

2020-2021

**THÈSE**  
pour le  
**DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**Qualification en Médecine Générale**

**Être interne de médecine  
générale et devenir parent :  
étude qualitative à l'Université  
d'Angers**

**Céline VINCENT épouse BUISSON**

Née le 15 décembre 1986 à THIONVILLE (57)

**Hélène PIGNOL épouse LE CORRE**

Née le 12 avril 1992 à Angers (49)

Sous la direction de Mme le Docteur Camille CISLAGHI

Membres du jury

Pr DE CASABIANCA Catherine | Présidente

Dr CISLAGHI Camille | Directrice

Pr CONNAN Laurent | Membre

Dr PY Thibaut | Membre

Dr BERTRAND Hugues | Membre

Dr KURTZ Régine | Membre

Soutenue publiquement le :  
04 février 2021



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Céline VINCENT (épouse BUISSON)  
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Le 23/12/2020



Je, soussignée Hélène PIGNOL (épouse LE CORRE)  
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Le 23/12/2020



# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS**

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Éric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastro-entérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie

BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTROT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

### PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

### AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

### **PAST**

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

### **ATER**

KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

# REMERCIEMENTS

## **A notre directrice de thèse,**

Merci Camille pour nous avoir accompagnées dans ce travail d'endurance. Tu nous as aidées à garder le cap ! Sois assurée de toute notre gratitude pour tes conseils, tes encouragements et ta disponibilité... Quels parfums pour les tablettes de chocolat ?

## **A notre présidente de jury,**

Merci Pr De Casabianca pour l'intérêt porté à notre travail et pour avoir accepté de présider notre jury de thèse.

## **Aux membres du jury,**

Merci d'avoir répondu présents à nos sollicitations et pour votre travail auprès des étudiants que nous sommes. Soyez assurés de notre profonde reconnaissance.

## **Au Dr Ghali,**

Merci Maria du temps que tu nous as accordé, toujours généreusement, que ce soit pour l'animation de notre focus group ou pour toutes nos questions méthodologiques.

## **Aux participants,**

Merci à chacun de vous de nous avoir accordé de votre (précieux) temps libre pour nous faire partager votre expérience. Nous espérons par ce travail en faire un rendu fidèle.

## **A Brune,**

Comme Ronan, Léa et Rose, tu incarnes un peu de ce travail. Nous te remercions pour les temps studieux que tu nous as laissés avec ta maman.

# REMERCIEMENTS Céline VINCENT

**A Flavien**, mon « slash », mon « régulier », éternel confident et soutien indéfectible sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Déjà plus de 15 ans passés ensemble avec son lot d'épreuves et de moments heureux. Sache que tu es un père merveilleux pour notre petit bonhomme. Souhaitons la suite de notre parcours à l'effigie de notre mariage : #fantastique !

**A mon petit Ronan**, dont les éclats de rire furent la meilleure motivation à ce travail et qui en a quelque peu inspiré le sujet... Maman t'aime fort.

**A mes parents**, merci de m'avoir transmis le goût du travail et de l'investissement, des ingrédients indispensables à la réussite de ce grand projet. On se le dit peu mais je sais que vous êtes fiers de moi, cela me suffit.

N'oublie pas papa, parfois dans la vie tout est possible... même le meilleur.

**A ma sœur**, tout n'a pas besoin de se mettre en mots pour être dit, je pense que tu seras d'accord. Merci d'être là, je te souhaite heureuse dans cette nouvelle vie que tu te construis.

**A ma grand-mère †**, Eli, merci pour toutes tes « bonnes ondes », nul doute que je leur dois beaucoup.

**A Luc et Maryvonne**, merci de votre soutien, du temps consacré à la relecture de cette thèse ainsi qu'à nos (longs) préparatifs d'épousailles.

**A ma belle-famille : Pascal † et Bernadette, Magali, Guillaume, Enora et Samuel**, « Oui, ça rentre les études ». Merci de l'accueil bienveillant que vous m'avez fait dans votre famille et pour avoir toujours cru en moi et en la réussite de ce projet.

**A ma co-thésarde**, merci Hélène pour ton amitié et pour avoir mené ce long travail de front avec moi, le tout sans un coup d'humeur. « Faire layette » avec toi était un plaisir ! Je te souhaite le meilleur pour la suite ainsi qu'à Vincent, ta petite Léa et à eux- celui - celle (*je ne peux rayer qu'une mention pour l'instant*) à venir

**A ma marraine**, Catherine, merci pour ces dimanches soir de P1 passés devant la chimie organique et les stats. Merci pour ta bienveillance et tes conseils toujours avisés tout au long de ce périple. Que notre amitié dure longtemps. Je te souhaite le meilleur pour la suite, tu seras une cardio-pédiatre au top !

**A mes anciennes collègues de travail et de promotion**, Carine, Christine, Anne, Sophie, Monica, Pascale, etc. ainsi que Aude, Naïma, Joyce, Sabine, Romain, etc. pour ces bons moments partagés dans cette autre vie

**A mes amis d'avant, de pendant et d'après**, Cécilia, Aurore, Anne, Pauline, Imane, Leslie, Océane, etc. Merci pour ces instants d'enfance, les années lycée, les soirées, les brunchs et tous les bons moments passés ensemble. Souhaitons qu'il y en ait encore beaucoup à partager.

**Aux belles rencontres professionnelles**, Hugues, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. J'ai de l'admiration pour l'image du médecin que vous incarnez, j'espère pouvoir garder la même énergie, humanité et humilité que vous à la fin de ma carrière. Merci à tous les autres, croisés au long du parcours et qui ont eu à cœur de me transmettre leur passion pour ce métier : Julien, Cendrine, Florian, Aurore, Clotilde, Anne, Marion, Marie Bénédicte, Claire, Matthieu, Sandra, Catherine... Je ne peux tous vous citer mais ne vous oublierai pas.

**A l'équipe du FONGECIF de la commission de mai 2011**, je n'en connais aucun d'entre vous, vous avez été et resterez des anonymes pour moi. Financer une première année de médecine à une jeune infirmière de 24 ans ayant passé son bac scientifique 6 ans plus tôt était un beau pari... tout cela ne tenait qu'à votre « oui », nous voilà 9 ans plus tard... Merci.

**A mes harpes celtiques (Mélusine et Korydwen), mon hammered dulcimer, mon fiddle et mes whistles** : ma thèse se termine... un, daou, tri... kordan, telennañ !

# REMERCIEMENTS Hélène LE CORRE

**A Vincent**, mon mari, le plus grand des mercis pour avoir cru en moi depuis le départ, pour m'avoir soutenue voire supportée suivant les moments (en particulier la 2<sup>ème</sup> P1...). Merci de me rendre heureuse et d'être un si bon papa ! Je t'aime !

**A Léa**, ma fille adorée, merci d'être là, je suis tellement heureuse d'être ta maman ! Tu m'as apporté beaucoup de joie, de rires et de sérénité. Je t'aime !

**A ma mère**, merci de m'avoir toujours dit que je pouvais faire les études que je voulais. Tu as fait ce que tu pouvais pour m'aider. Merci pour la relecture de cette thèse. Avant tout, merci d'être une très bonne mamie pour Léa.

**A Cindy**, merci pour ton soutien et tous les rires partagés. Je suis très heureuse que Vincent t'ait rencontrée. Merci pour cette relecture. Mais le plus important, nous feras-tu l'honneur d'être la marraine du bout de chou qui naîtra en juillet ?

**A mes amis** (Anne, Ludivine, Théo, Vico, Noémie et tous les autres), merci d'être la famille que nous avons choisie avec Vincent ! Merci pour votre amitié, votre tolérance et votre gentillesse. Tous les moments passés ensemble m'ont énormément aidée durant toutes ces années. Je vous aime !

**A ma famille** (Mégane, Papa, Vincent, Mamie, Laurence, Jean-Louis, Nolwenn, Christine, Martine, Bruno, les Chaillou et la famille Le Corre au complet), merci pour votre soutien et votre aide. Nous espérons pouvoir prochainement réunir tout le monde pour enfin célébrer le baptême de Léa.

**A Céline**, ma co-thésarde mais surtout mon amie, merci pour ton implication et ta persévérance dans ce travail. Par-dessus tout, merci pour ta sagesse (ce n'est pas une critique !), ton humour et ta gentillesse qui m'ont permis de vivre un meilleur cursus mais aussi une meilleure expérience de la grossesse et de la parentalité.

**A tous mes séniors** (Alain, Gwen, Dr Vovard, David, Dr Gillot, Lucie, Aurore, Maryline, Jean-Michel, Claire, Florence, Matthieu, Marie-Bénédicte, Marion, Anne, Emmanuel), merci pour toutes les connaissances et compétences que vous m'avez aidées à acquérir. Merci aussi pour votre humanité et votre dévouement pour notre si beau métier. Vous m'avez permis d'être un meilleur médecin. Un merci tout particulier à Régine qui me fait l'honneur de participer au jury. Le stage dans ton cabinet a été un plaisir. J'espère exercer tout au long de ma carrière avec autant de passion.

## Liste des abréviations

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CA</b>	Congé Annuel
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>DAM</b>	Direction des Affaires Médicales
<b>DES</b>	Diplôme d'Etudes Spécialisées
<b>DMG</b>	Département de Médecine Générale
<b>ECN</b>	Examen Classant National
<b>FG</b>	Focus group
<b>IMGA</b>	syndicat des Internes de Médecine Générale d'Angers
<b>MAP</b>	Menace d'Accouchement Prématûré
<b>MG</b>	Médecine Générale
<b>MSU</b>	Maître de Stage Universitaire
<b>PRAT</b>	Stage ambulatoire de premier niveau en médecine générale
<b>SAFE</b>	Stage Ambulatoire Femme Enfant
<b>SASPAS</b>	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
<b>SFT</b>	Supplément Familial de Traitement
<b>SNV</b>	Surnombre Non Validant
<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>SV</b>	Surnombre Validant

**PLAN****REPARTITION DU TRAVAIL ENTRE LES DIFFERENTS AUTEURS****RESUME****INTRODUCTION****MATÉRIELS ET MÉTHODES****RESULTATS****1. Population d'étude****2. Se construire comme interne parent**

- 2.1. Choix de la spécialité
- 2.2. Opposition entre médecine générale et les autres spécialités
- 2.3. Choix d'Angers pour son internat
- 2.4. Identité professionnelle

**3. L'interne parent en stage**

- 3.1. Stage et grossesse
- 3.2. Stage et parentalité
- 3.3. Déterminants sociaux des relations professionnelles de l'interne parent et ses conséquences

**4. Coaptation des rôles**

- 4.1. Devenir médecin en étant parent
- 4.2. Être parent quand on est médecin en devenir
- 4.3. Attitudes adaptatives

**5. Propositions émergentes****DISCUSSION****1. Forces et limites de l'étude**

- 1.1. Avantages et forces de l'étude
- 1.2. Limites et biais

**2. Analyse des résultats****CONCLUSION****BIBLIOGRAPHIE****LISTE DES FIGURES****LISTE DES TABLEAUX****TABLE DES MATIERES****ANNEXES**

## **REPARTITION DU TRAVAIL ENTRE LES DIFFERENTS AUTEURS**

Les chercheuses se sont réparties le travail de façon homogène afin que le rendu final soit représentatif de leur investissement mutuel.

Chacune a participé à l'élaboration de chaque étape : recherche bibliographique, entretiens, codage, analyse et rédaction.

Si l'une s'était quantitativement investie davantage dans l'une ou l'autre de ces étapes, cela était compensé sur les suivantes.

Ainsi :

La recherche bibliographique a été débutée par Céline VINCENT puis Hélène LE CORRE l'a complétée.

Hélène LE CORRE a réalisé 14 entretiens : 10 femmes et 4 hommes.

Céline VINCENT a réalisé 11 entretiens : 7 femmes et 4 hommes.

Les deux enquêtrices se sont organisées pour respecter la parité des entretiens, chacune ayant questionné des hommes et des femmes. Lorsque des couples étaient interrogés, ils l'ont été au même moment, chacun avec l'une des deux investigatrices.

La rédaction des résultats a été partagée pour moitié puis remaniée par l'une et l'autre jusqu'à aboutir au plan actuel.

La rédaction de la discussion et de la conclusion a été faite par Céline VINCENT puis incrémentée et nourrie par Hélène LE CORRE.

La mise en forme du document final a été réalisée par chacune : Céline VINCENT pour la mise en page et Hélène LE CORRE pour la bibliographie.

# RÉSUMÉ

**Introduction :** La féminisation de la profession laisse supposer une augmentation du nombre de grossesses à l'internat. Or, la conciliation de ce double statut n'est pas sans poser de difficultés.

Les objectifs de ce travail étaient d'analyser le vécu des internes parents, les co-influences entre leurs deux rôles et de mettre en avant des propositions d'aménagements.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude qualitative composée de 25 entretiens semi-dirigés puis d'un FG (focus-group) auprès d'internes ou anciens internes de MG (médecine générale), hommes et femmes, devenus parents au cours de leur 3<sup>ème</sup> cycle entre 2016 et 2019. L'analyse a été menée selon le modèle de la théorisation ancrée par une thématisation continue par deux chercheuses indépendantes avec triangulation des données.

**Résultats :** Les internes parents s'accordaient tous à rapporter leur épanouissement. Les récents progrès institutionnels comme la création des surnombres et la suppression du déclassement semblaient avoir amélioré le vécu de la grossesse mais, une fois parents, certaines difficultés restaient prégnantes : d'ordre organisationnel, avec la poursuite de l'allaitement, les gardes, le mode de garde ou l'accès complexe aux jours enfant malade. Les difficultés relationnelles soulignaient le paradoxe qu'exercer une profession prenant soin des autres n'induisait pas forcément de prendre soin de soi, ni de ses pairs.

La parentalité avait des conséquences positives comme négatives sur leur formation et inversement. Si les internes mettaient en place des stratégies d'adaptation pour tenter de compenser ces difficultés, ils avaient également proposé de nombreuses perspectives d'aménagements en lien avec leur situation. Les pistes les plus aisément envisageables étaient : la mise à disposition de places en crèche hospitalière pour les internes parents, le respect de lieux et temps dédiés à l'allaitement, la création d'un projet de surnombre et l'amélioration de l'information par les différents interlocuteurs.

**Conclusion :** Certaines propositions semblent aisées à mettre en place comme celles à propos de l'allaitement. D'autres suggestions amènent à la question de la territorialisation de la maquette qui pourrait être une clé pour la lutte contre les déserts médicaux, ou une compétence réflexive sur sa pratique et l'équilibre avec sa vie familiale à développer sur l'ensemble des stages.

# INTRODUCTION

En France, en 2015, l'âge de la première grossesse était estimé à 28,5 ans alors qu'elle survenait plutôt autour de 24 ans en 1974 (1). L'âge de la première maternité est d'autant plus tardif que les femmes sont diplômées. Cependant, les études médicales comptent 6 années de tronc commun auxquelles s'ajoute un internat de 3 ans pour la spécialisation en MG.

Dans ce contexte, il a également été observé une féminisation croissante de la population médicale. Ainsi, en 2007, les femmes représentaient 37% des médecins ; en 2017, elles étaient 47% (2). De même, 63.2% des candidats aux ECN (Examen Classant National) 2017 affectés en MG étaient des femmes (3).

L'internat peut alors paraître une période propice pour concrétiser un projet de grossesse notamment avec la protection qu'apporte le statut salarial.

Cependant, certaines études ont souligné le conflit qui pouvait exister entre les exigences inhérentes aux statuts d'interne et de parent qui nécessitaient, tous deux, temps, investissement et disponibilité (4-6).

Etaient notamment évoqués des horaires denses et irréguliers ainsi qu'une mobilité géographique à chaque semestre posant des difficultés notamment pour le mode de garde de l'enfant. Une incompréhension des pairs pouvant impacter le relationnel en stage avait aussi été rapportée dans ces études ainsi que des inquiétudes financières. Ces difficultés auraient été d'autant plus probantes quand le partenaire était également interne et qu'il n'y avait pas d'entourage familial proche.

Une possible répercussion sur la formation était notée, positive comme négative. Le sentiment d'une plus grande maturité et d'une aisance dans l'exercice de la gynécologie et de la pédiatrie était ressenti par les étudiants interrogés. A contrario, la durée de l'internat était allongée et en parallèle, la soutenance de thèse plus tardive. Certains projets professionnels étaient abandonnés. Les choix de stage avaient également pu prioriser la qualité de vie à l'intérêt pédagogique.

Ces dernières années, la mise en place de certaines réformes comme la limitation du temps de travail à 48h par semaine en 2015 (7), la création du stage en surnombre validant en 2011 (8) ou l'absence de déclassement en cas de stage non validé pour motif de grossesse en 2016 (9) ont pu impacter cette dualité.

Dans d'autres professions ou d'autres pays, des mesures réglementaires différentes s'appliquent telles que la réduction horaire de travail ou le temps partiel pendant le congé maternité prénatal ouvrant droit à un crédit temps en postnatal (10).

Les internes devenus pères pendant leur internat sont soumis à des contraintes professionnelles similaires. Pourtant, une seule étude s'intéressait au vécu de la parentalité, à la fois chez les hommes et chez les femmes devenant parents, pendant cette période (6).

Selon notre revue de littérature préalable, aucune étude qualitative n'avait, à notre connaissance, exploré le point de vue de ces internes depuis les dernières réformes.

L'objectif principal de ce travail était de faire l'état des lieux du vécu de ces internes. Les objectifs secondaires étaient de mettre en lumière les influences entre parentalité et internat mais également de faire émerger d'éventuelles pistes d'améliorations ; le bien-être des étudiants allié au développement des compétences étant un des enjeux facultaires.

# MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une **étude qualitative** réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés, puis d'un FG auprès de 25 internes ou anciens internes en MG, hommes ou femmes, de la faculté de médecine d'Angers, devenus parents entre 2016 et 2019, au cours de leur internat.

Etaient exclus : une grossesse débutée avant l'internat ou un accouchement après la fin de l'internat ou depuis moins de 3 mois afin de permettre aux parents d'avoir assez de recul sur leur reprise. Le fait pour les participants d'avoir vécu plusieurs grossesses dont l'une d'elles avait ces caractéristiques ne portait pas à exclusion.

Le recrutement avait été effectué par l'envoi d'un mail, suivi de deux relances à l'ensemble des promotions 2016, 2017 et 2018.

Deux **guides d'entretien** avaient été élaborés : l'un à destination des pères et l'autre à destination des mères, pour s'adapter aux spécificités de chaque statut.

Un troisième guide d'entretien pour le FG avait été réalisé dans un second temps à partir des propositions ayant émergé des entretiens individuels.

Ces guides ont été élaborés après recherche bibliographique sur le sujet à partir des thèmes suivants : «maternité, grossesse, parentalité et internat» et des hypothèses des chercheuses.

Le guide a été testé au préalable et a évolué au fil des rencontres avec les participants.

Les données ont été recueillies par **entretiens semi-dirigés** dans un premier temps afin de respecter le vécu intime de la parentalité et ne pas entraver la liberté de parole.

Ces 25 entretiens ont été réalisés du 13 juin 2019 au 14 février 2020, sur le lieu choisi par chaque participant avec un double enregistrement audio des données sur enregistreur numérique professionnel Zoom H2 et/ou smartphones. La durée moyenne des entretiens était de 43 minutes. Ils ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

Dans un second temps, les interrogés ont été invités à participer à un **FG** afin de **favoriser l'émergence de propositions communes et consensuelles** ou, a contrario, de **souligner des divergences d'opinions**. Ce dernier a été animé par le Dr Maria Ghali, membre du DMG (Département de Médecine Générale), non impliquée dans la conception de l'étude. La séance a duré 1 heure et 34 minutes.

Un journal de bord a été réalisé par chaque chercheuse afin d'établir leurs présupposés et de pouvoir s'en détacher secondairement.

Les enquêtrices supposaient que les dernières réformes avaient pu améliorer le vécu de la parentalité mais qu'il pouvait persister des difficultés pour lesquelles des suggestions pourraient être proposées.

La retranscription a été effectuée à la suite des entretiens, à l'aide du logiciel Word, en respectant au mot à mot les propos des participants.

A chaque citation, ont été attribués une lettre et un numéro : H (homme), F (femme) pour les entretiens individuels et FG quand la citation provenait du FG. Les données ont été anonymisées.

Les participants ont eu la possibilité d'avoir accès librement à leur retranscription.

L'analyse a été effectuée au fil de l'eau à l'aide du logiciel Excel par les deux investigatrices. Elles ont extrait du verbatim un codage en accord avec les principes de la théorisation ancrée, puis ont dégagé des sous-thèmes et des thèmes après discussion entre elles afin de mettre en avant les thèmes principaux. En cas de désaccord, et afin de respecter le principe de la triangulation, un arbitrage a été réalisé avec la directrice de thèse.

Une étape intermédiaire de sous-analyse quantitative a été réalisée concernant les caractéristiques en lien avec le vécu de la grossesse, indépendamment du statut d'interne. Un nuage de mots a été choisi pour illustrer cette partie, la taille des mots étant proportionnelle au nombre de participants ayant évoqué chaque notion afin de mieux caractériser la population d'étude.

Chaque interviewé a signé une déclaration de consentement à l'enregistrement et à l'utilisation des données à des fins de recherche. Une lettre d'information leur a été transmise, avant le début d'entretien (annexe V), les informant des objectifs de l'étude.

L'avis du **comité d'éthique du CHU** (Centre Hospitalier Universitaire) **d'Angers** a été sollicité avant de débuter la phase de recueil. Celui-ci a donné son accord le 15 mai 2019 pour effectuer ce travail de recherche (annexe III).

# RÉSULTATS

## 1. Population d'étude

25 internes parents ont été interrogés : 17 femmes et 8 hommes, âgés de 26 à 35 ans ayant entre 1 et 3 enfants. La plupart étaient encore internes et 7 avaient terminé leur internat.

11 participants bénéficiaient de la présence de leur famille à moins de 50 kilomètres.

Concernant les conjoints : 15 exerçaient dans le domaine de la santé, 3 avaient cessé leur activité au moment du projet de parentalité.

7 internes avaient été en arrêt de travail au moins 1 mois avant le début de leur congé maternité dont un arrêt de 6 mois.

La majorité des jeunes mères (14 parmi 17 interrogées) avaient fait le choix d'un allaitement maternel.

A noter qu'un participant était impliqué dans l'IMGA (syndicat des Internes de Médecine Générale d'Angers), qu'une autre avait fait un droit au remords vers la MG, qu'un autre encore bénéficiait d'un aménagement particulier de sa maquette de stage.

La description complète de la population est visible sous forme d'un tableau en annexe I.

La notion de **projet de vie** était récurrente, évoluant avec le couple.

L'envie d'être parent **s'était ainsi concrétisée naturellement** : « *on a envie de passer à autre chose [...] aller un peu plus loin* » (H3).

Ce désir était parfois entretenu par le **modèle familial** personnel, les **convictions religieuses** ou encore par le **stage de gynécologie-pédiatrie** : « *On a tous les deux enfin des fratries, enfin des familles [...] qui continuent à nous inspirer [...] on n'imaginait pas la vie sans enfant, ni l'un ni l'autre* » (H4) ; « *On est catholiques pratiquants. On s'est mariés aussi pour fonder une famille* » (H1).

Plusieurs internes estimaient qu'il existerait une forme **d'universalité autour du projet de couple et parental** : « *On aspire tous à être, enfin pour une grande partie, à être parents* » (FG).

Ainsi, il pouvait sembler **légitime de désirer une famille à un moment où la majorité des gens du même âge était déjà dans la vie active et avait fondé une famille**.

Certains se disaient d'ailleurs rassurés **de voir d'autres internes de MG devenir parents** : « *Ce qui m'avait marquée, c'était quand on est arrivés sur Angers, au tout début de l'internat et qu'il y avait les choix de stage, j'avais été vachement surprise dans l'amphi il y avait plein de... plein de jeunes mamans avec leur bébé*

[...] je pense que ça nous a aussi vraiment confortés [...] de se dire que s'il y en a d'autres qui y arrivent, bon, c'est que... ce n'est peut-être pas une mauvaise idée » (F7).

De fait, ce **projet** était souvent **programmé pendant l'internat** : « *On a décidé à un moment bien précis que j'arrêtai la contraception* » (F15) ; **pour certains à un moment particulier de celui-ci** : « *Je ne me serais pas vue mère en début d'internat* » (F1) **visant parfois l'enchaînement de deux surnombrés validants** pour ne pas se décaler de 6 mois.

Pour certains interrogés, la décision de faire un enfant en fin de cursus médical nécessitait de l'**anticipation** afin d'avoir déjà effectué les stages chronophages ou éloignés avant l'arrivée du bébé. Pour d'autres, cette programmation tenait également compte de l'avancée du travail de thèse.

Plusieurs internes avaient la **représentation que la féminisation de la profession augmentait la probabilité de grossesse pendant l'internat** : « *En même temps la féminisation fera que ça va devenir de plus en plus fréquent* » (F10), alors que, paradoxalement, plusieurs participants soulignaient que ce **projet semblait découragé** par les instances décisionnaires : « *Tu es vachement dissuadé je trouve* » (H6).

**L'internat**, contrairement à l'externat, semblait offrir un **cadre plus propice** : possibilité d'indépendance financière, plus grande disponibilité due à un temps de révision moindre, statut de **salarié perçu comme avantageux par rapport au libéral** vis-à-vis des congés : « *Les congés maternité, congés, les jours enfants malades, les choses comme ça, qui sont un réel luxe, c'est génial quoi* » (H7) et garant d'une **sécurité de l'emploi**.

De même, la **parentalité lors de l'internat était perçue comme moins contraignante qu'en libéral** car il fallait alors trouver un remplaçant, reprendre le rythme rapidement à son retour : « *J'imagine que c'est plus compliqué même vis-à-vis des collègues pour prendre, pour tenir jusqu'à la fin...* » (F10). Les amplitudes de travail y étaient perçues comme plus lourdes et donc plus impactantes sur la famille. Une des participantes soulignait une responsabilité professionnelle qu'elle considérait comme plus importante.

« *Non mais je trouve quand même que l'internat est une belle période pour avoir un bébé* » (F10). Comme le faisait remarquer cette participante, la **conciliation entre internat et projet parental** était considérée **comme possible** pour la plupart des parents interrogés, **notamment en MG**.

Les internes faisaient état d'un **vécu majoritairement positif et épanouissant** de leur parentalité : « *Bonheur au quotidien, de le voir grandir, d'être fier de son enfant, d'être fier de tout ce qu'il fait [...] D'avoir un*

*gamin, c'est un truc, c'est incomparable avec rien quoi* » (H5) ; « *Le fait d'être interne et maman. Je suis très heureuse d'être maman, ça m'épanouit, ça me donne autre chose* » (F10). Avoir des enfants représenterait un **aboutissement personnel**.

L'expérience de la parentalité pour un interne était similaire à ce que pouvaient vivre d'autres parents dans plusieurs dimensions. Le nuage de mots suivant regroupe les verbatims associés. Certaines notions prépondérantes sont détaillées ci-après.



Figure 1 : Nuage de mots représentant l'expérience de la parentalité des internes commune à tout parent

## Organisation

Si cette conciliation était possible, elle n'était pas sans difficultés. Pour la majorité des participants, « *Le premier mot c'est organisation (rires)* » (H3).

Les interrogés exprimaient une **nécessité de s'adapter à un nouveau rythme**, plus dense, imposé par l'enfant, et de l'intégrer à leur quotidien personnel et professionnel : « *La densité... une première journée : c'est*

*t'occuper de ton enfant, tu le déposes ; ta journée de boulot ; puis ta 3<sup>ème</sup> journée commence avec euh... la journée à la maison » (F4).*

## Entourage

Certains interrogés conditionnaient la conciliation de ces différents projets à la **disponibilité du conjoint** et/ou à l'existence d'un **entourage** familial ou amical **soutenant**. Leur présence était **considérée comme bénéfique**, tant sur le **plan moral que physique** : « *J'ai eu le baby blues et la personne qui m'a aidée, c'est ma sœur qui était passée par là* » (F10).

Au sein des foyers, il existait plusieurs modèles : soit les parents s'occupaient de l'enfant de façon **équitable**, soit ils tendaient à **préserver celui qui travaillait**. Dans tous les cas, la plupart rapportaient une **grande solidarité** entre conjoints. Cela a également été souligné en FG en insistant notamment sur la gestion équitable des nuits en post-partum.

## Famille prioritaire

Pour les interrogés, **la famille était prioritaire sur le travail** : « *J'adore mon métier mais c'est vrai que la famille, pour moi, ça passera avant dans tous les cas* » (F12) ; « *On a vu, tous les deux, des internes corvées à merci qui avaient un peu pas de vie autre que l'hôpital et nous, tout de suite, ça nous a fait... peur, tant sur le plan de la famille que sur le plan des amis, euh de l'équilibre de vie* » (F4).

Plusieurs interrogés exprimaient leur **volonté de participer pleinement à l'éducation de leurs enfants** : « *On veut que [...] ce soit nous qui nous en occupions [...] on ne veut pas avoir toujours recours à des tierces personnes* » (H2).

Cela nécessiterait donc de savoir **prioriser ses décisions en fonction de ses choix de vie**, voire d'imposer ceux-ci.

De par une expérience professionnelle difficile et celle du burn-out d'un confrère, un des pères déclarait que **si son travail avait un impact négatif important sur sa famille, il envisagerait de changer d'orientation** : « *Si je devais faire un choix, et je l'ai toujours dit [...] ça sera ma famille quoi. Si un jour je vois que ça le fait pas [...] au stage X quand j'étais vraiment la tête dans le dur et que ça se passait très mal, je me suis posé la question [...] d'un changement d'orientation* » (H5).

## Grossesse normale

La plupart des internes mères avaient un **souvenir agréable** de leurs grossesses qui s'étaient majoritairement déroulées sans complication, tout comme les accouchements. Toutefois, certaines mères relataient des **difficultés d'ordre physique** compliquant l'exercice professionnel (symptômes sympathiques, contractions, fatigue importante, etc.) ou encore un **vécu psychique négatif** du fait d'anomalies échographiques ou d'événements imprévus.

Les pères avaient, eux aussi, eu un **vécu globalement positif** des grossesses de leurs compagnes, l'un d'eux expliquant que cette période avait été source de maturation personnelle.

Certains décrivaient le **début de grossesse comme abstrait** avec une impression de détachement malgré un investissement de cette dernière.

La période du post-partum était décrite comme source de **fatigue**, fragilisante : « *Ce qui était compliqué du coup c'était l'isolement par rapport aux familles qui étaient loin [...] au bout de 15 jours, je me suis retrouvée toute seule* » (F7) avec parfois la survenue **un baby blues**.

## 2. Se construire comme interne parent

### 2.1. Choix de la spécialité

Plus tôt dans leurs parcours, **certaines internes envisageaient une autre spécialité et/ou de faire une carrière hospitalo-universitaire**. Ils évoquaient ainsi la représentation qu'ils avaient de leur spécialité.

En effet, pour plus de la moitié des interrogés, le **projet parental** avait **conduit ou conforté le choix de la MG**, motivé par le souhait de **vouloir garder du temps pour sa famille ou pour soi** : « *J'ai choisi MG pour une qualité de vie globale, et familiale et personnelle* » (F14).

A contrario, une **minorité** de participants déclarait que la décision **d'avoir des enfants n'avait pas influencé leurs orientations professionnelles**. L'indépendance vis-à-vis du choix avait pu se justifier par : le planning fixe du conjoint facilitant les contraintes organisationnelles, par le fait que ce projet parental n'était pas à l'ordre du jour au moment du choix, ou encore parce que le choix de spécialité était évident d'emblée : « *J'ai toujours voulu faire de la méd Gé (ie MG)* » (H2).

Les 25 internes parents rapportaient une **satisfaction vis-à-vis de leur spécialité** : « *J'adore ce que je fais [...] mes journées, je ne les vois pas passer* » (F13). Il s'agissait d'une **spécialité globale** qui les intéressait et qui allait de pair avec une **bonne qualité de vie** : « *C'est plus un choix de vie en général* » (F11).

## 2.2. Opposition entre médecine générale et les autres spécialités

Les internes ont spontanément **mis en opposition la MG et les autres spécialités** :

-l'internat leur apparaissait **plus contraignant dans les autres disciplines** : des maquettes plus longues, une thèse jugée plus complexe, un rythme de travail plus intense, de nombreuses gardes : « *C'est un internat voilà de censure et tu n'as pas de vie* » (H6) ; **notamment en lien avec le projet parental** : « *Du coup, au final, je pense que ça dégoûte pas mal de gens d'avoir des enfants pendant l'internat, tu vois notamment dans les spé (ie les spécialités) où ils savent que ce sera ingérable* » (H4).

-**le rythme de travail des autres spécialités** était l'une des raisons d'un **droit au remords vers la MG** : « *Je n'aurais pas pu, je pense, finir l'internat de X, de qualité, avec des enfants. Ça aurait été au détriment d'autres choses et je suis contente d'avoir choisi ma vie de couple et ma vie de famille plus que... plus que... ma formation [...] je n'aurais pas pu tenir* » (F4).

-l'indissociabilité perçue entre **spécialité et carrière hospitalo-universitaire chronophage** rendait ce **choix incompatible** avec une **vie de famille épanouie** aux yeux des internes : « *Cette vie de famille avec 90h de travail, je défie quiconque de la maintenir vraiment solide* » (H6).

-de même, l'éventualité d'un **post-internat** avec la **concurrence sous-jacente** était **perçue négativement** : « *Me chamailler avec les autres pour avoir la meilleure place machin, ça fait longtemps que je sais que c'est pas ma façon de voir les choses* » (F1).

-**être enceinte serait considéré négativement** par certains séniors d'autres spécialités : « *Je pense qu'il faut pas imposer pour des questions de démographie [...] que les internes finissent leur internat puis ensuite aient des enfants. Contrairement à ce qui se fait en spé* » (H8).

-**avoir un enfant pendant le DES** (Diplôme d'Etudes Spécialisées) d'une autre spécialité **pourrait compromettre une carrière** : « *Ça peut être un frein. [...] j'ai mon clinicat à faire et je veux le poste [...] le mec*

*qui est à côté de moi lui du coup il aura plus facilement le poste parce qu'il ne s'est pas absenté pendant 6 mois quoi ! » (F2).*

### 2.3. Choix d'Angers pour son internat

**La subdivision d'Angers a été plébiscitée** en s'appuyant sur plusieurs arguments : « *J'ai fait mon externat à Angers et du coup, on est restés parce qu'on se plaisait bien ici [...] y avait des projets de mariage [...] et mon mari était en CDI* » (F2) ; « *On voulait une petite académie justement pour rester ensemble, euh... parce que bouger tous les 6 mois, avec une famille, c'est infaisable.* » (H3) ; « *Le SAFE (Stage Ambulatoire Femme Enfant), ça a conditionné mon choix [...] J'ai un peu pris Angers pour le SAFE* » (H5).

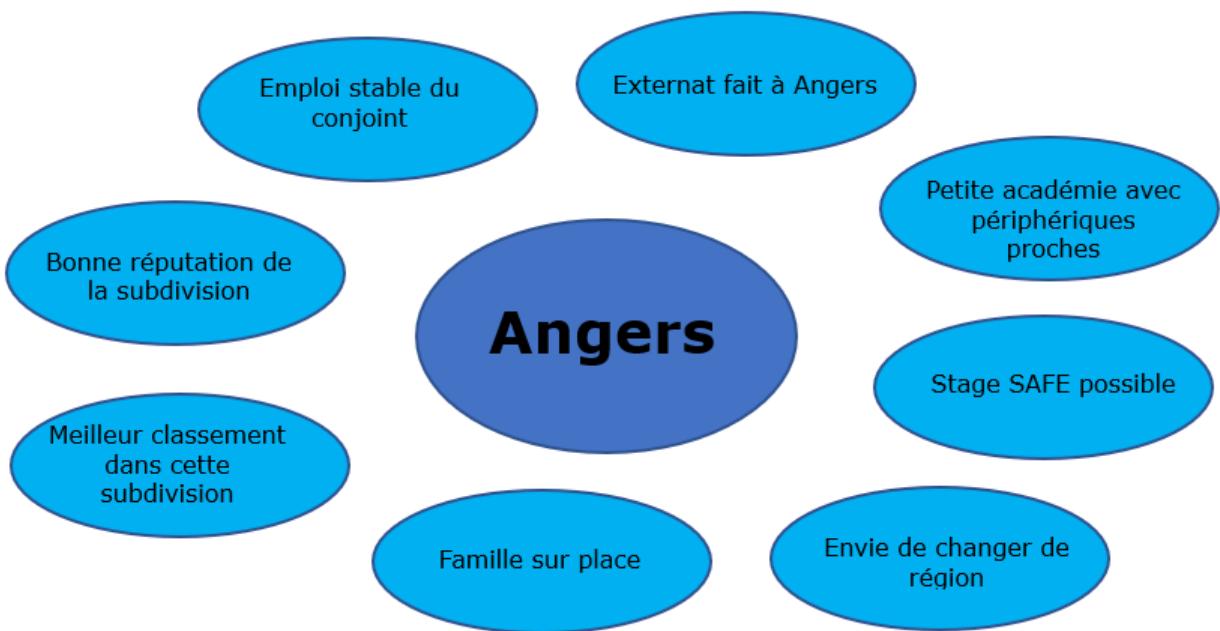


Figure 2 : Raisons évoquées au choix d'Angers pour l'internat de MG

### 2.4. Identité professionnelle

La **construction de cette identité professionnelle** avait également **mûri quant au choix du mode d'exercice** avec le souhait d'un volume de travail moindre, d'horaires fixes, bornés et peu tardifs, voire d'un temps partiel pour concilier au mieux leur vie familiale et professionnelle : « *Le côté libéral est vachement plaisant pour tout ça, le fait de pouvoir se garder du temps* » (H7).

Une interne expliquait : « *Pas forcément prendre le mercredi en jour off pour justement pouvoir suivre pas mal d'enfants* » (F6).

La parentalité avait également pu influer sur le choix du futur **lieu d'installation**. Ainsi, le milieu rural était plébiscité par certains pour être proches de leur domicile et permettre une qualité de vie considérée comme meilleure.

Une réflexion avait été menée concernant les **conditions d'installation** afin qu'elles soient les plus favorables possibles. Ainsi, une interne ne souhaitant pas être en congé maternité à peine installée expliquait : « *On a choisi de faire un enfant pendant l'internat [...] Je voulais m'installer et prendre le temps, pendant au moins 2 ans de... de me faire ma patientèle [...] de créer euh... une relation avec mes patients* » (F6).

Plusieurs participants avaient le souhait d'une **souplesse organisationnelle** sur leurs jours de présence au cabinet et sur leurs périodes de congés. Ils avaient également la volonté de ne pas travailler les week-ends pour pouvoir profiter au mieux de leur famille et privilégiaient ainsi l'installation en groupe, notamment pour partager les contraintes horaires.

Ces différents choix étaient assumés **quitte à avoir un revenu moindre** : « *On n'a pas de gros besoins. Je préfère avoir du temps, ça vaut tout. Oui, 3 jours par semaine, j'aimerais bien* » (F17).

Enfin, cette identité professionnelle comprenait également le **choix de carrière** : une minorité prévoyait un clinicat ou une année recherche ; certains internes pensaient qu'une carrière universitaire était incompatible avec une vie de famille : « *J'ai un projet qui est : pas de CHU, pas de recherche* » (H1).

### 3. L'interne parent en stage

#### 3.1. Stage et grossesse

##### 3.1.1. Conditions de travail

Si pour certaines internes les conditions de travail étaient **agréables et conformes au cadre législatif**, notamment **en ambulatoire**, d'autres avaient des **horaires parfois très tardifs** jugés abusifs : « *Sachant que je faisais aussi des samedis dans le service X, au final je me retrouvais avec 21 jours non-stop sans une seule pause, sans un jour d'arrêt parce que je faisais mon repos de garde qui tombait sur un dimanche* » (F2). La **charge de travail** était décrite par certaines comme **importante**.

Pour beaucoup de futures mères, **la grossesse ne faisait pas l'objet d'adaptation particulière** : « *J'ai fait le même nombre d'heures que les autres* » (F9), ce qui pouvait être **source de difficultés** : « *Il y avait des chefs aux urgences qui étaient intransigeants et qui ne me laissaient pas manger avant 15-16h donc je n'en pouvais plus. Sur les horaires, c'est pareil, ils n'avaient pas pitié [...] Ils me laissaient travailler à 23h et revenir le matin à 8h30* » (F8).

Certains stages nécessitaient des **déplacements vécus comme contraignants** : « *Je me baladais dans le CHU dans les différents services [...] c'est hyper fatigant d'y aller. Et puis avec des gens qui sont speed et qui sont pas enceintes où je leur disais : "ben mollo, mollo, moi j'ai des contractions"* » (F2).

Les stages ont amené certaines internes à se retrouver **éloignées de leur domicile** : 6 femmes étaient ainsi à plus de 30 minutes de voiture de chez elles, nécessitant parfois de trouver une alternative de logement : « *On vivait à l'internat de X et moi j'étais enceinte donc... donc c'était un peu euh... atypique comme configuration* » (F4).

Cet éloignement pouvait être source d'un **vécu difficile**, pour les mères comme pour les pères : « *Ne pas avoir de temps ensemble et de toujours compter les minutes quoi, ça ce n'était pas agréable du tout, d'autant plus (mot appuyé) en période de grossesse où tu as envie d'être vraiment présent* » (H4). Ce vécu était exacerbé pendant la **période de l'accouchement** : « *L'angoisse du transport [...] autour de l'accouchement où c'était compliqué à gérer parce que je n'étais pas sur place [...] donc s'il se passait quelque chose bah il y avait le temps de trajet* » (H3).

Il est à noter que, pour beaucoup d'interrogés, **les stages ambulatoires étaient considérés comme plus compatibles avec une grossesse** car moins contraignants physiquement. Ainsi, ils auraient été plébiscités par une large majorité des internes aux moments clés de la parentalité (grossesse, naissance, reprise) car ils libéreraient plus de temps pour s'occuper de leurs familles (3 jours au cabinet, pas de garde ni de weekend) : « *Mon SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) [...] on a retrouvé une bouffée d'oxygène [...] Un vrai rythme de vie, j'ai retrouvé du temps, du temps à la maison, j'ai retrouvé l'absence de nuit et de weekend [...] C'est du temps passé avec lui, du temps, pareil, incomparable* » (H5).

A ce titre, ils étaient **préférés aux stages hospitaliers, même lorsqu'ils étaient plus éloignés** : « *Je préfère faire un SAFE et être un peu loin, quitte à faire de la route mais savoir que le reste du temps, je vais le voir et voir ma femme* » (H7).

A ce sujet, une mère exprimait l'idée que les stages ambulatoires, davantage propres à l'internat de MG,

**favoriseraient le projet parental** : « Avoir [...] 2 stages en MG, ça te permet de pas avoir de garde [...] d'avoir plus de temps avec son bébé » (F17).

### 3.1.2. Absences en stage et arrêts de travail

#### Rendez-vous médicaux

Pour certains participants, hommes comme femmes, les **rendez-vous en lien avec la grossesse** étaient pris sur le **temps personnel**.

D'autres internes s'absentaient sur leur **temps de travail par accord** : « Je n'ai eu aucun problème pour ne pas venir, pour m'absenter pour aller faire des examens [...] pas de justificatif [...] vraiment dans la confiance [...] beaucoup de bienveillance » (F4) ou **par nécessité** : « Je prenais sur mon temps de travail. De toutes façons, il n'y a pas vraiment de façons de faire autrement puisque je faisais 9h-20h tous les jours, du lundi au vendredi [...] j'essayais de trouver le moment de la semaine où cela gênait le moins [...] ce n'était pas toujours facile » (F3).

**Plusieurs pères avaient pu participer à toutes les échographies et/ou rendez-vous** qu'ils souhaitaient.

Quelques internes étaient **en difficulté pour solliciter ces absences** : « Je me disais : "je peux pas, je peux pas il faut que je fasse mon taf". [...] j'avais des choses à prouver aux autres, à moi-même, mais même maintenant j'ai du mal quand il y a des trucs pour les enfants » (F11).

Une interne expliquait ainsi avoir été **angoissée** à l'idée que ses **absences** aient pu **déranger le service** : « J'avais un peu peur. Et c'est plus moi en fait, ça m'angoissait. Ce qui m'angoissait c'est que ça gêne en fait le service » (F17). Malgré la bienveillance de ses seniors, elle avait donc essayé d'aller en consultation sur les demi-journées de formation.

#### Arrêt de travail

Plusieurs interrogées évoquaient un **arrêt de travail précoce** durant la grossesse.

Pour une future mère, il permettait de mieux vivre le congé maternité quand celui-ci allait être écourté pour pouvoir valider un SV (Surnombre Validant). A noter que **deux interrogées** spécifiaient avoir fait le choix de **reculer leur congé maternité**, l'une d'elle en posant des CA (Congés Annuels).

Une interne exprimait son contentement de détenir, dans son service, le record de l'interne qui s'était arrêtée le plus tard : « (2 semaines avant le terme) Je crois que c'était son record d'interne enceinte (rires) » (F8).

La façon dont l'arrêt de travail était perçu par le service restait une donnée importante : « Ça n'a pas posé problème au sein du service. Je n'ai pas eu l'impression que ce soit difficile pour eux de l'entendre. Et du coup, moi je l'ai plutôt bien vécu en fait cet arrêt-là » (F17).

#### **Parfois l'arrêt était difficile à accepter car :**

-il était **inattendu** : « Ça a été un peu un coup parce que [...] j'étais fatiguée certes mais je ne pensais pas être arrêtée comme ça, je n'avais pas de signe avant-coureur [...] il a vraiment insisté » (F4).

-il pouvait être source d'**appréhension**. Une interne expliquait : « Sur la fin [...] comme il y avait les fortes chaleurs tout ça je me suis dit : "il ne faut surtout pas que je sois en arrêt de travail parce que... sinon je ne pouvais pas redécaler mon congé mat" » (F7).

-le **lieu de stage** était **très apprécié**.

### **3.1.3. Gardes**

Concernant les **gardes**, seules 6 internes ont eu peu ou pas de gardes.

**La plupart** les ont assurées **jusqu'au deuxième mois inclus**, comme le leur permettait le cadre législatif : « Légalement, je n'étais pas obligée d'en faire donc je ne les ai pas faites » (F14) et ont apprécié d'en être exemptées.

**D'autres femmes** les ont **poursuivies par choix personnel** « J'ai fait mes gardes jusqu'à la fin du 6<sup>ème</sup> mois » (F16) ; **par solidarité** « J'avais pris 2 gardes pour aider mes co-internes » (F10) ; **ou par contrainte** : « Gardes qu'on me donnait d'office à prendre. Il a aussi fallu que je reprenne nominativement des gardes qu'on m'avait imposées, d'une interne qui était en deuil » (F8).

Il ressortait que **la grossesse compliquait parfois le travail de l'interne en garde** notamment par la **fatigue** qu'elle occasionnait : « C'était là où c'était le plus dur en fait avec la fatigue des premiers mois » (F8), la **station debout prolongée** ou les **symptômes de grossesse** : « J'ai demandé aux collègues de me faire des perfs de Largactil et de Primperan pour que je puisse finir ma garde [...] mes 3 dernières gardes, j'ai dû me faire remplacer » (F3). Ainsi, l'une des interrogées insistait sur le fait qu'il avait été particulièrement difficile pour elle d'être enceinte en stage aux Urgences.

A ce titre, les internes pères considéraient qu'il était plus difficile pour une femme enceinte d'assurer des gardes qu'un homme : « Une femme qui est enceinte, elle n'a pas la même forme physique de tenir 24h de garde, un homme, parent ou pas, peut l'avoir » (H1).

**Ces difficultés** ont pu amener certaines internes à être en **arrêt de travail pour ne plus faire de garde**.

La quasi-totalité des interrogés dénonçait le fait que c'était **le plus souvent à l'interne enceinte de trouver elle-même un remplaçant aux gardes qu'elle ne pouvait plus assurer** : « *Quand j'ai contacté la DAM (Direction des Affaires Médicales) en leur disant "Je suis arrêtée" [...] bah ils m'ont dit : "Débrouillez-vous, trouvez quelqu'un"* » (F2).

### 3.1.4. Vécu de l'expérience de la grossesse

#### Vécu de l'annonce

De nombreuses mères interrogées abordaient la **problématique de la nécessaire annonce précoce de leur grossesse** pendant l'internat.

En effet, les différentes instances devaient être prévenues au plus tôt : la DAM pour poser la date d'arrêt des gardes, l'IMGA pour l'adéquation des stages, etc. Or, nombreuses étaient les internes à avoir trouvé **gênant** le fait de devoir annoncer leur grossesse à la sphère professionnelle avant de le dire à leurs proches.

De même, il existait un **sentiment de pression** devant la nécessité de faire très tôt une échographie de datation afin de connaître le terme pour les choix de stage.

Si la question de la précocité de cette annonce était source de difficultés, c'était aussi parce qu'elle contraignait l'interne à **devoir se sur-projeter trop tôt dans sa grossesse** alors qu'elle restait consciente du risque de fausse couche : « *Je me suis retrouvée à faire une écho de datation à 4 SA (Semaines d'Aménorrhée) [...] à faire toutes ces démarches alors que, enfin c'est horrible parce qu'en même temps je ne dois pas trop m'attacher (à ce bébé)* » (F10).

La précocité de l'annonce n'était pas la seule difficulté pour les futures mères.

Ainsi, **informer leurs séniors** était parfois **source d'apprehension**, notamment par crainte de leur réaction : « *Je ne voulais surtout pas que ça ait une incidence sur mon semestre. J'étais très embêtée pour le dire à mes chefs parce que j'avais peur qu'ils le prennent pas bien* » (F11).

Dans les faits, pour certaines mères, l'annonce de la grossesse avait été **perçue positivement** : « *Mes maîtres de stage m'avaient mise très à l'aise dès le début [...] "super nouvelle" "que j'en profite[...] c'était ça le plus important* » (H2) ou sans remarque particulière, ni modification dans la relation avec leurs supérieurs.

Pour d'autres, elle avait parfois été **mal reçue**, les MSU (Maîtres de Stage Universitaires) pensant notamment que la grossesse allait impacter leur charge de travail : « *Ça lui a moins plu parce qu'elle comptait énormément sur l'interne pour assurer les consultations* » (F1). A ce sujet, une mère déclarait : « *J'ai été honnête dès le*

*départ, je leur ai dit le 1<sup>er</sup> jour où je suis arrivée [...] Pour qu'elles puissent s'organiser après car elles seraient toutes seules sur la fin » (F1).*

**L'annonce aux co-internes** soulevait également des **difficultés**. Elle pouvait être vécue **comme contrainte** : « *Je savais que ça allait se savoir avec les choix de stage donc je leur avais dit quelques semaines avant* » (F10) ou bien **comme une mauvaise nouvelle** : « *C'est le problème des gardes ! [...] ça embête tout le monde donc on a un peu l'impression d'annoncer une mauvaise nouvelle en fait* » (F12).

### **Vécu de la grossesse en stage**

Plusieurs internes insistaient sur le fait que **la grossesse n'avait pas eu d'impact négatif sur leur travail**. Ainsi, certaines vivaient très bien cette situation et voulaient travailler le plus longtemps possible avant l'accouchement : « *Un premier trimestre top. J'étais même presque gênée en fait de... d'être dispensée de gardes* » (F7).

Par ailleurs, une interne précisait avoir noté **un accueil positif de la part des patients** : « *Les patients étaient même plus gentils parce que j'étais enceinte (rires)* » (F5).

De même, pour plusieurs pères, la période de la grossesse a été bien vécue car ils n'avaient pas de préoccupation professionnelle, les conditions de travail étaient confortables et le temps de travail respecté.

D'autres internes ont fait l'expérience de **ressentis plus négatifs**.

Une future mère disait expérimenter une sensation de **baisse de performance liée à la grossesse** : « *Je sentais mon bébé bouger [...] j'avais l'impression que voilà c'était un attentat dans mon ventre et euh... j'avais envie de dire "pff laisse-moi un petit peu me concentrer euh... j'ai besoin d'être concentrée pour travailler et là tu m'empêches de travailler"* » (F2).

Une autre exprimait des **difficultés à allier l'état émotionnel de la grossesse avec l'environnement professionnel** : « *J'ai fait un stage en X [...] j'ai eu quelques cas difficiles [...] difficiles pour moi psychologiquement mais encore moins bien vécus de par la grossesse* » (F13).

Il y avait parfois le sentiment de **ne pas avoir pu préparer l'arrivée de son enfant aussi bien qu'une autre maman** : « *Ça aurait peut-être été bon que je prenne le temps de préparer ma grossesse, l'accouchement. C'est des choses qu'on ne fait pas quand on est interne. Et toi, t'es là (rire nerveux) tu te sens une mauvaise mère [...] tu attends juste qu'il arrive et tu survis* » (F16).

Le **stress lié à l'activité professionnelle** était parfois source de **culpabilité** : « *Je culpabilisais envers mon bébé, en me disant, mais le pauvre dans quel climat il va arriver [...] je m'en voulais de me sentir pas bien pour lui alors qu'en fait j'étais très heureuse d'être maman* » (F10).

Une autre interne relatait son **inquiétude** quant au **risque infectieux en stage** : « *J'avais surtout peur de me choper un virus ou autre pendant l'hiver. J'étais limite parano à mettre un masque, des gants, du SHA (Solution Hydro-Alcoolique)* » (F9).

## 3.2. Stage et parentalité

### 3.2.1. La reprise, un moment de fragilité

Afin de pouvoir rester plus longtemps auprès de leur enfant, certaines internes **prolongeaient leur congé maternité par des CA** tandis que d'autres **le décalayaient**. A l'inverse, certaines internes avaient fait le choix d'une **reprise anticipée** pour valider leur stage, ce qui avait été globalement **vécu** comme un **choix contraint et difficile**.

Les **stages éloignés**, avec des **horaires décalés et/ou importants** étaient particulièrement mal vécus : « *Je ne le voyais quasiment plus, parce que au début, j'étais beaucoup [...] de 16h-minuit. [...] je rentrais dans la nuit du coup je ne le voyais qu'un peu le matin, le temps de le préparer* » (F13).

Un père relatait une expérience en stage particulièrement difficile : « *C'était mon 4<sup>ème</sup> semestre du coup [...] très compliqué au niveau du temps de travail [...] on s'est retrouvé en sous-effectif [...] à assurer des choses qu'on n'avait pas à assurer. [...] entre 55 et 65 heures semaine travaillées, plus donc les nuits, les week-ends. Les repos, ça ils respectaient les repos, les 48h bien sûr que non [...] moi par exemple j'ai fait 21 journées sans repos d'affilée* » (H5).

Le **non-respect des demi-journées de formation** était également un critère devenant très impactant : « *Et j'avais demandé une journée de formation [...] Pour souffler en disant que 80 ça allait être beaucoup [...] Et tu vois, ma journée n'a pas été acceptée donc j'ai fait mes 80h* » (F16).

La question des gardes concentrait là encore beaucoup de difficultés.

Les reprendre était source d'une **grande appréhension voire très mal vécu, surtout** lorsque celles-ci avaient lieu sur les **premiers jours du retour au travail** : « *Les boules de recommencer, après plus de 6*

*mois d'arrêt, par des gardes aux urgences du CHU quoi [...] je ne me sentais pas sereine » (F3) ; « Ta première garde [...] ils sont inconscients (mot appuyé) de nous laisser ça ! tu vois... parce que 4 mois (mot appuyé) sans exercer du tout (mot appuyé) ta médecine, tu as... Tu as... tu as oublié vachement, tu n'as plus les réflexes » (FG).*

Certaines mères ont été **désagréablement surprises** d'avoir à effectuer des gardes à la reprise notamment lorsqu'elles étaient en SNV (Surnombre Non Validant) : « *Et il se trouve que [...] même un SNV, tu dois faire des gardes [...] pour 2 mois, je ne m'imaginais pas qu'ils allaient me demander de reprendre 6 gardes* » (F14).

Certaines situations étaient à noter, comme cette interne ayant été mise de **garde pendant ses congés** posés à la suite de son absence maternité ou cette autre qui **a dû rattraper, à sa reprise, une partie des gardes qu'elle n'avait pas pu faire pendant son congé maternité.**

A ce sujet, un interrogé ayant exercé des fonctions dans le syndicat des internes angevins évoquait lors du FG, avoir eu des échanges houleux avec les responsables des gardes du fait de l'illégalité de certains tableaux élaborés.

Certaines ont été soulagées de cette contrainte par la **bienveillance de leurs co-internes** ayant proposé de ne pas en reprendre : « *Ça c'était agréable parce qu'en fait, on m'a demandé si je voulais reprendre des gardes au moment de ma reprise* » (F17).

Certaines étaient **satisfaites** de reprendre les gardes : « *Ça ne me dérangeait pas [...] j'étais contente de remettre les pieds dans le travail aussi. C'était un peu une façon de me prouver que j'avais repris et que je faisais mon boulot* » (F11).

Plusieurs internes soulignaient **l'intégration réussie des gardes à leur nouveau rythme de vie.**

Psychologiquement, plusieurs mères avouaient un **vécu difficile de la transition entre la grossesse**, où l'interne était préservée et jouissait d'une certaine considération, **et la reprise** où elle ne l'était plus, alors même que c'était à ce moment-là qu'elle en aurait eu le plus besoin : « *Ça c'était compliqué aussi de passer du statut de femme enceinte à jeune maman parce que, quand on est enceinte, on a un gros ventre, ça se voit [...] globalement, tout le monde est un petit peu aux petits soins [...] une fois qu'on est jeune maman [...] on n'est plus dispensé de garde, on a plus rien. Ça ne se voit pas quoi sur notre tête qu'on est jeune maman et les gens ne comprennent pas forcément* » (F7).

Le **vécu** de la reprise du travail était largement **conditionné au stage** obtenu, certaines internes évoquant des conditions favorables (notamment une reprise en surnombre) : « *Ils ont plutôt été contents d'avoir une personne en plus donc j'ai été bien accueillie [...] j'ai repris en douceur [...] cocoonée au début, ça c'est bien, c'est ce que je voulais* » (F17) ; d'autres ont pu être éprouvées.

**La reprise du travail était parfois perçue comme une violence** : « *Rien que le fait de reprendre, c'est déjà une violence parce qu'on laisse son enfant alors que [...] il y a une fusion qui s'est créée avec le bébé [...] déjà de reprendre un stage, il faut se remettre dedans et si en plus il y a les gardes qui s'ajoutent à ça tout de suite, ça peut être euh... assez violent.* » (FG).

Une mère évoquait sa **reprise anticipée** : « *Reprendre avant la fin d'un congé mat, j'aurais jamais eu cette idée toute seule clairement, c'est complètement suicidaire (rires). Et en fait, j'ai ma tutrice qui avait fait ça [...] Bah écoute, moi j'ai fait ça, franchement ça vaut le coup d'y réfléchir* » (F16).

La **tristesse de la séparation** concernait aussi bien les hommes que les femmes et avait pu **impacter les capacités de concentration** : « *C'est toujours chiant, je trouve dans notre métier d'avoir des choses sur le cœur que t'arrives pas à te sortir alors que tu veux être concentré dans ce que tu fais* » (H7).

Certains pères interrogés supposaient néanmoins que le **lien psychologique à l'enfant était plus fort** chez les **mères**, ce qui impliquait un **vécu plus difficile du retour au travail et de la séparation** sur des amplitudes professionnelles de 24h.

**Néanmoins, reprendre une activité professionnelle était apprécié** car cela permettait de retrouver un lien social avec les collègues et les patients ainsi qu'une « utilité professionnelle ».

### Difficultés concernant le mode de garde

Un point crucial, évoqué par bon nombre d'internes, était la question du **mode de garde et de sa fiabilité**.

Un père relatait son expérience difficile : « *Elle (nourrice) nous a plantés, on s'est retrouvés du jour au lendemain sans moyen de garde avec les parents à 300km (rire crispé) [...] ça m'a fait rater quelques jours de boulot mais ils ont été compréhensifs [...] la crèche du CHU ils nous ont dépannés mais ils ne pouvaient nous donner des réponses enfin... que au jour le jour [...] donc euh... s'ils ne pouvaient pas, il fallait faire marcher les réseaux de copains* » (H2).

Plusieurs internes avaient pourtant fait le **choix d'une assistante maternelle** considérant ce mode de garde comme **plus fiable** (pas de risque de grève, enfant malade plus facilement accepté).

**Le rythme de travail avait compliqué le mode de garde** car les horaires stricts de la crèche étaient souvent non conciliaires avec ceux, denses et atypiques, de l'interne.

La minorité de parents qui n'avait pas été confrontée à ces difficultés bénéficiait, soit d'un mode de garde complémentaire, soit d'un conjoint ayant des horaires fixes ou ayant fait le choix de cesser son activité professionnelle pour se consacrer à l'enfant.

Les internes soulignaient l'**incompatibilité** qui existait à leurs yeux **entre la mobilité géographique imposée à l'interne et l'absence de proposition de mode de garde sur leur lieu de travail**. La nécessité de changer de mode de garde tous les 6 mois pouvait s'avérer perturbante pour l'enfant.

Les interrogés déploraient et trouvaient choquant que le système n'ait pas intégré la parentalité dans les aménagements proposés aux internes à ce sujet : « *Tu vois c'est tous ces aménagements là où, par rapport à l'interne parent, qui est complètement inexistant (mot appuyé). Enfin je suis désolé mais l'internat n'est pas du tout (mot appuyé) adaptable pour des jeunes parents enfin on s'en fout complètement quoi (mot appuyé, ton agacé)* » (H4).

En effet, **l'absence d'accès prioritaire à la crèche du CHU et des CH** (Centres Hospitaliers) de périphérie avait souvent été évoquée en individuel comme en FG. Les internes s'en plaignaient car ils avaient le **sentiment d'être discriminés** alors même qu'ils se considéraient au moins aussi légitimes, voire plus à y avoir accès : « *Sachant que la crèche de l'hôpital, déjà elle est adaptée aux horaires infirmiers qui sont hyper-extensibles, ça me paraît logique qu'on ait une place prioritaire à la crèche* » (F1).

La majorité soulignait que, là encore, **l'aide familiale était précieuse voire indispensable** notamment pour les nuits et les weekends où l'interne était de garde, les journées où il finissait très tard, les périodes de congés du mode de garde ou dans certaines situations particulières : « *Je suis allée 6 mois chez ma mère parce qu'en fait mon conjoint était à X à Paris en stage. Sinon ça aurait pas été possible c'est clair [...] du coup mon stage PRAT (stage ambulatoire de premier niveau), je l'ai fait à X, le bled où mes parents habitent* » (F9).

Cette aide pouvait être **présentielle** ou **financière** : « *En fait ce qui nous a vraiment beaucoup aidés c'est que mes beaux-parents nous ont proposé, nous ont offert des heures de baby-sitting euh le soir et ça, ça a été vraiment très aidant* » (F4).

Il n'y avait aucune famille monoparentale dans l'échantillon de cette étude mais plusieurs interrogés se questionnaient sur cette situation qui leur semblait inextricable : « *Dans ce cas-là, je ne vois pas comment elle*

*peut faire à moins d'avoir une nounou qui bosserait H24 y compris la nuit [...] quand elle prend sa garde à 18h, elle en fait quoi du bébé ? Elle l'emmène aux urgences ? »* (F4).

## Difficultés concernant l'allaitement

Pour une large majorité, les jeunes mères avaient fait le choix d'un **allaitement maternel**. Celui-ci a été **vécu positivement**, décrit comme permettant notamment de **créer plus de lien avec l'enfant**.

Si les internes avaient rencontré certaines **difficultés** ou **inquiétudes** communes à toute femme allaitante (difficultés à initier la lactation ou la mise au sein de l'enfant, questionnement sur les quantités prises, etc.), **la plus importante a été la question de la reprise du travail** que de nombreuses mères jugeaient incompatible avec la poursuite de leur allaitement.

Pour certaines, **l'anticipation de ces difficultés** avait donc amené à un **sevrage avant la reprise**, parfois subi et très frustrant, les femmes considérant qu'il s'agissait de l'alimentation idéale pour l'enfant, comme cela leur avait d'ailleurs été enseigné. Plusieurs mères avaient rapporté que cette frustration était d'autant plus importante que la reprise coïncidait souvent avec le moment où leur allaitement commençait à bien se mettre en place.

Pour celles qui souhaitaient poursuivre, la reprise était fréquemment synonyme d'un **passage à l'allaitement mixte**. S'ajoutant aux autres contraintes rencontrées, il avait, pour plusieurs internes, eu pour conséquences une diminution progressive de la lactation et un arrêt plus précoce que souhaité de leur allaitement. Toutefois, certaines mères avaient mieux accepté cette transition, l'allaitement artificiel pouvant offrir d'autres bénéfices.

Lorsque les internes étaient interrogées sur ces difficultés rencontrées, elles dénonçaient une **mauvaise information** voire une rétention d'informations supposée **quant à leurs droits** autour de l'allaitement.

De plus, elles expliquaient qu'il n'y avait **pas ou peu d'aménagement pour l'allaitement sur le lieu de stage**. Tirer son lait pouvait donc s'avérer très compliqué : « *Il y avait pas d'endroit pour allaiter donc c'était la salle de pause commune [...] j'étais en train de tirer mon lait et quelqu'un rentre [...] franchement les conditions, c'était pas terrible quoi donc ça participait pas non plus au maintien de tout ça* » (F12).

**Poursuivre son allaitement en garde** nécessitait de s'absenter régulièrement pour tirer son lait. Si certaines internes avaient pu le faire malgré les difficultés, d'autres ne s'étaient pas autorisées à poser la question, présupposant un refus évident de leurs chefs : « *J'avais pas pu tirer mon lait aux urgences [...] je n'ai même pas*

*envisagé de poser la question de savoir si je pouvais le faire [...] j'avais peur qu'on me regarde avec des yeux comme des soucoupes en me disant bah : "Qu'est-ce qu'elle me... ben non, bien sûr que non tu peux pas..." enfin, j'avais peur de... de me prendre un non dans la figure quoi [...] je n'ai pas osé. J'ai tiré mon lait avant d'aller à la garde mais ça n'a pas suffi quoi » (F4).*

Pour beaucoup d'internes interrogées, il existait un **fort investissement émotionnel dans la poursuite de l'allaitement**. Certaines ont ainsi tiré leur lait en stage peu importe les conditions : « *J'ai tiré mon lait mais clairement c'est parce que je le voulais et que de toutes façons dans ma tête, j'aurais pas pu faire autrement [...] j'étais même prête à aller tirer dans ma voiture s'il le fallait [...] ça m'aurait vraiment (mot appuyé) vraiment (insiste) affectée de ne pas pouvoir continuer, de briser mon allaitement » (F1).*

A l'inverse, d'autres y avaient **renoncé du fait de la complexité logistique** que cela représentait : « *(parlant de sa femme interne de MG) elle pouvait pas tirer en stage [...] C'était trop compliqué, il fallait qu'elle fasse l'aller et retour tous les midis [...] Elle tirait 20 min, elle avait 5 min pour manger et il fallait qu'elle reparte, c'était pas gérable quoi » (H8).*

En évoquant ce sujet de l'allaitement en stage, les internes énonçaient un **sentiment de dépersonnalisation** dans les structures hospitalières où l'interne serait prié de « *faire son taf* » (F4) peu importe le contexte.

Il est à noter que **certains pères interrogés** considéraient que **l'allaitement rendait l'expérience de la parentalité pendant l'internat plus complexe**.

### 3.2.2. Bénéfices secondaires de la parentalité

Devenir parent pendant l'internat, bien que présentant des difficultés, avait néanmoins permis d'obtenir certains bénéfices comme pouvoir faire un **stage de CHU sans garde**.

La plupart des participants avaient expliqué que le SNV apportait des **bénéfices** qui auraient été **inaccessibles en dehors** de ce contexte.

En effet, il créait l'**opportunité** de réaliser un **stage supplémentaire** : « *Moi, ça m'a permis de... d'élargir mon... mon domaine de compétences, en allant voir d'autres stages, et ça, je considère que c'est vraiment une*

*chance » (F4) ; « Pour ma formation médicale, j'avais envie de passer à l'équipe mobile de gériatrie mais pas 6 mois donc là ça tombait hyper bien, c'était super » (F3).*

L'exemple le plus souvent avancé était celui du cumul du **stage de gynécologie et de pédiatrie** : « *J'étais en gynéco, j'avais fait la pédia donc ça m'a permis de faire de la gynéco car on ne pouvait pas faire les 2* » (F14).

En outre, ce stage pouvait être **choisi en s'affranchissant de son rang de classement** : « *C'est la seule possibilité en fait, même en étant classée en bas de la promo, de pouvoir faire un stage où on est sûr de choisir ce qu'on veut* » (FG). Un père soulignait : « *Et quoi qu'il arrive, résultat, nous en tant qu'hommes, on n'y a pas accès hein* » (FG).

De plus, ce SNV permettait, par ancienneté de semestre, de pouvoir **choisir le dernier stage avant les internes de la promotion suivante** offrant ainsi un choix plus ouvert.

Une mère avait pu en profiter pour **valider des temps pédagogiques** autres : « *Mon stage en surnombre [...] ça me permettait de valider en même temps toutes mes consults à faire en DU (Diplôme Universitaire)* » (F9).

A la reprise, le SNV avait permis de **se passer** plus facilement **d'une disponibilité** et aidait les jeunes mères à se rôder à leur nouvelle organisation de vie.

### 3.2.3. Aménagements

Lors du FG, a été évoquée l'idée que la **loi « Internat et grossesse » de 2016** avait marqué un **tournant positif** pour l'interne souhaitant devenir parent. Toutefois, certains interrogés la trouvaient mal appliquée et perfectible même s'ils se sentaient privilégiés par rapport aux générations précédentes.

Il apparaissait que **de nombreux interrogés méconnaissaient leurs propres droits**.

Une interne **revendiquait** ainsi **des acquis accordés à d'autres professions** qu'elle pensait accessibles aussi aux internes : « *Nous dire qu'on a droit à un peu de temps, enfin bosser un peu moins sur une journée, mais ça on n'est pas au courant. Moi je l'ai su parce qu'il y avait une copine qui était enceinte au même moment que moi et qui avait le droit à une heure* » (F2).

Ils déclaraient ne **pas toujours savoir vers qui se tourner pour signaler ces manquements** : « *Par rapport à l'administration, tu vois moi, je savais par exemple que les gardes elles avaient pas à être cumulées, bien sûr, mais tu veux que je fasse quoi ?* » (FG).

## Congé paternité

Il s'agissait du **seul aménagement existant pour les pères**. Tous les interrogés se déclaraient satisfaits d'avoir pu en bénéficier et encourageaient les autres pères à s'en saisir.

**Certains supposaient que tous les internes pères ne pouvaient faire valoir ce droit**, notamment dans les autres spécialités. Malgré tout, ces deux semaines avaient été posées facilement pour plusieurs pères. Ils précisaient qu'il était toutefois **nécessaire de le planifier**, ce qui était **parfois source de difficultés**.

Certains pères l'avaient **pris en décalé** par rapport à la naissance et d'autres l'avaient **rallongé par des congés** pour être présents plus longtemps auprès de leur famille. Toutefois, un interne expliquait que **poser des CA sur le même semestre pouvait être perçu comme abusif** : « *C'était l'idée de dire, tu poses 2 semaines de congés (congé paternité), il n'y a aucun souci mais c'est 2 semaines de congés quoi (rires) [...] tu sens que les gens se disent : "Ouah 4 semaines sur un semestre quand même, tu t'embêtes pas quoi !" (rires)* » (FG).

**Plusieurs internes**, hommes comme femmes, estimaient sa **durée trop courte et frustrante**.

Aux yeux des pères, elle ne leur permettait pas de s'approprier leur nouveau rôle et d'être présents comme ils l'auraient souhaité. Cela avait pu donner l'impression à certains de passer à côté du lien qu'ils voulaient créer avec leur enfant : « *C'était vraiment bien mais c'est juste, beaucoup trop court ! 14 jours, c'était dur [...] il n'avait même pas le temps de découvrir X que c'était déjà, il était appelé au travail. Donc euh il l'a pris donc c'était bien déjà mais trop court* » (F17).

## Gardes et astreintes

La **dispense de garde** à partir du début du troisième mois de grossesse était **perçue positivement**, notamment vis-à-vis de la fatigue. En FG, a été rappelé qu'il s'agissait d'une **possibilité** de dispense : « *C'est l'interne qui décide* » (FG).

La laisser à l'approbation de l'interne était vue comme une bonne chose aux yeux des pères interrogés. Toutefois, une interne soulevait le fait que cela **faisait peser aux futures mères le poids, difficile, de la décision et de l'impact** que cela aurait **sur leurs collègues** : « *Par rapport au fait qu'on ait le droit de ne pas faire de garde à 3 mois de grossesse. Donc ça, ça simplifie mais euh on est quand même dans des études où l'arrêt, justement comme tu le dis (s'adressant à X), le fait de faire peser aux autres, euh les gardes, enfin moi je trouve ça pas facile* » (FG).

Un interrogé trouvait qu'il était **problématique que les femmes enceintes** fassent des **astreintes hospitalières** : « *L'interne est tenue, comme tous les autres internes, à les faire et peu importe que la grossesse se passe bien ou mal. [...] c'est un peu mal foutu, ça, ça devrait avoir tendance à être reconstruit* » (FG).

Une participante s'indignait de **l'absence d'information sur ses droits à ce sujet** : « *Ils ne proposent même pas enfin... je veux dire moi ils ne m'ont jamais envoyé de trucs en disant : "Vous êtes dans votre droit de dire que vous ne voulez plus faire de gardes" c'est parce que je le savais sinon ils ne nous envoient rien pour nous dire ça !* » (F2).

Ainsi, les chercheuses ont pu constater chez les interrogés une **incertitude** notamment quant au **terme à partir duquel les gardes pouvaient être interrompus** et quant à la **dispense éventuelle d'astreintes**.

Les difficultés organisationnelles amenaient parfois à un **non-respect du cadre légal** malgré l'épuisement des internes : « *Mais le problème aussi, c'est que les plannings de gardes ne sont pas faits par les administrations, ils sont faits aussi entre internes* » (FG).

Les internes pères n'étaient à aucun moment exemptés de gardes, ce qu'une intervenante trouvait gênant.

### Temps de travail

**Plusieurs internes avaient pu finir plus tôt** le soir pendant la **grossesse** : « *Les fois où ils terminaient tard, ils me proposaient de partir avant la fin des consults euh... pour que je puisse me reposer.* » (F4) ou une fois **parents**, notamment pour pouvoir aller chercher leur enfant à la crèche : « *J'ai imposé le fait qu'il fallait que je parte pour aller chercher mon fils à la crèche [...] je l'ai imposé dès le départ* » (FG). Une autre nuancait : « *Finir plus tôt parce que tu as des enfants, ce n'est pas recevable comme excuse* » (F3).

Lors de la grossesse, il y a eu des **aménagements de poste pour certaines participantes** : pas de visite à domicile le soir, « *Le soir elle me faisait pas faire la contre visite et elle me laissait partir plus tôt* » (F9), « *J'ai eu un peu plus de semaines d'hôpital de jour que mes collègues où c'est plus light...* » (F3).

Certaines femmes enceintes avaient pu bénéficier de **temps de repos** : « *Ils me proposaient un temps de repos en début d'après-midi [...] si j'étais trop épuisée* » (F15) ou d'**aménagements autour du repos de garde** : « *Mes chefs me disaient : "Mais tu reviens pas le lendemain, même si c'est une garde du samedi, tu ne reviens pas lundi, tu prends ton jour". Enfin, hyper sympas* » (F10).

Les internes souhaitaient avant toute chose un **respect du cadre légal existant et notamment des demi-journées de formation** auxquelles ils exprimaient souvent ne pas avoir accès : « *Là je suis dans un stage [...] où les demi-journées sont pas du tout, du tout, du tout respectées. [...] je m'en foutais complètement quand je n'étais pas maman. Mais là, je suis maman et en plus j'ai ma thèse. Et donc ce n'est pas tenable* » (F11). Une mère suggérait qu'**être en surnombre permettrait un meilleur respect de ce cadre légal**.

### Jours enfant malade

**Une problématique quasi unanime** était celle de **l'accès aux jours enfant malade** : « *On n'a pas trop le droit de, de demander des journées enfants malades* » (F9). Certains pensaient que l'accord de leur supérieur était requis : « *Bah je me suis renseignée et en fait, c'est sous couvert de l'acceptation par le chef de service* » (F10). Souvent il s'agissait plutôt d'arrangements « à l'amiable ».

Les internes ont légalement accès à 6 jours dans ce contexte (majorés à 12 si le conjoint n'en bénéficie pas de son côté). Là encore, il existait une **méconnaissance de ce droit**, que certains internes qualifiaient de **mésinformation**.

Ces difficultés avaient pu être source de **situations psychologiquement compliquées** pour plusieurs internes : « *Quand j'ai repris euh en fait au bout de quelques jours [...] Il a été en réa [...] Et là j'ai appelé les affaires médicales pour dire "Je n'ai plus de congé", [...] Et j'ai dit : "Voilà je voudrais prendre un congé enfant malade" et la DAM m'a dit : "Bah non, il n'y a pas le droit quand on est interne" [...] Mon bébé, il était en réa et moi j'allais bosser* » (F11).

### Disponibilité et congés sans soldes

La disponibilité semblait être, pour nos participants, **une option peu intéressante** à laquelle une seule mère avait eu recours : « *Ma famille passe avant mes études, c'est pour ça que j'ai pris une année de disponibilité durant l'internat pour me consacrer à ma famille. Mes priorités sont déjà faites* » (F8).

Néanmoins, **ne pas en bénéficier avait été source de regrets** pour une participante : « *Avec le temps, je regrette de n'avoir pas passé plus de temps avec eux [...] j'aurais dû prendre une dispo je pense* » (F4).

D'autres ne l'avaient pas envisagé afin de **garder l'opportunité d'une nouvelle expérience en stage** : « *Moi j'ai pas voulu prendre de dispo parce que j'ai voulu faire de la gynéco* » (F14) ou **pour ne pas décaler davantage la fin de l'internat**.

Bien que l'aspect financier n'ait pas été cité comme étant l'obstacle principal, se passer de son salaire semblait limitant : « *Il y a la possibilité de faire une disponibilité mais dans ce cas-là, c'est pas d'argent pendant 6 mois et donc c'est un choix particulier* » (FG).

Parmi les arguments pouvant expliquer ce non-recours à la disponibilité, **le motif principal et unanime** était le **déclassement** qu'elle occasionnait : « *J'ai choisi de ne pas prendre une dispo. Parce que si je prenais une dispo, je me déclassais et ça, c'était clairement pas du tout du tout dans mon avantage* » (F10).

Ce déclassement était **considéré comme injuste et discriminant** : « *Je trouve ça ridicule [...] injuste en fait, en tant que femme, on peut avoir un enfant et garder son classement* » (F17).

En effet, **il impactait trop la vie de famille** pour la **suite de l'internat** : « *Je ne pouvais pas me permettre une dispo ce d'autant plus que j'aurais été déclassée donc finir au fond de la Mayenne pour 2 ans de ton internat, ça sert à rien. Tu te pends dans tous les cas parce que tu n'es plus avec ta famille. Enfin tout le monde ne peut pas te suivre tous les quatre matins non plus* » (F16).

Pour d'autres interrogés, hommes notamment, ce déclassement était à l'inverse perçu comme **légitime** : « *Pour le coup ça ne me choque pas* » (H1).

« *Les congés sans solde sont interdits pour les internes* » (F10), ce qui était considéré par plusieurs des interrogés comme inadmissible : « *Nous on a pesté [...] parce que du coup X (sa compagne) voulait prendre un congé sans solde suite au congé mat pour ne pas avoir à reprendre pendant un mois dans un stage de manière complètement absurde (mot appuyé) parce que ça ne servait à rien de reprendre pour un mois* » (H4).

Une interrogée avait pu obtenir une dérogation : « *J'ai fait un semestre non validant après mon congé mat [...] J'ai repris en mars parce que en fait j'ai pris un congé sans solde à la fin de mon congé mater pour rallonger un petit peu* » (F10).

## Supplément familial de traitement (SFT)

Son montant actuel était considéré comme **insultant** par les internes : « *Qu'on arrête de se moquer* » (H6) ; « *Arrêtons d'être hypocrites quand même* » (FG) ; « *C'est pitoyable !* » (FG)

Un interne énonçait que son montant, jugé **dératoire**, était **en plus soumis à conditions** : « *Si notre conjoint est déjà dans la fonction publique, on y a même pas droit* » (FG).

Une autre s'agaçait d'avoir à **remplir le papier de demande à chaque semestre**. Plusieurs internes expliquaient **ne même pas le demander alors qu'ils s'y savaient éligibles** : « *On n'a même pas finalisé la*

*demande tellement on trouvait ça ridicule* » (H5) ; « *Ce n'est pas la peine de perdre du temps à remplir ce genre de papier...pour ce genre de montant* » (FG).

Il apparaissait **incohérent aux yeux des interrogés** : « *C'est à partir du 3<sup>ème</sup> que ça vaut le coup, alors qu'on est dans un cursus qui nous pousse à pas vouloir une famille nombreuse* » (H6).

Le montant versé était toutefois jugé **plus intéressant s'il y avait plusieurs enfants** : « *Moi, pour en avoir 2, on a un plus gros avantage [...] c'est 70 brut je pense [...] dans ces cas-là on fait les démarches. On remplit le papier* » (FG).

## Surnombre

Les hommes et femmes interrogés avaient des représentations variées concernant le surnombre.

**En faire la demande quand l'interne se savait enceinte était vu comme une nécessité** : « *L'interne enceinte, clairement, il faut bénéficier du surnombre. Il faut que les internes se déclarent en surnombre, c'est beaucoup plus profitable pour elles. Ça permet de soulager les services et de pas avoir un trou dans le service quand l'interne n'est pas là* » (H8).

Certains défendaient l'idée qu'être « en bonus » dans un service **devait aussi avoir pour but de ménager l'interne** : « *Ils ont l'effectif minimum, je suis là en plus pour donner un coup de main donc euh... on peut y aller mollo* » (F2) ; « *Elle prend 2 ou 3 patients de moins sur un service conventionnel par exemple* » (H8). Certains internes attendaient ainsi du surnombre un **emploi du temps aménagé** : « *Je viendrai et puis je... j'irai faire plutôt des consults [...] je donnerai un coup de main mais je ferai des plus petites journées parce que je suis en plus* » (F2).

Le **SV** était perçu comme une **bonne alternative pour ne pas se décaler**.

Il était dans l'intérêt de l'interne mais en enchaîner deux pouvait s'avérer difficile : « *Faire juste un SV au cours du semestre avec une grossesse au milieu [...] je trouve ça... respectable (mot appuyé, ton admiratif)* » (FG).

Cependant, aux yeux de plusieurs interrogés, celui-ci ne **devait pas être source d'aménagement particulier** : « *C'est vraiment différent sur les SV où là, on est sur des durées longues et, de fait, il faut à mon sens avoir le temps de travail d'un interne euh... classique* » (H4).

De nombreuses femmes avaient **vécu positivement** leur surnombre : il était considéré comme **facile d'accès** ; la souplesse qu'il induisait favorisait **l'accueil de l'enfant dans un climat plus serein** et le fait d'être en bonus permettait aux mères de **moins culpabiliser en cas d'arrêt** : « *Heureusement que ça existe [...] ça*

*nous met moins de pression aussi quand on doit s'arrêter parce qu'on se dit : "Bah voilà je suis en surnombre, j'ai le droit de m'arrêter" »* (F13).

Les internes rapportaient également une **satisfaction quant au lieu de stage**, qu'elles appréciaient pouvoir choisir librement (SNV), souvent dans un **service proche et/ou connu** où l'interne savait qu'elle serait bien reçue : « *Mon surnombre, il a été bénéfique et j'en suis contente* » (F14).

Bien que les surnombres aient procuré des avantages, ils pouvaient également causer des **difficultés**.

**Statuer à l'avance entre SV et SNV avait pu s'avérer complexe** : « *En fait je pensais choisir au début en disant que voilà je faisais un SV, et puis si je n'arrivais pas à valider mes 4 mois et bah tant pis, ça serait un non validant [...] l'ARS (Agence Régionale de Santé) n'a pas du tout accepté que ça se passe comme ça. En fait, ils m'ont dit que je devais choisir à l'avance et que si je choisissais un SV, il fallait que je demande à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) de raccourcir mon congé maternité* » (F15). Il n'existe pas de disposition légale confortant ce positionnement.

Deux internes avaient eu des difficultés pour **trouver leur stage en SNV** : « *Elle m'a un peu rembarrée en me disant : "Bah écoutez non, on n'a pas le temps de vous prendre comme ça [...] pour 5 semaines, de vous former", on a autre chose à faire quoi en gros* » (F11) ; « *Le centre hospitalier a refusé mon surnombre parce que ça voulait dire qu'ils devaient me payer en plus et qu'eux, ils étaient en restriction budgétaire [...] ça a traîné et finalement l'ARS a imposé à l'hôpital X de me prendre en surnombre* » (F15).

Par ailleurs, il était observé par les internes que **les services semblaient parfois mal informés de l'organisation des surnombres**.

Une interne s'était heurtée à **l'impossibilité d'accès au surnombre sur les stages ambulatoires**, une difficulté renforcée par la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle : « *Pour le 2<sup>ème</sup> semestre, ça a posé souci, ils n'ont pas voulu que je fasse mon PRAT [...] chez les PRAT, on ne pouvait pas demander de surnombre* » (F10). Ce parti pris de ne pas accepter de surnombre en ambulatoire était perçu comme **discutable**, voire **discriminant** par les interrogés.

Le **SV pouvait occasionner une pression** sur l'interne car il fallait tenir les 4 mois pour valider, ce qui nécessitait parfois d'écourter le congé maternité : « *Il n'y a aucune maman qui a envie de reprendre à 1 mois et demi [...] clairement je ne serais pas en médecine, je n'aurais jamais fait ce choix-là et j'aurais allaité* » (FG).

Le schéma à **deux surnombres faisait courir le risque, en cas de complication, d'un décalage d'un an** : « *C'est l'enchaînement SV/SNV ou SNV/SV [...] pour peu que le validant ne soit pas validé, que tu te retrouves mise en arrêt pendant X semaines ça fait donc 2 non validants d'affilée et ben des fois à quelques jours [...] on*

*se retrouve à faire 2 fois 6 mois alors qu'on a déjà fait 7 mois de plus et ça je trouve ça... ça, c'est pas normal, là il y a un problème »* (FG).

**Reprendre le stage en cours de semestre était source de difficultés** aussi bien pour les équipes que pour l'interne : « *Le démarrage 1 mois et demi après tout le monde, c'est un peu dur ; pour les équipes qui doivent de nouveau réapprendre à quelqu'un comment on bosse dans le service, pour la personne [...] qui a l'impression de débarquer au milieu d'un truc qui est bien ficelé* » (H8).

Il en était de même avec certains SNV, effectués sur des **durées parfois très courtes** : « *Pour le coup, ça met un petit peu tout le monde en difficulté : l'interne [...] pas forcément très bien accueillie [...] une situation qui est un petit peu inconfortable ; le service, qui ne sait pas exactement comment gérer ce genre de situation non plus* » (FG). Ces situations avaient **peu de sens pédagogiquement parlant** pour les internes : « *Là dans l'exemple* (cite le cas d'une interne ayant repris pour quelques jours) *tu as l'impression que c'est une excuse pour dire : "Ah non, non, non, c'est pas des dispos, elles sont en surnombre donc elles travaillent"* » (H4).

Concrètement, le constat était fait d'une **grande disparité dans le déroulement des surnombres** avec d'un côté des internes effectuant le même travail au même rythme que les autres : « *Je n'avais pas l'impression d'être en plus, j'étais vraiment dans le roulement* » (F7), quand d'autres bénéficiaient d'aménagements particuliers :

-**une diminution du rythme des gardes**

-**des aménagements tacites** dans le service : « *J'ai quand même commencé à avoir des contractions et du coup X m'a mis en consultation où [...] c'était quand même un petit peu plus reposant* » (F13).

-**un choix des horaires en SNV** : « *Ça m'a permis de reprendre sur un rythme assez cool parce que je faisais vraiment ce que je voulais et en terme d'horaires, c'était plutôt très agréable* » (F14).

-**un surnombre personnalisé** avec le service accueillant : « *J'étais en surnombre, je faisais ce que je voulais [...] le centre de planification [...] des consultations de gynéco avec les sages-femmes [...] Je suis pas allée en suites de couche, j'avais pas trop envie* » (F14).

Les surnombres qui semblaient se dérouler le mieux étaient ceux où il n'y avait pas d'autre interne et ceux pour lesquels l'organisation du stage avait été anticipée. Un père estimait que le modèle actuel était **bien pensé mais perfectible.**

## Absence de déclassement

Le classement aux ECN représentait la récompense ultime, obtenue au prix de beaucoup de travail. Ainsi l'abolition de ce déclassement en 2016 était perçue comme étant **en cohérence avec le concept de surnombre**, donnant le sentiment aux internes que le système avait déjà bien évolué.

Les internes pensaient que cela permettait de **s'affranchir d'une planification précise des grossesses**.

En revanche, **le système actuel de classement priorisant l'ancienneté ne faisait pas l'unanimité** :

*« Le système de classement, il est basé sur le nombre de semestres validés pour faire valoriser le nombre de semestres validés. Ce qui est totalement stupide, effectivement, dans le cadre des disponibilités et des surnombres »* (FG).

L'opinion sur l'avant-réforme était unanime.

Le vécu de la parentalité avait dû être **plus difficile** : « *Je sais que c'était une galère pour mes copines hein qui étaient enceintes ou qui ont été décalées* » (H3) et les internes s'indignaient face à ce qu'ils considéraient comme une « **mise au placard** » des internes mères. Le déclassement était en effet vu comme **discriminant et injuste**, surtout pour les internes ayant obtenu un rang satisfaisant : « *Se retrouver déclassée suite à une grossesse, c'est... [...] un peu choquant !* » (F7).

L'idée de devoir subir un **éloignement plus important** de ce fait était vu comme une « **double peine** » non envisageable : « *Que ce surnombre ne soit plus délassant, c'est une énorme avancée. C'est une avancée qui me paraît indispensable mais qui est arrivée très, très tardivement. Effrayant !* » (F16).

Les internes exprimaient le **sentiment d'être traitées différemment des autres professions** où ce genre de discrimination « officielle » leur semblait inexistante.

Ainsi, la suppression du déclassement était perçue comme une **avancée positive et indispensable**.

Elle était également considérée comme **juste et équitable** : « *Ça semble cohérent de valoriser une interne qui a fait deux mois et demi parce qu'elle était en SNV parce qu'elle a quand même fait deux mois et demi de plus que quelqu'un d'autre. Et c'est comme ça que le système est pensé* » (FG).

**Pouvoir choisir son dernier stage en étant mieux classée** était un **avantage** qui pouvait être **perçu par certains co-internes comme injuste** : « *Pour en avoir parlé avec certains internes, notamment des garçons, bien classés dans les promos, c'est que ça crée pas mal de jalousie [...] "Pourquoi les têtes de promo du*

*coup c'est toujours des internes filles qui ont des enfants, et nous on aura jamais accès aux premiers choix parce qu'on est des mecs et qu'on est pas tombé enceinte ?”* » (F7).

Concernant l'influence de cette réforme sur le projet parental : les interrogés exprimaient que **le déclassement avait pu auparavant influencer négativement ce projet**. Une interne se projetait : « *Je pense que ça aurait vraiment remis en question.* » (F17). A l'inverse, pour d'autres interrogés, le maintien de ce déclassement n'aurait pas influencé le moment de fonder une famille (notamment en cas de mauvais classement) mais l'aurait **complexifié** : « *Je pense que ça n'aurait rien changé pour moi [...] j'aurais fait quand même, mais ça aurait été plus... plus difficile* » (F3).

### **3.3. Déterminants sociaux des relations professionnelles de l'interne parent et ses conséquences**

#### **3.3.1. Représentations**

Dans cette partie sont abordées les représentations des interrogés sur la condition d'interne et d'interne parent, ainsi que celles qu'ils prêtent aux autres.

## Comment sont perçus l'interne et l'internat en général ?

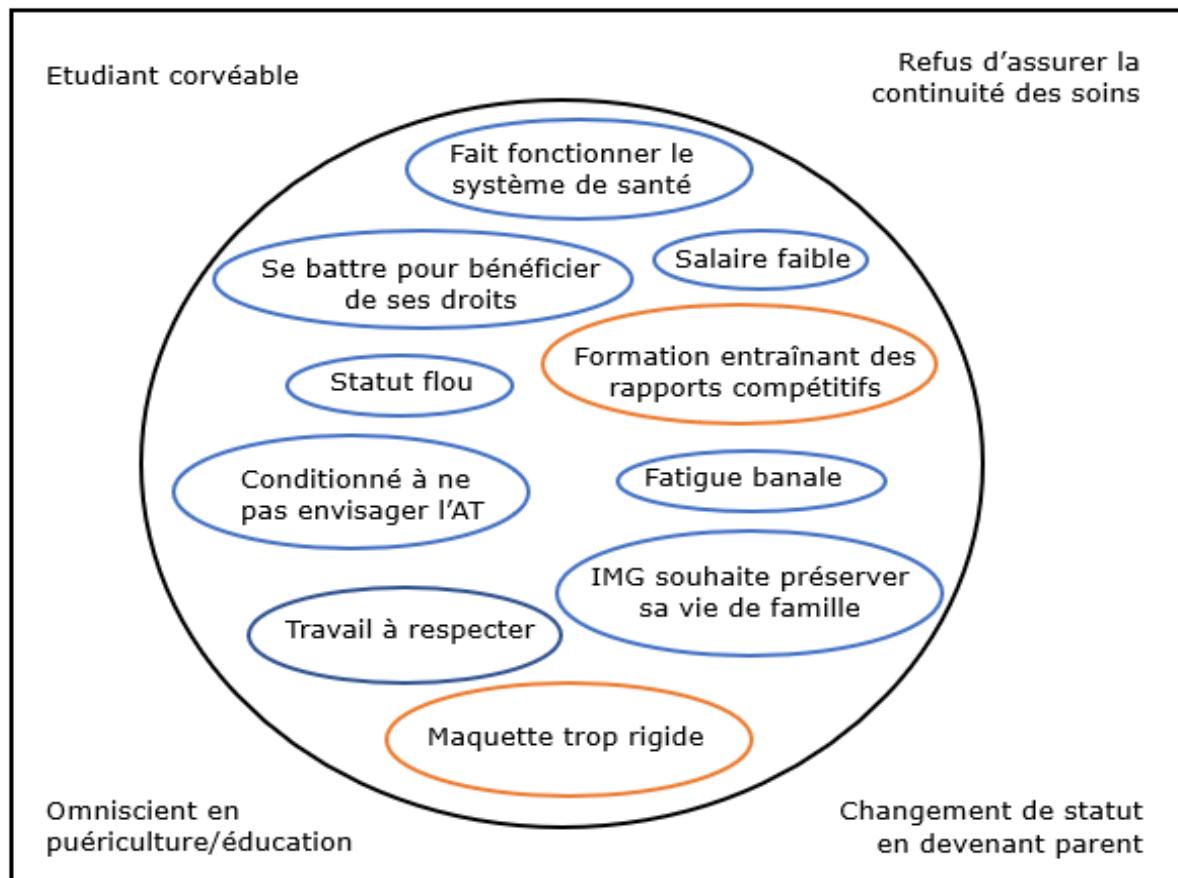


Figure 3 : Schéma illustrant les représentations de l'interne et de l'internat en général

: représentations des autres

**en orange** : ce qui concerne l'internat

IMG= interne de médecine générale

: représentations personnelles des interrogés

**en bleu** : ce qui concerne l'interne

La double étiquette de l'interne, étudiant et salarié, laisserait un **flou sur son statut, souvent interprété**

**à son désavantage** : « C'est un statut un peu euh... ça... ça arrange bien d'être salarié, ça arrange bien d'être étudiant... C'est un peu... Ça joue sur les deux fronts quoi » (F12).

## Comment les participants voient-ils l'interne enceinte et l'interne parent ?

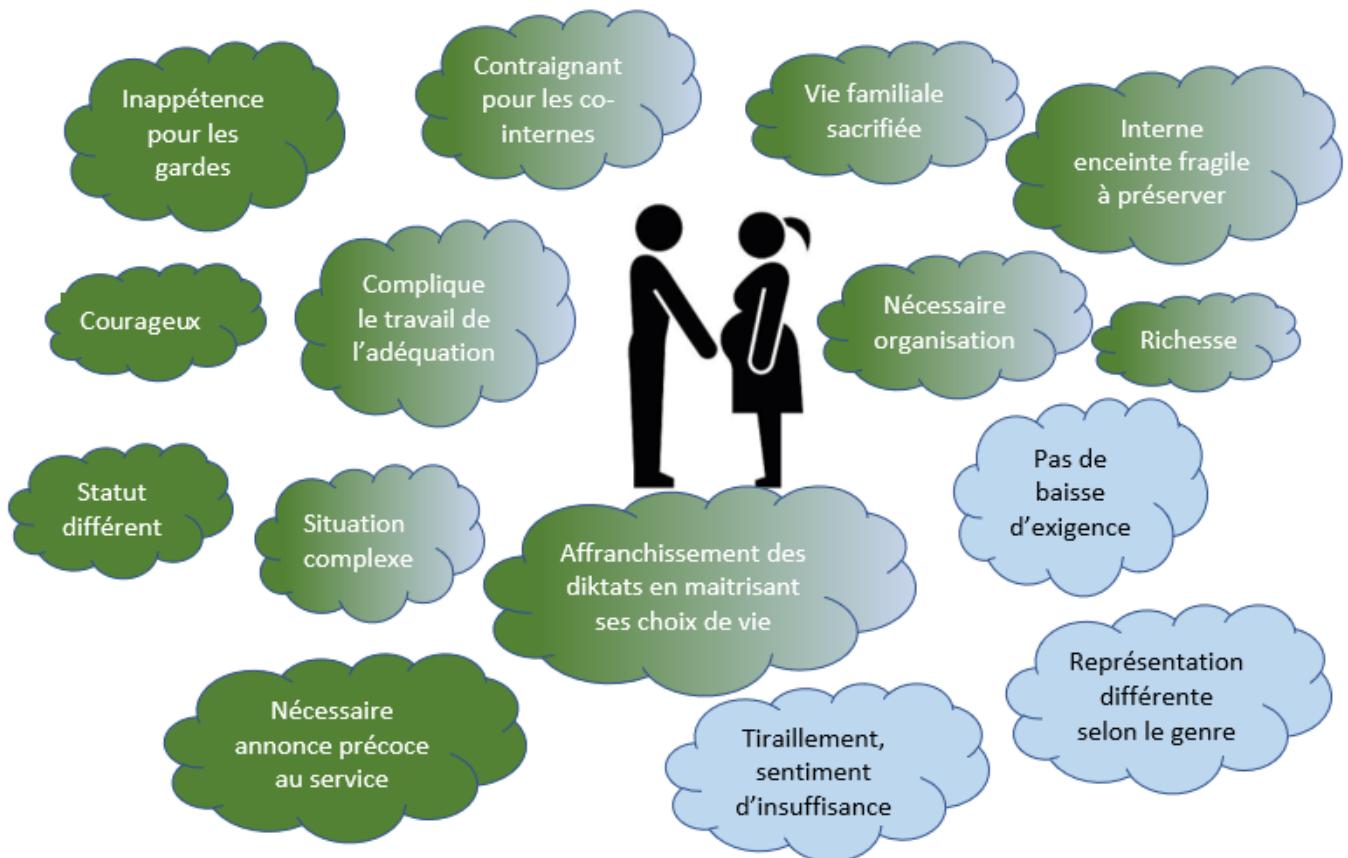


Figure 4 : Les représentations personnelles des participants concernant l'interne enceinte et parent

**En vert :** vision sur les autres

**En bleu :** vision sur eux-mêmes

**En dégradé :** ce qui est valable pour le participant lui-même et les autres parents

Une mère estimait que **l'interne enceinte** aurait été **plus fragile** et aurait **dû être préservée** : « Alors c'est vrai que qu'on dit souvent "Ouais ! la grossesse c'est pas une maladie". Mais enfin c'est pas un statut tout à fait, on n'est pas dans notre état normal et... c'est, on est quand même un peu plus fragile et donc il faut faire attention » (F12).

Concernant l'interne devenant parent, les représentations étaient nombreuses.

**Ils n'aimeraient pas faire de gardes** : « C'est des représentations donc forcément c'est cliché hein [...] c'est une fille déjà, qui n'aime pas faire des gardes [...] moments difficiles pour elle quoi [...] c'était compliqué quoi pour elle de les laisser 24h » (H2).

**Le niveau d'exigence attendu ne devait pas être modifié par ce statut**, ce qui pouvait être difficile à vivre : « *Donc moi j'ai tendance, je pense, à me mettre beaucoup la pression dans "t'es interne, certes maman", mais j'ai l'impression de devoir faire mes preuves autant que les autres et de pas avoir le droit à des excuses du fait d'être maman* » (F10).

L'interne parent aurait, aux yeux des autres, un **statut différent** : « *On ne passe plus pour le jeune euh.... le jeune parvenu, l'interne machin... ben non, tu es une maman, tu as des problématiques comme elles (infirmières, aides-soignantes...) de... d'un enfant qui n'a pas dormi de la nuit* » (F4).

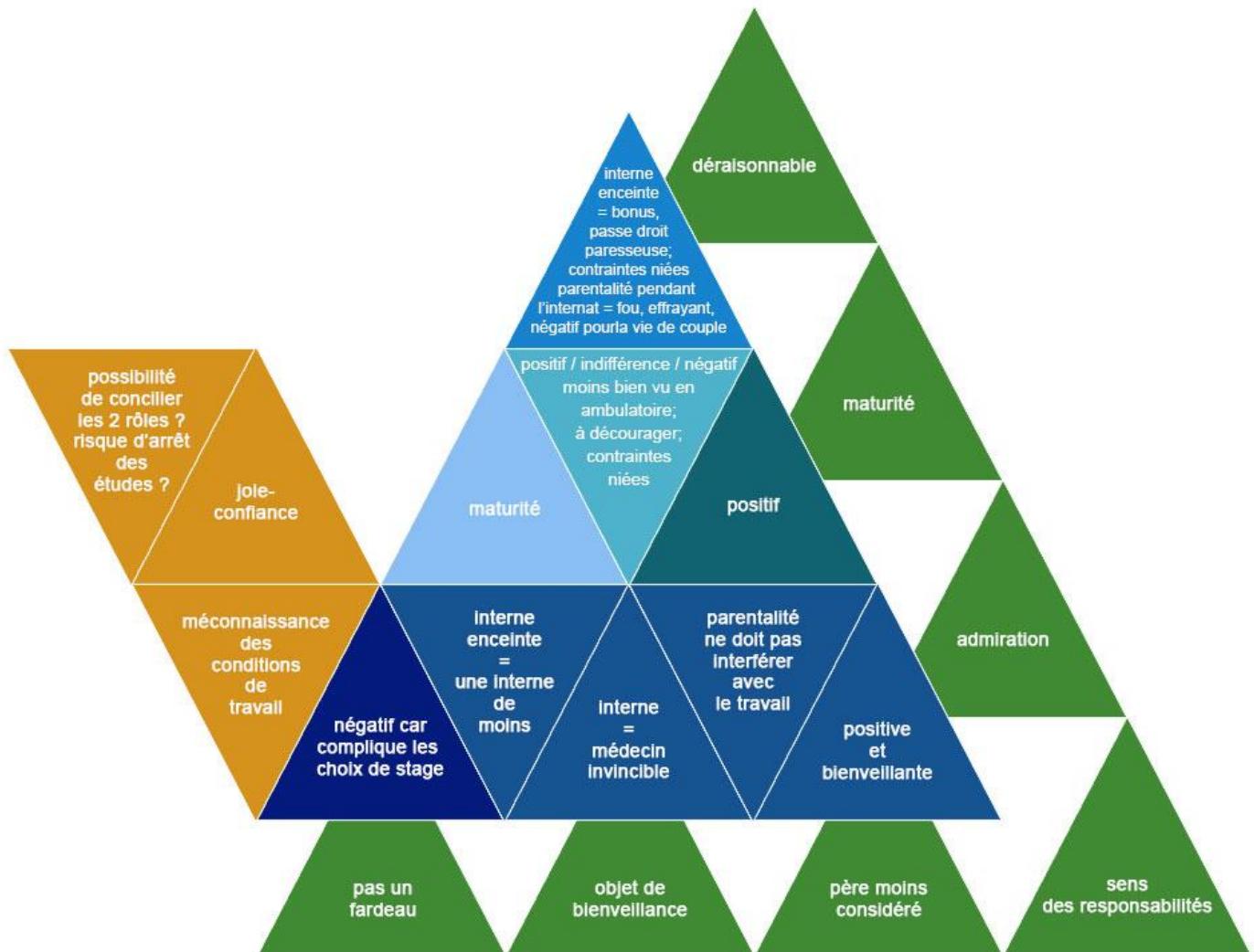
Devenir parent pendant le 3<sup>ème</sup> cycle témoignerait **d'une capacité d'affranchissement de certains diktats**, d'une certaine **maîtrise sur ses choix de vie** malgré les obstacles : « *Vu mon job, ça ne sera jamais le bon moment et tant pis ben c'est maintenant parce que j'en ai envie maintenant [...] s'il y avait des mots ce serait : chance, courage quand même, et ouais un peu... intégrité [...] de se dire : "[...] n'attendons pas d'avoir je ne sais pas 40 ou 50 ans pour devenir parents* » (H4).

En parallèle, les internes avec enfant y voyaient plusieurs difficultés.

**Cela engendrerait différents sentiments négatifs** : « *Fatiguée, tiraillée, accomplie peut-être [...] ouais je dirais que si je devais donner un mot, ça serait tiraillée.* » (F11) ; « *L'impression d'être tout le temps insuffisante en fait. Au travail, il faut partir plus tôt [...] à la maison [...] on aimerait passer plus de temps avec notre enfant* » (F7).

**Ce double statut pourrait être contraignant pour les collègues** bien que les internes aient pris de la distance vis-à-vis de leur responsabilité : « *Maintenant que je suis devenue parent et bah je comprends beaucoup plus toutes ces contraintes-là (rires) [...] l'internat, on n'a pas d'horaire, on... quand il y en a un qui est malade, il est pas remplacé donc je ne suis pas sûre que ce soit de la faute du pauvre interne qui va devenir parent, c'est de la faute du système* » (F14).

## Comment les participants pensent-ils être perçus par les autres ?



### Légende :

- Sphère professionnelle dans le triangle central	DMG	ARS	Co-internes	Patients	Non étiquetés	Chefs
- Entourage						
- «Les Autres»						

Figure 5 : Les représentations extérieures de l'interne enceinte et parent

A propos des personnes extérieures, tant au niveau personnel que professionnel :

- la place du père serait moins considérée que celle de la mère : « Maman, ça a une sorte d'enveloppe un peu chaleureuse, Papa c'est bon. Oui Papa il est papa quoi. Ce n'est pas grave quoi. Bah si Papa, c'est important [...] il y a une petite différence d'importance de par la vision des autres » (H5).
- ces personnes penseraient qu'il est **déraisonnable voire inconscient de faire un enfant pendant l'internat** : « "Elle est complètement cinglée (rires) c'est pas possible !" » (F3) ; « "Bah on est encore étudiant il faut peut-

*être d'abord faire les études" [...] il y en a qui restent sur "Le médecin en général c'est d'abord sa carrière et ensuite sa vie personnelle" et je trouve ça un peu dommage »* (F2).

Concernant les représentations de la sphère strictement professionnelle à leur égard, les participants pensaient que :

-leur représentation était **positive et bienveillante**, du moins en MG.

-lors du FG, les participants avaient insisté sur le fait que **la femme enceinte était analysée comme « une interne en moins »** alors qu'au contraire, cela se traduisait **en pratique dans les services par « une interne en plus »**.

Les internes parents avaient l'impression que leurs supérieurs les envisageaient de différentes manières.

**Certains retours étaient positifs** car avoir une interne enceinte ou parent en stage contribuerait à instaurer une bonne ambiance de travail ; d'autres avaient des **retours plus négatifs, notamment en ambulatoire** : « *Ils (les MSU) tirent vraiment la gueule parce qu'il va manquer un interne qui voit des consults. [...] l'organisation, ça a foutu un bordel monstre et que, il a fallu gérer* » (H8).

**Certains chefs hospitaliers se seraient questionnés sur la façon de décourager ou de faire obstacle à la survenue d'une grossesse chez leurs internes** : « *Quand j'étais externe, il y a une interne qui voulait être chef de gynéco et le chef de service lui a posé un stérilet, il lui a dit : "Ok c'est pour 1 an hein ?! " ça malheureusement...* » (FG) ; « *A X aussi hein... les internes, elles apprenaient à poser des stérilets entre elles en fait... voilà, c'était une des premières tâches à faire* » (FG).

**L'ARS aurait une représentation plus négative** car ces situations **compliqueraient les choix de stages**. Un responsable se serait questionné en public à ce sujet : « *"Mais on ne peut pas empêcher les internes de tomber enceintes ?"* » (FG).

L'entourage des internes parents aurait eu une vision partiellement naïve de cette situation car **ils méconnaissaient les conditions de travail** : « *Par rapport à nos familles ça leur paraît complètement naturel qu'on devienne parents à cet âge-là et parce que tu vois les notions d'internat, etc. sont un peu floues* » (H4) ; « *C'est juste qu'on est des jeunes travailleurs et puis ben on fait comme tout jeune travailleur, on se débrouille* » (F7).

### 3.3.2. Relations avec les chefs et les équipes de soins

Les équipes paramédicales étaient quasi unanimement décrites comme **humaines et soutenantes** : « *L'équipe était hyper bienveillante [...] souvent les infirmières le soir me disaient : "Mais vas-y, pars plus tôt, il faut que tu ailles voir ta petite fille"* » (F17).

En ce qui concernait les seniors, certains chefs avaient également fait preuve de **bienveillance** : « *C'était des crèmes quoi, enfin les 2 chefs qu'on avait, je pouvais prendre des jours comme je voulais. Ils m'auraient jamais posé de problème* » (F14). Ils s'étaient montrés **souples et à l'écoute** notamment sur la période de la naissance : « *Je suis arrivé le lundi après-midi en annonçant la naissance, tout le monde m'a dit : "Mais tu rentres chez toi [...] le mardi, c'était limite pareil, je suis parti, je crois, à 15h* » (H7) ; « *"La question ne se pose même pas c'est l'accouchement de ta femme, écoute je ferai la visite ce jour-là et je ferai des allers-retours entre la visite d'hospit et le X pour aller faire les consultations des gens", enfin trop sympa* » (H4).

Cette **compréhension** était également retrouvée face à certaines situations : « *(enfant devant être opéré) Ma chef de service [...] m'a dit : "Non, non, tu prends tout le temps qu'il faut, tu reviens quand tu veux"* » (H7).

**Certains seniors donnaient des conseils** en écho à leur propre vécu comme le fait de **ne pas s'interdire un arrêt de travail** : « *"Ecoute, moi [...] j'ai accouché en avance parce que j'ai voulu attendre que mon successeur arrive. Du coup, je m'en veux d'avoir accouché prématurément. [...] toi tu es... tu ne vas pas faire la même chose, tu n'es pas indispensable, on va se passer de toi"* » (F2) ou encore sur la **nécessité de préserver sa famille** : « *Il est venu en HAD (Hospitalisation à Domicile) parce qu'il était quasiment en burn-out [...] il a fini par péter un boulon [...] il a changé d'orientation et il a bien fait. Et lui, il dit : "Surtout faites pas comme nous"* » (H5).

Les internes se positionnaient sur les facteurs qui, à leurs yeux, semblaient influencer positivement ces relations.

Ils énonçaient notamment : le **genre féminin**, la **spécialité** (la MG serait favorisante, décrite comme plus bienveillante et plus humaine), l'exercice en **périphérie** ou encore le fait que les **seniors aient été eux-mêmes parents** : « *C'était une ambiance, les chefs ont 30-35 ans. Ils viennent tous d'être papa dans les 2 ans donc il y avait une vraie entente et une vraie compréhension de ce que je vivais [...] ils ont tous été enfin euh très à l'écoute de... très sympas quoi* » (H7).

**La parentalité pouvait favoriser les liens professionnels** : « *Tout de suite ça crée une accroche et ça facilite les relations dans les services* » (H2) voire **d'amitié** : « *Je me suis fait des très bons amis euh... chefs (mot appuyé) parce qu'ils venaient... ils avaient un enfant en bas âge, [...] ils ont eu un peu ces problèmes et naturellement je dirais on allait l'un vers l'autre et on se sentait proches clairement* » (H3).

Toutefois, les participants avaient aussi exprimé qu'il n'y avait **aucune empathie du « système » pour la parentalité.**

Ainsi, les chefs étaient parfois **décrits comme manquant de compréhension et peu attentifs** à la condition parentale de l'interne : « *On n'est pas compris par les seniors, je trouve, parce que bon bah... ça ne les concerne pas, ils regardent ça de loin* » (H3).

Le contexte de la parentalité faisait parfois l'objet de **reproches** : « *Des réponses de chef [...] un peu dures quoi... du genre : "Tu aurais dû prévoir"... oui enfin non, je ne pouvais pas prévoir qu'elle (son enfant à naître) arriverait à J+7 après excuse-moi* » (H4) ou **d'une indifférence** perçue comme **moquerie** : « *Elle m'a dit dans son mail : "Si l'activité du service le permet, tu pourras tirer ton lait" (rires). Il ne faut peut-être pas se moquer de moi* » (F14) ; « *(enfant hospitalisé) J'ai pris qu'une semaine pour son diabète [...] là ils m'ont prévenue : "Il faudrait que tu rattrapes parce que [...] faudrait quand même que ton stage soit bénéfique" (rires de tous). Voilà, ce genre de phrases mais j'en peux plus quoi !* » (FG).

Certains **propos ou attitudes tenus** étaient jugés **déplacés** : « *"Tant que le four est chaud" comme mon chef de X* » (FG) ; « *"Ah bon, ben pourquoi tu fais pas de garde ?" "Bah parce que je suis enceinte" et j'ai vu qu'il me regardait en mode "Euh est-ce que tu es vraiment enceinte ?" [...] j'ai trouvé ça un peu déplacé* » (F4).

Face à ces attitudes, les internes s'indignaient **de devoir parfois justifier leur désir de parentalité** : « *Alors que c'est un projet humain comme pour tout à chacun, tout simplement* » (FG) ; « *Est-ce qu'on pourrait pas choisir de vivre notre vie, sans que les autres aient des remarques sur tout ?* » (FG).

Certaines internes s'étaient senties **stigmatisées** notamment sur les questions autour de la **grossesse** et de **l'allaitement** : « *Le seul moment où j'ai été stigmatisée de façon négative, c'était aux urgences clairement. Je pense. Je ne sais pas s'ils sont misogynes ou s'ils ont quelque chose contre les femmes enceintes, mais si on ne fait pas de garde de nuit, c'est pas notre faute, c'est comme ça* » (F8) ; « *"Désolée je ne vais plus manger avec vous entre midi et deux parce que je vais aller tirer mon lait, allaiter ma fille et revenir". J'ai eu le droit à des critiques de la part de l'équipe infirmière [...] mes co-internes [...] certains chefs [...] C'était lié en gros, au fait que je sois absente des repas à l'internat et donc du moment primordial de la journée où on débrieve, on discute* » (F8).

D'autres futures mères avaient eu l'impression qu'on leur renvoyait qu'elles profitaient de leur situation : « Ça faisait un peu "Oh ben c'est bon, c'est la femme enceinte qui veut s'arrêter et qui profite de son statut quoi" » (F2).

Une minorité d'internes s'était sentie **persécutée** : « *L'autre, c'était des remarques tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps* » (H6).

Une interne estimait avoir été l'objet de **menaces d'invalidation de stage** ; stage qu'elle qualifiait **d'inhumain** : « *C'était juste un stage horrible en terme d'humanité enfin voilà clairement* » (F8). Elle expliquait avoir notamment été **convoquée pour justifier de ses droits à être exemptée de gardes**. Ces situations pouvaient impacter la vie personnelle : « *Ça te met sur les nerfs donc ça influe sur ta vie familiale* » (H6).

Ces différents sentiments négatifs avaient parfois amené les interrogés à se **rebeller** : « *"Bah non, non, là je rentre voir mon fils parce que c'est l'heure [...] Vous pouvez me demander de terminer à l'heure, moi je serai pas là donc vous allez vous démerder avec vos patients maintenant." Et ça n'a pas toujours été bien reçu, évidemment* » (H5).

Une interne expliquait **compenser** elle-même les **horaires considérés comme abusifs** : « (fin du service à 1h du matin) *Donc écoute, moi j'étais régulièrement en retard à 8h45-8h50 mais ils voyaient mon ventre, ils voyaient ma tête et ils savaient tous comment je travaillais énormément. Ils n'osaient rien me dire* » (F8).

Une future mère a effectué un **signalement** auprès de l'IMGA d'une situation illégale autour de ses conditions de travail.

Les internes étaient critiques quant aux raisons de ces tensions.

Ils mettaient notamment en avant le **sous-effectif** dans les stages et les **contraintes organisationnelles** induites par la parentalité. « *Qu'est-ce qu'ils pouvaient faire ? Ils ne vont pas créer des internes. Donc ça a créé beaucoup de conflits [...] des gens avec qui on s'entendait merveilleusement bien sur le plan humain mais le temps de travail passé là-bas a fait que ça s'est fini un peu en clash. Ça s'est même mal fini je dirais* » (H5)

**Les contraintes subies par les seniors pendant leurs propres internats** pouvaient, sans les légitimer, expliquer certaines attitudes : « *J'espère que, que c'est qu'une question de génération et de leurs études qui ont été très compliquées, qu'eux n'arrivent pas à prendre de vacances et que du coup voilà, ça leur paraît impensable que nous, on y arrive* » (FG).

En effet, certains interrogés relataient des situations pouvant s'apparenter à un **conflict intergénérationnel** : « *Un peu un vieux réac, qui pourrait être à la retraite, dit : "Ah je comprends pas les jeunes,*

*pourquoi est-ce que vous bossez pas 7j/7 8h-20h ? ". Il dit : "Vous assurez pas le service ". J'assure pas le service parce que toi, tu connais pas le prénom de tes gamins, tu sais pas quand est-ce qu'ils sont nés quoi. Moi je sais, moi j'étais là quoi. Je connais l'heure, je peux tout te dire » (H5) ; « (refuse de rester tard pour finir des courriers) J'ai eu une chef qui me l'a reproché et je lui ai dit qu'elle pouvait les faire les courriers si elle voulait qu'ils soient faits [...] bon, ça n'a pas plu... » (FG).*

Une interne nuançait ces **difficultés** en expliquant qu'elles étaient **source de réflexion sur le praticien qu'elle voulait devenir** : « *C'est une femme particulière. Mais elle m'a permis de me poser des questions et je me rends compte de comment je veux faire mon exercice et gérer mon emploi du temps et je ne pense pas qu'elle ait raison sur tout* » (F14).

### 3.3.3. Relations avec les co-internes

De nombreux participants soulignaient **la bienveillance** de leurs collègues.

Ils évoquaient **la solidarité** dont certains avaient fait preuve à leur égard dans ce contexte particulier notamment **autour de la question des gardes et des astreintes** : « *Si j'ai pu tenir, c'est parce que mes co-internes reprenaient mes gardes et que le co-interne qui faisait les répartitions de planning était indulgent* » (F9).

Le **planning** avait parfois pu être fait en **prenant en compte les préférences de l'interne (futur) parent** : « *On arrive à avoir des co-internes compatissants, ce qui fait qu'on fait les gardes plutôt en fin de semestre, plutôt qu'au moment où juste on reprend* » (F15).

Certains co-internes se montraient **attentifs** : arrangements pour **que l'interne enceinte ne finisse pas trop tard, prise de relais sur des situations particulières** : « *Les 2 premières gardes, j'étais incapable d'accueillir les enfants aux Urgences [...] les cris, j'avais l'impression de le réentendre [...] c'était quand même choquant, enfin traumatisant [...] il y avait [...] un autre interne donc on s'était arrangés* » (H7).

Si bienveillance il y avait, certains internes la nuançait : elle aurait été **moindre au CHU**, notamment **avec les collègues des autres spécialités** : « *Tu sens que tu n'appartiens pas au même monde et déjà je pense du fait du rapport med gé et spé qui est [...] un rapport particulier à l'hôpital enfin en CHU en tout cas* » (H4). Plusieurs interrogés pensaient qu'elle était globalement **conditionnée au fait que les co-internes ne se soient pas sentis impactés** : « *Ils étaient hyper contents [...] mais parce qu'on était pas du tout en difficulté, on était avec des rôles différents tu vois* » (H4).

Or, cet impact était réel dans certaines situations.

Une interne prenait l'exemple des **absences quand son enfant était malade** ; une autre déclarait en parlant de sa **co-thésarde** : « *Si on regroupait le travail, je pense qu'elle a plus bossé mais c'est que je pouvais pas. J'avais le petit à m'occuper* » (F13).

**Le non-recours au surnombré était préjudiciable**, surtout en cas d'arrêt précoce car cela générait alors une surcharge de travail. Une interne mère expliquait : « *J'ai énormément culpabilisé parce [...] j'étais pas en surnombre [...] donc j'ai un peu foutu mes collègues dans la merde. Je m'en suis vraiment voulu, j'ai pleuré je ne sais combien de fois dans le bureau de ma chef* » (F2). Une interne amenait l'idée que cela pouvait parfois entraîner des **modifications du stage pour les collègues** et donnait l'exemple d'une co-interne rappelée dans le service « conventionnel » plutôt qu'en équipe mobile ou en consultation du fait du sous-effectif induit.

Ces potentiels **impacts étaient vécus injustement chez les internes non parents** qui souffraient des conséquences d'une situation qu'ils n'avaient pas choisie, sources notamment d'un **manque de bienveillance** : « *Mes collègues ne me faisaient pas... pas trop de cadeaux* » (F3) et de **remarques déplaisantes**.

Conscients de cette influence, les internes parents faisaient **consensus autour de l'attention portée à minimiser cet impact** : « *On prend pas nos journées. On sait tous qu'on veut pas faire retomber sur nos co internes* » (F16). Ils expliquaient notamment que **le surnombré était sollicité dans ce but** : « *J'avais pensé faire un surnombré aussi pour pas défavoriser mes co internes au moment où je m'absenterai* » (F15) et que **les lieux de stage étaient également choisis** en tenant compte de ce critère : stages au CHU (plus grand effectif laissant supposer une incidence moindre), nombre d'internes jugé suffisant sur le stage, organisation du service où les co-internes sont indépendants les uns des autres, services n'accueillant pas d'interne habituellement.

Les interrogés se sentaient « en décalage » avec leurs collègues.

Ils exprimaient un **sentiment de singularité** : « *On est un peu des extra-terrestres les internes qui ont des enfants* » (H1) et avaient parfois **l'impression d'être « à part »** du fait, notamment, de **centres d'intérêt devenus distincts** : « *Tu passes un peu pour le touriste (mot appuyé) [...] dans le sens où tu es le mec qui justement privilégie sa vie familiale par rapport à sa vie hospitalière [...] tu es vraiment en décalage par rapport à eux* » (H4).

A contrario, partageant le même quotidien, **les internes parents disaient construire plus facilement des relations amicales entre eux et se soutenir** : « *Heureusement qu'elle était là finalement parce qu'on échangeait à se dire : "Ils comprennent pas mais en même temps ils ne savent pas ce que c'est"* » (F2).

En réaction à ces difficultés, les internes réagissaient de différentes manières : certains disaient avoir **pris sur eux**, d'autres **se justifiaient** ou avaient **résisté aux pressions** : « *Je lui ai dit : "Bah oui maintenant je me sens bien mais euh, c'est quand même fatigant la grossesse" [...] j'ai pas lâché. C'était mon droit et je regrette pas car, car c'est trop précieux pour que les gardes passent avant quoi* » (F12).

Certains éprouvaient de la **culpabilité**, à l'inverse une mère expliquait : « *Ça fait que je me suis arrêtée tôt parce que je n'avais pas trop de scrupule [...] je me suis dit "Tant pis hein, ils se débrouilleront sans moi"* » (F3).

### 3.3.4. Relations avec les autres interlocuteurs

Dans l'ensemble, **les relations avec la faculté** étaient décrites comme positives à Angers. Toutefois, les interrogés soulignaient quelques difficultés, comme par exemple **l'absence de prise en compte de la grossesse pour le choix géographique des cours de modules d'enseignements** : « *J'avais demandé moi à avoir les cours à Angers pour m'éviter un trajet de plus au Mans. Ça me faisait quand même gagner 1h30 et je n'ai pas du tout été prioritaire [...] c'était un peu la guerre [...] ça s'est finit par un tirage au sort* » (F5).

Vis-à-vis des **relations avec le DMG**, les internes considéraient que **les informations étaient accessibles facilement** : « *Les infos sont données donc je pense qu'il n'y a pas de frein, en tout cas de la part des autorités [...] de ceux qui gèrent la formation [...] DMG et l'IMGA [...] les informations tournent* » (H1).

**Un compromis avait pu être trouvé dans certaines situations jugées complexes** : « *Avec l'adéquation de l'IMGA et le DMG, ils m'ont donné l'accord pour que je reprenne en SNV au 3<sup>ème</sup> semestre. Et que en fait le lien entre la fin du congé mat et ma reprise, je prenne un congé sans soldes. [...] on avait trouvé ce compromis [...] Sans être déclassée non parce que je faisais un SNV* » (F10) ; « *une écoute peut être possible du DMG pour adapter un petit peu si possible* » (H4).

Lorsque la validation d'un stage en CHU était encore obligatoire, un père expliquait avoir eu plusieurs fois un **accord concernant ses demandes de dérogation pour en faire plusieurs**, souhaitant rester proche de chez lui.

Néanmoins, **certaines décisions étaient jugées péjorativement comme le refus d'accorder un surnombre en ambulatoire**.

Les internes dénonçaient également un **manque de souplesse et d'anticipation de certaines atypies de maquette** dans le cadre de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle : « *Au moment de faire les choix pour le 3<sup>ème</sup> semestre,*

*ils se sont rendu compte que j'étais censée reprendre en janvier donc valider encore un stage [...] on t'a déjà accordé de faire un autre stage hors phase socle mais on ne peut plus le faire » (F10).*

Certains estimaient que **les critères de validation des modules étaient trop stricts pour les internes ayant un congé maternité** : « Je pense que le DMG n'est pas très ouvert quand même à.... aux demandes particulières de... voilà, d'internes qui ont une vie de famille [...] tu as le droit de louper 2 cours, que tu sois enceinte ou pas » (F5). **Un avis qui n'était pas partagé par tous**, une interne ayant eu la possibilité d'un report sur le semestre suivant des séances d'enseignements qu'elle n'avait pas réalisées du fait de son congé maternité.

Une interne faisait état d'une **interférence du DMG et de l'ARS dans son choix de stage** : « Je m'étais décidée pour faire le stage X en surnombre [...], j'ai bien senti que ça ne plaisait pas trop à l'ARS [...] j'ai été rappelée [...] ils auraient préféré que je prenne un poste utile (mot appuyé) » (F7).

En ce qui concernait **les relations avec l'IMGA**, plusieurs internes rapportaient leur **satisfaction** : « Je trouve quand même qu'à la fac d'Angers [...] j'ai été bien prise en charge [...] un travail formidable au niveau de l'adéquation » (F10). L'IMGA était **vue positivement** par les interrogés : les **ressources étaient facilement accessibles**, ses membres contribuaient à trouver une **issue favorable aux situations complexes** : « C'est passé par l'IMGA et le pôle adéquation des stages [...] après négociation, ils m'ont dit que je pourrai faire un stage hospitalier » (F10).

En ce qui concernait **les relations avec la DAM**, quelques internes expliquaient avoir obtenu rapidement des réponses à leurs questions autour de la grossesse : « Aucun souci pour euh... pour se faire payer, pour répondre à mes questions [...] Le lien s'est bien fait avec la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) pour les indemnités journalières, pas de problème » (F4).

Cependant, nombreux étaient les internes à avoir des positionnements plus négatifs, ayant **le sentiment de ne pas avoir été informés voire mésinformés sur leurs droits**, notamment vis-à-vis de l'accès aux jours enfant malade.

Certains interrogés dénonçaient **l'absence d'harmonisation avec les instances facultaires**. Une interne citait ainsi son histoire où le DMG et l'adéquation donnaient leur accord à une dérogation qu'initialement la DAM refusait de son côté.

Un père considérait quant à lui que **l'administration** n'avait **aucune considération pour les internes et bafouait leurs droits** : « (à propos de l'application pour les internes d'un congé paternité potentiellement allongé) *Il ne faut pas se leurrer hein, on se fait marcher dessus par l'administration* » (FG).

### 3.3.5. Paradoxes

Partant du constat de ces relations professionnelles parfois difficiles, les internes soulevaient le **paradoxe qu'exercer une profession prenant soin des autres n'induisait pas forcément de prendre soin de ses pairs.**

**Ainsi, les chefs n'appliqueraient pas toujours à leurs internes la bienveillance dont ils feraient preuve avec leurs patients** : « *On est les premiers à défendre nos patients [...] mais quand il s'agit de ton confrère, d'un étudiant, d'un interne [...] bah tu vas être sans pitié* » (FG) ; « *"Bon ben j'arrive, là je suis aux urgences avec mon mari et mon fils". Et le soir, en fait, ces gens-là ne te font pas finir plus tôt, ils te parlent de leurs problèmes personnels donc je suis revenue à 22h à la maison [...] le côté humain. Le médecin a oublié !* » (FG).

Un interne citait également l'exemple du surnombre : « *Cette personne [...] elle peut pas faire ces choses et c'est oublié [...] même lorsqu'on sait que tu es en surnombre et qu'on te voit avec une canne [...] avec un ventre arrondi [...] on oublie autrui au moment où on est sur le lieu de travail* » (FG).

Les interrogés dénonçaient des **conditions de travail parfois qualifiées d'inhumaines** : « *On travaille dans le domaine de l'humain, en oubliant parfois qu'on est nous-mêmes des êtres humains [...] on nous impose comme si on était des machines, un rythme qui est inhumain* » (H6).

Le **sous-effectif médical** hospitalier **expliquerait en partie ces difficultés et le détournement jugé abusif de certains surnombres** : « *Il y a un manque criant d'effectif [...] tu utilises la moindre occasion pour faire au mieux [...] ça explique en partie la situation des femmes enceintes dans les services* » (FG).

Plusieurs interrogés dénonçaient un **diktat implicite qui consisterait à vouloir que les internes, mêmes enceintes, restent des individus productifs** : « *Ça, ça me gêne énormément que dans notre milieu [...] où on est censé accompagner l'être humain [...] absolument vouloir que nos [...] consœurs en particulier, soient bah des êtres opérationnels à devoir prouver qu'elles sont tout aussi efficaces qu'un autre interne en portant le « fardeau » (guillemets mimés) de la grossesse* » (FG).

Cela expliquerait peut-être certaines réactions vis-à-vis de la grossesse dans les services : « *Oui bah oui c'est bon, on va pas adapter spécialement ton temps de travail* » (F2) ; mais également vis à vis de la parentalité ; de même que certains positionnements, comme cette interne **désireuse de se prouver à elle-même et aux autres que la grossesse n'impactait pas ses capacités** : « *Oui si on m'avait dit : "Pars plus tôt", je l'aurais fait [...] au contraire je voulais prouver que je pouvais faire pareil, ce qui était débile* » (F11).

**De même, aucune plainte ni requête en lien avec la parentalité ne serait admise** : « *"Bah ouais, tu as voulu tout faire en même temps, maintenant si tu rames, assume !"* » (F11) « *Je dois assumer et je dois me la fermer si ça ne va pas ou quoi que ce soit* » (F10).

Un des pères expliquait ainsi avoir été **mis en difficulté pour se libérer afin de se rendre à l'accouchement de sa femme**. Il expliquait qu'il aurait quitté son poste même s'il n'avait trouvé personne en stage pour le remplacer.

Certaines mères **ne s'autorisaien pas à demander d'aménagement en stage** : « *Si j'avais demandé à finir plus tôt, il m'aurait dit oui. Mais la dynamique de demander, ça me met mal à l'aise donc je ne l'avais pas fait* » (F14). Cela était parfois source de **regrets** : « *Ce n'était peut-être pas sérieux, j'aurais dû demander à finir plus tôt [...] mais j'ai pas demandé non plus (ton de regret)* » (F9).

Plusieurs internes pensaient ainsi qu'il était **difficile d'expliquer qu'on ne pouvait venir en stage parce que son bébé était malade**. Une interne avait ainsi vécu une situation difficile : « *(refus d'accès aux jours enfant malade par DAM) J'étais bête mais j'étais tellement paniquée. J'aurais dû dire bah point je ne viens pas. J'aurais été voir mon médecin pour me mettre en arrêt mais je n'ai pas osé faire ça* » (F11).

Certains interrogés mettaient en lumière des incohérences.

Ainsi, quelques mères avaient le **sentiment d'être stigmatisées si elles utilisaient leurs droits** : « *On est un peu jugé quoi. On n'a pas trop le droit de se mettre en arrêt de travail [...] de demander des journées enfant malade [...] les gens ne sont pas du tout compréhensifs envers nous* » (F14).

Au sujet de **l'allaitement**, il semblait **incohérent de le promouvoir**, comme cela l'était d'ailleurs enseigné, **et de ne pas pouvoir le poursuivre en stage** : « *Parce qu'en plus on apprend, enfin on essaie de dire aux gens de le faire. Et moi j'ai vu quand il a fallu que je me batte pour reprendre, je me dis "C'est l'hôpital qui se fout de la charité quoi"* » (F14).

Un interne dénonçait le fait que le **salaire jugé faible et le SFT infime poussaient à devoir faire des gardes** pour subvenir aux besoins de la famille : « *Et encore une fois, on te pousse vers le cercle vicieux "Soit tu rentres dans les rails" ...* » (H6).

Les internes expliquaient **appréhender et culpabiliser lorsqu'ils demandaient un respect de leurs acquis.**

Une mère trouvait ainsi difficile d'imposer son droit à ne plus faire de garde, elle expliquait avoir été **en attente d'un « signal » de ses chefs pour s'autoriser à s'arrêter** : « *Je lui avais dit, en mode "Qu'est-ce que tu en penses ?". Elle m'a dit : "Oh mais tu sentiras quand ça ira pas". Donc tant que ça allait, ça allait tu vois. [...] On a beau dire "Mais je ne t'ai jamais demandé de continuer". Tu m'as franchement pas proposé d'arrêter !* » (F16).

D'autres citaient l'exemple des demi-journées de formation.

A ce sujet, un des pères se représentait que **les femmes auraient plus de mal à s'imposer que les hommes** : « *Je pense que c'est une question de caractère, de savoir s'imposer, moi je sais le faire, certains peuvent-être moins, surtout les femmes après tout ce qu'on a dit avant* » (FG).

Plusieurs femmes faisaient le constat qu'il leur avait été **difficile de faire priorité à elles-mêmes plutôt qu'à leur travail** : « *Difficile de devoir s'écouter un peu [...] les contractions, je les écoutais pas trop au début. Je me disais "Bah non il faut que je continue, que je fasse mon boulot, faut que j'avance, faut que je termine mes dossiers [...] mes courriers"* » (F12).

Une interne expliquait : « *J'avais eu un arrêt cardiaque où il fallait que je masse. Et j'étais toute seule, j'étais là en première et c'est très physique de faire de la réa mais il fallait bien masser [...] Enceinte au 6<sup>ème</sup> mois, je me suis dit : "C'est elle ou moi"* » (F8).

Certaines internes avouaient ressentir **une injonction à adhérer à l'image du médecin surhomme, invincible, qui ne se plaint pas** : « *On a un boulot où on est censé être toujours au taquet [...] on a pas le droit d'avoir de moments de faiblesse, même enceinte...on est censé être à 100% quoi* » (F2) ; « *Quand j'étais enceinte, je me disais : "Il faut que j'en fasse autant que les autres quoi" [...] C'est pour ça que quand mes chefs me disaient de partir tôt, je disais non* » (F10).

Viser cette représentation **pouvait être culpabilisant pour les mères et les inciter à ne pas écouter leurs limites et à vivre difficilement un arrêt de travail** : « *J'ai quand même été le lendemain en stage, j'ai*

*quand même fait ma visite et j'ai quand même contracté [...] Et même vis-à-vis de mes chefs, c'est bête mais j'avais besoin de tenir plus, pour mon stage et tout » (F11).*

**Un arrêt de travail que la profession conditionnerait d'ailleurs à penser comme inconcevable:**

*« Quand tu es en médecine, je trouve que l'arrêt n'est pas pensable et que du coup tu t'interdis d'y penser » (F16).*

Pour certaines, **il avait fallu que le professionnel qui suivait la grossesse intervienne pour qu'elles s'arrêtent** : « *En me voyant [...] il a vraiment insisté pour que euh... pour que je m'arrête* » (F4) ; un avis que certaines internes **refusaient parfois de suivre même dans des situations de grossesse pathologique** « *"Je vous arrête". Et moi j'ai dit "non" [...] Elle m'a dit "c'est pas raisonnable" [...] et puis elle m'a dit un argument qui m'a fait changer d'avis [...] "S'il se passe quoi que ce soit, vous allez vous en vouloir toute votre vie et votre conjoint aussi"* » (F11).

C'était **parfois un supérieur qui avait enjoint l'interne à s'arrêter.**

Pour une autre mère, **il avait fallu qu'un proche co-interne, également parent, insiste pour qu'elle réalise qu'elle pouvait s'arrêter** : « *"Quel va être le signe que tu t'arrêtes ? Que tu sois en train d'accoucher ? ". Et là je me suis dit "Bon en même temps, c'est vrai, je le mérite quoi"* » (F16).

Une participante expliquait que c'était le **jury de validation de la phase sociale** qui avait constaté son épuisement. C'était en partie grâce à cela qu'elle s'était autorisée à s'arrêter : « *"On vous sent hyper fatiguée". J'étais pas encore en congé patho, c'était la veille de mon congé patho. Ah bah ça m'a calmée pour aller voir mon médecin traitant et lui dire "Il me le faut en fait"* » (F16).

Ces situations pouvaient mener à **l'épuisement** : « *Tu vois, tu rentres du boulot, il était déjà 21h [...] Donc je ne voyais pas X ni X [...] il fallait absolument que je lui fasse ses petits pots [...] tu étends ton linge [...] ta maison elle est à peu près rangée. Bon ben je vais me mettre à réviser ou à faire mes RSCA (Récits de Situations Complexes et Authentiques). Donc j'ai tenu comme ça à peu près 2-3 mois et puis j'ai été explosée* » (F11) que certaines réalisaient seulement une fois arrêtées : « *Quand je me suis arrêtée, c'est à ce moment-là que je me suis rendu compte à quel point j'étais épuisée quoi : je dormais tout le temps, j'étais vraiment très, très fatiguée* » (F4).

Une des mères, victime d'un **burn-out** expliquait : « *En 3<sup>ème</sup> semestre, j'ai été arrêtée tellement je n'en pouvais plus [...] Je pleurais tout le temps, je criais sur les enfants [...] c'est allé très loin [...] je me suis dit :*

*"Mon mari, il a raison, il faut vraiment que j'aille voir mon médecin". Je ne voulais pas le faire pour moi parce que je me disais : "T'es nulle, t'es nulle, t'arrives pas à tout faire, tu vois" [...] j'ai fini par dire : "Je ne veux pas y aller moi mais il faut que j'y aille pour mes enfants" »* (F11).

Certaines mères mettaient en **lien** les **complications** de leur **grossesse avec leur travail** :

- **contractions précoces et stress, saignements et difficultés relationnelles** en stage
- **col ouvert précocement et temps de trajet** : « *La sage-femme m'a dit [...] c'était certainement en lien avec le fait que je fasse de la route donc elle m'a conseillée de m'arrêter tout de suite* » (F14).
- **MAP** (Menace d'Accouchement Prématuré) **et temps de travail important** : « *Je pense qu'ils en ont eu marre de me faire travailler plus que les autres parce que à la fin, j'ai fait une MAP aux urgences* » (F8).

## 4. Coaptation des rôles

Si pour les interrogés, l'**épanouissement professionnel et personnel passait par cette conciliation du double rôle**, les difficultés rencontrées pour y parvenir étaient nombreuses : « *C'est déjà pas facile d'être maman en tant qu'interne, il n'y a à peu près rien qui nous facilite la vie* » (F16).

En effet, les conditions de travail inhérentes à la fonction étaient décrites comme complexes (horaires importants, nombreuses gardes...) et la mobilité géographique était fréquente.

Certaines situations étaient particulièrement difficiles :

-un **classement défavorable** : « *Quelqu'un qui n'a pas le choix, qui se tape que des stages comme ce que je viens d'avoir, ne peut pas survivre en tant que maman. Sa famille va exploser, c'est une évidence* » (F16).

-le **couple d'internes** : la difficulté organisationnelle était alors perçue par certains comme inextricable.

L'organisation était à réviser tous les 6 mois et nécessitait que les stages choisis soient compatibles : « *On ne savait pas du tout si on allait réussir à être ensemble [...] on n'avait pas de logement fixe, c'était pas du tout des conditions optimales pour accueillir un enfant* » (H4).

Ainsi, un couple interrogé expliquait par exemple avoir l'objectif de prendre chacun un SAFE et un SASPAS (idéalement avec des jours de présence différents) pour permettre une veille auprès de l'enfant. Les contraintes horaires s'appliquant aux deux parents, **trouver un mode de garde compatible était difficile**. Cela pouvait parfois amener à un **déséquilibre au sein du couple** d'internes, où l'un des deux parents sacrifiait plus que l'autre au profit de l'enfant : « *Lui ne s'est pas forcément limité sur les stages qu'il voulait, enfin de mon point de*

*vue [...] je l'ai un peu vécu comme [...] une injustice [...] d'un autre côté, je n'aurais pas envie de l'inverse non plus [...] j'ai aussi besoin d'être... d'être avec mon fils et de m'en occuper » (F7).*

Il n'existait pas, en soit, de contraintes spécifiques mais elles se potentialisaient.

Les internes souhaitaient que **leur formation ne fasse pas obstacle à leur projet parental** : « *Je ne voulais pas que ma formation soit un frein et m'empêche de devenir maman » (F1) et réciproquement.*

Afin d'illustrer cette dualité, les internes ont été questionnés sur les avantages et les inconvénients que ce double statut leur avait conféré.

## 4.1. Devenir médecin en étant parent

### 4.1.1. Être parent aide dans la formation

Une interne expliquait que l'expérience de la parentalité lui avait permis un **apaisement et un vécu positif de son apprentissage** : « *J'en avais ras-le-bol que les contraintes des études m'empêchent de réaliser ma vie personnelle et familiale comme je le souhaitais [...] réaliser ce projet d'enfant qui me tenait à cœur depuis longtemps, m'a permis de vivre ensuite mon internat avec plus de plaisir ensuite parce que j'étais plus "dans l'attente de" mais plus "dans le moment présent" (F15).*

Une majorité des internes interrogés relatait, qu'à bien des égards, devenir parent avait été pour eux **un atout professionnel** : « *Je suis meilleur médecin d'être parent je trouve » (F8) ; « Ça m'a clairement apporté un plus dans ma formation [...] et dans ma pratique actuelle » (H3).*

Plusieurs internes exprimaient ainsi que leur expérience parentale leur avait permis **d'acquérir** ou de conforter des **connaissances en gynécologie et en pédiatrie** et de **développer** leur **appétence** pour ces sujets.

Dans les suivis de grossesse, **le dialogue était facilité** avec les patientes : « *Le fait d'être maman évidemment (mot appuyé) c'est beaucoup plus simple quand on leur parle de la grossesse, quand on leur parle de l'allaitement, quand on leur parle de l'accouchement » (F14).* Certaines mères citaient également leur **expérience personnelle de l'allaitement comme aidante** : « *Je suis beaucoup plus à l'aise sur l'allaitement [...] Je me permets de poser des questions [...] de donner des conseils parce qu'aussi je me suis informée quand je l'allaitais » (F14).*

Devenir parent aurait également contribué pour la grande majorité des interrogés à être **plus à l'aise dans la pratique pédiatrique**.

Ainsi, les internes expliquaient que devenir parent leur avait apporté des **repères concrets sur le développement de l'enfant** : « *Tu as vraiment toute la progression d'un enfant [...] plein de repères [...] pareil sur toutes les questions de développement psychomoteur [...] c'est vraiment hyper aidant je trouve* » (H4), compétences repérées par leurs co-internes qui les orientaient vers ces prises en charge pédiatriques.

De nombreux interrogés insistaient également sur le fait que leur expérience de parent les avait **aidés** concernant **les questions de puériculture**, considérées comme non enseignées à la faculté : « *Les fesses irritées, voilà, c'est pas un truc qu'on apprend spécialement dans les bouquins* » (F2) ; « *On est tous un peu nuls en début d'internat sur les quantités de biberons et compagnie [...] là on est au taquet* » (F8) ; « *Tous les petits bobos quoi qu'on n'apprend pas en cours, les croûtes de lait [...] on fait ses propres expériences et bah... Ça, ça participe aussi à son expérience professionnelle* » (F12).

Les internes expliquaient faire preuve d'une **plus grande empathie et bienveillance vis-à-vis des parents** qu'ils recevaient en consultation : « *Je les comprends aussi dans leur appréhension, dans leur vécu [...] Ça m'a permis d'être [...] un médecin beaucoup plus empathique* » (F8), ce qui pouvait être **facilitant dans la communication** avec ces derniers : « *Ça a vraiment changé mon... ma... mon rapport avec les parents en consultation* » (F6). Plusieurs internes exprimaient que cette plus grande bienveillance pouvait se généraliser à l'ensemble des patients et que cela permettait également de prendre plus de distance vis à vis des patients exaspérants.

Leur expérience de parent leur a permis de **pouvoir donner plus de conseils** : « *On a des conseils concrets qu'on ne peut pas s'imaginer quand on n'est pas parent* » (F5). A ce sujet, une interne expliquait que son expérience personnelle lui avait permis **d'adapter ses recommandations** en prenant un peu de distance avec certaines connaissances perçues comme rigoristes : « *Avant d'avoir des enfants, je... j'étais ben... comme une externe qui récite ses cours quoi : "Ah bah il faut faire comme ça", "L'allaitement c'est telle position et puis pas plus de tant de temps", "Les biberons c'est tant de millilitres, attention, à telle heure" et... et en fait, je pense qu'on est beaucoup plus cool avec tout ça quand on a déjà eu des enfants et qu'on déstresse les patientes* » (F16).

En retour, **les parents** auraient également été **plus à l'aise avec l'interne** : « *Les parents le ressentent en consultation, on n'a plus du tout le même feeling quoi* » (H7). Ce statut leur conférerait **plus de légitimité**

**et de crédibilité** : « J'ai l'expérience pour me sentir plus à l'aise et pour me sentir plus légitime face aux mamans » (F10).

**La relation avec les enfants** s'en serait également trouvée **facilitée** : « J'ai surtout eu l'impression que j'étais plus à l'aise avec les enfants. [...] sur le plan relationnel, on va dire » (H5). Une interne citait pour exemple une meilleure connaissance de leurs centres d'intérêt : « Savoir aborder des enfants [...] beaucoup plus facilement, même rebondir sur les intérêts des enfants [...] le primaire, je sais qui sont les héros actuels etc. et ça je trouve que c'est vraiment... vraiment aidant » (F4).

**L'examen clinique** en lui-même aurait également été **facilité** : « Bon déjà, depuis que je suis maman, examiner les enfants c'est beaucoup plus simple (rires) » (F2), **surtout avec les nourrissons** : « Ça a [...] diminué mon appréhension des bébés » (F4) ; « Tu as des gestes... tu sais que tu te fais plus confiance, qu'avant, je... je, j'osais pas » (F16).

**L'attention portée à l'enfant serait différente** : « Même le regard qu'on porte sur eux [...] ça, ça a changé » (H7) lui accordant plus de place, notamment avec les nourrissons : « Surtout la relation vraiment, parler à un bébé d'un mois, je ne sais pas si je le faisais avant [...] le prendre comme une personne à part entière dès le début alors qu'avant peut-être que je les prenais plus pour des petits objets (rires) » (F14).

Par ailleurs, pour un des internes, devenir parent l'aurait rendu **plus responsable**, sur le plan professionnel également : « Tu te sens beaucoup plus, un devoir, tu te dois d'assumer tes responsabilités beaucoup plus assidûment » (H6).

Enfin, devenir parent aurait été **une force, un soutien** vis-à-vis des difficultés professionnelles : « Ça donne de la force, du courage [...] ouais ça m'aide » (H6). Certains expliquaient qu'ils avaient le sentiment d'**arriver plus facilement à prendre du recul et à mieux relativiser** leurs journées de travail.

Pour d'autres, cela représentait **un accomplissement et un épanouissement** tant personnel que professionnel : « Ça m'a permis quand même de m'accomplir plus en tant qu'interne » (F15) ; « J'étais vraiment heureuse d'être maman donc forcément ça rejaillit sur tout » (F4).

#### 4.1.2. Impact négatif

Si l'expérience de la parentalité pouvait être source d'atouts, elle pouvait avoir, selon les interrogés, des conséquences préjudiciables sur la formation, voire représenter un **handicap** : « D'un point de vue médical pur,

*de carrière, de compétences, de tout ce que tu veux, tu te mets un peu un handicap en ayant... en ayant un enfant » (H4).*

Ainsi, pour les internes femmes, envisager une grossesse pendant l'internat était en général source d'un **décalage d'au moins 6 mois** dans la validation de la maquette. L'impact négatif de cette interruption était perçu par certaines comme **discriminant** : « *En tant que femme je trouve qu'on est obligé de faire des pauses dans notre parcours professionnel [...] et pour moi c'est un frein [...] dans notre formation, on est obligé d'en pâtir* » (F1).

L'une des mères faisait état de **complications dans sa maquette** du fait d'une situation inédite induite par la réforme du troisième cycle: « (date de terme permettant de valider ses 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> stages ; ayant déjà effectué le stage aux urgences, restait le stage PRAT mais qui est inaccessible en surnombre ; il est normalement obligatoire de valider le PRAT avant de passer en 3<sup>ème</sup> semestre) *J'ai trouvé ça très difficile, très difficile, ça m'a gâché la joie de mon début de grossesse parce que [...] j'arrivais pas à m'en réjouir parce que j'étais en train de me dire, attends tu vas perdre un an* » (F10).

Par ailleurs, nombreuses étaient les internes mères à avoir évoqué leur **appréhension d'une perte de connaissances à l'issue de leur congé maternité** : « *Je pensais que j'avais oublié toute ma médecine* » (F3) ; « *Cette peur panique, quelques semaines ou un mois avant de reprendre de se dire : " [...] Je ne sais plus faire, j'ai tout oublié, je ne sais plus examiner quelqu'un"* » (F7).

Pour une majorité de participantes, **cette difficulté avait été réelle** : « *Moi, en 4 mois j'ai oublié des trucs [...] j'ai perdu des compétences* » (F1) ; « *J'arrivais pas les premières semaines franchement ça montait pas au cerveau quoi. J'avais l'impression d'avoir repris au niveau zéro, d'avoir oublié la médecine [...] mes réflexes [...] je ramais quoi intellectuellement* » (F10) **mais généralement transitoire** : « *Finalement, ça revient assez bien, heureusement ! (rires) [...] les réflexes reviennent* » (F4).

De ce fait, plusieurs internes expliquaient ainsi avoir mal vécu la période de reprise avec notamment un **sentiment de décalage intellectuel avec les co-internes** : « *C'était difficile de voir cette co-interne qui était dans la même promo que moi et de voir toute l'évolution qu'elle avait eue et moi qui étais, qui avais stagné voire régressé dans mes connaissances* » (F10).

Cela pouvait là encore être **source de souffrance** : « *J'ai eu beaucoup de soirs où je me suis mise à pleurer [...] je me culpabilisais. Je me disais mince tu as perdu ton niveau, [...] t'as régressé. Tu vas être dangereuse pour tes patients plus tard enfin voilà, je me posais 10 000 questions* » (F10).

Les interrogées faisaient l'hypothèse que **ce vécu pouvait être influencé par l'ancienneté de l'inténe** : « Je n'étais pas en premier semestre non plus, je pense que j'avais déjà trois semestres dans les jambes, c'est pas pareil » (F3) **et par le service accueillant à la reprise** : « Il n'y avait pas trop, trop de travail. J'ai pu prendre du temps et me rattacher à des documents, comme ça, ça m'a un peu rassurée en fait et pis j'ai pu revoir quelques petites choses » (F17).

Pour certains, **le temps accordé à la formation était moindre** notamment en ce qui concernait les recherches ou les réactualisations de connaissances faites sur le temps personnel : « Par rapport aux révisions, à l'acquisition des données scientifiques, je pense que tu dois être beaucoup plus restreint parce que, oui, il y a l'enfant qui est amené à te solliciter ou à faire du bruit en jouant à côté » (H6).

Pour l'un des internes, cette moindre disponibilité avait entraîné un **deuil d'une représentation idéalisée des connaissances** : « Quelque part c'était un peu me dire "J'abandonne le projet d'être un super (mot appuyé) médecin, entre guillemets", dans le sens où j'aurais peut-être moins de compétences que ce que j'avais imaginé [...] j'ai fait une croix sur le fait de me tenir super au courant de tout, de pouvoir faire des recherches tous les soirs sur ce qui m'a posé question en journée » (H2) **voire une culpabilité** : « Ce qui est très important, c'est la culpabilité qu'on peut ressentir [...] Vis-à-vis de nous-même, on veut se former au mieux et se prouver qu'on peut faire aussi bien que les autres » (F11).

Pour d'autres, elle avait **pu questionner un projet professionnel** : « On s'est quand même posé la question de savoir si c'était bien raisonnable de faire ce Master 2 alors qu'il y avait X à la maison » (H4).

Un des internes interrogés constatait que sa parentalité avait des **répercussions sur son temps de travail en stage** : « Le premier hiver, le deuxième hiver, moi j'en ai 3 (mot appuyé et rires) [...] on pleure quoi ! [...] c'est un malade par semaine, minimum [...] on loupait un coup moi, un coup elle [...] on arrivait en retard [...] on était ni à la maison, ni au travail donc c'était ingérable » (H3).

Une participante évoquait la **difficulté d'accéder à certaines formations** : « Les formations le soir à Angers c'est compliqué d'y aller quoi quand on est parents [...] Les formations un peu au dernier moment ce n'est pas possible non plus quand ce n'est pas organisé » (F5).

Un des internes expliquait que son histoire personnelle l'exposait à un **risque d'altération de son jugement professionnel** : « J'ai un peu du mal à ne pas extrapoler mon gosse sur celui que je suis en train d'examiner [...] "X a déjà eu ça, c'est bon, c'est pas grave" [...] et des fois, ça biaise le jugement en fait » (H8).

Cette **prise de recul plus difficile** pouvait être **fragilisante face à certaines situations pédiatriques** : « *Beaucoup plus sensible par rapport aux histoires de maltraitance. Tu vois j'ai eu des amis qui choisissaient le stage de l'Aide Sociale à l'Enfance. Honnêtement, je serai incapable de faire un stage là-dedans* » (F16) ; **la juste empathie était mise à mal.**

#### 4.1.3. Modification des critères de choix de stage

La grande majorité des internes exprimaient une modification de leurs critères de choix de stage du fait de leur parentalité : « *Il est clair que ça a influencé mon choix* » (F15), « *Les stages sont vraiment choisis en fonction de, de mon fils* » (F9) ; des choix qui privilégiaient une qualité de vie personnelle à la formation idéale.

Dans ce but, de nombreux interrogés mettaient en avant **l'importance du classement à l'ECN** pour continuer à assurer le **meilleur compromis entre qualité de vie et intérêt professionnel**.

Durant la grossesse, les futures mères expliquaient avoir privilégié des **affectations ambulatoires** et/ou des stages aux **horaires confortables** ; les futurs pères des **stages proches du domicile** et avec une **charge de travail raisonnable** : « *J'ai fait 3 CHU pour être sur place* » (H3).

Une fois l'enfant né, les critères les plus importants énoncés par les participants restaient :

- **la proximité géographique**, primordiale pour une large majorité des interrogés : « *C'est devenu vraiment le critère numéro un : la proximité* » (F3). La motivation première était de pouvoir **profiter davantage de l'enfant** mais également de permettre une **stabilité de logement** : « *Ça impacte mes choix de stage : ne pas changer d'appartement sur tout l'internat* » (H1). **Ne pas dormir au domicile était en effet une donnée inconcevable** pour plusieurs interrogés, hommes comme femmes.

- **des horaires confortables et peu tardifs** : « *Ne pas avoir des horaires trop fatigants, une amplitude trop importante* » (H1). L'une des motivations était l'horaire de fin du mode de garde de l'enfant.

- **la question des gardes** : « *Ceux où il y a des gardes [...] on peut dire que je les ai rayés...* » (F7).

**L'intérêt pédagogique primait néanmoins pour certains** : « *Il restait plus beaucoup de Maine et Loire sympas donc quitte à prendre un SASPAS, autant prendre un bien. Donc bon, je me suis retrouvé en Sarthe* » (H5) même si quelques internes disaient regretter ce choix : « *(sous-effectif en stage) Je regrette d'être allé à X même si c'est le meilleur stage [...] que j'ai appris beaucoup de choses. J'ai aussi sacrifié beaucoup* » (H5).

Durant le FG, un intervenant s'indignait du fait que le **manque d'aménagements pour l'interne parent le contraignait à devoir choisir ses stages sans faire priorité à l'intérêt pédagogique** : « Mais ça devrait pas rentrer en compte [...] si le stage est vraiment bien, qu'il est vraiment formateur [...] on devrait pas réfléchir à se dire "Bah non, j'ai pas pu le mettre à la crèche de l'hôpital, où elle, elle ferme plus tard, elle a un horaire de nuit et non, je suis obligé de le mettre en MAM et qu'en MAM, bah ça ferme à 19h et donc je peux pas prendre le stage" » (FG).

#### 4.1.4. Modification de l'organisation en stage

L'arrivée d'un enfant modifiait l'organisation du quotidien mais pouvait également influer sur celle en stage.

Plusieurs internes relataient ainsi être devenus **moins conciliants sur leurs horaires** : « C'est vrai qu'à 18h30, j'ai envie de partir et j'ai pas envie de faire de rab comme j'aurais pu en faire avant. Je me dis que j'ai des priorités à côté » (F17) **parfois par nécessité** : « On ne peut pas forcément [...] même dans le cadre du travail et ben... de rester plus tard le soir » (F7).

Ainsi, **ne pas quitter son poste à l'heure était source d'inquiétudes** pour l'interne **parent, ce qui pouvait avoir un retentissement sur son travail** : « Je me suis clairement rendu compte que les jours où je ne devais pas aller les chercher le soir, j'étais beaucoup plus efficace dans mon travail » (F4).

Les interrogés relataient qu'ils **avaient « appris à dire non »** : « J'ai appris [...] à savoir partir, et puis aussi à savoir dire non » (F4). Pour certains, les horaires tardifs ne se justifiaient désormais plus que pour les urgences.

Plusieurs internes évoquaient une **réorganisation de leur temps de travail en stage** : « Je me bloquais ma dernière heure en disant je n'ouvrirais les créneaux que si ceux d'avant sont déjà pris [...] je ne l'aurais peut-être pas fait s'il n'y avait pas eu aussi la petite à la maison » (F2). Plusieurs interrogés expliquaient que leur **travail était plus optimisé, plus efficient** : « J'étais pas là pour perdre du temps quoi [...] les pauses café qui durent [...] j'ai appris à être plus efficace » (F4).

#### 4.1.5. Influence sur la thèse et le travail pédagogique

La majorité des intervenants expliquaient que **devenir parent avait compliqué leur travail de thèse et leurs éventuels autres projets pédagogiques** (master, diplôme universitaire...) : « Le DU [...] c'est plus difficile de faire mon mémoire avec lui » (F9).

L'**envie d'être avec l'enfant** sur son temps libre était émotionnellement difficile à concilier avec cet impondérable de la formation : « *J'ai envie de passer tout mon temps libre avec X sauf que je peux pas parce que j'ai aussi ma thèse [...] mes cours que je dois faire [...] j'ai pas le choix* » (H4).

Pour plusieurs participants, devenir parent avait été source d'un **retard dans leur travail**, par manque de temps : « *J'étais quand même très occupée [...] par l'internat, par les enfants et du coup ça a retardé [...] je m'en mords un peu les doigts maintenant* » (F4).

Toutefois, une mère évoquait positivement le fait que **sa parentalité lui avait inspiré son sujet de thèse** : « *Ma grossesse a déterminé mon sujet de thèse aussi [...] je l'ai fait sur la consultation pré-conceptionnelle* » (F14).

Pour une interne, **les choix d'enseignements facultaires avaient été modifiés par la parentalité** : « *Je les ai faits (modules A) en fonction [...] des choses qui m'intéressaient autour de la parentalité [...] ça a influencé forcément... je me suis dit "Bah ça m'intéresse mais pas spécialement pour mes patients, aussi pour ma fille en fait, pour moi"* » (F2).

#### 4.1.6. Investissement

Questionnés sur une éventuelle modification de leur investissement, la majorité des internes **répondaient par la négative** : « *Je ne pense pas que j'étais moins investie mais [...] j'étais pas là pour perdre du temps quoi* » (F4) mais étaient néanmoins nuancés : « *Quand je suis dans mon travail, je me sens investie mais jusqu'à une certaine heure quoi [...] j'ai pas envie d'en faire plus [...] J'ai beaucoup moins envie de m'investir au sein de mon travail qu'avant, ça c'est clair* » (F17).

L'arrivée d'un enfant serait, pour certains, source d'un changement de paradigme **où l'apprentissage en stage se limiterait à l'exigible** : « *C'est sûr que si j'avais pas eu X, je pense que je me serais investi encore plus tu vois : à doubler plus de consultations, à aller avec plus de médecins [...] non, c'est sûr que ça a un impact sur euh... sur l'investissement [...] En gros dès que tu peux te sauver tu te sauves quoi, alors que... je... c'était pas spécialement mon profil avant; non c'était plutôt tant que j'ai des choses à apprendre je vais rester quoi* » (H4).

Considérant l'apprentissage corrélé au temps de présence en stage, l'interne parent serait ainsi **moins disponible aux enseignements** : « *Evidemment, plus tu passes de temps à l'hôpital, plus tu apprends et quand tu passes moins de temps que les autres parce que... tu apprends moins que les autres* » (H4).

A contrario, une interne évoquait un **regain d'investissement** : « *En revenant de congé mat' euh... du fait d'avoir peur de ne plus être à la hauteur [...] ça a remis un petit coup de boost aussi de se dire bah faut que je relise des cours [...] un petit regain ; qui continue encore* » (F7).

#### 4.1.7. Préoccupation financière

Parmi les sous-thèmes retrouvés lors des entretiens, figurait la question financière : « *Accueillir un enfant ça a quand même un prix* » (H1).

En FG a été évoqué qu'au vu des revenus des internes, il était **difficile d'envisager un mode de garde complémentaire** pour faire l'intérim jusqu'au retour au domicile : « *La majorité des modes de garde se terminent à 18h ou 18h30 (acquiescement général). Et avec le salaire qu'on a, ça ne permet pas forcément de renchainer sur un 2<sup>ème</sup> mode de garde dans les cas où on finit à 20h* » (FG). De même, si le mode de garde était compatible en fermant plus tard, il était aussi plus coûteux.

Trois des interrogés jugeaient ainsi le **salaire d'interne insuffisant** pour assurer à lui seul un projet parental : « *Si le conjoint n'a pas de salaire ou un petit salaire, je pense que ça peut quand même vite devenir problématique* » (H2).

### 4.2. Être parent quand on est médecin en devenir

Faire le choix de devenir parent en même temps que l'on devient médecin n'avait pas été aisé.

La profession était perçue comme source de **contraintes** qui, toutes, **pouvaient faire retarder le projet parental** : « *Après il y aurait [...] le début des remplacements, l'installation. En fait, il y aurait toujours eu quelque chose qui aurait fait qu'on retarde [...] Du coup, au bout d'un moment, on s'est dit "Bon allez, on arrête d'attendre" (rires)* » (F13) ou **pouvaient, une fois concrétisé, le mettre à mal** : « *J'ai aussi sacrifié beaucoup, à tel point que ça a failli, ça a failli détruire ma vie de famille [...] ça a été très, très difficile* » (H5).

Une interne expliquait que le principal impact négatif de ses études sur sa parentalité résidait dans le sentiment de n'avoir **aucun pouvoir de décision**.

Si la parentalité pouvait avoir des répercussions positives comme négatives sur la formation, les interrogés se sont exprimés sur la réciprocité de ce constat.

#### 4.2.1. Connaissances

##### Influence sur le vécu de la grossesse

A bien des égards, les internes ont témoigné que leurs connaissances médicales influaient sur le **vécu de la grossesse** : « *Le contact avec le monde médical pendant la grossesse, l'accouchement, après avec les médecins une fois que le bébé est né ; c'est forcément biaisé (sourit) par le fait qu'on ait des connaissances médicales* » (F7) ; « *De fait, vu qu'on est interne, on sait les choses [...] on interprète des résultats d'échographie [...] ou des résultats de prise de sang [...] je pense qu'on voit les choses autrement* » (H1).

Ces connaissances pouvaient être source de **réassurance** : « *Ça m'a vraiment créé un climat serein* » (F7). A l'inverse, elles pouvaient aussi être sources de **stress voire faire anticiper le pire** : « *On pense toujours au pire, et nous, d'autant plus qu'on est médecins. Pendant la grossesse, c'était pareil, je m'inquiétais beaucoup des complications* » (F9).

Une interne évoquait sa situation personnelle en expliquant que cela était **d'autant plus vrai en cas de complication avérée**. Face à la découverte d'une anomalie échographique pour son enfant, elle expliquait : « *On a eu beaucoup de stress et là, pour le coup, le fait [...] d'avoir des connaissances médicales, nous a... poussés peut-être à savoir plus que... plus que ce qu'on aurait dû savoir [...] parce que du coup, on a fait du Pub Med sur les problèmes de notre fils euh... chose que les parents euh... "normaux" (ton de nuance) ne font pas* » (F4).

Ces **connaissances** pourraient donc, en quelque sorte, être **subies** par l'interne, sans possibilité de s'en extraire réellement : « *Parfois ça fait du bien de ne pas savoir un peu les tenants et les aboutissants d'une prise de sang, d'une échographie, d'une échographie en plus [...] on a un peu de mal à sortir de cette [...] médicalisation de la grossesse* » (H1) ; « *Un œil de papa qui n'y connaît rien, ça manque un peu [...] avoir un œil plus naïf ça permet probablement de vivre un peu plus les choses* » (H1).

##### Influence sur le vécu de la parentalité

Ce paradigme perdurait une fois l'enfant né même si les connaissances pouvaient être **aidantes et rassurantes dans leur quotidien de parents** : « *Globalement c'est plus rassurant [...] si c'est de la bobologie, tu vois, tu vas pas directement angoisser, stresser* » (H6) et **étayantes vis-à-vis du conjoint** : « *Dans les relations aussi que j'ai avec mon mari sur le fait d'être parents ensemble [...] je pense que je fais attention à l'accompagner lui aussi dans sa parentalité, avec mes connaissances d'interne* » (F15).

Les interrogés expliquaient que ces connaissances permettaient également de **relativiser** vis-à-vis de certains problèmes de santé de l'enfant : « *Le fait du coup d'être médecin généraliste [...] la fièvre du nourrisson je suis moins inquiète (rires)* » (F2) ; « *Elle est tombée [...] Je me suis mise dans la peau de l'interne, j'ai regardé, ça saignait, c'était pas transfixiant, les dents bougeaient pas, bah j'ai pas consulté* » (F15).

Cela permettait ainsi de **temporiser** une consultation, voire de ne pas y avoir recours : « *J'ai plutôt tendance à temporiser au maximum* » (H7). Pour autant, une interne expliquait qu'elle pensait consulter autant qu'un parent lambda : « *On n'est jamais passés en pédiatrie tous les 2 donc euh enfin on fait un peu comme si on savait pas quoi. C'est pas pour autant qu'on consulte beaucoup mais pas moins* » (F17).

Plusieurs soulevaient le fait que **cette relativisation et temporisation pouvaient être un atout comme un risque** : « *(On ne s'affole pas) à tort ou à raison d'ailleurs* » (F1).

Un interne évoquait ainsi sa culpabilité face à la situation de son enfant diagnostiquée tardivement : « *Beaucoup de douleurs abdo du petit nourrisson euh, qui ont trainé pendant vraiment plusieurs mois [...] moi, étant en MG, je trouvais que ce n'était pas grave [...] ma femme me disait : "Mais il y a vraiment un truc qui ne va pas" [...] Moi je n'ai pas voulu écouter parce que étant en médecine, je me crois plus sage que tout le monde [...] à force d'avoir un entêtement biaisé par la vision du métier on va dire, j'ai trop traîné des pieds. [...] J'ai fini par céder parce qu'on se prenait la tête et on a été voir un pédiatre. Et en fait, la pédiatre nous a dit : "Mais pourquoi vous n'êtes pas venus plus tôt ? Il est intolérant aux protéines de lait de vache, votre fils" [...] Moi, je m'en suis voulu un peu de ne pas avoir été plus à l'écoute en tant que papa, et pas juste... (pause avec soupir) médecin on va dire* » (H5).

En effet, certains internes estimaient être **en difficulté pour prendre du recul et rester objectifs quant aux situations de santé de leurs propres enfants** : « *J'en vois en consultation tous les jours, surtout l'hiver (bronchiolites), ça ne m'inquiète pas mais quand c'est elle, j'étais inquiète [...] l'impression de ne pas réussir à gérer avec elle [...] y'a pas de... y'a pas le recul nécessaire* » (F6).

Les interrogés expliquaient que leur savoir pouvait aider **pour l'orientation médicale de l'enfant**, les internes parents sachant où et quand consulter : « *Ça a influencé sur le choix de l'orientation [...] J'aurais pas été interne, peut-être que j'aurais été aux urgences parce que c'était assez impressionnant en tant que papa* » (H5). Cela permettait également de savoir **quelle attitude adopter** dans l'intervalle d'une éventuelle consultation.

Cette prise en charge pouvait également être influencée par la **connaissance aidante du réseau de professionnels** : « *Le chirurgien, je le connaissais. Donc ils ont été cools [...] "Il n'y a pas de souci, je sais que tu es à Angers [...] pour vous faire gagner une journée d'hospit, je vais l'opérer aujourd'hui"* » (H7).

Ces connaissances **avaient un impact sur les relations avec ces mêmes professionnels** comme le médecin traitant ou le personnel de la petite enfance.

Ainsi, vis-à-vis des auxiliaires de crèche, un interne expliquait : « *La dame de la crèche qui nous affirmait que c'était une mycose [...] elle nous disait : "Non mais vous avez pas consulté ? Il faut absolument que vous la fassiez consulter", "Mais en fait euh... en fait on est médecins tous les deux !" (rires) [...] donc ouais ça, c'est un peu saoulant* » (H4).

Ce même interne précisait qu'à l'inverse, il existait des situations où ses connaissances de médecin étaient perçues comme moindres : « *Tu as aussi pas mal de trucs où tu te rends compte que tu n'as pas du tout la connaissance et que les autres professionnels l'ont [...] là, elle commence la diversification, nous on est penauds, elles, elles sont trop au taquet* » (H4).

Par ailleurs, l'expérience du **stage en gynéco-pédiatrie** serait une **aide pour la prise en charge de l'enfant au domicile** : « *A la maternité, j'ai fait beaucoup d'examens de nouveau-nés tout ça, donc je ne me sentais pas du tout désemparée sur comment m'occuper de lui [...] ça m'a rassurée d'avoir des connaissances en pédiatrie* » (F7). Être interne apporterait notamment des **connaissances pratiques de puériculture** : « *Les DRP (Désobstructions Rhino-Pharyngées) savoir quoi faire en fait* » (F2) ; « *Au niveau de... de la diversification [...] je me sentais assez à l'aise je n'avais pas trop de questions* » (F5).

#### 4.2.2. Situations rencontrées en stage

Plusieurs internes précisaiient que **certains vécus de stage faisaient obstacle à une pleine confiance vis-à-vis des personnes à qui ils confiaient leur enfant**: « *Parce que j'ai vu des situations aux urgences pédiatriques, par exemple des cas de bébés secoués [...] là du coup, je suis peut-être un peu plus suspicieuse [...] peut-être que je suis un peu plus angoissée en le confiant à d'autres* » (F1).

Cela en amenait certains à **privilégier un mode de garde collectif** : « *Je ne voulais pas du tout de nounou [...] Déjà j'avais peur de tout ce que j'ai pu entendre et voir. Les nounous et les syndromes de bébés secoués, les nounous qui les mettent devant la télé...* » (F10).

Tout comme les connaissances évoquées précédemment, un autre interne évoquait la **difficulté de ne pas transposer certaines situations sur son enfant** : « *Trois semaines avant j'avais eu le cas d'un petit*

*gamin qui avait eu des douleurs abdo et qui vomissait [...] on lui a découvert un lymphome [...] J'étais bien rassuré une fois qu'ils m'ont montré la sténose à l'échographie » (H7) et la difficulté de ne pas communiquer cette inquiétude à sa conjointe : « Je l'ai gardé pour moi les 3 jours où on a attendu d'aller à l'hôpital. [...] je ne voulais pas le dire à ma femme pour pas l'inquiéter tant qu'on n'avait pas le diagnostic même si je pensais à une sténose » (H7).*

Une interne expliquait que ces exemples professionnels l'amenaient à être **plus vigilante à protéger et préserver sa famille** : « *Quand je vois les consultations [...] ça me permet quand même de réaliser que oui X, prends soin de ta famille. Mets-la à l'abris [...] Il faut la ménager* » (F10). Elle ajoutait : « *Je trouve qu'on a un beau métier dans lequel voilà, on a beaucoup de choses qui nous sont dites et que moi, le soir, ça me fait relativiser en me disant "ouah j'ai de la chance"* » (F10).

#### **4.2.3. Prise en charge médicale différente de la grossesse**

Plusieurs internes interrogées se sont exprimées sur le fait qu'être interne avait pu modifier la prise en charge médicale de leur grossesse.

Ainsi, deux internes mères partageaient le **souhait d'être considérées comme une patiente lambda pour leur suivi** : « *J'ai accouché dans une maternité où ils... je pense qu'ils ne faisaient pas de différence de mon statut [...] ils m'ont vraiment accompagnée comme une première maman [...] et pas comme une interne de MG et ça j'ai trouvé ça très bien et très aidant* » (F5).

Cette connaissance des professionnels avait parfois pu **porter atteinte au désir d'intimité des internes** : « *Une fois j'ai eu une inquiétude [...] il a fallu que j'aille aux urgences gynéco et là, ben c'était les co-internes avec qui tu vis à l'internat donc euh... c'est bizarre* » (F4).

Elle évoquait ce même **vécu un peu intrusif** vis-à-vis de son accouchement : « *Accouchement à X [...] mon mari était interne d'anesth à X, donc euh bon ben tu arrives en terrain connu, j'ai vu plein de pyjamas verts débouler dans ma chambre [...] pour rendre visite au bébé de l'anesth (rires) [...] tu te dis un peu : "Mais dans quel monde vit-on ?" [...] si on m'avait dit avant qu'elle viendrait, j'aurais dit non, tu vois. Après [...] c'est vrai que le fait d'accoucher sur le lieu de travail bah c'est... c'est sympa* » (F4).

Ce suivi de la grossesse serait également différent au titre que les intéressés étaient en mesure d'en avoir un **avis qualitatif** : « *Elle a eu un suivi qui était parfait* » (H8).

Enfin, pour l'un des pères, ce statut d'interne lui avait permis de **s'impliquer professionnellement dans l'accompagnement de sa conjointe** : « *X (son épouse) avait le projet d'accoucher sans péridurale et que ce soit moi qui l'accouche* » (H3).

#### 4.2.4. Indisponibilité

Beaucoup d'internes témoignaient que **les contraintes inhérentes à l'internat étaient lourdes** (horaires tardifs et décalés, week end, gardes, stages éloignés, préparation de la thèse, etc.). Elles limitaient leur présence au domicile : « *On ne va pas se mentir [...] franchement mon internat me bouffe énormément de ma vie de famille* » (F16) et étaient à l'origine d'un quotidien minuté : « *Je suis tout le temps en train de courir [...] de les faire courir* » (F11).

En conséquence, le **temps libre consacré à l'enfant était moindre que souhaité** : « *Tu aimerais avoir un peu plus de temps avec lui* » (F13).

Cela était **source de culpabilité** pour plusieurs internes : « *C'est très culpabilisant. [...] Enfin pour moi, c'est dur, interne et maman. C'est très dur (émue). Je profite des siestes de X le week-end pour essayer d'avancer mais du coup, Y, elle me dit "On pourrait faire des jeux?", "Alors non, là, maman elle travaille" [...] Et des fois, je me fâche et je me dis, enfin je culpabilise encore quoi* » (F11).

Plusieurs internes expliquaient que **cette absence au domicile était difficile à vivre** pour eux : « *Ce qu'on a perdu pendant le semestre X, on l'a perdu quoi [...] et on en a encore des rancœurs [...] j'étais jamais à la maison, jamais, jamais, jamais, quoi. Compliqué* » (H5) ; « *Ça nous marque beaucoup, c'est très pesant* » (FG) mais pouvait également **mettre à mal le conjoint et le couple** : « *Mon mari, la semaine dernière, a craqué [...] il avait les larmes aux yeux [...]. Je faisais une semaine de 80h avec 2 gardes dont le dimanche 24h [...] là il était à bout, il était à bout [...] Pour mon mari et moi, ce stage a vraiment été un cauchemar* » (F16).

Plusieurs internes évoquaient également les **répercussions de cette absence sur leurs enfants** : « *Mon grand quand j'étais aux urgences, il avait vraiment des périodes où il était beaucoup plus difficile [...] je sens vraiment que ça répercute sur eux régulièrement (mot appuyé)* » (F16).

Une interne suggérait un potentiel **risque de dysparentalité** : « *Prévenir les dysparentalités [...] parce que ça serait dommage que, par carence affective, il y ait des troubles chez les enfants de médecins* » (F8).

Cette absence était **également parfois psychique** en raison de la charge mentale importante induite par l'activité professionnelle : « *Quand j'étais fatigué, qu'il y avait des trucs qui me restaient en tête du boulot, j'étais moins dispo, je m'énervais plus [...] je n'étais pas pleinement avec elle quand je jouais [...] maintenant ça j'y fais attention* » (H2).

### 4.3. Attitudes adaptatives

Face à ces différentes co-influences entre le statut de parent et celui d'interne, les interrogés expliquaient avoir opéré des adaptations dans leur quotidien personnel ou professionnel, ainsi que dans leur projet professionnel.

#### Influence sur la thèse et le travail pédagogique

Pour anticiper les difficultés que la parentalité pouvait induire sur ces travaux, plusieurs internes avaient **valorisé leur congé maternité pour avancer dans leur travail de thèse** : « *J'ai passé la première partie de mon congé mat', avant d'accoucher, à faire des stats [...] je m'étais fixée l'objectif de clôturer l'analyse des résultats de ma thèse avant l'accouchement* » (F1).

Certaines avaient profité de ce temps **pour d'autres travaux pédagogiques** : « *J'ai fait des modules A [...] des RSCA (Récits de Situations Complexes Authentiques), des traces d'apprentissage, voir ma tutrice.* » (F10) ; d'autres encore **pour des formations complémentaires ou des DU (Diplômes Universitaires)** : « *J'ai fait une formation en soins palliatifs pendant mon congé mat [...] Et j'ai fait une soirée sur la vaccination* » (F10).

L'une d'elles expliquait qu'elle **aurait eu l'impression de perdre son temps** si ce congé n'avait pas été mis à profit pour sa formation : « *j'ai pu valider un DU [...] on a moins l'impression de flinguer un semestre quand on se prend un semestre non validant* » (F3).

Face à ces difficultés émergentes en lien avec la parentalité, deux intervenants exprimaient que leurs **attentes et exigences vis-à-vis de leur thèse avaient changé** : « *Je vais abandonner un peu mes idéaux de perfection [...] parce que clairement on ne peut pas tout faire [...] elle a perdu de l'importance ça c'est sûr depuis que X est là* » (H2).

Du fait de son projet d'avoir un enfant pendant l'internat, un interne avait fait, dès le départ, le **choix de reporter son travail de thèse** : « *On avait décidé d'être parents pendant l'internat [...] donc, très clairement, dès le*

*début euh, je ne me suis pas mis dedans pour ça »* (H5).

Une mère avait **changé de sujet de thèse** pour en prendre un autre qui lui semblait plus compatible avec sa vie familiale.

Certains internes expliquaient avoir **modifié leur organisation de travail à la maison** : « *C'était hard, on tire sur la corde... la fin de thèse c'était compliqué [...] donc ouais je m'y remettais le soir tard, le weekend tard, euh... ouais, ça prend du temps, mais on s'organise différemment, mais on s'y fait, de toutes façons, on s'adapte à tout* » (H3) **mais aussi en stage** : « *J'emménageais mon PC et je bossais entre deux patients, je n'arrêtais pas* » (F2) **ou en garde** : « *Sur mes gardes aussi, [...] car elles sont assez légères* » (F17).

Parfois, ces adaptations nécessitaient de **sacrifier des temps familiaux** au profit de la thèse : « *On a pris une semaine de congés [...] et c'était pour que moi je bosse ma thèse [...] elles allaient [...] à la plage etc. et moi je restais dans la chambre pour bosser* » (H2).

Certains des interrogés mettaient leurs **enfants en garde sur des temps off pour pouvoir se dégager du temps de travail** : « *Je pense que X sera à la crèche sur du temps libre que j'aurai pour que je puisse avancer sur ma thèse* » (F17).

Pour un couple d'internes, **le projet d'un éventuel second enfant tenait compte de l'avancement du travail de thèse** : « *Je souhaite absolument pas à X d'accoucher avant qu'elle ait soutenu sa thèse, la 2<sup>ème</sup> fois. Qu'elle finisse et qu'elle boucle sa thèse en étant enceinte jusqu'au cou, c'est jouable. Qu'elle l'ait pas soutenue alors qu'il y a le 2<sup>ème</sup> qui est arrivé...* » (H8).

## Préoccupation financière

En réponse à cette préoccupation, un interne expliquait avoir fait le **choix d'un stage hospitalier avec un front de garde lui permettant une rémunération plus confortable** : « *J'ai pris ce stage parce que je savais que j'aurais beaucoup de gardes et que [...] je serais mieux payé [...] c'est clairement rentré en ligne de compte [...] l'aspect financier du terrain de stage* » (H1).

Un interne déclarait ne pas avoir eu de souci financier grâce à la **signature d'un CESP** (Contrat d'Engagement de Service Public) : « *Moi j'ai signé un CESP [...] ce qui fait que j'ai un complément de salaire aussi tous les mois* » (H2).

Cette problématique financière avait directement influencé certains choix de l'interne en lien avec sa parentalité comme le **non-recours à la disponibilité** : « *Financièrement ce n'était pas possible, on avait besoin du... de mon salaire quoi* » (F4).

## Séparation des rôles médecin et parent

Comme nous l'avons vu précédemment, les connaissances des internes pouvaient paradoxalement les rassurer autant que les inquiéter. Cette dualité rendait difficile la prise de recul sur les situations médicales de leurs enfants, les internes estimant ainsi être de mauvais médecins pour ces derniers : « *On peut pas être le médecin de son enfant, on est paralysé par l'inquiétude* » (F9) ; « *On n'est pas du tout objectif* » (F12).

Partant de ce constat, et même si les rôles étaient présentés comme indissociables : « *Indéniablement on est un peu obligé de l'être (médecin)* » (H1), la très grande majorité des interrogés, hommes comme femmes, exprimaient leur **souhait de séparer leur rôle de médecin de celui de parent** : « *C'est mon boulot, ce n'est pas ce que j'ai envie de vivre avec ma fille [...] j'avais dit dès le début refuser d'être le médecin de mes enfants* » (H2).

Ainsi, si **un seul des internes interrogés expliquait gérer lui-même la majorité du suivi médical** de ses enfants, **la plupart ne le faisait que par exception** : « *Je l'ai déjà vaccinée plusieurs fois parce qu'on est trop à la bourre sur les rendez-vous [...] mais vraiment j'aime pas ça* » (H2) ; ou pour des **affections bénignes ou ne nécessitant pas de prescription**.

Les **urgences** étaient généralement **délégées** sauf exception : « *J'ai un de mes fils qui a fait une hypoglycémie profonde l'autre jour et... et donc je l'ai tenu toute la nuit, en le resucrant toutes les heures à la maison* » (F16).

Les uns justifiaient ce choix par un **souhait de conserver une forme d'authenticité dans la relation avec leurs enfants** : « *On a aussi, je pense, une approche qui est un peu stéréotypée avec les patients [...] peut-être pas théâtrale mais [...] on est aussi un peu dans une représentation et qui n'est pas celle que j'ai habituellement avec ma fille* » (H2) ; « *J'ai pas envie que ma place de médecin se mélange à ma place de père* » (H7).

D'autres verbalisaient se sentir en **incapacité à assurer ce double rôle, ne souhaitaient pas faire de gestes invasifs ou douloureux** sur leur enfant : « *C'était vraiment notre choix [...] c'est vrai qu'on se voyait*

*pas faire les vaccins à notre fille* » (H4) ou estimaient **avoir besoin d'un avis extérieur** : « *On ne connaît pas tout* » (F7).

Par ailleurs, une interne expliquait : « *Peut-être que c'est cette peur de se dire... est-ce que je vais trouver un truc si je teste ? Donc je laisse quelqu'un d'autre le faire* » (F7).

Enfin, pour l'un des interrogés, il s'agissait d'un élément **réactionnel après un retard diagnostique** : « *Non, depuis que ça m'est arrivé, ça c'est fini. C'est le pédiatre et moi je suis le papa, je suis pas son médecin donc non, non. C'est le pédiatre depuis ça* » (H5).

Ainsi, pour une grande majorité, les enfants des internes interrogés étaient **suivis par un professionnel extérieur**.

Une interne exprimait en éprouver de la **culpabilité** : « *Ma pédiatre m'a rassurée parce que des fois je m'excusais un peu. Et elle m'a dit : "Non mais attendez, moi les miens, je ne m'en occupais pas non plus". Ce n'est pas possible, tu es trop impliquée* » (F11).

Certains interrogés appréciaient de **pouvoir discuter avec ce professionnel « d'égal à égal »** : « *Des discussions de médecin* » (H6). Une interne, au contraire, déclarait préférer qu'on s'adresse à elle **comme à une mère lambda** : « *Il me parle vraiment comme à une maman, pas avec des termes médicaux [...] je trouve ça assez agréable, [...] Je n'aurais pas aimé qu'on me parle comme un médecin, alors que je viens en tant que maman* » (F7).

Face au diagnostic de leurs confrères, certains internes observaient **fidèlement ce qui avait été prescrit** : « *S'il prend une décision je ne viens pas derrière pour la changer* » (H1).

La situation était plus **délicate lorsque l'interne était en désaccord** avec ce que proposait le professionnel : « *Ça m'agace un peu parce que des fois je sais plus trop où je suis* » (F17) ; « *Souvent je me dis "Reste à ta place de maman" mais c'est super compliqué* » (F11). L'interférence de ces positionnements amenait parfois à **ne pas suivre l'avis donné** : « *Je ne suis pas hyper d'accord [...] on va attendre 24/48 heures [...] on n'a pas donné les antibiotiques* » (H4).

## Choix différent du médecin traitant

Un interne expliquait que sa connaissance des réseaux de professionnels avait **influé pour le choix du médecin traitant de son enfant** : « *On a pris la liste des SAFE et on a regardé lesquels étaient les plus disponibles et bien notés en tant que maîtres de stage* » (H8).

## Allaitement

Une interne avouait que, **de par ses connaissances, ses choix d'allaitement avaient été modifiés** : « *Avant ma première grossesse, je n'ai jamais eu envie d'allaiter [...] et puis j'ai eu mon cours sur l'allaitement et je me suis dit [...] : "Mais non, évidemment que je vais les allaiter"* » (F3).

Le service des Urgences ne pouvant lui garantir de pouvoir tirer son lait en garde, une interne expliquait avoir **solicité la médecine du travail pour se faire exempter** afin de ne pas mettre en échec son allaitement : « *C'était dommage d'en arriver là parce que ça ne m'a pas simplifié le retour au travail [...] Mais c'est vrai que je garde un souvenir très difficile de ma reprise* » (F14).

## Prise en charge médicale différente

Face à ce statut singulier, une interne expliquait avoir fait le **choix de faire suivre sa grossesse par un professionnel non médecin** : « *J'étais volontairement suivie par une sage-femme parce que [...] aucun... ressenti envers elle et d'être jugée parce qu'on ne faisait pas la même chose en fait [...] je trouvais que le lien était différent et plus facile, en tout cas de mon côté* » (F5).

De même, afin de préserver son intimité, une interne avait demandé avant son accouchement qu'**aucun interne ne soit présent** : « *J'avais juste dit vous ne me mettez pas un seul interne dans le bloc. Je ne veux pas voir leur tronche, ne serait-ce qu'après* » (F10).

D'autres faisaient, au contraire, le **choix de se faire accompagner par une équipe médicale connue en stage et jugée de confiance** : « *Elle est passée en gynéco à X l'hiver d'avant et elle avait vraiment apprécié l'équipe, le contact avec les gynécos et elle avait dit : "Bah moi, je veux accoucher là quoi, j'ai vraiment confiance"* » (H8).

## Indisponibilité

Une autre interne expliquait **profiter pleinement des moments passés** avec son enfant à défaut d'en avoir beaucoup : « *J'essaye de [...] vraiment profiter en terme qualitatif du temps qu'on a ensemble... vu qu'en terme quantitatif et ben, il m'en reste pas beaucoup avec lui* » (F1).

Pour optimiser leur présence au foyer et ne pas obliger leur famille à déménager fréquemment, potentiellement dans des lieux de vie inadaptés « *Vivre à l'internat où il manque la porte d'entrée, tout le reste est tagué, les chiottes marchent pas. Et puis l'internat, c'est soirées non-stop* » (H5), deux internes interrogés expliquaient avoir **choisi stratégiquement leur lieu d'habitation** : « *On ne peut pas déménager tous les 6*

*mois [...] enfin, je ne pouvais pas imposer ça à ma femme, encore moins à mon fils après donc [...] on a choisi de se poser à un endroit et puis moi j'ai fait, enfin je tournais autour » (H5) ; « J'avais quand même anticipé [...] en sachant que je serais amenée à être maman et que je ne voulais pas faire de célibat géographique et que si je m'installais à Angers, bah j'aurais des problèmes pour avoir des stages sur Angers donc [...] on s'était implantés sur Laval » (F10).*

Pour pallier les absences liées aux contraintes professionnelles, une interne avait eu recours, en plus de sa nourrice, aux services d'une **baby-sitter** allant récupérer l'enfant chez la nounou et gérant la soirée jusqu'au retour des parents.

Une interne expliquait que son sentiment d'incompatibilité entre la spécialité initialement choisie et sa vie de famille, avait contribué à demander un **droit au remords vers la MG** : « *Mon 3<sup>ème</sup> semestre de X, c'était l'horreur, j'ai travaillé comme une dingue, je sortais tard, j'avais plein de boulot, j'étais stressée en permanence. On s'est rendu compte que ce n'était pas gérable d'avoir en plus un bébé à gérer au milieu de tout ça et du coup on a réfléchi... alors moi, depuis le début, je m'étais tâtée pour faire de la MG et euh... voilà, ça a clairement aidé à [...] à prendre ma décision et c'est vraiment pas une décision que je regrette d'avoir prise* » (F4).

Une autre différence évoquée par les internes résiderait dans le fait de **revendiquer plus fréquemment leurs droits :**

- vis à vis des **demi-journées de formation**, une interne expliquait : « *Là, je suis dans un stage [...] où les demi-journées sont pas du tout, du tout, du tout respectées. [...] ce n'est pas tenable [...] je suis crevée, je me shoote au Guronsan® [...], je vais amener le tableau de service pour essayer de négocier pour avoir mon temps parce que je ne peux même pas, enfin faire mes formations. Enfin ce n'est pas normal. Mais ça, je ne l'aurais jamais fait si je n'avais pas été maman et je vais le demander parce que je n'ai pas le choix* » (F11).

- un interne s'exprimait vis-à-vis du **congé paternité** : « *Mais le 1<sup>er</sup> qui fait une remarque, je lui dis "Mais attends, le congé paternité, c'est un droit"* » (FG).

- une mère s'était entretenue avec sa senior au sujet de ses **horaires** jugés non justifiés et de l'impact qu'ils pouvaient avoir sur sa famille : « *Donc le lendemain je suis arrivée avec un peu plus de courage que la veille [...] Je lui ai expliqué que j'avais des enfants et que je les voyais du coup ni le matin, ni le soir et que là, ça faisait beaucoup pour du coup une raison qui n'en était pas une* » (F16).

Plusieurs participants déclaraient que c'était également leur **conjoint qui s'était adapté** aux contraintes professionnelles de l'interne. Une mère expliquait ainsi que son époux **avait quitté son travail pour pouvoir la suivre sur son affectation d'internat** dans une autre région.

Parfois, le conjoint **modifiait ses conditions de travail** pour pouvoir offrir davantage de souplesse organisationnelle à la famille : « *Il a monté son entreprise pour pouvoir être un peu plus disponible et il travaille donc à la maison [...] ça depuis le début de l'internat* » (F16) ; « *Elle a fait un moment, pendant 2 mois, un temps complet et en fait c'était ingérable [...] donc finalement on s'est concentrés sur un mi-temps* » (H3).

**Ces adaptations étaient d'autant plus complexes avec un conjoint lui-même médecin** : « *Si j'ai mon année recherche, j'irais sur X de mi-septembre à mi-janvier donc ça veut dire que Y (sa femme), il faut qu'elle soit dans un stage qui ait pas de garde et qui soit pas trop prenant pour pouvoir aller le chercher tous les soirs* » (H8) ; « *Il fait des remplacements parce que du coup je suis interne et il ne veut pas s'installer au cas où [...] Il faut être adaptable aux terrains de stage et aux horaires qui peuvent être à rallonge, à mes gardes* » (F10).

De même, une interne parlait de sa situation où elle avait pris un stage près de chez ses parents chez qui elle était retournée vivre avec son bébé durant un semestre du fait d'un inter-CHU de son conjoint.

Deux internes expliquaient ainsi que leurs **projets personnels avaient été modifiés** du fait de ces contraintes, **revoyant par exemple le nombre d'enfants envisagé à la baisse** : « *On en voulait 4 (enfants) au début. Enfin si je faisais mes 36h* » (F11).

## 5. Propositions émergentes

Les 25 entretiens réalisés ainsi que le FG ont été sources de multiples propositions, les participants exprimant que le « **système** » devait s'adapter.

De façon générale, certains formulaient le **souhait d'une meilleure information** quant à leurs droits : « *Je pense qu'il y aurait à gagner à ce que les internes soient encore et toujours un peu plus formées (en soupirant) des possibilités de l'internat pendant la grossesse* » (FG).

Ils étaient en demande de **plus de compréhension et de soutien** : « *Ne pas se sentir indispensable au service, pour partir sereinement [...] sans avoir des remarques [...] sans sentir que [...] je travaille deux fois plus aujourd'hui pour rattraper ce qui n'a pas été fait hier puisque personne ne l'a fait* » (H3).

Outre les bénéfices d'un meilleur vécu de leur grossesse et parentalité, l'un des enjeux de ces adaptations serait **de permettre aux internes de rester plus longtemps à leur poste de travail** : « *Tout le monde y*

gagnerait. Et l'interne pour vivre sa grossesse et tout simplement la communauté médicale, pour pas qu'ils soient en galère d'internes » (F8).

Toutefois certains semblaient **désabusés** : « De base, le temps de travail de l'interne, c'est compliqué. Alors si on se met à légiférer sur les femmes enceintes [...] il faut pas rêver, tout le monde s'en tamponne l'oreille avec une babouche » (H8).

En effet, plusieurs internes pensaient qu'il serait difficile de mettre en place de nouveaux aménagements : « Dans ma famille [...] tout le monde me disait : "Mais tu sais que, enceinte, tu bénéficies d'une heure de moins le soir ? ", je disais : "Mais je m'en contrefiche moi parce que si mon travail n'est pas terminé quelqu'un d'autre ne va pas le finir donc je ne peux pas rentrer chez moi plus tôt" [...] tout cela, on n'en a pas bénéficié, c'est impossible à mettre en place... » (F3).

Les deux schémas suivants résument les grandes propositions faites pour chaque situation, dont certaines seront détaillées ci-après.



Figure 6 : Schéma des propositions autour de la grossesse pendant l'internat



Figure 7 : Schéma des propositions autour de la parentalité pendant l'internat

## 5.1. Aménagements du temps de travail

### 5.1.1. Pendant la grossesse

Les internes proposaient de dépasser la dichotomie « présence en stage ou non » : « *Aménager un temps de travail [...] les choses différemment quoi... Plutôt que te dire tu as un stage ou t'es pas en stage* » (F12).

Pour ce faire, ils suggéraient une adaptation des amplitudes horaires de travail : **temps de pause** dans l'après-midi, **fin de service précoce**, instauration d'un « **couver-feu** ».

Les participants étaient toutefois **sceptiques** quant à la possibilité de mettre en place ces aménagements : « *Je sais bien que c'est pas forcément compatible avec le service hospitalier dans le sens où le patient qui fait un accès aigu à 19h c'est hors de notre possibilité de contrôle quoi... mais je pense que ça pourrait être bien* » (F1).

### 5.1.2. Temps partiel

Les interrogés, hommes comme femmes, avaient suggéré que soit proposé le **recours à un temps partiel au moment de la reprise**, au moins sur la période de surnombre.

Un interne suggérait **que ce temps partiel reste validant**. A l'inverse, un autre considérait que la nécessité de faire au minimum 4 mois entiers de stage était justifiée pour valider un semestre.

Une interne quant à elle aurait été prête à **allonger la durée de son internat en conséquence** : « *Pourquoi pas allonger l'internat mais travailler à mi-temps pour avoir plus de temps sur chaque semaine* » (F17).

## 5.2. Stages fléchés pour les internes enceintes et/ou parents

Plusieurs interrogés suggéraient que soit **proposé, aux internes enceintes et parents, un stage proche de leur domicile** : « *Pas faire faire [...] 50 (kilomètres) aller -50 retour à une femme enceinte* » (F14). Toutefois, les interviewés **s'interrogeaient sur la légitimité** d'une telle mesure vis-à-vis de leurs co-internes : « *C'est compliqué voire même un peu injuste d'imaginer des bons stages pour les jeunes mamans ou le jeune papa [...] toi c'est quand même un choix d'avoir un enfant [...] tu n'as pas de raison d'être prioritaire particulièrement* » (H4).

## 5.3. Gardes

### 5.3.1. Interdire les gardes dès le 3<sup>ème</sup> mois de grossesse

D'autres interrogés suggéraient que **les gardes à partir du 3<sup>ème</sup> mois soient interdites et non plus laissées à l'appréciation de l'interne** : « *Voilà, tu as le droit (mot appuyé) de ne plus en faire, mais ça c'est trop facile aussi, pourquoi on ne nous interdit pas de faire des gardes ? Ça serait beaucoup plus pratique* » (F16).

### 5.3.2. Pas de garde au retour du congé maternité et paternité

De nombreux internes, hommes et femmes, proposaient **que les mères soient exemptées de gardes au retour de leur congé maternité** : « *Ça, je trouve que vraiment, ça devrait être revu et ils ne devraient pas donner de gardes à une maman qui revient, qui reprend* » (F14).

Ainsi, ils suggéraient un délai d'**un à quelques mois** avant que l'interne mère ne soit réintégrée au roulement de gardes.

Une interne proposait que les mères soient **au moins exemptées de gardes de 24h** : « *Les gardes de 24 heures, quand tu reviens juste de ton congé mat [...] déjà ça demande une organisation [...] tu es beaucoup plus fatiguée qu'un autre interne lambda quand tu ne fais pas tes nuits et que tu dois enchaîner [...] je pense que c'est plutôt les 24h qui... pèsent vraiment* » (F5).

Un homme considérait lui que cette situation, même difficile, **ne motivait pas une exemption** et que l'interne mère pouvait choisir un **stage sans garde à la reprise si son classement le lui permettait** : « *C'est pas simple mais quand t'es dans une entreprise, on te demande pas ton avis, tu viens faire ton taf hein. Et bah faire des gardes, ça fait partie de notre boulot d'interne. Alors après, tu peux aussi réfléchir à être sur un poste où il y a pas de garde ou moins de gardes mais ça, ça dépend de l'ECN, ça dépend du classement* » (H8).

Si **étendre cette proposition aux pères** était suggérée : « *Mais que ce soit pour les pères aussi [...] on dort quand même pas... pendant 1 ou 2 mois* » (FG), **elle ne faisait pas consensus** : « *Ça multiplie trop le... le nombre d'internes qui ne font plus de gardes [...] l'objectif ce n'est pas non plus de mettre le système en difficulté parce qu'on a des enfants* » (FG).

### 5.3.3. Pas de garde pour les internes parents

Une interne proposait que les parents soient totalement exemptés de gardes : « *Ne pas avoir de garde, pas d'astreinte de week-end* » (F17).

## 5.4. Congés

### 5.4.1. Congé paternité plus long

Un interrogé déclarait que le congé paternité en France était **inférieur à celui proposé dans d'autres pays** : « *11 jours, on n'est quand même pas dans les bons élèves [...] on cite souvent les pays nordiques parce que c'est un exemple [...] il y a des pays qui sont à 12 mois [...] à répartir entre les deux parents* » (FG).

A la question de la durée idéale, les internes pères répondaient en majorité **un mois** : « *Un mois, ce serait top quoi (mot appuyé) [...] ma durée idéale, pour me dire je suis vraiment présent avec mon enfant et on prend vraiment nos marques* » (H4).

Un interne ajoutait que cette durée était d'autant plus insuffisante qu'elle **ne tenait pas compte d'éventuelles complications** : « *Quand il y a de la néonat, de la réa, des trucs comme ça [...] je pense que c'est complètement (mot appuyé) insuffisant pour la maman, pour le couple, pour l'enfant* » (H3).

Un interne déclarait que des **évolutions** en ce sens allaient sans doute voir le jour prochainement dans le droit français : « *Il y a un débat de société hein en ce moment [...] Ça va bouger d'une manière ou d'une autre* » (FG) mais il s'inquiétait de l'application qui en serait faite pour les internes avec l'a priori qu'ils seraient **spoliés**. Les internes questionnaient en effet l'adaptabilité d'une telle mesure : « *Presque un mois de stage [...] ça peut être complexe dans la situation mais c'est pareil, si c'est institué de façon générale, je pense que du coup on peut faire découler ça en médecine parce que ce sera pareil partout.* » (FG) ; « *On ne met pas la société en danger en augmentant ça tu vois... faut pas exagérer non plus. [...] je pense qu'on pourrait se le permettre.* » (FG).

#### 5.4.2. Congé parental éventuellement partageable entre les deux parents

Un des interrogés prenait un exemple existant à l'étranger : « *Un congé plus long, pour au moins un des 2 parents, comme ça peut se faire dans certains pays scandinaves [...] c'est juste de laisser le choix, encore une fois, en baissant le salaire ou je ne sais quoi mais [...] qu'il y ait une possibilité de le faire entre les 2 [...] que ce soit pas forcément à la femme de le faire* » (H7).

#### 5.4.3. Congé sans solde et disponibilité non déclassants

Si pour d'autres motifs, les avis divergeaient quant à ce déclassement, dans le contexte de la parentalité en revanche, il était **perçu comme injuste et sans fondement** : « *La dispo pour congé mat, le fait que tu perdes ton classement, me paraît encore un peu rude comme sanction [...] je trouve ça injuste* » (F16).

La plupart des internes **s'en indignaient** : « *On a bossé tous les jours pendant 3 ans pour avoir le classement en stage qui nous corresponde et là, sur un choix personnel, tout ça, tout ce travail de 3 ans, disparaît. Autant ne pas bosser pendant l'externat* » (FG).

Était donc suggérée la **possibilité d'y avoir recours sans que cela ne soit déclassant** pour l'interne devenu parent.

### 5.5. Favoriser l'allaitement maternel

Les internes mères qui avaient allaité estimaient qu'elles avaient été **mal informées de leurs droits** : « *C'est des choses qui sont possibles mais qui sont pas dites* » (F17). Elles avaient le **sentiment d'avoir plus de difficultés à bénéficier de ce droit** que d'autres professions : « *Je vois pas pourquoi on n'a pas les mêmes droits que les salariés quoi* » (F12).

Elles souhaitaient que cet **allaitements soit facilité** : « *Que ce soit normal, que t'aies pas besoin de te battre pour pouvoir continuer à allaiter une fois que tu reprends le boulot surtout quand tu es médecin* » (F14) et qu'il n'ait **pas d'impact sur la rémunération**.

Pour cela, elles exprimaient la nécessité **que le cadre légal soit respecté en stage** et qu'elles puissent **avoir un temps et un lieu dédiés** : « *Une demi-heure pour tirer mon lait le matin et [...] l'aprèm... avec une salle adaptée* » (F1) ; « *Même sur des gardes, on devrait toujours pouvoir le faire* » (F14).

Lorsqu'on questionnait les interrogés sur ce qui pourrait être fait pour faciliter l'allaitement à la reprise, ils faisaient le lien avec la **présence d'un mode de garde sur le lieu de travail**.

## 5.6. Faciliter le mode de garde

Outre le côté facilitant pour la poursuite de l'allaitement maternel, la question du mode de garde était **un sujet très important** aux yeux des internes : « *Le primordial pour moi, c'est une question de garde d'enfant* » (F1).

Les interrogés souhaitaient que soit **facilité l'accès en crèche** pour leurs enfants, **notamment sur le lieu de travail** : « *Pour les internes, est-ce que vraiment ils ont le droit aussi aux crèches ? A la crèche du CHU notamment ou en garde d'enfants dans les autres petits hôpitaux ?* » (F2). Un interne soulevait le fait que **l'accès à la crèche du CHU ne devrait pas être discriminant vis-à-vis des internes** : « *A la crèche du CHU, les internes sont pas prioritaires [...] Bah aussi prioritaires, ça serait bien* » (H8).

Pour d'autres, les contraintes de l'internat, notamment en terme de mobilité, devraient conférer un **accès prioritaire à ces crèches d'établissement** : « *A partir du moment où on dit aux internes "Bon vous êtes complètement mobiles et tous les 6 mois [...] on peut vous mettre là où on veut" [...] il faut assurer les places de crèche à l'hôpital [...] "Le statut d'un interne est précaire [...] vous n'avez pas de visibilité"* » (H4).

Un père expliquait que **cela pourrait être un atout pour attirer les internes** sur un établissement : « *Il y a pas mal d'hôpitaux qui proposent des crèches à leurs salariés et peut-être des places, ça peut être un atout pour attirer des internes quand même* » (FG).

## 5.7. Surnombre

La question du surnombre a été source de nombreux échanges.

De façon générale, avait notamment été exprimée la nécessité **de redonner son sens à la notion de surnombre** : « *L'intégration de... du sens de... d'être en surnombre [...] comprendre qu'un surnombre, c'est un surnombre comme son nom l'indique [...] que ce soit une reconnaissance [...] pas comme fictif : "Je devais avoir 11 internes, finalement j'en ai 12 et ben je vais en profiter, allez les moutons"* » (FG).

### 5.7.1. Durée minimale pour un SNV

Un interne évoquait l'intérêt de fixer une **durée minimale pour le SNV** : « *Je ne conçois pas des surnombres de 2 semaines enfin [...] je ne vois vraiment pas l'intérêt* » (H4).

### 5.7.2. Optimiser la validation des surnombres

Afin d'optimiser la validation des semestres, des internes suggéraient de pouvoir **cumuler les présences en cas de plusieurs SNV** : « *On pourrait pas les cumuler pour faire un stage validant au total quoi !?* » (F1).

Durant le FG, d'autres propositions émergeaient à ce sujet comme le fait que **les mois effectués en surnombre soient acquis** : « *Qu'on puisse par exemple, si on a fait 3 mois de SNV, qu'à la fin on puisse refaire 3 mois et non pas 6 [...] ça, ça serait vachement bien* » (FG).

Un interne suggérait, qu'en cas de grossesse, soit proposé **un surnombre de 12 mois sur un même lieu de stage** où l'interne pourrait être présente idéalement 8 mois : « *On fait un stage complet sur 1 an qui est séparé en deux avec la grossesse au milieu [...] ça ne pose pas la question de la pédagogie parce que on aura déjà fait 6 mois dans le stage [...] c'est peut-être plus facile que d'organiser des bouts de semestre en fin d'internat, en fait* » (FG).

Selon certaines internes, **ces principes d'optimisation auraient pu leur permettre d'éviter une reprise précoce** et de profiter davantage de leur congé maternité : « *S'il y avait ce décompte-là, j'aurais été prête à refaire 3 mois après tu vois parce que j'aurais profité à fond de ce moment-là* » (FG).

### 5.7.3. Surnombre à la carte ou création d'un « projet de surnombre »

Plusieurs internes proposaient que soit créé un « **projet de surnombre** », construit en accord avec le service accueillant et les souhaits pédagogiques de l'interne enceinte qui le sollicitait. : « *Que la femme enceinte, si elle le souhaite [...] puisse aller dans le service, en accord avec le service, pour une mission adaptée ; potentiellement en autonomie mais pas forcément [...] que ce soit un peu plus... [...] malléable [...] un SNV, pour moi, c'est juste un temps en plus dont tu devrais profiter pour ta formation* » (H4) ; « *Peut-être discuter avec le*

*chef de service sur l'objectif de ces quelques mois de stage [...] définir des vrais objectifs et donc ne pas avoir un poste d'interne, au sein d'un service, classique » (FG).*

Ils souhaiteraient en effet que les conditions de stage puissent être **davantage flexibles** : « *Un peu aménagé* » (H7) ; « *Des horaires aménagés* » (H6).

Un interne suggérait que, selon les choix de l'interne, sa **rémunération pourrait s'en trouver adaptée** : « *Par contre potentiellement avec une rémunération adaptée. Ça ne me choquerait pas tu vois [...] que ce soit un peu égalitaire par rapport aux autres* » (H4).

#### **5.7.4. Disponibilité non déclassante si prise dans le cadre d'un SNV**

L'une des propositions faites autour du surnombre concernait la disponibilité et la **possibilité d'y avoir recours pour couvrir la fin du surnombre** : « *De dire que [...] tu as le droit de poser 6 mois de dispo avec ton congé mat à l'intérieur sans être déclassée [...] le coup du congé sans solde de 5 semaines qui serait déclassant, moi je trouve ça absolument hallucinant* » (H4).

Un interne soulignait qu'en plus du confort apporté aux internes, cette mesure **permettrait des économies** puisque l'interne ne serait pas rémunérée sur cette période.

#### **5.7.5. Possibilité de SV pour les pères**

Les pères s'exprimaient à ce sujet durant le FG : « *Dans un monde idéal, j'adorerais tu vois [...] pour passer un peu plus de temps avec ma fille [...] tu me le proposerais mais je signerais les yeux fermés ! (ton de l'évidence) [...] un grand pas (mot appuyé) qu'on ferait d'un coup* » (FG).

Un interne estimait que cette mesure pouvait être **complexe à mettre en place** : « *Faire des conditions particulières pour les papas aussi [...] on a vu que c'était déjà pas très simple pour les mamans [...] ça rajoute peut-être beaucoup de complexité d'un coup au niveau de la promotion* » (FG).

### **5.8. Aménagements pour un couple d'internes parents**

Pour un couple d'internes, il était suggéré de pouvoir **avoir des aménagements pour au moins l'un des deux** : « *Qu'il n'y ait pas de garde, qu'il y ait des horaires beaucoup plus flexibles pour au moins un des 2 et que ce soit reconnu par la DRH (Direction des Ressources Humaines) [...] qu'il puisse aller récupérer ses enfants, qu'il puisse les emmener à l'école* » (H6).

# DISCUSSION

## 1. Forces et limites de l'étude

### 1.1. Avantages et forces de l'étude

Au moment de la conception de l'étude et de la revue de littérature initiale, si d'autres thèses avaient été faites sur ce sujet, comme celle du Dr PICHON PAWELSKI (11) questionnant le ressenti de jeunes femmes médecins vis à vis de la maternité ou celle du Dr HACHANI (5) sur le ressenti et les conséquences de la maternité pendant l'internat, **aucune n'avait été réalisée depuis la réforme de 2016 mettant fin au déclassement des internes enceintes** (9). Un déclassement qui s'appliquait alors avec une grande disparité entre les facultés, ce qui était perçu comme inégalitaire (5,12,13).

De plus, ces travaux avaient surtout traité du vécu de la grossesse et de la maternité mais peu de la parentalité en général. Par ailleurs, à la connaissance des chercheuses, **un seul, avait également inclus des pères** mais cela n'avait pas été prévu initialement dans les critères d'inclusion (6).

Les chercheuses ont également eu connaissance d'une étude similaire débutée à Angers quelques semaines avant celle-ci mais avec analyse quantitative, menée par le Dr VERDIER et dirigée par le Pr GARNIER, membre du DMG (14). Elle se penchait sur l'impact de la parentalité sur la formation et la vie des internes et s'intéressait à l'ensemble des internes angevins, parents ou non, toutes spécialités confondues. Leur complémentarité renforçait l'intérêt de ce projet. Ses résultats corroboraient majoritairement ceux de la présente étude, ce qui soulignait la saturation des données.

Un des objectifs de cette thèse étant d'être force de propositions d'aménagements, les chercheuses espéraient pouvoir ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des futurs internes parents.

### Choix de la méthode

Abordant la notion de vécu, la **méthode qualitative** a paru la plus pertinente à adopter. Les **entretiens semi dirigés** permettaient de mieux mettre en valeur le ressenti et l'expérience propre des interrogés ; le deuxième temps, par FG, de dégager des pistes consensuelles ou non.

Plusieurs interrogés avaient d'ailleurs exprimé leur gratitude pour avoir fait le choix de s'intéresser à ce sujet et par là même, leur avoir permis de faire part de leurs expériences et de leurs attentes. C'est là toute la force de l'approche qualitative qui est davantage exploratoire, bien que moins représentative.

Si des sous analyses quantitatives ont été effectuées, elles avaient pour but de préciser les caractéristiques de nos interrogés sans avoir vocation à être extrapolées à la population des internes parents.

Ce travail de thèse a permis d'interroger une **grande variété de profils**, cette diversité enrichissant l'analyse : couple d'internes, expérience d'un droit au remords, vie professionnelle différente avant Médecine, famille nombreuse, maquette adaptée, etc. Il n'y avait pas de famille monoparentale ou adoptante dans notre échantillon.

Le recrutement via l'envoi de mails aux promotions entières a permis de toucher l'entièreté de la population cible et a limité le biais de désirabilité.

## 1.2. Limites et biais

Il a été plus difficile de recruter des hommes que des femmes. S'estimaient-ils moins légitimes que leurs collègues féminines face aux difficultés énoncées ? Se sentaient-ils moins concernés qu'elles par ce sujet de la parentalité, celle-ci leur faisant moins obstacle ?

Il pouvait exister dans cette étude un **biais de recrutement** car on peut supposer que les internes ayant souhaité répondre étaient davantage ceux qui avaient pu se retrouver confrontés à des difficultés.

L'analyse du Dr VERDIER corroborant nos résultats, ce biais semblait mineur.

Le fait que les chercheuses soient connues de certains interrogés pouvait être un frein à la participation de ces mêmes internes bien que cela ait également pu permettre des confidences plus aisées. Cela pouvait également être à l'origine d'un **biais de désirabilité**, les participants, ayant pu vouloir se montrer sous leur meilleur jour.

Les investigatrices émettaient l'hypothèse que le court délai écoulé entre le recrutement de la thèse du Dr VERDIER (14) et celui-ci avait pu freiner le nombre de participants, les internes pouvant confondre les deux sujets de thèse en pensant y avoir déjà répondu ou ne souhaitant pas se réinvestir sur le même sujet.

Les deux chercheuses étant elles-mêmes devenues mères durant leur internat et pouvant se reconnaître dans certaines difficultés énoncées par les participants, il restait possible que des interférences aient pu se jouer au sein des entretiens et entraîner un **biais de transfert**. Ce biais était limité par la rédaction précoce d'un journal de bord recueillant les présupposés des investigatrices et le double codage indépendant avec triangulation par la directrice de thèse. Ce dernier point limitait le **biais d'interprétation**.

## 2. Analyse des résultats

Le projet parental avait parfois influé ou conforté le choix de la MG, offrant la représentation d'une spécialité permettant un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle (15).

Les interrogés faisaient état d'une expérience globalement positive de la parentalité pendant l'internat, ce que le Dr VERDIER retrouvait dans sa thèse où 60% des internes parents pensaient qu'avoir un enfant avait contribué à leur épanouissement professionnel (différence significative avec les non-parents : 37%) (14).

Dans la thèse du Dr HOSDEZ réalisée en 2006, à la question « *L'internat est-il une période propice pour mener une grossesse en toute sérénité ?* », 67% des internes mères interrogées, toutes spécialités confondues, avaient répondu « *non* » (12). Quatorze ans plus tard, les résultats du Dr VERDIER montraient que 64% des internes parents interrogés versus 49% des internes non parents pensaient que la parentalité était compatible avec l'internat (différence significative) (14).

Dans la présente étude, les participants s'accordaient à dire que les **récentes réformes** ayant permis **la création du surnombre et la suppression du déclassement** avaient marqué une **amélioration majeure**. Certains internes exprimaient en effet qu'ils auraient pu reconsidérer leur projet parental s'ils n'en avaient pas bénéficié. Les thèses réalisées alors que le déclassement était encore pratiqué confirmaient le vécu très négatif qu'en avaient les mères (5,6,13).

Toutefois, il se pourrait que les **difficultés réelles ou pressenties** restent à ce jour **perçues comme assez contraignantes pour motiver les internes à reporter leur projet parental**. Ainsi, dans l'étude angevine récente du Dr VERDIER, sur 87 internes non parents ayant un projet d'enfant, 62% avaient reporté leur projet du fait de leur formation (différence significative) (14).

Dans notre étude, si les interrogés ne regrettaient pas d'être devenus parents à ce moment de leur vie personnelle et professionnelle et encourageaient leurs collègues à faire de même (4,6), la plupart affirmaient la **difficulté inhérente à la conciliation de ces deux statuts et les sacrifices qu'elle nécessitait**. Ces difficultés requéraient une **organisation importante du quotidien**, notamment avec le conjoint, qui souvent s'adaptait lui aussi, aux contraintes de l'internat (6). Ils continuaient de penser que mener une grossesse pendant le troisième cycle restait perçu par les collègues et les chefs comme un **projet déraisonnable**.

### Relations professionnelles

Si plusieurs internes faisaient état d'une **réelle bienveillance** dans les relations professionnelles et d'un **garde-fou facultaire** présent comme pour cette interne ayant été interpellée sur son état de fatigue par le jury

de validation de sa phase socle ; aucun interne interrogé n'avait évoqué la place du tuteur alors qu'il paraîtrait logique que ce soit le rôle de celui-ci de veiller à aider les internes parents pour toute difficulté, qu'elle soit relationnelle ou non. En effet, son suivi de l'étudiant durant tout le DES permet la construction d'une relation privilégiée et l'apport de conseils personnalisés.

Certains interrogés évoquaient des **difficultés relationnelles avec leurs supérieurs et leurs collègues** soulevant des questionnements d'ordre éthique en lien avec la persistance de situations discriminatoires.

Ainsi, l'annonce d'une grossesse restait, parmi nos participants, source d'apprehension.

Cela s'expliquait sans doute par certaines situations relatées dans le FG, ainsi que dans d'autres travaux (16) comme ce cas d'internes de spécialité à qui il aurait été demandé lors de leur entretien avec le responsable du DES, le nombre de grossesses envisagées (4), la contraception « imposée » (6), les remarques déplacées : « *A l'annonce de ma propre grossesse, mon chef de service a répondu qu'il rendrait dorénavant obligatoire le port du stérilet pour ses futures internes femmes...* » (12).

Dans un article de presse, une senior américaine se questionnait : « *Qu'est-ce qui peut donner à quelqu'un l'idée que l'internat est un bon moment pour avoir un bébé ? [...] c'est juste parfaitement horrible [...] considérez l'internat comme le moment d'apprendre votre travail [...] il est temps d'avoir des enfants* ». Un autre chef conseillait, lui, de ne pas tomber enceinte les deux premières années : « *Vous n'allez pas étudier suffisamment* » (17).

Les internes dénonçaient ainsi un « système » où faire des enfants pendant l'internat irait à l'encontre des « règles », comme signalé dans la thèse du Dr LEVECQ (6) et d'autres publications (18). Ce sentiment semblait encore partagé dans notre échantillon qui estimait que « *La grossesse n'est pas intégrée comme une possibilité dans l'internat* » (FG).

A titre d'exemple, s'il est vrai qu'il relève de la responsabilité facultaire de former le plus rapidement possible des médecins opérationnels pour répondre aux besoins de santé de la population, **on peut s'interroger sur la façon dont a été intégrée la question de la parentalité à la réflexion de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle.** Composer avec cette réalité semble avoir été insuffisamment anticipé par le législateur, ce qui n'est pas sans conséquence pour les internes comme cette future mère enceinte en fin de phase socle s'étant retrouvée dans l'impossibilité de faire un SV sur son stage PRAT.

Il pourrait être intéressant de réfléchir à la façon de pallier ces difficultés, comme par exemple en envisageant la création d'un pool de MSU volontaires pour accueillir des internes en surnombre sur les stages ambulatoires.

## Paradoxes

Les internes s'étaient retrouvés face au **paradoxe d'appartenir à une profession prenant soin des autres mais dont les acteurs ne s'autorisaient pas toujours à prendre soin d'eux-mêmes, ni de leurs collègues.**

Les internes mettaient en avant un **manque de compréhension**, retrouvé dans la littérature (19) : « *Vous n'avez qu'à pas faire ce métier si vous voulez avoir des enfants* » (6). Ils avaient pu verbaliser le sentiment de **stigmatisation** et de **culpabilité** qu'ils pouvaient ressentir s'ils cherchaient à demander un aménagement ou tout simplement à faire valoir leurs droits. S'autoriser un arrêt de travail était également difficile. Ils dénonçaient une forme de diktat productiviste ne portant pas de considération à la singularité des statuts, dont celui de la grossesse.

Si l'on considérait le **congé paternité**, les pères interrogés avaient tous pu en bénéficier contrairement à ceux de la thèse du Dr LEVECQ en 2015, où il était rarement obtenu (6). Deux points de la thèse de Dr VERDIER sur ce sujet étaient à relever : les internes non-pères étaient plus nombreux à l'envisager (87%) que les pères à en bénéficier (75%, différence significative) : cette différence pouvait-elle s'expliquer en partie par ce paradoxe ? Par ailleurs, il n'y avait pas de différence significative entre les internes de MG et ceux d'autres spécialités, contrairement à l'hypothèse que faisaient plusieurs de nos interrogés (14).

Certaines situations énoncées lors des entretiens amenaient à penser que la sphère professionnelle influençait la santé de l'interne enceinte comme cette interne demandant une perfusion d'antiémétiques pour assurer sa garde. Cela avait pu être également retrouvé dans d'autres travaux, comme dans la thèse du Dr HACHANI où une interne expliquait que, pour pouvoir valider son stage, elle s'était fait faire un décollement afin d'accoucher plus tôt (5).

Dans ce contexte, les chercheuses émettent l'hypothèse qu'il pourrait être intéressant que la **réflexion autour de ses limites et de celles des autres intègre plus en avant la formation des médecins généralistes** avec une généralisation à tous les stages de groupes réflexifs à ce sujet à l'image des groupes Balint. Cela paraîtrait légitime au vu du nombre de burn out chez les médecins qui n'ont probablement pas appris à concilier vie personnelle et professionnelle, ni à prendre soin d'eux. En 2020, Medscape, le premier site

d'information pour les médecins et les professionnels de santé, retrouvait que 49% des médecins français étaient en épuisement professionnel (20). Il est par ailleurs à noter que les propositions émergentes du FG concernaient plusieurs entités mais pas la formation des internes eux-mêmes.

En pratique, les principaux points de difficultés mis en lumière par cette étude concernaient **les gardes, la déclinaison pratique des surnombres, les difficultés autour du mode de garde, de l'allaitement et de l'accès aux jours enfant malade.**

De façon globale, **les internes s'estimaient insuffisamment informés de leurs droits autour de ces questions**, certains parlant même de **désinformation**. Ces données étaient retrouvées dans plusieurs autres travaux (4,6) comme dans la thèse du Dr FABREGUE où 65,9 % des femmes et 75,9 % des hommes avaient estimé n'être pas assez informés des moyens mis à leur disposition pour favoriser un projet d'enfant pendant leur internat de médecine (21).

Un dialogue ouvert entre les structures concernées pourrait probablement régler ces points, un livret d'information de l'interne enceinte également.

## Gardes

Elles étaient parfois mal vécues dès le premier trimestre et pouvaient être un motif d'arrêt de travail.

La problématique la plus récurrente semblait être la **difficulté pour les internes de trouver elles-mêmes un remplaçant à leurs gardes**, situation qui les choquait et qui était retrouvée dans la majorité des autres travaux (4,12,22).

S'il est confortable pour les internes d'élaborer eux-mêmes leur roulement de gardes, permettant de prendre en compte au mieux les doléances de chacun, il ne semble pas exister de validation extérieure de la conformité de ce tableau, ce qui pourrait être à l'origine de certaines déviations.

Les interrogés considéraient qu'il était du ressort de l'administration d'assurer ce rôle de garant législatif, ainsi que de trouver une solution de remplacement aux gardes de l'interne enceinte lorsque aucun volontaire ne se proposait.

A la reprise, leur vécu était parfois considéré comme « violent » car les internes verbalisaient, comme retrouvé dans d'autres travaux, un temps nécessaire à la réappropriation de leurs connaissances à la suite de leur congé maternité (5,6).

Les internes suggéraient ainsi qu'une période, d'un à quelques mois sans garde ou durant l'allaitement, soit accordée aux jeunes mères, proposition semblant peu applicable en dehors d'un surnombre.

## Surnombre

La grande majorité des internes avaient pu exprimer qu'il s'agissait d'une avancée majeure, comme cela était d'ailleurs décrit par 89% des interrogés dans la thèse du Dr DENFERT GAGET (13) consacrée au surnombre. Facile d'accès, il permettait un climat plus serein en cas d'arrêt pour l'interne, comme pour ses collègues et offrait le bénéfice pédagogique d'un stage supplémentaire. Dans la thèse du Dr VERDIER, 83% des mères avaient eu recours à un SNV (14).

Cependant il apparaissait comme perfectible car sa déclinaison sur les terrains de stages semblait extrêmement variable (6), ne permettant pas toujours de ménager la future mère, ce qui était pourtant une attente des interrogés. Les participants proposaient ainsi que soit créé un **projet de surnombre** où les modalités de déroulement du stage pourraient être discutées en amont.

De plus, son mode de validation était contesté, estimant que ce temps pédagogique n'était pas assez valorisé (4). Les internes faisaient par exemple la proposition d'une validation du surnombre basée sur l'acquisition des compétences plus que sur la durée du stage. Cette **proposition « d'attestation de validation de compétences »** était également proposée dans la thèse du Dr IOOS (4). Elle posait néanmoins une question de légitimité et d'équité vis-à-vis des autres internes en matière de contractualisation de la formation.

Il ressortait des résultats que les problématiques les plus prégnantes apparaissaient une fois que l'enfant était né et que l'interne reprenait le travail. Les internes se sentaient **discriminés sur ces sujets**, ayant l'impression que leur statut singulier était trop souvent interprété à leur désavantage (6) : s'ils étaient des salariés à part entière, pourquoi leur enfant n'était-il pas éligible à une place en crèche hospitalière au même titre qu'un autre ? Pourquoi ne leur était-il pas appliqué les mêmes droits pour la poursuite de leur allaitement ?

Il paraît en effet **incohérent que des aménagements** soient proposés pendant la grossesse (23) mais qu'ils **soient inexistant une fois que l'enfant est né**. Bien que la grossesse soit contraignante physiquement et limite la femme enceinte en stage, la condition parentale à laquelle se rajoutent les exigences de l'internat apparaît également complexe à concilier. Il est légitime de penser qu'avoir un enfant est un choix et ne devrait pas permettre d'obtenir de passe-droit ; néanmoins certains aménagements n'impactant pas les collègues pourraient être considérés. Ainsi, dans les suggestions qui nous ont été proposées, il semble qu'uniformiser les horaires en stage ne spolie pas les autres internes, contrairement à la disponibilité non déclassante dans ce contexte ou les propositions d'aménagements pour les couples d'internes parents.

## **Difficultés autour du mode de garde**

Il ressortait que **trouver un mode de garde au vu des contraintes professionnelles était difficile**, surtout s'il n'existant pas d'entourage sur place pour pallier aux imprévus. Toutes les difficultés relevées dans ce travail étaient également retrouvées dans plusieurs autres travaux de thèse (5,6,24,25).

Les internes s'estimaient **au moins aussi légitimes voire plus à avoir accès aux places de crèches hospitalières**. Certaines facultés étrangères, au Canada notamment, font ainsi priorité aux enfants des étudiants en médecine sur les places de crèche du campus (26). A défaut d'une offre assez large, ne pourrait-il pas être envisagé la création d'un référentiel ou d'une personne ressource sur les modes de gardes acceptant des horaires atypiques (nounou, crèche de nuit...) ?

Réfléchir à cette question pourrait soulever d'autres enjeux. En effet, on peut faire **l'hypothèse que proposer systématiquement une place en crèche sur le lieu d'affectation en stage**, comme cela était suggéré par les participants, **pourrait favoriser aussi bien le choix de ce terrain, qu'un futur projet d'installation**. Ainsi, une interrogée expliquait s'être volontairement implantée pendant son internat sur une ville périphérique moins demandée dans l'idée d'y obtenir plus facilement des stages qui lui permettraient de mieux concilier son projet parental avec sa formation. Une installation sur cette même ville ou sa proche périphérie serait-elle favorisée si elle lui proposait un moyen de garde intéressant pour son enfant ? Cette interne n'esquisse-t-elle pas un concept de maquette territorialisée dans lequel l'accompagnement de la parentalité vis à vis du mode de garde prendrait toute sa place pour contribuer à favoriser l'installation des internes dans des zones sous-dotées ?

## **Difficultés avec l'allaitement maternel**

A sa reprise, l'interne en stage hospitalier a droit, comme toute salariée, à une heure par jour jusqu'au un an de l'enfant pour l'allaiter sur place ou pour tirer son lait. Toute structure de plus de 100 employés, comme le CHU, doit mettre à disposition des mères allaitantes un local dédié remplissant des critères spécifiques (volume, hygiène, matériel disponible). Si l'entreprise fournit un tel lieu, la pause d'allaitement est alors réduite à 20 minutes (27). A noter qu'à la connaissance des thésardes, le CHU d'Angers n'en dispose pas.

En pratique, **ces conditions étaient rarement appliquées**. Anticipant les difficultés, plusieurs internes allaitantes avaient ainsi sevré leur enfant avant la reprise pensant la poursuite de l'allaitement incompatible avec leurs conditions de travail.

Celles qui avaient fait le choix de continuer s'étaient heurtées à des difficultés multiples : aucun lieu dédié, ni

temps dégagé, longues amplitudes horaires et gardes (source de douleurs, d'engorgements, etc.), manque de compréhension. Ces problématiques étaient retrouvées dans la totalité des thèses de la bibliographie effectuée (4-6,12,24,25,28-30).

Si certaines mères avaient pu bénéficier d'**aménagements de leur temps de travail** pour leur permettre de le poursuivre, d'autres avaient dû tirer leur lait au lieu de manger, s'étaient faites arrêter ou avaient fait intervenir la médecine du travail pour être dispensées de garde.

Comme pour d'autres points, il existait là encore une **méconnaissance des conditions légales exactes**.

Les difficultés rencontrées sur ce sujet sont questionnantes : n'est-il pas enseigné aux médecins de promouvoir l'allaitement maternel ? Pourquoi les internes sont-elles alors dans l'impossibilité de mettre en application cette recommandation ?

De plus, selon la thèse du Dr MINATCHY, permettre aux femmes de **poursuivre leur allaitement** à la reprise **diminuerait leur taux d'absentéisme car leurs enfants seraient moins malades** (25,31).

## Difficultés d'accès aux jours enfant malade

Dans la thèse du Dr VERDIER, seuls 19% des internes prenaient des jours enfant malade (alors que 41% des non-parents l'envisageaient) (14), ce qui confortait les résultats de ce travail. Il ressortait des verbatims émis par les participants qu'ils avaient une **méconnaissance de ce droit** et une **appréhension à le faire valoir**.

## Co-influences

Dans la thèse du Dr VERDIER, 91% des internes parents étaient d'accord pour dire que leur parentalité avait eu un impact sur leur formation et 90% des internes non parents pensaient que cela aurait eu un impact (14).

Voici quelques exemples d'influences positives comme négatives citées par les participants de l'étude et confrontées aux données bibliographiques :

-**une plus grande aisance en pédiatrie et gynécologie** : une tendance retrouvée dans beaucoup de travaux (3,5,6,13,30). A titre d'exemple, les internes citaient des relations plus faciles avec les enfants, des résultats concordants avec ceux de la thèse du Dr VERDIER où la relation (96% contre 83% des non parents) et la communication (94% vs 78%) avec les enfants étaient en effet ressenties comme facilitées pour les internes parents de façon significative (14).

**-un retard dans la validation de la maquette** : retrouvé également dans la thèse du VERDIER où 69% des internes parents avaient vu leur internat retardé, la majorité, 76%, de 6 mois (14), mais aussi dans plusieurs autres travaux (4,6,13,24).

**-un retard dans la validation de la thèse** : le Dr VERDIER avait mis en évidence que 82% des internes non parents pensaient que devenir parent aurait retardé leur travail. Dans les faits, seuls 53% des internes parents le pensaient, la différence était statistiquement significative (14).

**-une modification des critères de choix de stage** : Les verbatims de l'étude mettaient en lumière que les internes parents privilégiaient le plus souvent la proximité géographique, un volume horaire moindre, un faible nombre de gardes et de weekends et la volonté de limiter l'impact sur les co-internes. Ces résultats étaient retrouvés dans plusieurs autres travaux qualitatifs (4-6).

Certains interrogés exprimaient le fait que ces choix étaient privilégiés même si la qualité pédagogique du stage devait s'en trouver diminuée. Cette notion n'était en revanche pas retrouvée dans la thèse quantitative angevine du Dr VERDIER, qui concluait au contraire que seul l'intérêt pédagogique du stage semblait être un critère significatif entre les internes parents et non parents, ces derniers lui accordant moins d'importance (14). Les critères de distance et de volume horaire étant prépondérants mais sans différence significative entre les 2 groupes.

**-des complications pendant la grossesse mises en lien avec les conditions de travail** : la majorité des grossesses s'étaient bien passées mais quand il y avait eu une complication, les mères l'attribuaient régulièrement à la pénibilité professionnelle comme cela avait pu être le cas dans d'autres études (4,6,16,32-36).

Plusieurs travaux s'étaient déjà penchés sur la question des complications de grossesse chez les internes (24,37). La thèse du Dr HOSDEZ à Nancy en 2006 faisait état, dans sa cohorte de 52 internes enceintes, d'un taux important de MAP (39%) et de prématurité (16%) (12).

D'autres études comme celle publiée dans le JOGC (Journal of Obstetrics and Gynaecology) au Canada en 2015 concluait que les internes enceintes seraient plus exposées à l'hypertension artérielle gestationnelle, au retard de croissance intra-utérin, à l'hématome rétro-placentaire et aux fausses couches que les femmes enceintes du même âge (38).

Une méta-analyse publiée en 2019 dans l'AJOG (American Journal of Obstetric Gynecology) était citée dans la thèse du Dr HOSDEZ (35). 62 études observationnelles y avaient été incluses. Il en ressortait que travailler plus de 40h par semaine était associé à une augmentation du risque de fausse couche (Odds ratio (OR) 1.38),

d'accouchement prématuré (OR 1.21), de faibles poids et taille de naissance (OR 1.43 et 1.16). De même, les femmes qui travaillaient plus de 55,5h par semaine augmenteraient de 10% leur risque d'accouchement prématuré.

Concernant le positionnement de l'interne parent vis-à-vis du suivi médical de son enfant, celui-ci était **en faveur du recours à un professionnel extérieur**, résultats confortés par d'autres travaux comme celui des Dr BARBIER et MALCOURONNE qui mettaient en évidence dans la discussion de leur thèse une transition génératonnaelle (39,40). Il y avait d'un côté la pratique médicale « à l'ancienne » qui consistait à prendre en charge ses propres enfants et de l'autre, une pratique plus « moderne » basée sur la décision partagée, consistant à faire confiance à un confrère. Cette prise de position faisait suite aux arguments qui avaient déjà été développés dans le présent travail (avis objectif, ne pas effectuer d'actes invasifs sur ses enfants, préserver l'authenticité de la relation...).

## Propositions

Les interrogés ont émis des propositions visant à mieux concilier leurs rôles d'interne et de parent.

Certaines avaient un aspect plus politique comme la **revalorisation du SFT**. D'autres relevaient du législateur comme **l'allongement des congés maternité et paternité** ou la création d'un **congé parental long partageable entre les deux parents**. Les internes citaient à ce titre ce qui pouvait se faire à l'étranger. Ainsi, au Canada par exemple, les internes peuvent bénéficier d'un congé de 12 mois rémunéré (90% du salaire environ sur les 17 premières semaines puis 55% sur les suivantes) (41).

D'autres mesures, en revanche, pouvaient se jouer à l'échelle facultaire.

Si **certaines suggestions faites pouvaient s'avérer discriminantes** dans leur application (ex : pas de garde ou stages fléchés pour les internes parents), d'autres relevaient d'aménagements plus facilement applicables comme la **création du projet de surnombre**, cette suggestion, nouvelle, n'avait pas été retrouvée dans d'autres travaux.

La **dispense de garde pendant le temps de l'allaitement ou au début de la reprise** pourrait être une adaptation discutable.

Il est intéressant de se pencher également sur les positionnements d'autres pays face à certaines suggestions faites :

L'accès à un **temps partiel à la reprise** était une demande récurrente.

Le programme de médecine d'urgence de l'Université de l'Indiana aux Etats Unis a ainsi proposé en 2019 à ses

résidentes enceintes la possibilité de 6 semaines d'horaires flexibles (10). En Ontario au Canada, il existe une politique d'horaires flexibles et de reprise à temps partiel après le congé maternité. Les internes ont ainsi la possibilité de continuer à travailler pendant leur congé maternité sur des recherches universitaires ou à l'hôpital sur 2 demi-journées par semaine et de récupérer ensuite ces heures à la reprise (42). Outre le fait d'offrir un meilleur confort au moment du retour au travail, cette solution pourrait peut-être permettre de moins appréhender une perte de connaissances.

Concernant le besoin d'informations, plusieurs travaux avaient évoqué la possibilité de créer un **livret d'informations pour l'interne enceinte** (4,14,24,30). La thèse du Dr LEVECQ proposait de favoriser leur accès **sur un lieu centralisé et fiable** (site officiel, ARS...) et d'identifier une **personne référente « parentalité »** (6).

A ce sujet, il existe un site internet pour les « resident doctors of Canada » consacrant une arborescence complète au fait de devenir parent à cette période (41). Il précise toute la conduite à tenir pour une interne enceinte dans les différents temps de la grossesse et de la parentalité. A noter que l'un des éléments de la check list proposée est de contacter le « wellness office » littéralement traduit « bureau du bien-être » qui joue un rôle d'information, de guide et peut orienter vers les différentes ressources locales mobilisables et accompagner la reprise.

Toutes les difficultés abordées ici (garde d'enfant, allaitement, difficultés psychiques à la reprise, etc.) y sont détaillées avec un rappel des droits, les coordonnées des structures utiles et parfois des témoignages ou des liens vers des blogs de jeunes mères internes comme « Mothers in Médecine ».

Certaines propositions étaient à l'inverse retrouvées dans d'autres travaux mais pas dans le nôtre comme la **création d'un pool d'internes remplaçants** (4,24) qui interviendraient lors d'arrêts maladie ou de congés maternité. Si cela pourrait s'avérer utile pour la suite en cas d'absence imprévue (ex : jours enfant malade d'un interne), on peut penser que sa pertinence apparaît moindre depuis la création du surnombre, ce qui conforte l'avancée positive qu'il a pu représenter.

Ces éléments de vécu de la grossesse et de la parentalité sont possiblement le reflet indirect de difficultés rencontrées par l'ensemble des internes. De même, les propositions faites à ce sujet sont en miroir de l'évolution de la profession et de la société qui tend à laisser plus de place à la famille. La majorité s'exprimait d'ailleurs en faveur d'une priorisation de celle-ci, une tendance là encore retrouvée dans d'autres travaux (6,25).

## **CONCLUSION**

Cette étude a permis aux internes parents de s'exprimer sur les points positifs et négatifs que leur confère ce double rôle et de faire émerger quelques pistes de réflexion quant à des aménagements qui pourraient faciliter leur quotidien tant personnel que professionnel.

Si la création du surnombre et l'abolition du déclassement semblent avoir amélioré la vie professionnelle des internes parents, certains sujets restent prégnants comme les difficultés autour de la garde de l'enfant, de l'allaitement, de l'accès aux informations, la déclinaison pratique perfectible du surnombre ainsi que des conditions de reprise et de validation des stages.

Notre étude se voulait force de propositions et les idées abordées pour pallier ces difficultés ont été nombreuses.

Toutefois, au carrefour entre salarié et étudiant, le statut de l'interne est complexe et si certains progrès continuent à être faits comme l'annonce d'un passage du congé paternité à un mois, comment cela pourra-t-il se décliner en pratique pour eux ?

En faisant se rencontrer les impératifs contraignants d'un travail exigeant et ceux de la sphère familiale, la féminisation croissante de la profession a sans doute contribué au changement d'ethos professionnel que nous connaissons depuis plusieurs années.

En miroir de la société, ce nouveau paradigme tend à viser un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle, entre hommes et femmes. Il est questionnant, qu'au sein d'une profession dédiée à l'humain, cet idéal semble difficile à concevoir.

Ainsi, l'un des enjeux transitionnels futurs de notre profession, ne serait-il pas de réussir à appréhender famille et médecine autrement qu'en opposition l'une de l'autre ?

# BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE (institut national de la statistique et des études économiques). Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642 [Internet]. 2017 [cité 7 févr 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
2. conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2017 [Internet]. 2017 [cité 7 févr 2019]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf)
3. BLANQUART (épouse VENET) M. Interne de médecine générale et parent : quid de la fonction et du rôle ? Lyon ; 2019.
4. Ios E, Maître-Jean H. Le vécu de la grossesse chez les internes en médecine du Nord-Pas de Calais : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Lille ; France] : Université du droit et de la santé; 2012.
5. Hachani, épouse Raselainy SH. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine générale : conséquences et ressenti. Étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés. Amiens ; 2016.
6. LEVECQ M. Comment les internes de médecine générale de Lille concilient parentalité et études médicales ? [Internet]. Lille 2 ; 2015 [cité 16 nov 2018]. Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/bf6adf4e-7efd-458b-b4b2-dbee3064f534>
7. Legifrance. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes [Internet]. 2015-225 févr 26, 2015. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030295642&dateTexte=&categorieLien=id>
8. ministere du travail de l'emploi et de la santé. INSTRUCTION N° DGOS/RH1/2011/141 du 13 avril 2011 relative à la réforme de l'organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. [Cité 7 févr 2019]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction\\_141\\_130411.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_141_130411.pdf)
9. Legifrance. 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 [Internet]. 2016-675 mai 25, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032587192&dateTexte=20160910>
10. D'Ambrosio A. Motherhood During Residency? New Policies Make the Two More Compatible [Internet]. MedPage Today. 2020 [cité 26 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.medpagetoday.com/hospitalbasedmedicine/graduatemedicaleducation/87811>
11. Pichon- Pawelski M. Etre mère et médecin généraliste : est-ce compatible ? Enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine. Nancy ; 2007.
12. Hosdez (épouse suty) M. La grossesse chez les internes de médecine générale et de spécialité : enquête auprès de 399 internes de la Faculté de Médecine de Nancy. Nancy ; 2006.
13. Denfert-Gaget L. Evaluation du décret de juin 2010 concernant le statut de l'interne enceinte : enquête sur le stage en surnombre auprès d'internes de médecine générale [Internet]. Poitiers ; 2013 [cité 7 févr 2019]. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/7b1cb3a2-a60d-423d-96f8-602fdea23eb3>
14. Verdier D. Impact de la parentalité sur le parcours des internes en médecine de l'université d'Angers [Internet]. Angers ; 2019 [cité 21 déc 2020]. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14008277/2019MCEM11541/fichier/11541F.pdf>

15. MARCHAND C. Quelles sont les motivations des internes ayant exercé un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale ? [Internet]. Orléans-Tours ; 2015 [cité 29 oct 2020]. Disponible sur : [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theeses/2015\\_Medecine\\_MarchandKervernCamille.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theeses/2015_Medecine_MarchandKervernCamille.pdf)
16. Finch SJ. Pregnancy during Residency: A Literature Review. Academic Medicine. avr 2003;78(4):418.
17. Sullivan Sibert K. Give yourself a break—Don't have a baby during residency [Internet]. A Penned Point. 2012 [cité 6 sept 2018]. Disponible sur : <http://apennedpoint.com/give-yourself-a-break-dont-have-a-baby-during-residency/>
18. Jaggi R, Tarbell NJ, Weinstein DF. Becoming a Doctor, starting a Family — Leaves of Absence from Graduate Medical Education. <http://dx.doi.org/101056/NEJMp078163> [Internet]. 8 nov 2007 [cité 14 nov 2018] ; Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/%2010.1056/NEJMp078163>
19. Mundschenk M-B, Krauss EM, Poppler LH, Hasak JM, Klingensmith ME, Mackinnon SE, et al. Resident perceptions on pregnancy during training: 2008 to 2015. The American Journal of Surgery. 1 oct 2016 ;212(4):649-59.
20. Duqueroy V. Burnout des médecins français : enquête 2020 [Internet]. 2020 [cité 18 déc 2020]. Disponible sur : <https://francais.medscape.com/diaporama/33000229#2>
21. Fabregue A, Moheng B, Laynet A, Agostini A, Boublé 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. 2015;46(3):261-6.
22. Hariton E, Matthews B, Burns A, Akileswaran C, Berkowitz LR. Pregnancy and parental leave among obstetrics and gynecology residents: results of a nationwide survey of program directors. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1 août 2018;219(2): 199.e1-199.e8.
23. ISNI. La grossesse pour l'interne – ISNI [Internet]. [Cité 5 nov 2018]. Disponible sur : <https://www.isni.fr/tout-sur-le-statut-de-linterne/la-grossesse-pour-linterne/>
24. Ménage A, Loddé B, Chiron B, Dewitte J-D, Pougnet L, Pougnet R. Internat en médecine, grossesse et maternité : quel est le ressenti des internes ? Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1 mai 2018 ;79(3):307.
25. MINATCHY ND. Quelle place occupe l'allaitement maternel dans la vie des internes bourguignonnes allaitant pendant l'internat ? Dijon; 2018.
26. Glauser W. How medical schools can better support students who are parents. CMAJ. 25 févr 2019 ;191(8):E243-4.
27. Une salariée enceinte a-t-elle droit à une réduction de sa durée de travail ? [Internet]. Service-Public.fr. 2019 [cité 28 févr 2019]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1901>
28. Rangel EL, Castillo-Angeles M, Changala M, Haider AH, Doherty GM, Smink DS. Perspectives of pregnancy and motherhood among general surgery residents: A qualitative analysis. The American Journal of Surgery [Internet]. 24 juill 2018 [cité 6 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961018301259>
29. Kellee L. Oller. pregnancy in residency. JGIM [Internet]. 2017 [cité 6 oct 2018] ; Disponible sur : <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-017-4173-0.pdf>
30. Kervella VG, Baron C. Le vécu de la maternité par des femmes internes de médecine générale. Angers ; 2011.
31. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan action: allaitement maternel. Med Nutr. 2010;46(3-4):25-47.

32. Behbehani S, Tulandi T. Obstetrical Complications in Pregnant Medical and Surgical Residents. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. janv 2015;37(1):25-31.
33. Phelan ST. Pregnancy during residency: II. Obstetric complications. *Obstet Gynecol*. sept 1988;72(3 Pt 1):431-6.
34. Alshora WBI, Mohammad Kalo B. Prevalence and factors associated with pregnancy loss among physicians in King Abdul-Aziz University Hospital, Saudi Arabia. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 avr 2018;57(2):231-5.
35. Cai C, Vandermeer B, Khurana R, Nerenberg K, Featherstone R, Sebastianski M, et al. The impact of occupational shift work and working hours during pregnancy on health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1 déc 2019;221(6):563-76.
36. Kotti N, Hajjaji M, Ellouze G, Feki A, Jmal hammami K, Masmoudi ML. Vécu de la grossesse chez les médecins en formation. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 1 mai 2018;79(3):312.
37. Klebanoff MA, Shiono PH, Rhoads GG. Outcomes of Pregnancy in a National Sample of Resident Physicians [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199010113231506>. Massachusetts Medical Society; 2010 [cité 26 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199010113231506>
38. Behbehani S, Tulandi T. Obstetrical Complications in Pregnant Medical and Surgical Residents. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 1 janv 2015 ;37(1):25-31.
39. MALCOURONNE T, BARBIER T, Pierre A, Christophe A, Jean-François A, Rahmène AA, et al. LA CONSULTATION D'UN ENFANT DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : UNE PRISE EN CHARGE COMME UNE AUTRE ? [Internet]. Angers ; 2020. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007995/2020MCEM11855/fichier/11855F.pdf>
40. Goubet J-C. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ? [Université de Picardie Jules Verne]: Picardie; 2016.
41. Resident doctors of canada. HAVING A FAMILY DURING RESIDENCY | Resident Doctors of Canada [Internet]. [Cité 16 déc 2020]. Disponible sur : <https://residentdoctors.ca/resources/family-residency-canada/>
42. Walsh A, Gold M, Jensen P, Jedrziewicz M. Motherhood during residency training. *Canadian Family Physician - Research Abstracts*. 51(juillet 2005) :991-7.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : <i>Nuage de mots représentant l'expérience de la parentalité des internes commune à tout parent .....</i>	9
Figure 2 : <i>Raisons évoquées au choix d'Angers pour l'internat de MG .....</i>	13
Figure 3 : <i>Schéma illustrant les représentations de l'interne et de l'internat en général .....</i>	36
Figure 4 : <i>Les représentations personnelles des participants concernant l'interne enceinte et parent .....</i>	37
Figure 5 : <i>Les représentations extérieures de l'interne enceinte et parent .....</i>	39
Figure 6 : <i>Schéma des propositions autour de la grossesse pendant l'internat .....</i>	74
Figure 7 : <i>Schéma des propositions autour de la parentalité pendant l'internat .....</i>	75

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : *Caractéristiques des patients de l'étude* ..... II

# TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉPARTITION DU TRAVAIL ENTRE LES DIFFERENTS AUTEURS .....</b>	<b>1</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES .....</b>	<b>5</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Population d'étude .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Se construire comme interne parent .....</b>	<b>11</b>
2.1. Choix de la spécialité .....	11
2.2. Opposition entre médecine générale et les autres spécialités .....	12
2.3. Choix d'Angers pour son internat .....	13
2.4. Identité professionnelle.....	13
<b>3. L'interne parent en stage.....</b>	<b>14</b>
3.1. Stage et grossesse .....	14
3.1.1. Conditions de travail.....	14
3.1.2. Absences en stage et arrêts de travail .....	16
3.1.3. Gardes .....	17
3.1.4. Vécu de l'expérience de la grossesse .....	18
3.2. Stage et parentalité.....	20
3.2.1. La reprise un moment de fragilité .....	20
3.2.2. Bénéfices secondaires de la parentalité .....	25
3.2.3. Aménagements .....	26
3.3. Déterminants sociaux des relations professionnelles de l'interne parent et ses conséquences .....	35
3.3.1. Représentations .....	35
3.3.2. Relations avec les chefs et les équipes de soins.....	41
3.3.3. Relations avec les co-internes .....	44
3.3.4. Relations avec les autres interlocuteurs .....	46
3.3.5. Paradoxes .....	48
<b>4. Coaptation des rôles .....</b>	<b>52</b>
4.1. Devenir médecin en étant parent .....	53
4.1.1. Être parent aide dans la formation .....	53
4.1.2. Impact négatif .....	55
4.1.3. Modification des critères de choix de stage .....	58
4.1.4. Modification de l'organisation en stage .....	59
4.1.5. Influence sur la thèse et le travail pédagogique.....	59
4.1.6. Investissement .....	60
4.1.7. Préoccupation financière .....	61
4.2. Être parent quand on est médecin en devenir .....	61
4.2.1. Connaissances .....	62
4.2.2. Situations rencontrées en stage.....	64
4.2.3. Prise en charge médicale différente de la grossesse .....	65
4.2.4. Indisponibilité .....	66
4.3. Attitudes adaptatives .....	67

<b>5. Propositions émergentes .....</b>	<b>73</b>
5.1. Aménagements du temps de travail .....	75
5.1.1. Pendant la grossesse .....	75
5.1.2. Temps partiel.....	76
5.2. Stages fléchés pour les internes enceintes et/ou parents.....	76
5.3. Gardes .....	76
5.3.1. Interdire les gardes dès le 3 <sup>ème</sup> mois de grossesse.....	76
5.3.2. Pas de garde au retour du congé maternité et paternité .....	76
5.3.3. Pas de garde pour les internes parents.....	77
5.4. Congés.....	77
5.4.1. Congé paternité plus long .....	77
5.4.2. Congé parental éventuellement partageable entre les deux parents .....	78
5.4.3. Congé sans solde et disponibilité non déclassants.....	78
5.5. Favoriser l'allaitement maternel.....	78
5.6. Faciliter le mode de garde .....	79
5.7. Surnombre .....	79
5.7.1. Durée minimale pour un SNV .....	80
5.7.2. Optimiser la validation des surnoms .....	80
5.7.3. Surnombre à la carte ou création d'un « projet de surnombre » .....	80
5.7.4. Disponibilité non déclassante si prise dans le cadre d'un SNV .....	81
5.7.5. Possibilité de SV pour les pères .....	81
5.8. Aménagements pour un couple d'internes parents.....	81
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>82</b>
<b>1. Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>82</b>
1.1. Avantages et force de l'étude .....	82
1.2. Limites et biais.....	83
<b>2. Analyse des résultats .....</b>	<b>84</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>94</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>95</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>98</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>99</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>100</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

## **ANNEXES**

**Annexe I : Tableau descriptif des participants**

**Annexe II : Guide d'entretien**

**Annexe III : Avis du comité d'éthique**

**Annexe IV : Retranscription d'un entretien**

**Annexe V : Lettre d'information transmise aux internes**

**Annexe VI : Grille COREQ**

## Annexe I : Tableau descriptif des participants

Tableau I : Caractéristiques des patients de l'étude

N°	âge	Situation professionnelle	Situation familiale	Nbre enfant	Famille à <50km	Profession du conjoint	Année de naissance de(s) enfant(s)	semestres validés à la naissance	stage lors de grossesse	stage de reprise
<b>F1</b>	29	6ème semestre	pacsée	1	non	ingénieur	2018	5	SAFE	Hospitalisation à domicile (HAD) en SNV
<b>F2</b>	28	remplaçante	mariée	1	oui	chauffeur livreur	2018	5	Equipe mobile de gériatrie (EMG)	5j d'EMG, puis SASPAS
<b>F3</b>	33	5ème	mariée	2	non	médecin	(2015) et 2018	3	gériatrie	EMG
<b>F4</b>	31	remplaçante	mariée	2	non	interne (anesthésie-réanimation)	(2015) et 2017	3	PRAT	SSR
<b>F5</b>	29	remplaçante	pacsée	1	oui	agriculteur	2017	3	PRAT	SNV pédiatrie 15j puis urgences
<b>F6</b>	28	6ème	pacsée	1	oui	chargé d'affaire	2019	4	PRAT puis médecine polyvalente (SNV)	SASPAS
<b>F7</b>	26	4ème	mariée	1	non	interne (MG)	2019	3	gynécologie puis urgences pédiatriques (en SNV)	stage précarité
<b>F8</b>	29	5ème	mariée	2	non	étudiant diététicien	2019	4	médecine interne/urgences puis cancérologie	cancérologie
<b>F9</b>	27	3ème	pacsée	1	oui	interne (cardiologie)	2018	2	gériatrie, urgences, gynécologie	PRAT
<b>F10</b>	27	3ème	mariée	1	non	médecin généraliste remplaçant	2018	2	SSR/soins palliatifs	diabétologie
<b>F11</b>	35	5ème	mariée	2	oui	opticien	2017	1	cardiologie	rééducation pédiatrique
<b>F12</b>	29	remplaçante	mariée	1	oui	chargé d'affaire dans un cabinet d'architecte	2018	4	SSR	SAFE
<b>F13</b>	29	remplaçante	pacsée	1	non	interne (cardiologie)	2018	5	urgences, rhumatologie	urgences pédiatriques
<b>F14</b>	29	remplaçante	pacsée	1	oui	Employé SNCF (de nuit)	2017	3	urgences puis PRAT	gynécologie (consultations)
<b>F15</b>	28	5ème	mariée	1	oui	technicien son	2018	3	PRAT /soins palliatifs	pédiatrie
<b>F16</b>	27	4ème	pacsée	2	non	auto-entrepreneur	2018	2	urgences	EMG
<b>F17</b>	28	4ème	mariée	1	oui	interne (MG)	2019	3	PRAT /soins palliatifs	SSR
<b>H1</b>	27	4ème	marié	1	non	infirmière (ne travaille pas au jour de l'entretien)	2019	3	pédiatrie	médecine polyvalente puis SASPAS
<b>H2</b>	27	6ème	marié	1 (2ème grossesse en cours)	non	pharmacienne	2017	2	urgences	PRAT

<b>H3</b>	28	remplaçant	marié	3	non	auto-entrepreneur	2016 et 2018	0 pour 1 <sup>er</sup> et 4 pour 2 <sup>ème</sup> enfant	SSR (2 <sup>ème</sup> grossesse) – pédiatrie (3 <sup>ème</sup> grossesse)	idem
<b>H4</b>	27	en année master	marié	1	oui	interne (MG)	2019	3	Infectiologie (consultations)	idem
<b>H5</b>	29	6 <sup>ème</sup>	marié	1	non	bibliothécaire (ne travaille pas au jour de l'entretien)	2018	3	urgences, PRAT	urgences pédiatriques
<b>H6</b>	30	1 <sup>er</sup>	marié	2	oui	auxiliaire de puériculture (ne travaille pas au jour de l'entretien)	2019	0	arrêt de travail	arrêt puis urgences
<b>H7</b>	29	5 <sup>ème</sup>	marié	1	non	pharmacienne	2019	3	HAD	cardiologie
<b>H8</b>	27	5 <sup>ème</sup>	marié	1	non	interne (MG)	2019	4	SSR/gériatrie	SASPAS

H = Homme ; F = Femme

## **Annexe II : Guide d'entretien**

*Je me présente : Céline VINCENT / Hélène LE CORRE, je suis interne en médecine générale à l'université d'Angers et je réalise cet entretien dans le cadre d'une thèse de doctorat de médecine générale menée conjointement avec ma co-interne Céline VINCENT / Hélène LE CORRE.*

*Cet entretien est ouvert : je vous pose des questions auxquelles vous pouvez répondre librement.*

*Vous êtes enregistrés sur deux supports audio différents.*

*Je pourrai être amenée à intervenir pour vous poser une question ou préciser un point. Nous pourrons être amenées à prendre des notes durant l'entretien, cela ne présage pas de lien avec vos réponses.*

*Vous pouvez décider d'arrêter l'entretien à tout moment ou revenir sur une notion abordée précédemment.*

*Nous pourrons vous envoyer la retranscription de cet entretien avant analyse si vous le souhaitez.*

*Bien entendu, l'anonymat de nos échanges est garanti. De même tout ce que vous direz restera confidentiel et sera uniquement exploité pour ce travail de thèse.*

*Vous pouvez vous opposer à tout moment à l'exploitation des données qui seront recueillies ce jour.*

### **1. Pouvez-vous vous présenter vous et votre famille ?**

### **2. Pouvez-vous me raconter comment vous est venue l'envie d'être parent, votre grossesse et les premiers mois avec votre enfant ?**

- a) Votre projet de parentalité a-t-il nourri votre réflexion sur votre avenir professionnel ?
- b) Pouvez- vous nous raconter comment vous avez vécu votre grossesse et notamment en tant qu'interne?
- c) Pouvez- vous me raconter comment s'est passé le retour de congé maternité ?
  - Sur le plan personnel, comment l'avez-vous vécu ?
  - Au niveau de votre formation, de vos stages comment cela s'est-il déroulé ?

### **3. Avez-vous perçu une influence entre votre formation et le fait de devenir parent ?**

- a) Le fait de devenir parent a-t-il eu un effet sur votre formation ?
- b) Le fait d'être interne en médecine générale a-t-il eu un effet sur votre parentalité ?
- c) Quelles sont les représentations de l'interne devenant parent selon vous (pour vous et pour les autres) ?

### **4. Que pensez-vous des aménagements particuliers en cas de grossesse au cours de votre internat ?**

- a) Avez-vous pu bénéficier d'aménagements particuliers ? Qu'en avez-vous pensé ?
- b) De quels aménagements auriez-vous aimé bénéficier ?

### **5. Qu'est-ce que devrait être le surnombre pour vous ?**

### **6. Avez-vous des remarques ou des commentaires supplémentaires ?**

### Annexe III : Avis du comité d'éthique



## COMITE D'ETHIQUE

**Pr Christophe Baufreton**

**Dr Aurore Armand**

Département de Médecine d'Urgence  
aumarmand@chu-angers.fr

Angers, le 4 juin 2019

A Mme Céline VINCENT

Au Dr Camille CISLAGHI

A Mme Hélène PIGNOL LE CORE

Mesdames, Chère Collègue,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 15 Mai 2019 votre étude « *Etre interne en médecine générale et devenir parent : entretiens semi dirigés auprès de .... Internes* » enregistrée sous le numéro 2019/42.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Mesdames, Chère Collègue, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

## **Annexe V : Lettre d'information transmise aux internes**

Département de Médecine Générale  
UFR Santé d'Angers  
Rue Haute de Reculée  
49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 28/03/2019

Madame, Monsieur,

Nous sommes internes en médecine générale. Dans le cadre de notre travail de thèse, nous menons une étude qui s'intéresse au vécu des internes de médecine générale d'Angers devenus parents pendant leur internat.

L'objectif de ce travail est également de mettre en évidence les effets de la parentalité sur la formation, ceux de la formation sur la parentalité et de faire émerger de nouvelles propositions d'aménagements.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience.

Nous souhaiterions échanger avec vous lors d'un entretien d'environ 45 minutes, sur le lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement notre discussion à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré sur double support audio, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes citées...) seront ensuite anonymisées.

Nous vous en adresserons une retranscription par mail si vous le souhaitez.

Nous vous inviterons à signer un formulaire de consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. (voir le document joint)

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous pouvez nous contacter :

- Par téléphone au 06.10.62.48.68 ou 06.73.36.42.29
- Par email : [helenepignol@hotmail.fr](mailto:helenepignol@hotmail.fr) ou [lenaig89@hotmail.com](mailto:lenaig89@hotmail.com)

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Hélène LE CORRE et Céline VINCENT

## Annexe VI : Grille COREQ

### Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion

**Item 1** : enquêteurs : entretiens menés par Céline VINCENT et Hélène LE CORRE, internes de médecine générale. Focus group animé par le Dr Maria GHALI. Directrice de thèse : Dr CISLAGHI Camille

**Item 2** : titres académiques :

- Céline VINCENT et Hélène LE CORRE : internes de médecine générale UFR Angers
- Dr Maria GHALI : chef de clinique au DMG UFR Angers, médecin généraliste
- Dr Camille CISLAGHI : chef de clinique au DMG UFR Angers, médecin généraliste

**Item 3** : Activité : internes et médecins généralistes cheffes de clinique universitaire

**Item 4** : genre : femmes

**Item 5** : expérience et formation : en 3<sup>ème</sup> semestre d'internat de médecine générale au début du travail de thèse, en 6<sup>ème</sup> semestre au jour de la soutenance.

Pour l'animatrice et la directrice de thèse : cheffes de clinique universitaire en médecine générale depuis novembre 2018, médecins généralistes installés

**Item 6** : certains participants étaient connus des enquêteurs avant le commencement de l'étude

**Item 7** : connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : les participants connaissaient le sujet et les objectifs de l'étude (informations données dans le mail de recrutement et la lettre d'information)

**Item 8** : caractéristiques de l'enquêteur : sujet vécu par les chercheuses elles-mêmes, un journal de bord relatant les présupposés de chacune a été rédigé avant de mener les entretiens, aucun conflit d'intérêt.

### Domaine 2 : Conception de l'étude

**Item 9** : orientation méthodologique et théorie : théorie ancrée

**Item 10** : échantillonnage : participants recrutés à partir d'un mail adressé à tous les internes des promotions 2016/2017/2018 de médecine générale. Une relance a été faite par mail.

**Item 11** : prise de contact : par mail

**Item 12** : taille de l'échantillon : 25 participants (17 femmes et 8 hommes) ont été inclus dans l'étude

**Item 13** : Nombre de participants : il n'y a pas eu d'abandon

**Item 14** : cadre de la collecte des données : lieu de réalisation de l'entretien choisi par les participants (lieu de stage, domicile, faculté....)

**Item 15** : présence de non participants : pour deux des entretiens réalisés au domicile, une personne de l'entourage était présente dans la même pièce mais n'a pas interféré.

**Item 16** : description de l'échantillon : internes hommes et femmes de médecine générale de l'UFR d'Angers, des promotions 2016 /2017/2018 devenus parents pendant leur internat et depuis plus de 3 mois.

**Item 17** : guide d'entretien : Les questions, amorces et guidage figurent sur le guide d'entretien. Il a été testé au préalable puis adapté au fil des entretiens.

**Item 18** : entretiens répétés : un seul entretien semi dirigé a été réalisé par participant puis un focus group réalisé avec 8 participants.

**Item 19** : enregistrement : un enregistrement audio a été réalisé pour chaque entretien sur un double support (smartphones et/ou enregistreur numérique professionnel Zoom H2)

**Item 20** : cahier de terrain : des notes ont été prises sur les données non verbales, ces notes ont ensuite été intégrées à la retranscription. Les deux chercheuses étaient présentes uniquement comme observatrices le jour du focus group.

**Item 21** : durée : Les entretiens ont eu une durée moyenne de 43min et le focus group 1h34min.

**Item 22** : seuil de saturation : les entretiens ont été arrêtés au seuil de saturation des données.

**Item 23** : retour des retranscriptions : un retour de la retranscription faite a été proposé aux participants s'ils le souhaitaient.

### Domaine 3 : Analyse et résultats

**Item 24** : nombre de personnes codant les données : les deux chercheuses ont participé au codage des données avec triangulation par la directrice de thèse en cas de désaccord.

**Item 25 :** description de l'arbre de codage : arbre de codage réalisé au fur et à mesure de la thématisation non prédefini à l'avance avec mise en commun itérative

**Item 26 :** détermination des thèmes : les thèmes ont été déterminés à partir des données recueillies durant les entretiens et le focus group

**Item 27 :** logiciels utilisés : Word pour la retranscription et Excel pour l'analyse

**Item 28 :** vérification par les participants : les participants n'ont, à ce jour, pas réalisé de retours sur les résultats

**Item 29 :** citations présentées : des citations ont été utilisées pour illustrer les thèmes et résultats. Elles ont toutes été identifiées

**Item 30 :** cohérence des données et des résultats : il y avait une cohérence entre les données présentées et les résultats

**Item 31 :** clarté des thèmes principaux : les thèmes principaux ont été clairement énoncés dans les résultats.

**Item 32 :** clarté des thèmes secondaires : les thèmes secondaires ont été développés dans les résultats.



## Être interne de médecine générale et devenir parent : étude qualitative à l'Université d'Angers

### RÉSUMÉ

**Introduction :** La féminisation de la profession laisse supposer une augmentation du nombre de grossesses à l'internat. Or la conciliation de ce double statut n'est pas sans difficultés. Les objectifs de ce travail étaient d'analyser le vécu des internes parents, les co-influences entre leurs deux rôles et de mettre en avant des propositions d'aménagements.

**Matériels et Méthodes :** Etude qualitative composée de 25 entretiens semi-dirigés et d'un focus-group auprès d'internes ou anciens internes de médecine générale, hommes et femmes, devenus parents au cours de leur 3<sup>ème</sup> cycle à partir de 2016.

**Résultats :** Les récents progrès institutionnels comme la création des surnombres et la suppression du déclassement semblaient avoir amélioré le vécu de la grossesse mais, une fois parent, certaines difficultés restaient prégnantes d'ordre organisationnel, avec la poursuite de l'allaitement, les gardes, le mode de garde ou les difficultés d'accès aux jours enfant malade. Les difficultés relationnelles soulignaient le paradoxe d'une profession ayant trait à prendre soin de l'autre mais qui ne s'autorisait que difficilement à prendre soin de soi. La parentalité avait des conséquences positives comme négatives sur leur formation et inversement. Si les internes mettaient en place des stratégies d'adaptation pour tenter de compenser ces difficultés, ils avaient également proposé de nombreuses perspectives d'aménagements en lien avec leur situation. Les pistes les plus aisément envisageables étaient : la mise à disposition de places en crèche hospitalière pour les internes parents, le respect de lieux et temps dédiés à l'allaitement, le projet de surnombre et l'amélioration de l'information par les différents interlocuteurs.

**Conclusion :** Certaines propositions semblent aisées à mettre en place. D'autres amènent à la question de la territorialisation de la maquette qui pourrait être une clé pour la lutte contre les déserts médicaux, ou une compétence réflexive sur sa pratique et l'équilibre avec sa vie familiale à développer sur l'ensemble des stages.

**Mots-clés :** parentalité, internat, vécu, médecine générale

### ABSTRACT

## Being a resident in general practice and becoming parent : qualitative study at Angers University

**Introduction:** The feminization of the profession suggests an increase in the number of boarding school pregnancies. However, reconciling this dual status is not without difficulties. The objectives of this work were to analyze the experiences of the parents' residents, the co-dependences between their two roles and to put forward arrangement proposals.

**Materials and Methods:** A qualitative study consisting of 25 semi-directed interviews and a focus-group with residents or former residents in general practice, men and women, who became parents during their 3rd cycle from 2016.

**Results:** The recent institutional progress such as the creation of the excesses and the removal of the downgrade seemed to have improved the experience of pregnancy, but, once a parent, some difficulties remained significant of an organizational nature (continued breastfeeding, custody, childcare, difficulties in accessing sick child days) and relational, highlighting the paradox of a profession taking care of the other but leaving little attention to self-care. Parenthood had both positive and negative consequences on their training and vice versa. If residents put in place adaptation strategies to try to compensate for these difficulties, they had also set out many proposals for accommodations related to their situation such as the provision of places in hospital nurseries, the respect of places and time dedicated to breastfeeding, the creation of a surplus project and the improvement of information by the various interlocutors.

**Conclusion:** Some proposals seem easy to put in place. Others lead to the question of the territorialization of the model which could be a key to the fight against medical deserts, or a reflexive skill on his practice and balance with his family life to develop on all internships.

**Keywords :** parenthood, residency, experience, general practice