs ont été synthétisés dans le tableau 3.

d) L'adaptation

L'adaptation intervenait à plusieurs niveaux. L'adaptabilité des équipes était un facteur protecteur de souffrance au travail. Pour les internes, il s'agissait d'adapter la maternité au travail et inversement ce qui entraînait un fort sentiment de frustration :

« En fait y'a des moments où on a l'impression qu'on fait rien de bien, rien complètement (...) soit on décide que professionnellement il faut qu'on soit irréprochable, à fond et dans ce cas-là on fait des journées qui terminent à 20h et on voit jamais nos enfants (...) et en même temps si on veut voir nos enfants y'a un moment où on dit stop et forcément on accepte qu'il y ait des choses qui soient faites un peu moins en profondeur (...). Donc on sacrifie de temps en temps nos enfants, de temps en temps le travail, donc on a l'impression qu'on fait jamais quelque chose bien à fond » (entretien E, interne en pédiatrie).

2. La grossesse et la parentalité

De nombreux aspects de la parentalité étaient influencés par le travail : la grossesse, le congé maternité, l'allaitement, le mode de garde et la vie de famille.

a) La grossesse

Seules 2 internes ont vécu une grossesse physiologique. Les complications les plus rapportées étaient les contractions utérines souvent mises en lien avec les conditions de travail ou avec les conditions de trajet : « *c'était la route qui me réussissait pas du tout, je tolérais pas du tout bien les trajets en fait et j'avais vu ma gynéco qui m'avait dit que non, ce n'était pas possible de continuer* » (entretien I, interne en médecine générale).

b) Le congé maternité

La durée du congé maternité était présentée comme une difficulté par toutes les internes en raison des critères de validation de stage (dont un critère de durée fixé à 4 mois minimum [14]).

Ce critère restait soumis à interprétation et était appliqué différemment selon les spécialités. Or cette validation de stage représentait un enjeu majeur pour les internes: « *Mais là je voulais vraiment aller jusqu'au bout, je ne voulais pas refaire 6 mois de stage, je voulais vraiment avoir fini...* » (entretien G, interne en médecine générale). La majorité des internes avaient essayé de réduire la durée de leur congé maternité, entraînant une prise de risque pour la grossesse: « *Donc j'ai eu des contractions... déjà depuis un moment et puis bon, un soir quand même je me suis dit allez, je vais faire une petite écho de col (...) moi une patiente comme ça je l'aurais déjà arrêtée depuis un moment !* » (entretien J, interne de gynécologie obstétrique). Cela pouvait également entraîner une souffrance physique : « *j'étais suivie par une sage femme qui faisait que de me dire : "mais là vous n'avez pas envie d'être arrêtée parce que là vous êtes crevée là ? Et puis là vous avez des douleurs de partout "* ». Pour d'autres, la reprise précoce du travail s'accompagnait d'une certaine souffrance psychologique : « *c'était un peu difficile enfin tout est compliqué quand on raccourcit le congé mat'(...) Et puis finalement on est quand même, l'air de rien on est quand même fatiguée.* » (entretien D, interne en médecine générale).

c) L'allaitement

La poursuite de l'allaitement à la reprise du travail paraissait parfois impossible : « *moi je me sentais pas du tout de tirer mon lait ... Donc pour moi ce n'était pas gérable (...) Et c'est vrai que pour les derniers c'était un peu frustrant quoi. Je passe toujours par une petite période... une petite séparation avec le bébé (...)* » (entretien D, interne en médecine générale). Les internes ayant choisi de poursuivre l'allaitement maternel ont été confrontées à des contraintes physiques, dont la fatigue et la perte de poids que rapportent deux internes : « *travailler et tirer son lait, euh... c'est vraiment pas simple : en à peine un mois j'ai perdu 4 kilos, j'étais épuisée, c'était vraiment... très compliqué !* » (entretien G, interne en médecine générale). Elles ont également rencontré des contraintes pratiques comme celles de trouver du temps pour allaiter ou tirer leur lait : « *faut trouver du temps, faut trouver l'endroit, ce n'est quand même pas des plus pratique* ». L'arrêt de la lactation était précoce: « *en octobre j'ai repris les gardes, 24h sans allaiter ça tient pas une semaine...* » (entretien C, interne en médecine générale).

d) Le mode de garde

Toutes exprimaient les conséquences des conditions de travail sur le mode de garde de leurs enfants, notamment la difficulté de trouver une assistante maternelle : « *les assistantes maternelles, j'en ai appelé cinquante ! (...)* Je sais que la demande de l'amplitude horaire de garde c'est très compliqué » (entretien J, interne en gynécologie-obstétrique). Cette demande

était à l'origine d'un sentiment de culpabilité : « *et en plus du coup, ça te fait culpabiliser parce que tu te dis que en fait voilà, ton gosse, tu le fais ; mais tu ne vas pas le voir après (...) C'est assez horrible !* » (entretien J, interne en gynécologie-obstétrique). L'imprévisibilité des horaires impliquait également une multiplicité des modes de garde, avec une importance du réseau familial et social.

e) La vie de famille

Le travail avait pour ces internes une influence négative sur leur vie de famille. Le manque de temps passé auprès de leur famille était dû notamment à l'éloignement géographique qui était favorisé par la perte du rang de classement après un stage non validant ou une disponibilité, les stages à proximité de Brest étant choisis en premier. Le manque de temps consacré à leur famille résultait également des amplitudes horaires de travail et entraînait de la culpabilité : « *mine de rien on se dit : ils sont de 8h30 à 18h30, enfin c'est la nounou qui élève mes enfants quand même faut pas se leurrer !(...) C'est pas parce que cinq semaines par an je suis auprès d'elle que c'est moi qui l'élève quoi* » (entretien E, interne en pédiatrie).

Le travail personnel (travail de thèse, de Diplôme d'Université, Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) avait également une influence sur la vie de famille. La loi prévoit un temps de formation hors stage, à raison de 2 demi-journées par semaine consacrées à la formation [15]. Or en pratique ces journées ne sont que très peu accordées: « *c'est pas facile quoi parce que le weekend on est forcément beaucoup moins disponibles que quand on n'a pas d'enfant. Et ça pour le coup, je me sens quand même un peu décalée avec les internes qui n'ont pas d'enfant enfin on a vraiment vraiment pas le même rythme de vie !* » (entretien D, interne en médecine générale). Pour faire face à ce manque de disponibilité, beaucoup avaient effectué leur travail de thèse au cours de leur congé maternité. Ce manque de temps accordé à leur(s) enfant(s) était responsable d'un fort sentiment de frustration, voire d'une certaine tristesse : « *je n'ai pas vu mon fils de l'hiver et en plus j'étais enceinte enfin j'ai très mal vécu ce semestre.* » (entretien B, interne en médecine générale). Cela avait également des conséquences sur le bien-être des enfants et du conjoint : « *je pense que pour elle [sa fille] ça a été pénible un bon mois et pour mon conjoint ça a été pénible pendant trois mois je pense.* » (entretien G, interne en médecine générale).

L'ensemble des 2 thèmes principaux et de leur sous-thèmes peut être schématisé en fonction de l'impact perçu comme positif ou négatif (figure n°1).

DISCUSSION

Cette étude a permis d'analyser le ressenti des internes face à leur grossesse et maternité. Elles ont exprimé les conséquences sur leur travail, formation et parentalité ainsi que les stratégies d'adaptation mises en place pour optimiser leur vie personnelle et professionnelle. La grossesse et la maternité représentaient pour toutes les internes interrogées une difficulté supplémentaire dans le déroulement de leur internat et inversement.

Nous avons interrogé plus d'internes de médecine générale. Il est possible que cela fût imputable à la proposition de cette spécialité, mais aussi au fait que l'interviewer était elle-même interne en médecine générale. Cette posture soumet au risque de cloisonner l'interprétation dans le préconçu [16]. L'interprétation par deux lecteurs aux postures différentes (une interne femme, ayant des enfants, un médecin sénior, homme, d'une autre spécialité) permettait de mieux mettre en *perspective* le codage pour limiter ce biais. De même, le fait que l'interviewer était une interne ayant vécu la grossesse, semblait faciliter le dialogue et permettait de mieux comprendre les données empiriques autour du verbatim [17]

Très peu d'études qualitatives ont été publiées sur la grossesse pendant l'internat. Ceci soulève 3 types de questions : la compatibilité de la grossesse avec l'internat ; l'impact de l'internat sur la parentalité et l'impact de la parentalité sur la formation.

Les internes de notre étude exprimaient des difficultés pour prendre leurs congés maternité. Certaines avaient prolongé leur activité afin de valider leur stage alors que leurs gynécologues leur recommandaient de s'arrêter. Pour une partie, ces décisions reposaient sur un manque d'information sur leurs droits. Si peu de données sont disponibles en France, cela rejoignait une étude américaine. *Bye et al* montrait que près de 10% des médecins étaient pourtant déjà parents au moment de l'obtention de leur diplôme de fin d'étude [18]. *Bye et al* ont recueilli les opinions de 184 internes en médecine ayant au moins un enfant. Leur étude montrait que 85% des sujets auraient souhaité voir se mettre en place des politiques institutionnelles dans leur université pour faciliter les démarches administratives et leur accès aux congés maternité. En France, il est possible depuis 2010 de valider un stage lorsque quatre mois sont effectués, incluant des congés annuels. Cependant les internes manquaient d'information sur leurs droits [14]. Notre étude montrait que l'application de ces droits n'était pas uniforme entre les services. Ce manque de clarté soumettait les internes à un stress supplémentaire et incitait certaines à reculer au maximum leur départ en congé maternité en dépit des risques que cela pouvait représenter.

D'un point de vue législatif, il existe donc des moyens, en France comme dans d'autres pays, pour faciliter l'accès aux soins des internes enceintes, et leur permettre de conjuguer arrêts et études.

Mais le statut d'interne avait bien entendu aussi un impact sur leur vécu en tant que mères. Certaines ont exprimé leur difficultés et leur culpabilité de laisser un jeune nourrisson aussi longtemps chez les assistantes maternelles. Ces résultats concordaient avec ceux de Bye *et al* pour qui plus de 50% des internes auraient souhaité prolonger leurs congés mais ne l'ont pas fait par crainte d'un retard de validation du diplôme [18]. Plusieurs améliorations sont envisageables ; l'information sur les droits et les devoirs de chacun constitueraient une première étape. Il n'y a pas de données françaises sur ce sujet. Dans une étude auprès des directeurs de départements universitaires de chirurgie aux Etats-Unis, 67% des répondants déclaraient qu'il existait une politique de congés maternité (et 48%, une politique de congés paternité) [19,20]. Le collège américain des enseignants de pédiatrie a établi un programme d'aide aux congés parentaux pendant l'internat [21]. Cette démarche pourrait également se voir en France : les différentes sections du CNU ou les collèges d'enseignants pourraient aider les facultés à travailler sur ce thème.

Enfin, le fait d'être mère avait, pour nos internes, des conséquences pour leur formation. Certaines ont exprimés leur crainte de ne pas valider, de ne pas réussir à suivre les enseignements. Dans d'autres études, de nombreux internes ont exprimé ces craintes. Bye *et al* montraient que 85% des sujets se plaignaient de l'impact de leurs congés maternité sur l'obtention de leur diplôme dans les temps. Pour Sandler *et al*, plus de 61% des sujets répondaient, aux Etats-Unis, que la maternité avait un impact négatif sur la formation [20]. A l'inverse, les internes de notre étude ont aussi exprimé l'apport « de formation pratique » et leur meilleure compréhension des problèmes de leurs patients grâce à leur expérience de femme ayant vécu la grossesse et ayant à élever un ou plusieurs enfants.

A partir de notre étude, différentes perspectives d'amélioration peuvent être suggérées comme de faciliter l'arrêt des gardes à partir de trois mois ou de privilégier certains terrains de stage moins physiques pour les internes enceintes. En France, les études ont montré que les femmes ayant un haut niveau d'études avaient plus de chance de prendre un congé maternité tardif, au-delà de 37 semaines d'aménorrhée, particulièrement si elles avaient des postes à responsabilité ou de direction [22]. Inversement, les femmes ayant des emplois précaires avaient plus de chance de partir précocement en congés maternité [23]. Les internes en médecine semblaient ici constituer une population soumises à la fois à une certaine forme de précarité, dans la mesure où elles craignaient de ne pas valider leur stage, tout en exerçant une profession à haute responsabilité et niveau d'étude. Compte tenu des besoins de formation mais aussi de soins pendant la grossesse, il pourrait être opportun de mieux informer les internes sur leurs droits, ainsi que d'instaurer un système de remplacement lors d'arrêt maladie ou congé maternité pour éviter la surcharge de travail sur les co-internes. Notre étude ouvrait sur d'autres pistes de réflexions : favoriser l'information des internes et de leur encadrement par la faculté, uniformiser cette notion des quatre mois, définir au préalable une date à partir de laquelle le stage pourrait être validé. L'enjeu de ces réflexions serait multiple : promouvoir la santé reproductive des internes en médecins, mais aussi, selon certains auteurs, aider au choix des spécialités, ou encore aider à mieux former les internes [24].

Mais un autre enjeu éthique se dégage de cette étude. Toutes les internes avaient été confrontées au travail à des situations à risque pour leur grossesse; ce qui corroborait les données de la littérature qui ont montré une augmentation des risques d'issues défavorables [25]. Klebanoff *et al* trouvait particulièrement que les prévalences de MAP et de la pré-éclampsie étaient plus importantes chez les internes que dans un groupe de femmes témoins : 11% vs 6% ; $p < 0,001$; et 8,8% vs 3,5%, $p < 0,001$ [8]. Dans notre étude, les mesures de protections dépendaient des internes et de leur hiérarchie. En effet, alors que pour certaines, les mesures étaient collectives et imposées par la hiérarchie (interdiction de bloc opératoire, de garde après trois mois), pour d'autres il s'agissait de mesures individuelles reposant sur la compréhension des seniors et des co-internes. Elles étaient donc aléatoires. Une politique de prévention des issues défavorables de grossesse chez les internes pourraient être mise en place. Les internes devraient prendre contact avec le service de médecine du travail pour avoir des informations et de l'aide à l'adaptation du poste. Ceci est d'autant plus important que certains risques pour la santé étaient mal connus des internes, tels que les effets des rayonnements ionisants, du travail physique ou des horaires atypiques [26-28].

Cette étude réalisée sur le thème large de la grossesse et de la maternité pendant l'internat a amené des problématiques variées. Il serait intéressant d'effectuer des études complémentaires sur des populations particulières comme les internes de chirurgie ou les situations de monoparentalité. En effet, il existe encore un déséquilibre, plus ou moins important selon les spécialités, du ratio homme/femme en chirurgie ; la grossesse est souvent perçue comme difficile pendant l'internat de chirurgie ; certains auteurs ont supposé que cela constituerait un obstacle au choix des spécialités chirurgicales [7, 29-32]. Par ailleurs, aucune interne interrogée ne se trouvait en situation de monoparentalité. Il est probable que le ressenti soit différent dans cette situation notamment dans la période du post-partum avec les difficultés organisationnelles autour de la garde d'enfants et d'équilibre vie privée-vie professionnelle. Quant à l'autre versant de la problématique, à savoir la paternité, cette étude n'avait pas pour objectif d'évaluer le vécu des internes pères ; d'autres études pourraient se focaliser sur ces sujets [33].

CONCLUSION

Cette étude a permis d'analyser le ressenti des internes ayant vécu une grossesse. Les conséquences étaient multiples sur la parentalité, le travail et les relations professionnelles. Une adaptation était nécessaire à plusieurs niveaux pour limiter les conséquences négatives tant sur le plan professionnel que personnel. Le soutien des pairs et de la hiérarchie apparaissait comme un facteur protecteur de souffrance au travail et permettait dans la plupart des cas de réduire la pénibilité du travail et les expositions à risque, prolongeant ainsi le maintien en poste. A l'inverse, le manque de soutien des équipes et le manque d'information étaient source de stress et responsable de souffrance psychique et physique. De nombreux progrès ont été faits concernant la protection de l'interne enceinte. Pourtant, plusieurs facteurs de souffrance au travail pourraient encore être évités. Cette étude offre des axes de réflexion concernant de nouvelles mesures préventives, telles que d'informer des internes et de leur encadrement des droits ; ou d'uniformiser la notion des quatre mois pour valider un stage et de définir au préalable une date à partir de laquelle le stage pourrait être validé ; ou bien, de prévoir l'arrêt des gardes ; ou encore, de planifier un système de remplacements des internes en congés parentaux.

Conflit d'intérêt : aucun

Grossesse et internat

Financement : aucun

Bibliographie :

- [1] Pougnet R, Pougnet L. Troubles anxieux, troubles de l'humeur et syndrome d'épuisement des internes en médecine: revue de la littérature 2004-2014. *Journal Med Liban* 2017 ;65(1) :35-43.
- [2] Un premier enfant à 28 ans | Insee [Internet]. [cited 2017 Mar 22]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281068>
- [3] Thoulon J-M. Petits maux de la grossesse. *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Obstétrique*, 5-012-A-20. Paris; Elsevier-Masson:2018.
- [4] Reichner CA. Insomnia and sleep deficiency in pregnancy. *Obstet Med* 2015;8(4):168–71.
- [5] Hall H, Cramer H, Sundberg T, Ward L, Adams J, Moore C, et al. The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain. *Medicine (Baltimore)* 2016;95(38)
- [6] Dayan J, Gerardin P, Rosenblum O. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Obstétrique*, 52504. Paris; Elsevier-Masson:2018
- [7] Merchant SJ, Hameed SM, Melck AL. Pregnancy among residents enrolled in general surgery: a nationwide survey of attitudes and experiences. *Am J Surg* 2013;206(4):605–10.
- [8] Klebanoff MA, Shiono PH, Rhoads GG. Outcomes of pregnancy in a national sample of resident physicians. *N Engl J Med* 1990;323(15):1040–5.
- [9] Gabbe SG, Morgan MA, Power ML, Schulkin J, Williams SB. Duty hours and pregnancy outcome among residents in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 2003;102(5 Pt 1):948–51.
- [10] Behbehani S, Tulandi T. Obstetrical complications in pregnant medical and surgical residents. *J Obstet Gynaecol Can* 2015;37(1):25–31
- [11] Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin; 2007.
- [12] Paillé Pierre, Alex Mucchielli. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin;2005.
- [13] Code de l'éducation - Article R632-19. Code de l'éducation.
- [14] Code de la santé publique - Article R6153-20. Code de la santé publique
- [15] Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 février, 2015
- [16] Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory pour innover ? *Recherches Qualitatives* 2006 ;26(1) :32-50

[17] Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, IL : Aldine

[18] Bye EM, Brisk BW, Reuter SD, Hansen KA, Nettleman MD. Pregnancy and Parenthood During Medical School. *S D Med* 2017;70(12):551-555

[19] Humphries LS, Lyon S, Garza R, Butz DR, Lemelman B, Park JE. Parental leave policies in graduate medical education: A systematic review. *Am J Surg* 2017;214(4):634-639

[20] Sandler BJ, Tackett JJ, Longo WE, Yoo PS. Pregnancy and Parenthood among Surgery Residents: Results of the First Nationwide Survey of General Surgery Residency Program Directors. *J Am Coll Surg* 2016;222(6):1090-6

[21] Section on Medical Students, Residents, and Fellowship Trainees; Committee on Early Childhood. Parental leave for residents and pediatric training programs. *Pediatrics* 2013;131(2):387-90

[22] Vigoureux, S., Blondel, B., Ringa, V. & Saurel-Cubizolles, M.-J. Who are the Women Who Work in Their Last Month of Pregnancy? Social and Occupational Characteristics and Birth Outcomes of Women Working Until the Last Month of Pregnancy in France. *Matern Child Health J* 20, 1774–1779 (2016).

[23] Vigoureux, S., Blondel, B., Ringa, V. & Saurel-Cubizolles, M.-J. Occupational, social and medical characteristics of early prenatal leave in France. *Eur J Public Health* 26, 1022–1027 (2016).

[24] Weiss J, Teuscher D. What Provisions Do Orthopaedic Programs Make for Maternity, Paternity, and Adoption Leave? *Clin Orthop Relat Res* 2016;474(9):1945-9

[25] Finch SJ. Pregnancy during residency: a literature review. *Acad Med* 2003;78(4):418-28

[26] Marx MV. Baby on Board: Managing Occupational Radiation Exposure During Pregnancy. *Tech Vasc Interv Radiol* 2018;21(1):32-36

[27] Guendelman S, Gemmill A, Hosang N, MacDonald LA. Physical and Organizational Job Stressors in Pregnancy and Associations With Primary Cesarean Deliveries. *J Occup Environ Med* 2017;59(6):571-577

[28] Hammer P, Flachs E, Specht I, Pinborg A, Petersen S, Larsen A, Hougaard K, Hansen J, Hansen Å, Kolstad H, Garde A, Bonde JP. Night work and hypertensive disorders of pregnancy: a national register-based cohort study. *Scand J Work Environ Health* 2018;44(4):403-413

[29] Amoli MA, Flynn JM, Edmonds EW, Glotzbecker MP, Kelly DM, Sawyer JR. Gender Differences in Pediatric Orthopaedics: What Are the Implications for the Future Workforce? *Clin Orthop Relat Res* 2016;474(9):1973-8

[30] Cannada LK. Women in Orthopaedic Fellowships: What Is Their Match Rate, and What Specialties. Do They Choose? *Clin Orthop Relat Res* 2016;474(9):1957-61

[31] Rohde RS, Wolf JM, Adams JE. Where Are the Women in Orthopaedic Surgery? *Clin Orthop Relat Res* 2016;474(9):1950-6

[32] Merchant S, Hameed M, Melck A. Pregnancy among residents enrolled in general surgery (PREGS): a survey of residents in a single Canadian training program. *Can J Surg* 2011;54(6):375-80

[33] Derhammer NE. Paternity leave in medical residency. *AMA J Ethics* 2015;17(2):116-9

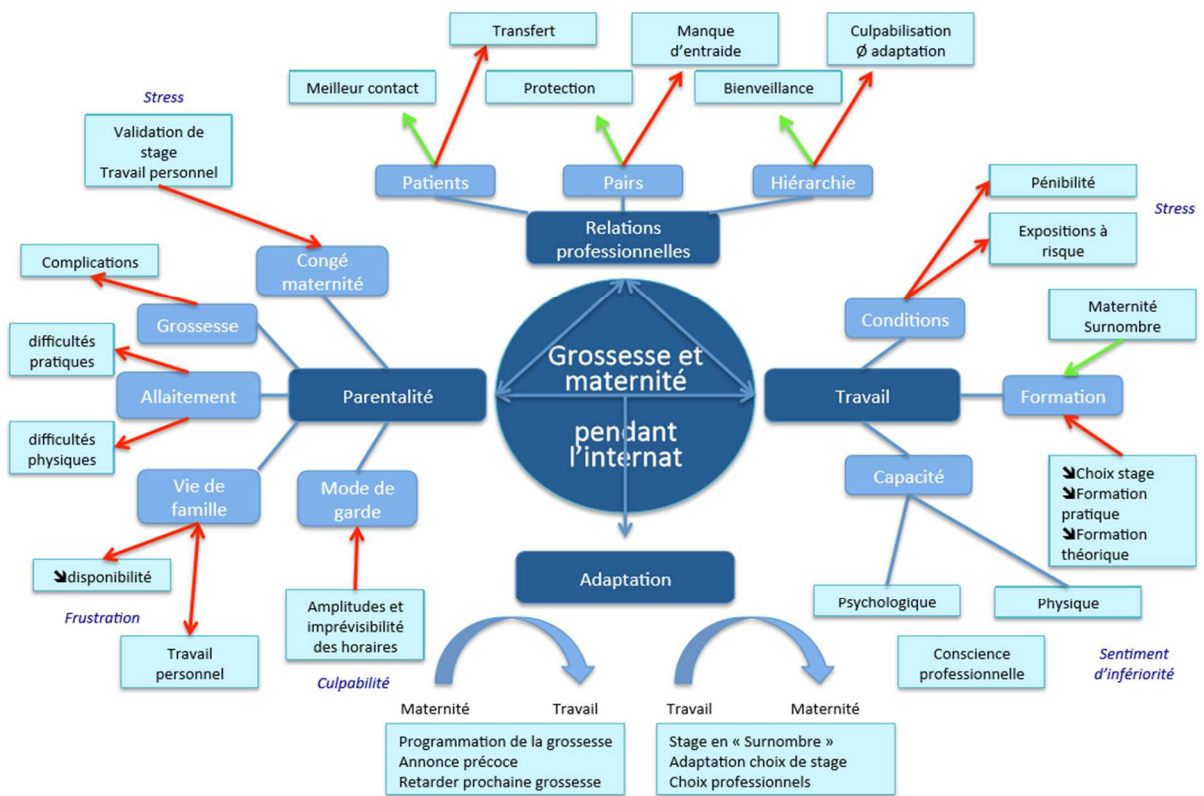


FIGURE 1. Carte conceptuelle du ressenti des internes concernant la grossesse et la maternité pendant l'internat.

Les flèches représentent des conséquences (en rouge les conséquences négatives, en vert les conséquences positives).

Cette carte résume le tableau thématique obtenu à l'issu des entretiens avec les thèmes principaux en bleu foncé reliés aux sous thèmes en bleu clair.

SUJETS	SPECIALITE	Nombre d'enfants		Grossesse		Allaitement	
		≤1	≥2	« Normale »	«Pathologique	Maternel	Artificiel
A	Médecine du travail	X			X		X
B	Médecine générale militaire		X	X			X
C	Médecine générale militaire		X		X	X	
D	Médecine générale civile		X		X	X	
E	Pédiatrie		X		X	X	
F	Pédiatrie		X		X	X	
G	Médecine générale civile		X		X	X	
H	Gynécologie médicale	X		X		X	
I	Médecine générale civile	X			X		X
J	Gynécologie obstétrique	X			X	X*	

Tableau 1 : Répartition des sujets

Tableau 2 : Le travail

La formation			
Facteurs positifs	Formation complémentaire	Expérience personnelle de la maternité	<i>"On sait un peu plus de quoi on parle, tout ce qui est alimentation, le quotidien, de la puériculture (...) que nous, on n'apprend pas dans les livres »</i> (sujet F)
		Intérêt du surnombre validant	<i>« j'ai eu un surnombre non validant donc un stage de plus qui m'a vraiment très bien formée »</i> (entretien G)
Facteurs négatifs	Modification de la maquette de stage	Choix géographique des stages	<i>« moi l'inter-CHU je pense que ça restera un petit regret bon après voilà je fais un bébé donc c'est bien aussi, mais bon c'est vrai que l'inter-CHU clairement c'est quelque chose que je pourrais plus faire ». (entretien J)</i> <i>« Et y'en a plein qui vont faire ça : partir 6 mois, laisser bébé à Brest et partir 6 mois à Paris ou Metz ou... Voilà, et alors moi ça je pense que je serais morte de chagrin. C'était juste pas possible. ». (sujet E)</i>
		Refus de terrain de stage du fait de la grossesse	<i>« j'ai demandé à un des cabinets si ça lui paraissait éventuellement envisageable et la réponse a été tellement catégorique et tellement,... le "non" a été tellement...(rit) spontané et tellement rapide que du coup ça m'a coupé dans mon élan ». (entretien D)</i>
	Moindre formation pratique	Absentéisme du pool de garde	<i>« l'air de rien avec mes grossesses j'ai fait beaucoup moins de gardes que d'autres internes et donc je pense que je suis un petit moins formée et un petit moins à l'aise en particulier sur les gardes de nuit, par rapport à mes co-internes qui ont le même niveau que moi. ». (entretien D)</i>
	Moindre formation théorique	Moins de temps pour le travail personnel	<i>« le soir l'air de rien on est épuisé et on n'arrive pas à travailler. Enfin on a du mal à travailler... le week-end on a envie de profiter des enfants qu'on voit pas du tout dans la semaine »</i> (entretien D)

Le travail effectué en stage			
Conditions de travail	Expositions à risque	Source de stress	« ah oui ça a été hyper anxiogène » (entretien A) « il m'a quand même envoyé suturer une nana VIH +enceinte.... » (entretien B)
		Minimisation du risque	« en même temps on a choisi ce métier on sait très bien qu'on est exposées à tout (...) ». (entretien I)
	Pénibilité	Temps de trajet	« et j'étais fatiguée avec les nausées, donc je me suis endormie un peu sur la route quoi. (...) » (entretien G)
		Accumulation de gardes et travail de nuit	« et donc du coup j'ai dû faire beaucoup de gardes en début de grossesse et donc j'ai eu un accident de voiture à 110 km/h sur la voie express avec huit tonnes, perte de connaissance et arrivée au déchoquage, enceinte » (entretien G)
Capacité de travail	Asthénie	Pendant la grossesse	« j'étais morte, j'en pouvais vraiment plus plus plus » (entretien E)
		Au retour de congé maternité	« le stage en réa en retour de, du congé c'était cata. (...) Parce que j'étais trop fatiguée (...). Y'avait encore deux réveils par nuit, j'allaitais encore... Et donc physiquement j'étais pas remise, moralement ça s'est fait progressivement où j'ai perdu pied parce que j'ai pas réussi à me mettre dedans » (entretien F)
	Capacité intellectuelle de travail	Difficultés de réflexion	« pour ma deuxième grossesse j'étais surnommée "mono-neurone" par mes chefs ! ». (entretien E) « mes neurones étaient pas en place c'était trop dur » (entretien F)

Tableau 3 : Relations professionnelles, facteurs positifs et négatifs

Facteurs positifs		
Avec la hiérarchie	Protection	« finalement il a été très précautionneux, très papa poule pendant tout le semestre, à chaque fois il me disait de ralentir » [à propos de son chef de service] (entretien C)
	Bienveillance	« très biens, très bienveillants les chefs. A me mettre dehors, je pense que si j'étais restée plus ils m'auraient mis dehors. » (entretien F)
	Empathie	« "il faut que bébé reste au chaud" (...) on entend que ça. » (entretien F)
	Adaptation des horaires	« ils me disaient "t'arrive à l'heure que tu peux, c'est pas grave de toute façon on a pas besoin de toi pour faire fonctionner le service" » [à propos du surnombre] (entretien E)
	Compréhension	« la chef de service avait été adorable elle m'a dit "le plus important c'est le bébé, ce stage c'est un surnombre, enfin on comprend bien la situation, il est hors de question de prendre des risques ...tout le monde avait été super compréhensif» (entretien I)
	Implication personnelle	« heureusement j'ai eu des séniors sympas qui vivaient aussi sur Brest et qui du coup m'ont ramené. Du coup je conduisais plus à mes retours de garde » (entretien G)
Avec les pairs	Protection des expositions à risque	« je sais qu'il y a eu une patiente infectée, on savait pas trop ce qu'elle avait du coup y'a des collègues qui ont été la voir à ma place » (entretien G)
	Solidarité, favorisée par le « surnombre ».	« ils étaient très solidaires parce que eux voulaient juste que je reste le plus longtemps possible mais sans forcer parce que du coup je les remplaçait lorsque qu'ils faisaient des gardes » (entretien G)
		« En tout cas au vu des collègues j'étais en plus, donc j'étais plutôt bien vue. » (entretien F)
Avec les patients : parents et enfants	Meilleure compréhension	« le fait d'être maman, euh je comprends mieux l'enfant où il en est de son développement en fait, (...) savoir ce qui va l'intéresser comme jeux, comment il faut lui parler, comment il faut l'intéresser, le faire rire » (entretien D)

Facteurs négatifs		
Avec la hiérarchie	Culpabilisation	« <i>c'est clair que ça lui a pas plu du tout mais du tout</i> » ; « <i>sur les ¾ d'heure d'entretien quand même il a passé un quart d'heure à me culpabiliser pour ça. Enfin pour la grossesse quoi !</i> » (entretien J)
	Manque d'empathie	« <i>oui la grossesse c'est pas une maladie</i> » (entretien C)
	Mise en danger	« <i>il m'a quand même envoyé suturer une nana VIH +enceinte....</i> » (entretien B)
	Absence d'aménagement des conditions de travail	« <i>y'a un soir elle m'a eu au téléphone, et je contractais tout le temps je lui ai dit "là je raccroche, je contracte j'ai trop mal..." Elle sentait bien dans le téléphone parce que je soufflais et ça allait pas du tout et puis... la semaine d'après, elle me disait "ah ouais donc je te mettrais pas de visite" la semaine d'après j'en avais plein encore</i> ». [à propos de sa chef] (entretien G)
Avec les pairs	Manque d'entraide pour la reprise des gardes	« <i>j'ai renvoyé un mail, j'suis passée voir les internes dans le service en leur disant "écoutez là j'ai une garde, je peux pas l'assurer, je suis claquée, j'en peux plus enfin je suis vraiment crevée" et en fait personne n'a voulu me la reprendre</i> » ; « <i>on sentait que : "on est pas obligé de prendre la garde donc démerde toi ma fille !"</i> » (entretien E)
	Manque d'empathie majorée par l'anonymat	« <i>j'ai une copine qui est tombée enceinte, quand elle a annoncé qu'il fallait reprendre ses gardes elle a reçu un mail pour dire "bin t'as décidé d'être enceinte tu te démerdes quoi !"</i> ». (entretien E)
Avec les patients : enfants	Transfert => influence sur la capacité de travail	« <i>j'avais envie de rester tenir la main du petit toute la ...enfin plusieurs heures quoi au lieu d'aller travailler. Rester à côté, je trouvais ça horrible de le laisser tout seul</i> » [à propos de la reprise après congé maternité] (entretien F)
		« <i>Avec les enfants j'avais beaucoup de mal à faire les vaccins pendant le début de ma grossesse</i> » (entretien I)
		« <i>Sur un purpura fulminans, un décès et en fait c'était plus ma co-interne qui s'en occupait et ça m'arrangeait bien et ... En fait je pense que ça aurait été autre chose je serais restée, c'était un samedi. Parce que c'était super intéressant sur le plan professionnel enfin pour être formée et là je suis partie.</i> » (entretien F)
	Transfert => influence sur le projet professionnel	« <i>je pense qu'au final je voulais faire de la pédiatrie avant et maintenant que j'ai des enfants je peux pas me détacher, moi j'arrive pas.</i> » (entretien B)