



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARE  
NANCY I  
2006

FACULTE DE MEDECINE  
DE NANCY  
N°

**THESE**

Pour obtenir le grade de



**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

**Mélanie HOSDEZ**

Le 19 septembre 2006

**LA GROSSESSE CHEZ LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE  
ET DE SPECIALITE**

Enquête auprès de 399 internes de la Faculté de Médecine de Nancy

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Philippe JUDLIN  
Mr le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC  
Mme le Professeur Karine ANGIOI DUPREZ  
Mr le Professeur Alain AUBREGE  
Mr le Docteur Olivier THIEBAUGEORGES

Président  
Juge  
Juge  
Juge  
Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

-----  
**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER**

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Assesseurs :**

du 1<sup>er</sup> Cycle :

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

de la Vie Facultaire :

**M. le Docteur François ALLA**

**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

**M. le Professeur Marc BRAUN**

**M. le Professeur Bruno LEHEUP**

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====  
**PROFESSEURS HONORAIRES**

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –

Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET

=====  
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

-----  
**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LOZNIEWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Professeur Bernard FORTIER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale)**

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean-Marie ANDRE

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)**

Professeur François DAP

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)**

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne)**

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN  
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –  
Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY  
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine ARMAND

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Docteur Pierre GILLOIS

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteur François SCHOONEMAN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Anne KENNEL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET  
RÉÉDUCATION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Docteur Jean PAYSANT

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

-----

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS  
Monsieur Franck DALIGAULT

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

-----

**68<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**

Madame Tao XU-JIANG

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteur Alain AUBREGE  
Docteur Francis RAPHAEL  
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE  
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT  
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU  
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET  
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND  
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET –  
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ –  
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*



## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT**

**Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN**

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Vous qui nous avez manifesté votre confiance,

C'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC**

Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous avons pu apprécier au cours de notre formation la qualité de vos enseignements.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Madame le Professeur Karine ANGIOI DUPREZ**

Professeur d'Ophtalmologie

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assurée de notre sincère gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur le Professeur Alain AUBREGE**

Professeur Associé de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous vous remercions sincèrement des précieux conseils que vous nous avez prodigués lors de notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE JUGE**

**Monsieur le Docteur Olivier THIEBAUGEORGES**

Praticien Hospitalier de Gynécologie-Obstétrique

Pour avoir accepté de diriger ce travail.

Votre disponibilité et votre soutien m'ont été précieux. Votre rigueur et vos critiques ont été d'une importance capitale pour l'élaboration de ce travail.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements.

Remerciements au Dr Fabienne Empereur, médecin au service d'épidémiologie de l'Hôpital Marin du Centre Hospitalier de Nancy pour sa collaboration précieuse et sa disponibilité.

Remerciements à la scolarité de la Faculté de Médecine de Nancy pour nous avoir communiqué les effectifs des étudiants de Nancy et nous avoir aidé dans la distribution des questionnaires.

Remerciements à la DRASS de Nancy, et notamment à Mme Badoinot, pour nous avoir aidé dans la distribution des questionnaires.

Remerciements aux affaires médicales de Nancy pour nous avoir aidé dans la distribution des questionnaires.

Remerciements à Etienne Gallet et à Karine Demazières, membres de l'ISNAR-IMG pour nous avoir aidé dans l'analyse des réglementations des différentes Facultés de Médecine françaises.

Remerciements à toutes les femmes qui ont accepté de participer à notre étude et qui nous ont encouragés à poursuivre ce travail.

A Romain, mon mari,

Pour l'amour que tu m'apportes et ta patience infinie.

A mon fils Maxime,

Pour nous rappeler ce qu'est l'essentiel dans la vie et pour ta joie de vivre.

A mes parents, à mes sœurs et à toute ma famille, à mes amis.

Pour m'avoir toujours témoigné de l'amour et du soutien pendant ces longues années d'études.

## SERMENT

*« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».*



# TABLE DES MATIERES

pages

ABREVIATIONS.....	18
INTRODUCTION GENERALE.....	19
POSITION DU PROBLEME.....	21
A. Démographie médicale française : situation au 1 <sup>er</sup> janvier 2005.....	22
1. Effectif médical : une croissance continue.....	22
2. Vieillesse de la population médicale.....	24
3. Féminisation de la profession.....	26
4. La démographie médicale en Lorraine.....	29
B. Les étudiants inscrits en médecine.....	30
1. Situation en France en janvier 2002.....	30
2. Situation à Nancy en novembre 2005.....	32
a. Les étudiants inscrits en 1 <sup>er</sup> cycle.....	32
b. Les étudiants inscrits en 2 <sup>e</sup> cycle.....	32
c. Les étudiants inscrits en 3 <sup>e</sup> cycle.....	33
C. Le statut de l'interne.....	35
1. L'organisation du 3 <sup>e</sup> cycle des études médicales.....	35
a. La durée du 3 <sup>e</sup> cycle.....	35
b. La maquette du 3 <sup>e</sup> cycle.....	35
c. Les modalités de répartition des stages.....	36
d. Les modalités de validation des stages.....	37
e. La thèse.....	37
2. La maternité de l'interne : le cadre législatif.....	38
a. Le congé maternité.....	38
b. Les gardes.....	39
c. Les stages en surnombre.....	40
D. Revue de la littérature.....	41
1. Les interruptions de grossesse.....	42
2. Les complications de la grossesse.....	43
3. Les aspects psychologiques de la grossesse pendant l'internat.....	45
OBJECTIFS.....	48
MATERIEL ET METHODE.....	50
A. Choix de la population.....	51
B. Distribution et collecte des questionnaires.....	51
1. Les résidentes et les internes de médecine générale.....	51
2. Les internes de spécialité.....	52
C. Le questionnaire.....	52
D. Analyse statistique.....	54

<b>RESULTATS.....</b>	<b>55</b>
A. Données générales.....	56
B. Désir de grossesse.....	59
C. Grossesse et accouchement.....	60
1. Conditions de travail.....	60
2. Déroulement de la grossesse et de l'accouchement.....	62
3. Contexte psychologique.....	66
a. Description de l'expérience de la grossesse pendant l'internat.....	66
b. Nature des relations entretenues pendant la grossesse avec l'entourage professionnel.....	66
D. Impact de la grossesse sur la formation.....	69
1. Invalidation de stages et stages en surnombre.....	69
2. Types de stages choisis pendant la grossesse.....	70
a. Les grossesses des internes de médecine générale.....	71
b. Les grossesses des internes de spécialité.....	73
3. Evaluation globale de l'impact de la grossesse sur la formation.....	74
E. Propositions.....	75
F. L'internat est-il une période propice pour mener une grossesse en toute sérénité?..	76
G. Résultats des secondes grossesses vécues pendant l'internat.....	77
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>78</b>
A. Données générales et désir de grossesse.....	79
1. De toutes les femmes ayant répondu au questionnaire.....	80
2. Des femmes ayant vécu une grossesse pendant l'internat.....	81
B. Grossesse et accouchement.....	82
1. Conditions de travail.....	82
2. Déroulement de la grossesse et de l'accouchement.....	83
a. Programmation de la grossesse.....	83
b. Interruptions de grossesse.....	83
c. Menaces d'accouchement prématuré et prématurité.....	84
3. Contexte psychologique.....	89
C. Impact de la grossesse sur la formation.....	93
1. Invalidation de stages et stages en surnombre.....	93
2. Types de stages choisis pendant la grossesse.....	95
3. Evaluation globale de l'impact de la grossesse sur la formation.....	97
D. L'internat est-il une période propice pour mener une grossesse en toute sérénité?..	98
E. Propositions d'adaptations.....	99
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>103</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>105</b>
<b>ANNEXE 1 : Le questionnaire.....</b>	<b>110</b>
<b>ANNEXE 2 : Commentaires libres et suggestions.....</b>	<b>115</b>

## **ABBREVIATIONS**

- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **DCEM** : Deuxième Cycle des Etudes Médicales
- **DES** : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- **DREES** : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
- **ECN** : Epreuves Classantes Nationales
- **GEU** : Grossesse Extra Utérine
- **INED** : Institut National des Etudes Démographiques
- **ITG** : Interruption Thérapeutique de Grossesse
- **IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- **MAP** : Menace d'Accouchement Prématuro
- **PAM** : Praticiens et Auxiliaires Médicaux
- **PCEM** : Premier Cycle des Etudes Médicales
- **RCIU** : Retard de Croissance Intra Utérin
- **SA** : Semaines d'Aménorrhée
- **SASPAS** : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
- **TCEM** : Troisième cycle des Etudes Médicales
- **VB** : Voie Basse

# **Introduction générale**

En 1875, en France, Madeleine Brès ouvre la voie de la médecine aux femmes : elle est la première à obtenir son doctorat de médecine. On constate ensuite une féminisation progressive de la profession : au début des années soixante, on comptait une femme sur dix médecins (1). Trente ans plus tard, elles étaient trois sur dix. Récemment, on a pu noter une accélération de cette féminisation : au 1<sup>er</sup> janvier 2005, 38,8% des médecins étaient des femmes. Et la tendance se confirme : les projections du ministère de la santé font état d'un taux de féminisation de 50% à l'horizon 2020. Cette évolution est encore plus sensible parmi les étudiants : en janvier 2002, 64% des étudiants de première année et 55% des étudiants de troisième cycle sont des étudiantes.

La féminisation de la profession médicale, phénomène relativement récent, correspond à une réelle mutation, tant démographique que sociologique. Pour être médecins, ces consœurs n'en sont pas moins des femmes, ce qui n'est pas sans poser des problèmes spécifiques : il leur faut souvent assurer à la fois les exigences d'un métier exigeant et leur rôle de mère de famille (2).

La plupart des femmes sont déjà dans la vie active lorsqu'elles projettent d'avoir un enfant. Les femmes médecins, quant à elles, du fait de la longueur de leur formation, sont encore souvent étudiantes lorsqu'elles concrétisent leur désir de maternité.

Or les années d'internat sont particulièrement intenses, caractérisées par de longues heures de travail et un stress important. Beaucoup de services hospitaliers s'appuient sur le travail des internes pour fournir un service médical adéquat. Dans ce contexte, la survenue d'une grossesse chez une interne peut créer des complications pour elle-même, ses collègues et le service dans lequel elle travaille. D'autre part, la qualité de la formation de l'interne peut s'en ressentir.

Nous avons donc estimé qu'une étude descriptive de ces difficultés pourrait alimenter une réflexion afin d'améliorer à la fois le service hospitalier rendu par ces femmes internes, la qualité de leur formation, et le vécu de leur grossesse.

# **Position du problème**

Cette partie a pour but de faire le point, au travers de la bibliographie, sur les données actuelles concernant l'articulation entre le parcours professionnel et le parcours familial des jeunes femmes faisant des études de médecine.

Nous commencerons cette partie par quelques données démographiques concernant la population médicale et les étudiants en médecine.

Puis nous présenterons le statut de l'interne au travers de l'organisation du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales.

Nous verrons ensuite dans quel contexte s'inscrit la survenue d'une grossesse chez les femmes médecins libérales, pour finir par quelques données de la littérature internationale.

## **A. Démographie médicale française : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2005**

La démographie médicale française est actuellement marquée par plusieurs grandes tendances que nous allons détailler ci-dessous. Ainsi, il existe un ralentissement de l'accroissement des effectifs des médecins en activité. On constate, d'autre part, un vieillissement important de la population médicale. Enfin, on note une accélération de la féminisation du corps médical français.

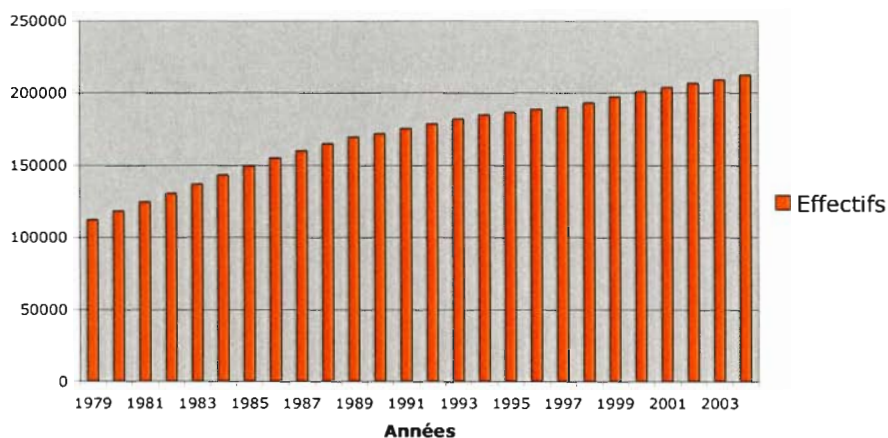
Par la suite, nous étudierons également la démographie médicale dans notre région : la Lorraine.

### **1. Effectif médical : une croissance continue**

Au 1er janvier 2005, l'Ordre des Médecins recensait en France 211 425 médecins en activité se répartissant en 50,9% de spécialistes et 49,1% de généralistes (3).

Depuis un quart de siècle, le nombre des médecins en activité a augmenté de près de 89%. Après la forte croissance des effectifs durant les années 80 (+ 3,2% par an en moyenne), les années 90 ont vu un net ralentissement de la progression. Cela s'explique par une forte diminution du *numerus clausus* au début des années 90 (plus de 8 000 places en 1978, et seulement 3 500 places en 1992). Le *numerus clausus* entre dans le cadre d'une politique de régulation des flux visant à mettre un terme à l'explosion du nombre de médecins enregistrés à partir des années 70.

**Graphique n°1 : Effectifs des médecins en activité inscrits à l'Ordre depuis 1979**



Ces dernières années marquent un retournement de tendance démographique : les générations nombreuses du *baby boom* vont partir à la retraite à compter de 2006. Pour pallier ce retournement démographique, le *numerus clausus* a été augmenté de 51% entre 2000 et 2005 (soit actuellement 6 200 places).

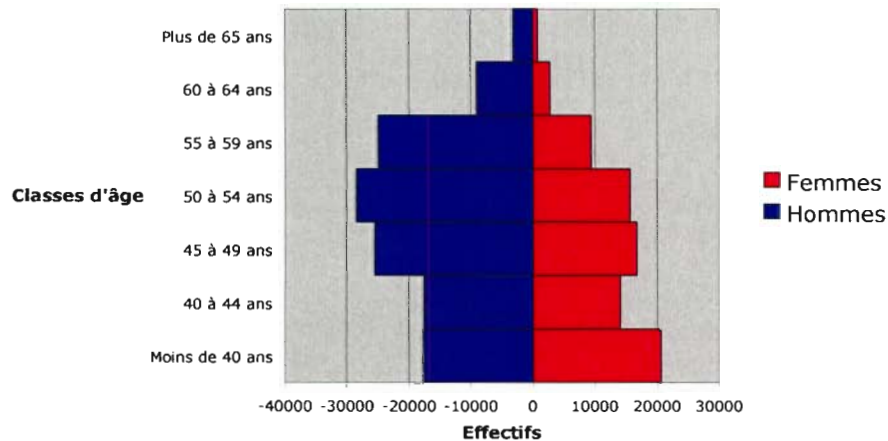
Les projections du ministère de la santé font état d'une diminution des effectifs de 10% à l'horizon 2025 sous l'hypothèse d'un *numerus clausus* à 7000 à partir de 2006. Ainsi, la densité médicale projetée (nombre de médecins pour 100 000 habitants) reculerait d'environ 15%, passant de 335 en 2002 à 283 en 2025 (4).



## 2. Vieillissement de la population médicale

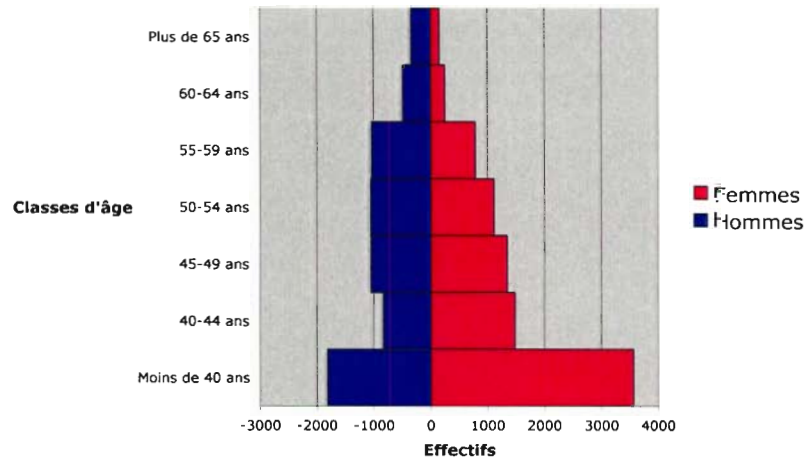
L'âge moyen des médecins en activité en 2005 est de 47,9 ans (respectivement 45,7 ans pour les femmes et 49,2 ans pour les hommes) (3).

**Graphique n°2 : Pyramide des âges des médecins en activité en France**



Comme le montre le rétrécissement à la base de la pyramide des âges ci-dessus, la population médicale vieillit, malgré l'apport significatif des femmes parmi les générations de moins de 40 ans. Ainsi, le nombre de médecins de plus de 50 ans est supérieur à celui des moins de 40 ans (5).

**Graphique n°3 : Pyramide des âges des médecins remplaçants ou temporairement sans activité**



En revanche, le profil démographique des médecins dont l'activité n'est pas régulière (médecins remplaçants ou temporairement sans activité) marque de fortes spécificités : la population féminine majoritaire y est particulièrement jeune (en moyenne âgée de 43 ans).

### 3. Féminisation de la profession

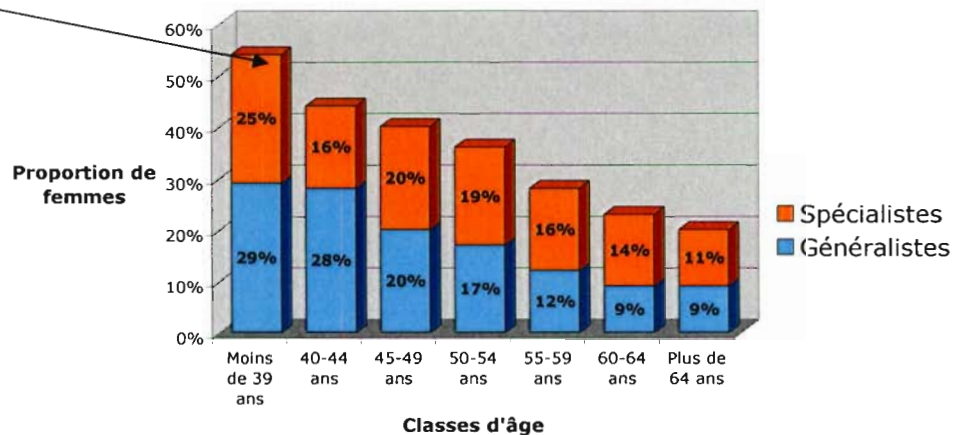
Les femmes représentent aujourd'hui 38,8 % des médecins en activité en France métropolitaine, qu'elles soient généralistes ou spécialistes. Cette proportion est inférieure à la part des femmes dans la population active totale (45,6 %) et égale à la part des femmes dans les professions libérales (36,3 %).

D'après les estimations du ministère de la santé, à partir de 2020, les femmes médecins seront plus nombreuses que leurs confrères (4).

Le taux de spécialisation des femmes est de 48,4 %, contre 49,7 % pour les hommes, mais il a évolué au cours du temps (3).

54% des médecins en activité de moins de 39 ans sont des femmes, 25% sont des femmes spécialistes

**Graphique n°4 : Proportion de femmes selon l'âge et la répartition généralistes/spécialistes de chaque tranche d'âge parmi les médecins en activité**



Le graphique ci-dessus met en évidence deux éléments marquants :

- La proportion de femmes est d'autant plus forte que les classes d'âge sont jeunes. Ainsi, les femmes sont majoritaires chez les moins de 40 ans (54%).
- Alors que les femmes avaient tendance auparavant à se tourner vers l'exercice spécialisé, elles d'avantage vers la médecine générale depuis une dizaine d'années.

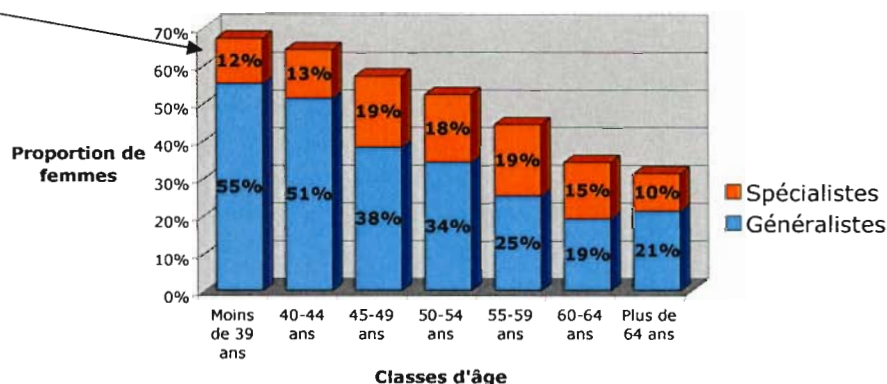
A l'intérieur des spécialités, on note des disparités élevées : ainsi les femmes représentent 39,8% des effectifs des spécialités médicales, et seulement 22,8% des effectifs des spécialités chirurgicales (6).

Près des deux tiers des médecins du travail, des endocrinologues, des généticiens et des dermatologues sont des femmes. De la même manière, les femmes sont d'ores et déjà plus nombreuses que les hommes en anatomie et cytologie pathologiques, en pédiatrie, en santé publique, en hématologie et en biologie médicale (3).

A l'inverse, les femmes se font très rares en chirurgie urologique (2,6%), en chirurgie orthopédique (3%), en chirurgie vasculaire (4,5%). Seules la gynécologie-obstétrique, la chirurgie pédiatrique et l'ophtalmologie ont une proportion de femmes de plus de 30%.

67% des médecins remplaçants ou sans activité temporaire de moins de 39 ans sont des femmes, 12% sont des femmes spécialistes

**Graphique n°5 : Proportion de femmes selon l'âge, et la répartition généralistes/spécialistes de chaque tranche d'âge parmi les médecins remplaçants ou temporairement sans activité**



Ce dernier graphique montre combien une activité intermittente voire une absence temporaire d'activité touche davantage les femmes, en particulier généralistes. Les médecins de moins de 45 ans dont l'activité est irrégulière sont à plus de 60% des femmes.

L'augmentation des taux de féminisation apparaît comme un phénomène important mais il s'accompagne d'une forte précarité de l'activité féminine en début de vie active.

Les femmes médecins choisissent souvent à la fin de leurs études d'effectuer des remplacements plutôt que d'avoir leur propre cabinet en libéral, ou d'avoir une activité à temps partiel, afin de concilier vie professionnelle et familiale (en 1999, un quart des femmes médecins travaillait à temps partiel, alors que ce choix reste très rare (2%) chez leurs confrères masculins ) (7).

En effet, vivre une grossesse dans le cadre d'un exercice libéral est difficile, d'autant plus lorsqu'on débute cette activité libérale.

Ainsi, jusqu'en 1982, les femmes médecins libérales n'avaient droit à aucune indemnité en cas de maternité.

La loi de 1982 met en place 2 types d'allocation : l'allocation forfaitaire de repos maternel et l'indemnité de remplacement. Puis la loi de 1995 remplace l'indemnité de remplacement par une indemnité journalière de repos versée pour un arrêt d'au moins 30 jours consécutifs, reconductible 2 fois 15 jours. Une pathologie liée à la grossesse ou à l'accouchement, ainsi qu'une grossesse multiple donnent droit à 30 jours supplémentaires. Au total, une femme médecin ne pouvait donc bénéficier que de 60 jours de congé de maternité en cas de grossesse non pathologique.

D'après un sondage réalisé pour le « Quotidien du médecin » en 2005 auprès de 200 femmes médecins généralistes, la protection maternité est jugée insuffisante (38%), très insuffisante (30 %), voire totalement dissuasive (23%). Au total, 91 % la jugent inadaptée (8).

Tout récemment, le décret du 1<sup>er</sup> juin 2006 rétablit l'équilibre quant à la durée du congé maternité des professionnelles de santé libérales. Ainsi, la durée du versement de l'indemnité journalière s'aligne sur celle des femmes salariées : 16 semaines pour les 2 premiers enfants, 26 semaines à partir du 3<sup>e</sup> enfant. Cette indemnité est versée sous réserve de cesser toute activité rémunérée durant cette période et pendant au moins 8 semaines, dont 2 semaines avant l'accouchement.

Cette mesure législative intervient alors que plusieurs études françaises ont démontré l'augmentation de la morbidité pendant la grossesse des femmes médecins ayant un exercice libéral (9,10,11).

Ainsi, l'âge moyen à la maternité est plus élevé chez les femmes médecins libérales que dans la population générale (31,4 ans contre 28,5 ans), et le taux de prématurité très important (15,4% contre 4,8% dans la population générale) (9).

Le nombre de césariennes, d'enfants hypotrophes et de prématurés est supérieur au taux de la population générale. Les anomalies relevées paraissent imputables à l'âge tardif du déroulement des gestations et à la poursuite de l'activité professionnelle au-delà de la 36<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (10,11).

#### 4. La démographie médicale en Lorraine

Au 1<sup>er</sup> janvier 2005, on recensait 6993 médecins en activité dans la région Lorraine qui regroupe les départements de Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle et Vosges.

Ces 6993 médecins se répartissent en 3769 généralistes et 3224 spécialistes, soit respectivement 53,9 et 46,1% des effectifs totaux (3).

Les femmes représentent 35,4% des effectifs des médecins en activité : 35,5% des généralistes et 35,2% des spécialistes (3).

Les femmes sont majoritaires dans la tranche d'âge des moins de 35 ans, aussi bien chez les généralistes que chez les spécialistes, comme l'illustre le tableau n°1 ci-dessous (6).

**Tableau n°1 : Pourcentage de médecins femmes par activité et par tranche d'âge en Lorraine**

	<30 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-70 ans
Généralistes	65%	55%	46%	47%	31%	23%	17%	18%	24%
Spécialistes	57%	52%	46%	35%	39%	35%	33%	23%	18%

En conclusion, l'analyse des caractéristiques démographiques revêt d'autant plus d'importance que la profession médicale va être amenée à se renouveler fortement dans la décennie à venir du fait de départs à la retraite nombreux, un médecin sur cinq étant âgé d'au moins 55 ans. La formation des médecins étant en outre particulièrement longue, l'anticipation des phénomènes démographiques liés à cette profession se doit d'être d'autant plus grande (12).

## **B. Les étudiants inscrits en médecine**

Les études médicales comportent trois cycles :

- Le 1<sup>er</sup> cycle des études médicales (PCEM) dure deux ans. Pour accéder en deuxième année, les étudiants doivent franchir la barrière du *numerus clausus*, instauré depuis 1971.
- Le 2<sup>e</sup> cycle des études médicales (DCEM) dure quatre ans.
- Le 3<sup>e</sup> cycle des études médicales (TCEM) est d'une durée théorique de trois ans pour les futurs médecins généralistes, et de quatre ou cinq ans pour les futurs spécialistes, selon la spécialité choisie.

### **1. Situation en France en janvier 2002**

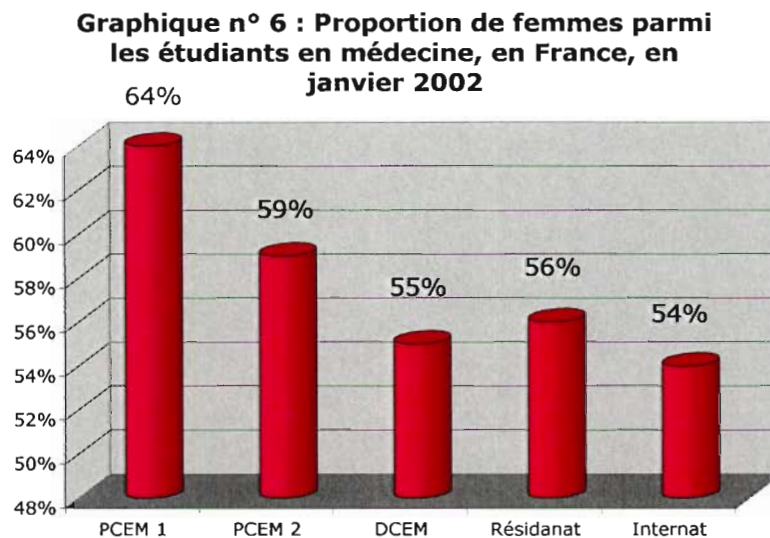
En janvier 2002, on recensait :

- 30 400 inscrits en 1<sup>er</sup> cycle, dont 25 900 étudiants de première année (PCEM1), et 4 500 étudiants de seconde année (PCEM2),
- 16 800 inscrits en 2<sup>e</sup> cycle,
- 15 700 inscrits en 3<sup>e</sup> cycle, dont 6 800 résidents et 8 900 internes de spécialité.

(A noter que l'on parle encore de résidents et d'internes de spécialité, puisque la réforme de 2004 instaurant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale ne permettra qu'en 2007 aux omnipraticiens d'obtenir un DES de médecine générale.)

Les étudiants en médecine sont désormais en majorité des jeunes femmes ; leur proportion est d'autant plus élevée que l'on se situe en début de cursus, et atteint 64% chez les étudiants de première année.

Mais les évolutions récentes sont encore plus marquées en 3<sup>e</sup> cycle : les femmes, majoritaires à se spécialiser lorsqu'elles pouvaient le faire avec un Certificat d'études spécialisées (CES) avant la réforme de l'internat de 1982, auraient montré plus de réticence à se spécialiser après l'instauration de l'internat et de son concours d'entrée. Ces réticences semblent toutefois s'être atténuées : les femmes sont, en janvier 2002, en proportions très proches en résidanat (56%) et en internat (54%) (12).



L'âge moyen des résidentes et des internes en 2002 est respectivement de 27,2 et 27,4 ans.



## 2. Situation à Nancy en novembre 2005

Les chiffres que nous présentons ci-dessous nous ont été communiqués par le bureau de la scolarité de la faculté de Médecine de Nancy.

### a. Les étudiants inscrits en 1<sup>er</sup> cycle

La 1<sup>e</sup> année (PCEM 1), regroupe actuellement 5 filières : médecine, chirurgie odontologique, école de sages femmes, école de kinésithérapie et école d'ergothérapie. Elle permet l'apprentissage des sciences fondamentales.

Au 1<sup>er</sup> novembre 2005, 1585 étudiants étaient inscrits en PCEM1. Parmi ces 1585 étudiants, on comptabilise 789 femmes et 796 hommes, soit un taux de féminisation de **49,8%**.

La 2<sup>e</sup> année (PCEM2) qui regroupe les étudiants ayant franchi la barrière du *numerus clausus*, était composée de 241 étudiants au 1<sup>er</sup> novembre 2005, soit 131 femmes (**54,4%**) et 110 hommes.

### b. Les étudiants inscrits en 2<sup>e</sup> cycle

Le tableau n°2 ci-dessous présente les effectifs des étudiants de 2<sup>e</sup> cycle en fonction de l'année, et la répartition hommes / femmes.

**Tableau n°2 : Répartition par année d'étude et par sexe des étudiants inscrits en 2<sup>e</sup> cycle à Nancy, en novembre 2005**

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>TOTAL</b>
<b>DCEM 1</b>	93 (40%)	138 (60%)	231
<b>DCEM 2</b>	91 (40%)	135 (60%)	226
<b>DCEM 3</b>	69 (39%)	109 (61%)	178
<b>DCEM 4</b>	80 (43%)	108 (57%)	188

c. Les étudiants inscrits en 3<sup>e</sup> cycle

Comme le montre le tableau n°3 ci-dessous, les internes femmes sont en plus grand nombre que les internes hommes dans les trois premières années d'internat, qu'il s'agisse de la médecine générale ou des spécialités. En revanche, il y a plus d'hommes que de femmes en 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année de 3<sup>e</sup> cycle : cette situation est le reflet d'une plus grande proportion d'hommes parmi les internes de chirurgie.

**Tableau n°3 : Répartition par année d'étude et par sexe des étudiants inscrits en 3<sup>e</sup> cycle à Nancy en novembre 2005**

	Médecine générale		Spécialité	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>1<sup>e</sup> année</b>	22 (35%)	41 (65%)	54 (47%)	62 (53%)
<b>2<sup>e</sup> année</b>	25 (38%)	41 (62%)	55 (48%)	60 (52%)
<b>3<sup>e</sup> année</b>	44 (46%)	51 (54%)	44 (48%)	48 (52%)
<b>4<sup>e</sup> année</b>			45 (56%)	36 (44%)
<b>5<sup>e</sup> année</b>			10 (59%)	7 (41%)
<b>TOTAL</b>	91 (41%)	133 (59%)	208 (49%)	213 (51%)

**Tableau n°4 : Répartition par discipline et par sexe des étudiants inscrits en 3<sup>e</sup> cycle à Nancy en novembre 2005**

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>TOTAL</b>
<b>spécialité médicale</b>	77 (46%)	89 (54%)	166
<b>spécialité chirurgicale</b>	57 (70%)	24 (30%)	81
<b>anesthésie/réanimation</b>	30 (73%)	11 (27%)	41
<b>Pédiatrie</b>	7 (19%)	30 (81%)	37
<b>gynécologie/obstétrique</b>	12 (36%)	21 (64%)	33
<b>psychiatrie</b>	18 (47%)	20 (53%)	38
<b>santé publique</b>	4 (44%)	5 (56%)	9
<b>Biologie</b>	2 (25%)	6 (75%)	8
<b>médecine du travail</b>	1 (12%)	7 (88%)	8
<b>médecine générale</b>	91 (41%)	133 (59%)	224
<b>TOTAL</b>	299 (46%)	346 (54%)	645

Comme l'indique le tableau n°4 ci-dessus, à Nancy, en novembre 2005, les femmes sont majoritaires dans toutes les disciplines, hormis en spécialité chirurgicale et en anesthésie réanimation. Certaines spécialités tendent à devenir quasi exclusivement féminines : la biologie (75% de femmes), la pédiatrie (81%) et la médecine du travail (88%).

En conclusion, à Nancy comme dans le reste de la France, les étudiants en médecine sont désormais majoritairement des étudiantes, même si quelques spécialités telles que la chirurgie et l'anesthésie/réanimation sont encore peu choisies par les femmes.

Les femmes internes étant de plus en plus nombreuses, le nombre de grossesses éventuelles vécues pendant l'internat va être de plus en plus important.

Nous allons présenter dans le prochain chapitre le double statut de l'interne : celui d'étudiant en formation et de professionnel salarié, avec les dispositions prévues en cas de survenue d'une grossesse pendant cette période.

## **C. Le statut de l'interne**

La formation théorique et les stages des internes sont régis par plusieurs textes de loi. Ces textes sont complétés par des règlements intérieurs édictés par la faculté de rattachement. Les dispositions expliquées ci-après sont celles de la faculté de médecine de Nancy, nous verrons plus loin qu'elles ne sont pas les mêmes dans toutes les facultés de médecine de France.

### **1. L'organisation du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales**

#### **a. La durée du 3<sup>e</sup> cycle**

Le résidanat et l'internat de médecine générale durent trois ans.

L'internat de spécialité dure quatre ou cinq ans en fonction de la discipline choisie parmi : spécialités médicales, spécialités chirurgicales, anesthésie réanimation, pédiatrie, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, médecine du travail, psychiatrie et santé publique.

#### **b. La maquette du 3<sup>e</sup> cycle**

##### **- Le résidanat / le DES de médecine générale :**

Sur les six semestres d'internat, trois sont obligatoires : un semestre en médecine d'adulte, un semestre en pédiatrie et/ou gynécologie, un semestre dans un service d'urgences.

Un semestre doit être réalisé auprès de praticiens généralistes agréés.

Un semestre est laissé libre.

Enfin, un semestre doit être réalisé en secteur ambulatoire (sous la forme d'un SASPAS) ou dans le cadre d'un projet personnel.

Un seul semestre doit être choisi dans un service appartenant à un CHU, tous les autres stages doivent être choisis hors CHU.

**- Les DES :**

L'inscription définitive à un DES est prise au plus tard à la fin du 4<sup>e</sup> semestre, sur avis de l'enseignant coordonnateur. Pour pouvoir s'inscrire au DES de leur choix correspondant à leur discipline d'affectation, les internes doivent avoir effectué au moins un semestre spécifique de la spécialité.

Au moins deux semestres doivent être effectués dans des hôpitaux autres qu'un CHU (mais l'enseignant coordonnateur du DES peut limiter cette durée à un seul semestre).

Une mise en disponibilité peut être accordée pour convenances personnelles pour une durée d'un an maximum, renouvelable une fois, à condition d'avoir déjà effectué au minimum un an de stages. Pendant cette période, l'interne ne perçoit aucun salaire.

**c. Les modalités de répartition des stages**

**- Pour la médecine générale :**

La répartition des postes se fait selon une liste de classement tenant compte :

- ◆ de l'ancienneté qui s'apprécie en nombre entier de semestres validés,
- ◆ de la répartition par tiers des internes classés par ordre alphabétique (à l'intérieur de chaque tiers, classement au mérite sur la base du total des notes obtenues pendant le 2<sup>e</sup> cycle),
- ◆ des types de stage validés lors de semestres antérieurs,
- ◆ des obligations imposées par le respect de la maquette.

**- Pour les DES :**

Le choix des internes s'effectue également par ancienneté (qui se calcule en nombre entier de semestres validés).

A ancienneté égale, le choix s'effectue selon le rang de classement dans la discipline ou le groupe de disciplines.

Dans tous les cas, ne sont donc pas pris en compte pour le calcul de l'ancienneté : les stages semestriels au cours desquels l'activité effective a eu une durée inférieure à 4 mois, et le temps passé en disponibilité, quelle qu'en soit la raison.

#### d. Les modalités de validation des stages

Lorsque, au cours d'un semestre, un interne interrompt ses fonctions pendant plus de 2 mois, le stage n'est pas validé. Il n'entre donc pas en compte pour le calcul de la durée totale de l'internat. Il entraîne l'accomplissement d'un stage semestriel supplémentaire.

#### e. La thèse

La soutenance de la thèse conduisant au diplôme d'Etat de docteur en médecine doit intervenir, au plus tard, 3 années à compter de l'expiration de la durée normale de la formation prévue pour obtenir le diplôme de 3<sup>e</sup> cycle de médecine préparé par l'étudiant. Ainsi, lorsque la durée du 3<sup>e</sup> cycle est augmentée (qu'elle qu'en soit la raison : mise en disponibilité pour convenance personnelle, maladie, maternité...), le délai accordé pour soutenir la thèse à partir de la fin du 3<sup>e</sup> cycle est diminué d'autant. Passé ce délai, aucune autorisation d'exercer la médecine ne peut être délivrée. Par conséquent, les femmes qui ont des enfants pendant leur internat et qui invalident un (ou plusieurs) stage(s) auront moins de temps pour préparer leur thèse.

## 2. La maternité de l'interne : le cadre législatif

### a. Le congé maternité

Les internes, comme les autres femmes salariées, bénéficient de congés en fonction du nombre d'enfants à charge, de l'existence ou non d'une grossesse multiple. Il s'y rajoute en outre des congés en cas d'état pathologique. Ces congés sont totalement indemnisés. Le calcul de l'indemnité est réalisé sur le salaire.

**Tableau n°5 : Durée des congés maternité des femmes salariées**

Type de grossesse		Durée totale du congé maternité	Période prénatale	Période postnatale
<b>Grossesse simple</b>	L'assurée a moins de 2 enfants à charge	16 semaines (112 jours)	6 semaines (1)	10 semaines
	L'assurée a au moins 2 enfants à charge	26 semaines (182 jours)	8 semaines (1)	18 semaines
<b>Grossesse gémellaire</b>		34 semaines (238 jours)	12 semaines (1)	22 semaines
<b>Grossesse triple ou plus</b>		46 semaines (322 jours)	24 semaines (1)	22 semaines

(1) En cas d'état pathologique attesté par un certificat médical comme résultant de la grossesse, le repos prénatal peut être augmenté de 2 semaines.

## b. Les gardes

L'arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes et des résidents permet aux femmes enceintes d'être dispensées de la totalité du service de gardes à compter du troisième mois de grossesse, alors qu'auparavant elles n'étaient dispensées que des gardes de nuit.

A noter également depuis 2002 :

- L'octroi d'un congé de paternité aux internes et aux résidents avec maintien de la rémunération, selon les modalités prévues par la législation de la sécurité sociale.
- L'octroi d'autorisation d'absence aux internes et aux résidents, pour soigner un enfant malade ou en assurer momentanément la garde, dans des conditions identiques à celles prévues pour les personnels relevant de la fonction publique hospitalière.



### c. Les stages en surnombre

Les internes qui, avant une répartition, savent qu'elles ne pourront pas effectuer une période de stage supérieure à deux mois, sont placées en surnombre, c'est-à-dire en plus du nombre de postes initialement prévus dans un stage. Par ailleurs, elles ne sont pas autorisées à poursuivre leurs fonctions au-delà de deux mois de stage. Les résidentes et internes de médecine générale sont affectées dans un service hospitalier hors répartition, alors que les internes de spécialité participent à la répartition. Ainsi, les internes qui doivent effectuer plus de deux mois de stage ne sont pas placées en surnombre, même si elles savent qu'elles n'effectueront pas les quatre mois de stage nécessaires à la validation du semestre. Elles participent donc à la répartition et choisissent un poste à leur rang de classement.

En France, les dispositions concernant les femmes internes enceintes sont différentes d'une région à une autre :

Par exemple, aux facultés de médecine de Nantes et de Rennes, les femmes enceintes choisissent un surnombre à partir du moment où elles savent qu'elles ne pourront pas valider leur stage, donc lorsqu'elles effectuent moins de 4 mois de stage. Elles bénéficient également au retour de leur congé maternité (mais cette mesure est également valable pour les hommes et pour les femmes en cas de congé pour longue maladie) d'un reclassement au sein de leur promotion, ce qui fait qu'elles ne sont pas défavorisées suite à leur grossesse.

En pratique, ces dispositions font suite à des accords locaux entre la DRASS, la faculté, le CHU et les associations d'internes. Il ne s'agit la plupart du temps que d'accords oraux, sans texte réglementaire auquel on peut se référer.

On constate donc que les modalités d'affectation de stage des femmes internes enceintes sont disparates entre les différentes régions de France, au sein d'une même filière. Il existe un certain « vide » réglementaire qui induit l'apparition d'inégalités professionnelles.

## **D. Revue de la littérature**

En France, très peu d'études existent sur les grossesses vécues pendant l'internat. La grande majorité des études traitant de ce sujet sont anglo-saxonnes.

En 1999, l'étude de Pinhas-Hamiel sur les femmes médecins en Israël a montré que le nombre moyen de grossesses vécues pendant l'internat était de 1,3 par interne, avec un nombre moins important de grossesses au début des études médicales. 35% des femmes médecins qui font l'objet de l'étude ont eu deux grossesses ou plus pendant l'internat. L'âge moyen du premier accouchement était de 27 ans, non significativement différent de celui de la population générale (13).

L'étude de Sayres en 1983 sur les internes et les directeurs de programme d'Harvard a montré que la survenue d'une grossesse pendant l'internat était un événement fréquent (une grossesse pour huit femmes internes mariées), et que ces grossesses étaient le plus souvent planifiées (pour 77% d'entre elles) (14).

De façon similaire, l'étude de Phelan portant sur 2000 internes américaines de gynécologie obstétrique, de chirurgie et de psychiatrie a montré que 28% des grossesses n'étaient pas planifiées mais que la majorité d'entre elles étaient souhaitées (15).

Les internes qui n'avaient pas planifié leurs grossesses étaient plus susceptibles de ressentir un conflit entre le désir d'avoir un enfant et leurs attentes professionnelles. L'étude de Harris portant sur des femmes internes et les épouses d'hommes internes réalisée en 1990 a retrouvé un taux de grossesses non planifiées de 35%, en sachant que 19% des grossesses étaient survenues suite à l'absence de contraception (16).

En conclusion, comme beaucoup d'études l'ont indiqué, la majorité des grossesses pendant l'internat est planifiée, quelques unes ne le sont pas et quelques femmes laissent le hasard en décider.

La survenue d'une grossesse pendant l'internat est donc un événement fréquent. Cela n'est pas étonnant quand on considère la longueur des études de médecine et le fait que ces années d'étude correspondent aux principales années de fertilité d'une femme.

## **1. Les interruptions de grossesse**

Peu d'études ont été réalisées sur les interruptions de grossesse chez les internes.

En 1990, Klebanoff réalise une étude comparant les femmes internes aux partenaires d'hommes internes (17). Le taux d'avortement spontané retrouvé chez les internes est plus élevé que chez les femmes du groupe témoin, mais de façon non statistiquement significative. En revanche, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) est significativement plus élevé chez les internes : 8,2%, contre 2,7% pour le groupe témoin. Et cette différence reste significative lorsque seules les internes mariées sont comparées aux femmes mariées du groupe témoin.

L'étude d'Osborn met également en évidence un taux d'IVG de 20,8% chez les internes, par rapport à 12,2% dans le groupe témoin (18).

Une telle prévalence d'IVG chez les internes s'explique peut-être par le manque de soutien, les horaires difficiles et en général l'absence de congés de maternité rémunérés aux Etats-Unis. Les conditions de vie pendant l'internat (charge de travail, relations de couple et stabilité du ménage) pourraient avoir un effet négatif sur le désir de poursuivre la grossesse.

## **2. Les complications de la grossesse**

Plusieurs études rétrospectives anglo-saxonnes ont analysé la prévalence des complications de la grossesse chez les internes (18,19,20,21,22,23).

L'étude de Grunebaum de 1987 a été menée auprès de 218 femmes médecins gynécologues obstétriciennes, et compare les grossesses survenues avant, pendant et après leur internat. 454 grossesses ont été étudiées. Le taux de réponse est moyen, à 48,7% (22).

Cette étude rapporte une différence significative de la prévalence de retard de croissance intra-utérin entre le groupe d'internes et les groupes témoins, avec un appariement sur la parité. Chez les internes, la prévalence de retard de croissance intra-utérin est de 8,2%, alors qu'elle n'est que de 1,2% avant l'internat et de 1% après l'internat. Grunebaum et associés rapportent également un plus grand nombre de nouveau-nés de petits poids de naissance parmi les internes, par rapport aux groupes témoins (11,6%).

Cette étude, qui compare les mêmes femmes à trois moments de leur vie, peut laisser croire qu'il s'agit de groupes comparables. Mais il est possible que le changement de statut socio-économique ou les habitudes de vie avant, pendant et après la grossesse puissent fausser les comparaisons (23).

L'étude d'Osborn de 1990 a été menée auprès de 92 femmes internes de différentes spécialités ayant présenté leur première grossesse pendant l'internat. Ces internes ont été comparées à un groupe témoin constitué de 144 épouses d'internes hommes ayant également eu une grossesse. Le taux de réponse est moyen, à 57% (18).

Cette étude note une différence significative entre la prévalence des menaces d'accouchement prématuré (MAP) chez les internes (12,5%), et la prévalence des MAP chez les femmes du groupe témoin (1%).

L'étude de Klebanoff de 1990 s'adresse à 4412 femmes internes de différentes spécialités qui ont présenté 1293 grossesses, comparées à un groupe témoin constitué de 4236 épouses d'hommes internes ayant présenté 1494 grossesses (20).

Le nombre de sujets étudiés est suffisant pour pouvoir détecter avec assez de puissance une différence de prévalence de 5% entre le groupe d'internes et le groupe témoin. Le taux de réponse est satisfaisant car supérieur à 80% (85% exactement).

Cette étude montre une augmentation significative de la prévalence des MAP dans le groupe des internes (11,3% versus 6% pour le groupe témoin), ainsi qu'une augmentation significative de la prévalence de prééclampsie/éclampsie (8,8% pour les internes, contre 3,5% pour le groupe témoin).

Par contre, il n'existe pas d'augmentation significative du taux de retard de croissance intra-utérin, du nombre de petit poids de naissance et du taux de naissances prématurées.

Une question mérite d'être soulevée : le choix du groupe témoin. Celui-ci s'est porté sur les épouses d'internes hommes pour éviter le biais de sélection d'un groupe appartenant à un autre niveau socio-économique. Mais il est composé à 23% d'infirmières souvent exposées à des conditions de travail similaires à celles des internes : cette situation est susceptible de minimiser les différences entre les groupes (23).

Bien qu'une étude prospective n'ait encore jamais été réalisée, il semble donc que toutes les études menées jusqu'à présent montrent une augmentation du taux de complications des grossesses des internes, et spécialement des événements tardifs. Il existe des taux augmentés de MAP, de prématurité, de prééclampsie, de retard de croissance, de petit poids de naissance.

### **3. Les aspects psychologiques de la grossesse pendant l'internat**

Bien que la survenue d'une grossesse pendant l'internat soit un événement fréquent, les exigences de l'internat s'opposent aux réalités de la maternité : l'âge limite de fertilité, le temps nécessaire au développement d'une relation avec un partenaire, le temps et l'énergie indispensables pour s'occuper d'un bébé, le besoin de manger et de dormir convenablement pour assurer sa propre santé, le temps nécessaire pour l'allaitement, les soins et le développement d'une relation privilégiée avec son enfant (14).

La société considère la médecine et la maternité comme deux carrières séparées qui toutes deux nécessitent une disponibilité et une attention constantes. Par ailleurs, il existe souvent un manque de tolérance dans le monde du travail à l'égard des femmes enceintes. Par exemple, dans l'étude de Phelan, une femme obstétricienne déclare, « Vivre une grossesse n'est pas adapté à cette période de la vie (l'internat). Si (les femmes internes) souhaitent concevoir un enfant, elles doivent le faire sur leur temps personnel et ne pas opportuner les autres » (15).

D'autres propos, tenus par une interne en gynécologie obstétrique et une obstétricienne, qui toutes deux ont fait le choix de ne pas vivre de grossesse pendant leur internat, illustrent également le trop fréquent manque de tolérance envers les femmes enceintes : « En tant que première interne femme dans le service, je n'ai pas souhaité donner une mauvaise image des femmes au travail, par solidarité envers les femmes qui me succéderont » et « Dans les spécialités médico-chirurgicales, une personne qui ne fait pas d'heures supplémentaires et qui ne fait pas non plus de la médecine sa priorité de vie est quelqu'un de mal considéré. S'il s'agit d'un homme, il est considéré avec suspicion, comme peu engagé ou peu fiable. S'il s'agit d'une femme, le sentiment est qu'elle prend la place d'un homme qui aurait pu être un « vrai » docteur » (15).

Avec ces pressions et, en général, le manque de modèles de femmes ayant réussi à combiner carrière professionnelle et vie familiale à qui les internes pourraient s'identifier, il n'est pas surprenant que les femmes internes enceintes puissent ressentir de la vulnérabilité et de la culpabilité.

Les relations que les internes enceintes entretiennent avec leurs collègues peuvent être difficiles et contribuer à les culpabiliser. Ainsi, des relations conflictuelles peuvent apparaître à l'annonce d'une grossesse dans une équipe médicale. Les raisons que l'on peut évoquer sont nombreuses. La principale semble être l'augmentation de la charge de travail, reportée sur les co-internes, pendant le congé de maternité. Dans les services hospitaliers qui n'appartiennent pas au CHU et qui possèdent leur propre service de gardes, les co-internes doivent également se répartir un plus grand nombre de gardes lorsqu'ils travaillent avec une femme enceinte. Dans une étude américaine de 1994 portant sur des femmes internes enceintes en chirurgie plastique, l'animosité des co-internes envers les femmes enceintes est expliquée par le sentiment que celles-ci reçoivent un traitement de faveur, qu'elles se dispensent de travail, qu'elles sont moins investies dans la médecine et que leur choix de ne pas différer leur grossesse à un moment plus approprié est égoïste (24). L'indignation semble être plus grande parmi les collègues internes masculins que parmi les collègues internes féminines, car celles-ci ont tendance à s'attendre à l'éventuelle survenue d'une grossesse parmi leurs consoeurs (25).

En 1990, Balk a étudié l'attitude des médecins pédiatres envers les femmes internes enceintes de pédiatrie : elle met en évidence le contraste entre les connaissances qu'ont les pédiatres des besoins des jeunes mères et de leurs enfants, et ce qui est toléré par les mêmes médecins lorsque ces mères de jeunes enfants sont des internes de pédiatrie (26). Pourtant, l'étude montre que les pédiatres pensent que les conditions de travail des internes peuvent être néfastes pour la santé de la mère et de l'enfant. Alors pourquoi cette situation, reconnue délétère, perdure-t-elle (et plus particulièrement parmi les femmes dont la profession consistera à prodiguer des soins aux enfants) ?

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

Le manque d'adaptations accordées aux femmes internes enceintes reflète un système qui, de façon générale, ne se préoccupe pas du bien-être du personnel, mais uniquement du résultat de son travail. Et cela, du fait de considérations financières, de l'inquiétude quant aux conséquences sur la prise en charge des patients ou sur la formation des étudiants.

Il peut exister également la volonté, consciente ou inconsciente, d'endurcir les internes sur l'autel du travail, de la même façon que l'ont été leurs aînés.

Enfin, tout simplement, il faut remarquer que le problème est récent, concomitant à l'arrivée d'un grand nombre de femmes en médecine ces dernières années. Les adaptations nécessaires doivent encore être identifiées, établies puis appliquées.

Malgré toutes ces difficultés, qu'est-ce qui incite les femmes à vivre une grossesse pendant leur internat ?

Les raisons les plus fréquemment retrouvées sont le désir de créer une famille, le fait de vivre ses années les plus fertiles, le fait d'aimer les enfants, le désir d'être enceinte, et le fait d'être préoccupée par la diminution de la fertilité et l'âge de son partenaire (14,15).

En conclusion, la société a besoin que les femmes fassent des enfants et les femmes ont un besoin physiologique, psychologique et social d'avoir des enfants. Ces deux constats sont immuables et intemporels.



# Objectifs

L'objectif principal de notre étude est de décrire le déroulement de la grossesse chez les internes en médecine de Nancy.

Nos objectifs secondaires sont de :

- mettre en évidence les difficultés liées à la survenue d'une grossesse au cours du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales,
- décrire l'impact de la formation sur la grossesse,
- décrire l'impact de la grossesse sur la formation de l'interne,
- et donner des pistes de réflexion en vue d'adaptations possibles pour une formation de qualité, une moindre répercussion sur l'organisation des services, et une meilleure qualité de vie des internes enceintes.

# **Matériel et méthode**

## **A. Choix de la population**

La population de notre étude est constituée des résidentes, des internes de médecine générale et des internes de spécialité de la faculté de médecine de Nancy, de sexe féminin, en fonction au cours du semestre de novembre 2005 à avril 2006. L'internat de médecine générale étant plus court que celui de spécialité (trois années contre quatre ou cinq années), nous avons également fait participer les résidentes terminant leur cursus en octobre 2005, afin de mieux respecter la proportion médecine générale / spécialité retrouvée dans la population médicale.

## **B. Distribution et collecte des questionnaires**

Pour distribuer notre questionnaire, nous avons eu recours à plusieurs méthodes, car les modalités de répartition des stages ne sont pas les mêmes en médecine générale et en spécialité. Les données personnelles des étudiantes (adresse personnelle, affectation de stage) relèvent d'informations confidentielles : nous n'avons donc pas pu les obtenir.

### **1. Les résidentes et les internes de médecine générale :**

- Pour les internes de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, et 3<sup>e</sup> années : nous avons joint le questionnaire au courrier informant de la répartition, envoyé au domicile des internes par le bureau de la scolarité de la faculté. Puis nous l'avons collecté au moment de la répartition.
  
- Pour les internes terminant leur cursus en octobre 2005 : nous avons joint le questionnaire au courrier contenant la feuille de validation de stage, également envoyé au domicile des internes par le bureau de la scolarité de la faculté. Cette fois, nous y avons associé une enveloppe timbrée pour le retour.
  
- Pour les internes ayant fourni une procuration au moment de la répartition, et les internes en disponibilité : le bureau de la scolarité a envoyé le questionnaire au domicile des internes, associé à une enveloppe timbrée pour le retour.

## **2. Les internes de spécialité :**

- Nous avons participé aux répartitions et c'est à ce moment que nous avons distribué et collecté le questionnaire.
- Pour les internes ayant fourni une procuration au moment de la répartition : la DRASS s'est chargée d'envoyer le questionnaire associé à une enveloppe timbrée pour le retour, au domicile des internes.
- Pour les internes en disponibilité : les affaires médicales de l'hôpital se sont occupées d'envoyer le questionnaire associé à une enveloppe timbrée pour le retour, au domicile des internes.

## **C. Le questionnaire**

Le questionnaire (Annexe 1) est composé d'un double feuillet imprimé recto-verso. Il comprend un mot d'introduction expliquant l'objectif de la thèse et les modalités de retour.

Puis il est composé de 35 questions fermées réparties en 5 parties :

- La première partie concerne les données générales des internes, leur situation personnelle le jour de l'enquête : leur année de naissance, leur année d'étude, leur filière (médecine générale, spécialité médicale, spécialité chirurgicale, gynécologie/obstétrique, pédiatrie, anesthésie/réanimation, psychiatrie, biologie, santé publique ou médecine du travail).
- La deuxième partie concerne le désir de grossesse : le nombre d'enfants déjà nés, le nombre d'enfants souhaités et le fait de reporter après l'internat une grossesse qui serait désirée.

- La troisième partie s'attache à décrire les conditions de travail pendant la grossesse : l'année d'étude en début de grossesse, le nombre d'heures de travail, la réalisation de gardes, la durée de l'arrêt prénatal et de l'arrêt postnatal.

Puis nous nous intéressons aux pathologies de la grossesse (avortement, MAP, RCIU, pré-éclampsie/éclampsie, grossesse multiple), au terme de la grossesse, au mode d'accouchement, au poids de naissance de l'enfant et à l'éventuel décès de l'enfant avant 7 jours de vie. Une question concerne la programmation de la grossesse.

Le contexte psychologique est également décrit, de façon globale puis au travers des relations entretenues avec les médecins chefs, les internes hommes, les internes femmes, le bureau de la scolarité de la faculté, les affaires médicales de l'hôpital, le personnel. Une note de 0 à 5 devait être attribuée pour chaque catégorie professionnelle, 0 correspondant à de très mauvaises relations telles que désapprobation, stress supplémentaire dus à la grossesse, et 5 correspondant à d'excellentes relations telles que soutien, compréhension.

NB : Dans notre étude, nous avons défini la MAP (Menace d'Accouchement Prématuro) comme la présence de contractions soutenues, ayant nécessité repos, hospitalisation ou tocolytiques, sans accouchement prématuré (avant 37 SA).

Le RCIU (Retard de Croissance Intra Utérin) correspond à un poids inférieur au 10<sup>ème</sup> percentile pour un âge donné.

La pré-éclampsie est définie comme une HTA gravidique (> à 14/9) associée à une protéinurie, et l'éclampsie comme une crise convulsive tonico-clonique.

- La quatrième partie concerne l'impact de la grossesse sur la formation : l'invalidation de stage, le placement en surnombre, les types de stages choisis pendant la grossesse (pour la médecine générale : médecine d'adulte, urgences, pédiatrie/gynécologie, stage ambulatoire, stage chez le praticien, stage libre; et pour les spécialités : stage CHU, stage hors CHU et stage hors spécialité), et l'évaluation globale de l'impact sur la formation par l'interne.

Une question plus générale s'attache à savoir si les internes estiment que la période de l'internat est propice pour mener une grossesse en toute sérénité.

- La cinquième partie est composée de propositions visant à tester l'intérêt que pourraient avoir certaines adaptations du cursus pour les femmes enceintes : la possibilité de travailler à temps partiel pendant la grossesse ou après la naissance d'un enfant, la création de stages en surnombre invalidants supplémentaires, la création de postes d'internes remplaçants pour couvrir les différents congés (maternité, paternité, maladie) et la mise en place d'un mois de stage supplémentaire pour couvrir ces différents congés.

Nous avons introduit une question ouverte pour les commentaires libres et les suggestions à la fin du questionnaire.

Dans le questionnaire, seulement 6 questions concernent toutes les internes femmes. Les 29 autres questions ne concernent que les internes ayant présenté une ou des grossesse(s) pendant leur internat.

Les internes ayant vécu plus d'une grossesse pendant leur internat devaient photocopier le questionnaire et le remplir autant de fois que de grossesses.

## **D. Analyse statistique**

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epidata. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS.

La conception de l'enquête, la rédaction du protocole, la conception du questionnaire, la réalisation du masque de saisie des données, l'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisées avec l'aide du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

Il s'agit d'une analyse descriptive qui s'attache dans un premier temps à tout l'échantillon d'internes ayant répondu au questionnaire.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement aux internes ayant eu une ou plusieurs grossesses durant leur internat.

Les variables étudiées sont présentées sous forme de moyennes et d'écart-types pour les variables quantitatives, et sous forme de fréquences pour les variables qualitatives.

# Résultats



## A. Données générales

399 questionnaires ont été envoyés, ce qui correspond à l'effectif total des femmes internes de médecine de Nancy, en fonction au cours du semestre de novembre 2005 à avril 2006, auxquelles s'ajoutent les résidentes terminant leur cursus en octobre 2005.

321 questionnaires ont pu être collectés.

Soit, au 9 janvier 2006, un taux de retour de  $321 / 399 = 80,5 \%$ .

52 femmes ont présenté une ou plusieurs grossesse(s) pendant l'internat : 43 (83%) d'entre elles ont eu une seule grossesse, et 9 (17%) ont eu deux grossesses.

Le nombre total de grossesses étudiées est donc de 61.

(À noter qu'il ne s'agit pas, pour une femme donnée, obligatoirement de sa première ou deuxième grossesse, puisque quelques femmes ont vécu des grossesses avant leur internat.)

Parmi ces 61 grossesses, 7 grossesses sont en cours au moment de l'enquête, 4 grossesses ont abouti à un avortement spontané et 1 grossesse a abouti à une interruption thérapeutique de grossesse. Au total, 49 grossesses ont abouti à la naissance d'un enfant.

Dans notre étude, nous n'avons traité que les premières grossesses des 52 femmes car le vécu de la deuxième grossesse est lié au vécu de la première grossesse. Ainsi, il n'y a pas de comparaison possible (donc pas d'analyse statistique possible) entre les premières et les secondes grossesses car les échantillons ne sont pas indépendants (les 9 femmes ayant vécu une deuxième grossesse pendant l'internat font partie des 52 femmes ayant vécu une première grossesse pendant l'internat). Toutefois, nous présenterons succinctement les résultats obtenus pour les deuxièmes grossesses à la fin du chapitre.

Variable	Moyenne (écart-type) ou effectif (pourcentage)		
	Ensemble des femmes ayant répondu au questionnaire n = 321	Femmes ayant eu une première grossesse pendant l'internat : situation en début de grossesse n = 52	Femmes ayant eu une deuxième grossesse pendant l'internat : situation en début de grossesse n = 9
<b>Age (années)</b>	27,7 (1,9)	27,8 (1,8)	28,9
<b>Année d'étude</b>			
TCEM 1	91 (28%)	19 (36%)	0
TCEM 2	92 (29%)	11 (21%)	3
TCEM 3	96 (30%)	18 (35%)	5
TCEM 4	30 (9%)	3 (6%)	1
TCEM 5	11 (4%)	1 (2%)	0
<b>Filière</b>			
Spécialité médicale	75 (23%)	8 (15%)	1
Spécialité chirurgicale	24 (8%)	0	0
Pédiatrie	26 (8%)	4 (8%)	1
Gynécologie/Obstétrique	14 (4%)	2 (4%)	0
Psychiatrie	18 (6%)	2 (4%)	0
Anesthésie/Réanimation	10 (3%)	1 (2%)	0
Médecine du travail	7 (2%)	0	0
Biologie	4 (1%)	0	0
Santé Publique	3 (1%)	1 (2%)	1
Médecine générale	140 (44%)	34 (65%)	6

Tableau n°6 : Données générales

Comme l'indique le tableau n°6, l'âge moyen des internes ayant répondu au questionnaire est de 27,7 ans.

L'âge moyen des femmes de notre étude en début de première grossesse est de 27,8 ans et l'âge moyen des femmes en début de deuxième grossesse est de 28,9 ans.

En ce qui concerne la filière des internes :

44% des internes ayant répondu au questionnaire appartiennent à la filière de médecine générale, et 56% des internes font une spécialité.

Parmi les 52 femmes ayant eu une grossesse pendant l'internat, la proportion d'internes de médecine générale est importante (65%). Les spécialités médicales sont également bien représentées avec 15% de l'effectif, tout comme la pédiatrie (8%). Par contre, dans les disciplines chirurgicales, seules 2 internes de gynécologie/obstétrique (4%) ont présenté une grossesse.

## B. Désir de grossesse

**Tableau n°7 : Désir de grossesse**

Variable	Nombre de répondants	Effectif (pourcentage)
<b>Femmes ayant des enfants *</b>	321	48 (15%)
<b>Nombre d'enfants</b>	47	
1 enfant		36 (77%)
2 enfants		11 (23%)
<b>Femmes souhaitant avoir des enfants</b>	303	286 (94%)
<b>Nombre d'enfants souhaités</b>	248	
1		4 (2%)
1 ou 2		3 (1%)
2		92 (37%)
2 ou 3		33 (13%)
3		85 (34%)
plus de 3		31 (13%)
<b>Femmes reportant après l'internat une grossesse désirée</b>	311	101 (33%)

\* À noter : pour les réponses binaires oui/non, nous n'avons présenté que les réponses positives.

Dans notre enquête, une interne sur six a des enfants, et plusieurs d'entre elles ont eu un enfant avant leur internat : au cours du 2<sup>e</sup>, voire du 1<sup>er</sup> cycle de leurs études de médecine. La grande majorité des femmes internes (94%) souhaite avoir des enfants, mais elles sont une sur trois à reporter après l'internat une grossesse désirée. Plusieurs internes ont également mentionné qu'elles retardaient vers la fin de l'internat une grossesse qu'elles auraient souhaitée plus tôt.

47% des internes interrogées souhaitent avoir une famille nombreuse : 3 enfants ou plus, sans compter celles qui hésitent encore entre 2 ou 3 enfants (13%) !

## C. Grossesse et accouchement

### 1. Conditions de travail

**Tableau n°8 : Conditions de travail pendant la grossesse**

Variable	Nombre de répondants	Moyenne (écart-type) ou effectif (pourcentage)
<b>Nombre d'heures de travail par semaine</b>	52	49,2 (12,2)
<b>Femmes ayant effectué des gardes pendant leur grossesse</b>	52	41 (79%)
<b>Terme jusqu'auquel les gardes ont été effectuées (en SA)</b>	37	14,2 (5,5)
<b>Femmes ayant effectué des gardes au-delà de 10 SA</b>	39	27 (69%)
par choix	26	8 (31%)
par manque d'effectif	26	13 (50%)
pour une autre raison	26	8 (31%)

SA : Semaines d'Aménorrhée

Pendant leur grossesse, les internes ont travaillé en moyenne 49,2 heures par semaine. Il existe une différence très importante entre l'interne qui a eu la charge de travail la moins importante (20 heures par semaine) et celle qui a eu la charge de travail la plus importante (75 heures par semaine).

La grande majorité des femmes (79%) ont effectué des gardes pendant leur grossesse. Parmi les 11 internes qui n'ont pas effectué de gardes, 4 effectuaient leur stage chez le praticien (pendant ce stage, il n'y a pas de participation au service de gardes), une interne était en arrêt maladie dès le début de sa grossesse. Nous ne connaissons pas les raisons pour lesquelles les 6 internes restantes n'ont pas effectué de gardes.

En moyenne, les internes ont effectué des gardes jusqu'à 14,2 SA. Plus de 2 femmes sur 3 ont effectué des gardes au-delà de 10 SA, alors qu'il s'agit du terme au-delà duquel elles ont théoriquement le droit de ne plus participer au service de gardes.

Pour quelles raisons ? Elles ne sont que 31% à avoir délibérément choisi de continuer à participer aux gardes. 50% d'entre elles y ont été contraintes par manque d'effectif. Enfin, voici les autres raisons citées :

- Pour les internes de spécialité, les gardes avaient déjà été réparties par les affaires médicales, et ce, pour tout le semestre, avant qu'elles ne découvrent leur grossesse. Dans ce cas, c'est à l'interne de trouver un remplaçant pour ses gardes, ce qui dans les faits s'avère très difficile.
- D'autres internes avaient déjà réparti leurs gardes quand elles ont eu connaissance de leur grossesse et, comme l'indique une interne, « vacances d'été obligent », elles n'ont pas trouvé de remplaçants.
- Une interne a mentionné qu'elle avait effectué des gardes au-delà de 10 SA sur demande de son chef de service.
- Une interne a expliqué que dans le service d'urgences où elle travaillait, les gardes étaient obligatoires.
- Enfin, une interne a choisi de réaliser des gardes jusque 22 SA afin d'avoir un repos de sécurité qui lui permettait de consulter son obstétricien, sinon elle n'avait aucune disponibilité possible.
- Par ailleurs, une interne a effectué des astreintes de chirurgie jusque 34 SA.

## 2. Déroulement de la grossesse et de l'accouchement

**Tableau n°9 : Déroulement de la grossesse**

Variable	Nombre de répondants	Moyenne (écart-type) ou effectif (pourcentage)
<b>Grossesse programmée</b>	50	32 (64%)
<b>Avortement</b>	43	
spontané		2 (5%)
IVG		0
GEU		0
ITG		1 (2%)
<b>Pathologie de la grossesse</b>	43	
aucune		24 (56%)
MAP		17 (39%)
RCIU		1 (2%)
pré éclampsie/éclampsie		1 (2%)
grossesse multiple		0
autre		8 (19%)
<b>Accouchement prématuré</b>	43	7 (16%)
<b>Terme en SA</b>	43	38,7 (1,8)

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse ; GEU : Grossesse extra-utérine ;

ITG : Interruption Thérapeutique de Grossesse ; MAP : Menace d'Accouchement Prématuré ;

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

Les deux tiers des grossesses des internes ne sont pas le fruit du hasard : elles ont été programmées pour se dérouler pendant l'internat. Il faut toutefois porter une nuance à ce résultat, dans la mesure où la survenue d'une grossesse comportera toujours une part de hasard !

Très peu d'avortements (qu'ils soient spontanés, volontaires ou thérapeutiques) ont été rapportés dans notre étude, puisqu'ils représentent seulement 7% des grossesses.

En prénatal, seulement 56% des femmes internes interrogées ont mené leur grossesse à terme sans événement majeur, 44% ont présenté une pathologie pendant leur grossesse.

Le taux de menace d'accouchement prématuré est très élevé, puisqu'il représente **39%** des grossesses ayant abouti à la naissance d'un enfant (nous avons exclu les grossesses en cours de l'effectif).

Par ailleurs, dans notre étude, nous avons dénombré un seul retard de croissance intra-utérin, une seule pré éclampsie et aucune grossesse multiple.

De façon générale, en ce qui concerne les pathologies de la grossesse, il faut remarquer qu'une femme peut avoir présenté plusieurs pathologies différentes pour une même grossesse.

Voici les autres pathologies de la grossesse qui ont été citées :

- diabète gestationnel : a concerné 2 grossesses,
- HTA gravidique : a concerné 2 grossesses,
- décollement placentaire : a concerné une grossesse,
- hellp syndrome : a concerné une grossesse,
- hydramnios : a concerné une grossesse,
- hyperémèse gravidique : a concerné une grossesse.

Le taux de prématurité constaté dans notre échantillon est très important : il représente **16%** des grossesses, et un peu moins de la moitié des menaces d'accouchement prématuré.

Le terme moyen est de 38,7 SA, il a été calculé à partir des grossesses qui ont abouti à la naissance d'un enfant (nous n'avons donc pas pris en compte les avortements, qu'ils soient spontanés ou thérapeutiques).



**Tableau n°10 : Déroulement de l'accouchement**

Variable	Nombre de répondants	Moyenne (écart-type) ou effectif (pourcentage)
<b>Mode d'accouchement</b>	43	
voie basse (=VB) normale		29 (67%)
VB avec forceps/ventouses		6 (14%)
césarienne		8 (19%)
<b>Poids de naissance en grammes</b>	42	3 249 (407)
<b>Poids de naissance ≤ 2500 g</b>	42	3 (7%)
<b>Durée de l'arrêt prénatal en semaines</b>	41	8,6 (5,6)
<b>Durée de l'arrêt postnatal en semaines</b>	41	16,6 (9,7)

Dans notre étude, nous n'avons à déplorer aucun décès d'enfant à la naissance ou avant 7 jours de vie.

Nous avons dénombré dans notre enquête 8 naissances par césarienne (soit 19% des naissances), et 6 naissances (soit 14%) par voie basse chirurgicale (c'est-à-dire nécessitant l'usage de forceps ou de ventouses).

Le poids moyen de naissance est de 3249 grammes. On note un pourcentage d'enfants de moins de 2500 grammes à la naissance de 7%, soit 3 nouveaux-nés sur 42.

La durée moyenne de l'arrêt prénatal est de 8,6 semaines.

Voici le détail des résultats :

- 9 internes (22%) ont eu un arrêt prénatal de moins de 6 semaines : une interne a travaillé jusqu'au jour de l'accouchement, une autre 3 jours avant l'accouchement. 3 internes se sont arrêtées 2 semaines avant la naissance, 2 internes 4 semaines et 2 autres internes 5 semaines.

- 10 internes (24%) ont eu un arrêt prénatal de 6 semaines.

- 22 internes (54%) ont eu un arrêt prénatal de plus de 6 semaines. Parmi celles-ci, 13 se sont arrêtées à cause d'une grossesse pathologique.

Si l'on compare la durée de l'arrêt prénatal au terme de la grossesse : parmi les 7 internes ayant accouché prématurément, 5 internes ont eu un congé prénatal de 10 à 18 semaines, une interne a eu un congé prénatal de 6 semaines et une interne a eu un congé prénatal de 2 semaines.

La durée moyenne de l'arrêt postnatal est de 16,6 semaines.

Voici le détail des résultats :

- 6 internes (15%) ont eu un arrêt postnatal de moins de 10 semaines. Une interne a repris le travail une semaine après l'accouchement.

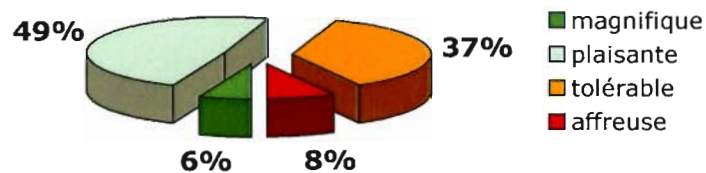
- 11 internes (27%) ont eu un arrêt postnatal de 10 semaines.

- 24 internes (58%) ont eu un arrêt postnatal de plus de 10 semaines. Parmi elles, 12 ont mentionné qu'elles avaient demandé une mise en disponibilité après la naissance de leur enfant. D'autres internes ont cumulé leurs congés annuels à leur arrêt postnatal.

### 3. Contexte psychologique

#### a. Description de l'expérience de la grossesse pendant l'internat

**Graphique n°7 : description de l'expérience de la grossesse vécue pendant l'internat (n=49)**



Au total, 45% des internes ont un ressenti négatif de leur grossesse vécue pendant l'internat, alors que 55% ont un ressenti positif.

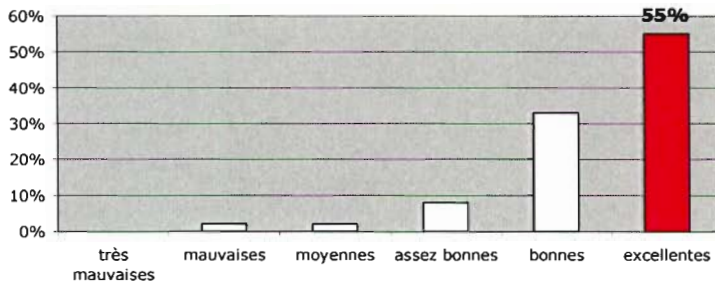
#### b. Nature des relations entretenues pendant la grossesse avec l'entourage professionnel

Les graphiques n°8 à 13 ci-après illustrent la nature des relations entretenues pendant la grossesse avec l'entourage professionnel : le personnel hospitalier, le bureau de la scolarité de la faculté, les affaires médicales de l'hôpital, les médecins chefs, les collègues internes masculins et les collègues internes féminines.

Une note de 0 à 5 devait être attribuée pour chaque catégorie professionnelle, 0 correspondant à de très mauvaises relations telles que désapprobation, stress supplémentaire dus à la grossesse, et 5 correspondant à d'excellentes relations telles que soutien, compréhension.

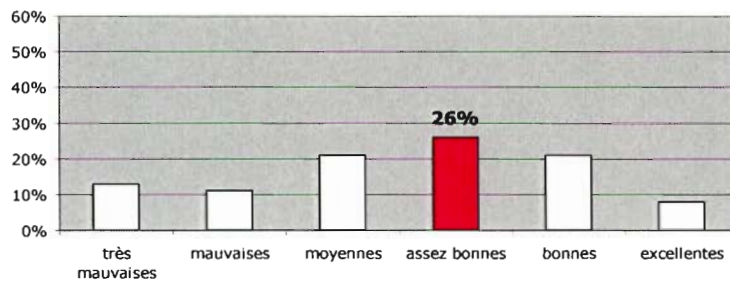
Dans chaque graphique, nous indiquons la classe modale, qui correspond à l'effectif le plus important.

**Graphique n°8 : nature des relations avec le personnel pendant la grossesse (n=49)**



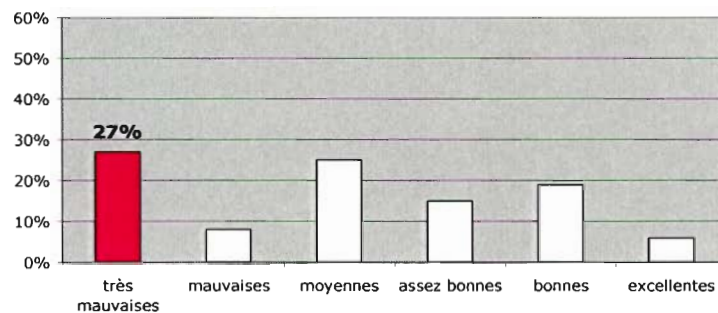
Pendant leur grossesse, les internes ont eu d'excellentes relations avec le personnel hospitalier pour 55% d'entre elles. Elles sont 88% à avoir eu de bonnes ou d'excellentes relations.

**Graphique n°9 : nature des relations avec le bureau de la scolarité pendant la grossesse (n=38)**



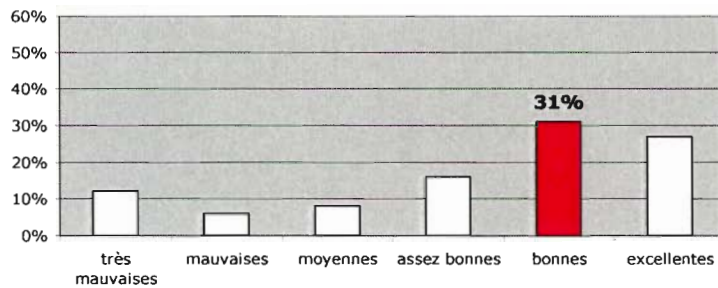
26% des internes ont eu d'assez bonnes relations avec le bureau de la scolarité de la faculté. Au total, 55% ont un ressenti positif de ces relations.

**Graphique n°10 : nature des relations avec les affaires médicales pendant la grossesse (n=48)**



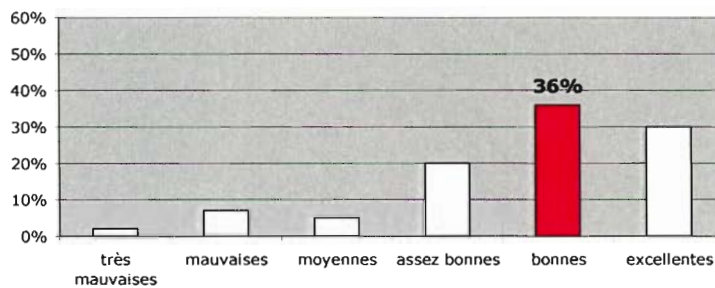
Par contre, 27% des internes ont estimé avoir eu de très mauvaises relations avec les affaires médicales de l'hôpital. 60% ont eu un ressenti négatif de ces relations.

**Graphique n° 11 : nature des relations avec les médecins chefs pendant la grossesse (n=49)**



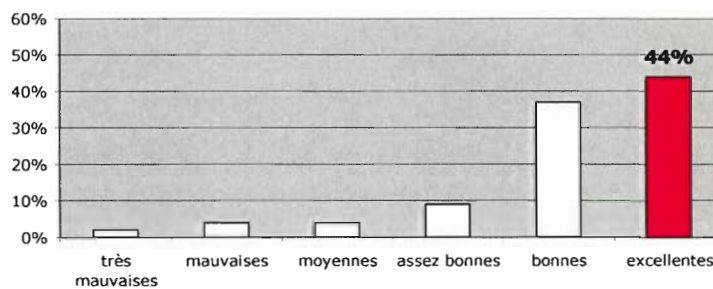
Les internes ont eu de bonnes relations avec leurs médecins chefs pendant la grossesse pour 31% d'entre elles, mais elles sont tout de même une sur quatre à avoir eu globalement de mauvaises relations.

**Graphique n°12 : nature des relations avec les collègues internes masculins pendant la grossesse (n=44)**



Avec leurs collègues internes masculins, les relations ont été bonnes pour 36% des femmes enceintes. Au total, 86% ont eu un ressenti positif de ces relations.

**Graphique n°13 : nature des relations avec les collègues internes féminines pendant la grossesse (n=46)**



Pour terminer, pendant leur grossesse, les internes ont eu d'excellentes relations avec leurs collègues internes féminines pour 44% d'entre elles. 90% ont eu un ressenti positif de ces relations.

## **D. Impact de la grossesse sur la formation**

### **1. Invalidation de stage et stages en surnombre**

**Tableau n°11 : Invalidation de stages et stages en surnombre**

Variable	Nombre de répondants	Effectif (pourcentage)
<b>Femmes ayant invalidé un stage à cause de leur grossesse</b>	51	36 (71%)
<b>Femmes placées en surnombre pendant leur grossesse</b>	51	19 (37%)

La grande majorité des femmes (71%) ayant mené une grossesse pendant l'internat a invalidé un stage à cause de cette grossesse. Cette invalidation est due à une absence prolongée pendant le stage. Ainsi, lorsqu'une interne interrompt ses fonctions pendant plus de deux mois, le stage n'est pas validé.

Par contre, seulement 37% des femmes enceintes ont été placées en surnombre dans un stage, parce qu'elles savaient qu'elles n'allaient pas pouvoir effectuer plus de deux mois de stage.

Au total, sans compter les stages effectués en début de grossesse, on s'aperçoit qu'environ un tiers des femmes enceintes a effectué moins de 2 mois de stage, un tiers entre 2 et 4 mois et un tiers plus de 4 mois, sur les 6 mois que comporte un stage.

## 2. Types de stages choisis pendant la grossesse

**Tableau n°12 : Types de stages choisis pendant la grossesse**

Variable	Nombre de répondants	Effectif (pourcentage)
<b>Femmes ayant choisi un stage avec moins de gardes, à cause de leur grossesse</b>	51	22 (43%)
<b>Femmes ayant choisi un stage qui les intéressait moins, mais dont la charge de travail était moins importante, à cause de leur grossesse</b>	51	20 (39%)

On peut se poser la question de savoir si le vécu d'une grossesse influence le type de stage choisi lors des répartitions, et si les femmes enceintes privilégient des stages qui les intéressent moins, mais dont la charge de travail est moins importante. Dans notre enquête, elles sont 39% à avoir fait ce choix.

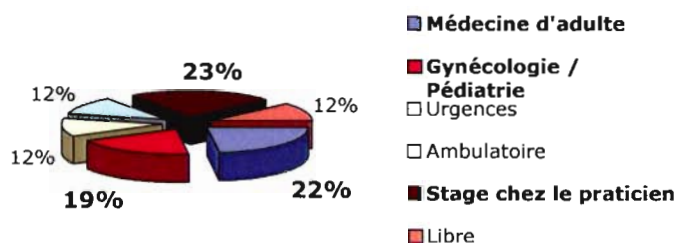
Les femmes internes sont un peu plus nombreuses (43%) à avoir choisi un stage qui comportait moins de gardes, à cause de leur grossesse.

a- Les grossesses des résidentes et internes de médecine générale :

Parmi les 32 résidentes ou internes de médecine générale ayant eu au moins une grossesse pendant l'internat, 12 internes ont eu une grossesse qui s'est déroulée sur un seul stage (ce nombre est assez important du fait de l'incorporation des grossesses en cours dans l'effectif), et 20 internes ont eu une grossesse qui s'est déroulée sur deux stages différents. Donc, le nombre total de stages concernés par la présence d'une interne enceinte est de 52.

Le graphique n°14 ci-dessous illustre les types de stages (parmi les 52 stages concernés) choisis pendant les grossesses.

**Graphique n°14 : types de stages choisis pendant la grossesse des internes de médecine générale (n=52)**

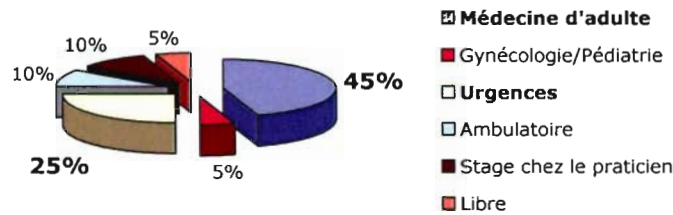


On constate que 3 types de stages sont prédominants : il s'agit du stage de médecine d'adulte, du stage de gynécologie/pédiatrie et du stage chez le praticien. Ils regroupent à eux 3 les deux tiers des stages choisis pendant la grossesse des internes de médecine générale. À l'inverse, on constate que les stages fléchés ambulatoire, libre et urgences sont beaucoup moins choisis par les femmes enceintes.



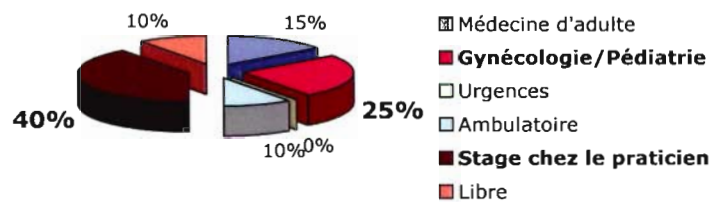
Concernant les grossesses qui se sont déroulées sur deux stages différents :  
On constate que le type de stage le plus souvent choisi varie, selon qu'il s'agit du début ou de la fin de la grossesse, comme le montrent les graphiques n°15 et n°16 ci-dessous.

**Graphique n°15 : types de stages choisis en début de grossesse par les internes de médecine générale (n=20)**



Ainsi, en début de grossesse, seulement 2 types de stages regroupent 70% des choix effectués par les internes de médecine générale : il s'agit du stage de médecine d'adulte et du stage d'urgences.

**Graphique n°16 : types de stages choisis en fin de grossesse par les internes de médecine générale (n=20)**



À l'inverse, en fin de grossesse, les 2 types de stage les plus souvent choisis sont le stage chez le praticien (il représente à lui seul 40% des choix) et le stage de gynécologie/pédiatrie. À noter qu'aucune interne n'a choisi de stage fléché urgences en fin de grossesse.

## b- Les grossesses des internes de spécialité

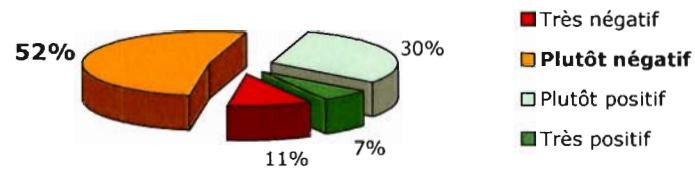
18 internes de spécialité ont eu au moins une grossesse pendant l'internat. Parmi elles, 12 grossesses se sont déroulées sur un seul stage (ce nombre est assez important du fait de l'incorporation des grossesses en cours dans l'effectif), et 6 grossesses se sont déroulées sur deux stages différents.

Le nombre total de stages concernés par la présence d'une interne enceinte en spécialité est donc de 24. Parmi ces 24 stages, on comptabilise 16 stages réalisés au CHU (67%), 7 stages réalisés hors CHU (29%) et 1 stage réalisé hors spécialité (4%).

Concernant les 6 grossesses qui se sont déroulées sur deux stages différents : le type de stage choisi varie peu, selon qu'il s'agit du début ou de la fin de la grossesse. Ainsi, en début de grossesse, une interne a choisi un stage hors spécialité (17%), 2 internes ont réalisé un stage hors CHU (33%) et 3 internes ont réalisé un stage CHU (50%). En fin de grossesse, 3 internes ont réalisé un stage hors CHU (50%) et 3 internes ont réalisé un stage CHU (50%).

### 3. Évaluation globale de l'impact de la grossesse sur la formation

**Graphique n°17 : Impact de la grossesse sur la formation (n=47)**



De façon générale, la majorité des internes (63%) estime que la grossesse a eu un impact négatif sur la formation.

Seulement un tiers des femmes environ a jugé que la grossesse avait eu un impact positif.

## E. Propositions

**Tableau n°13 : Propositions d'adaptation des postes des internes**

Variable	Nombre de répondants	Effectif (pourcentage)
<b>Femmes intéressées par une possibilité de travailler à temps partiel</b>		
① pendant leur grossesse	52	37 (71%)
② après la naissance de leur enfant	52	44 (85%)
<b>Femmes intéressées par un stage supplémentaire invalidant, en surnombre, pendant leur grossesse</b>	51	19 (37%)
<b>Femmes favorables à l'instauration d'un mois de stage supplémentaire pour couvrir les différents congés (maternité, paternité, maladie) des internes</b>	51	20 (39%)
<b>Femmes favorables à la création de postes d'internes remplaçants pour couvrir les différents congés des internes</b>	50	33 (66%)

La plupart des femmes interrogées dans notre étude aurait été intéressée par une possibilité de travailler à temps partiel, pendant la grossesse (71%) et après la naissance de leur enfant (85%).

Parmi les adaptations de poste proposées, la possibilité de travailler en surnombre invalidant (c'est-à-dire sans que le stage ne soit pris en compte dans la formation) n'intéresse qu'une minorité de femmes (37%). L'instauration d'un mois de stage supplémentaire pour tous les internes, qui permettrait de couvrir les différents congés n'emporte pas non plus l'unanimité : seulement 39% des femmes se déclarent pour.

Seule la création de postes d'internes remplaçants obtient une majorité favorable (66%). L'idée serait que l'interne affecté à ce stage remplace les internes partant en congé (qu'il s'agisse de congé maternité, paternité ou maladie) en cours de stage, afin de ne pas laisser de poste vacant.

## F. L'internat est-il une période propice pour mener une grossesse en toute sérénité ?

**Graphique n°18 : Femmes estimant que l'internat est une période propice pour mener une grossesse en toute sérénité (n=51)**



Pour conclure, les deux tiers des femmes de notre étude estiment que l'internat n'est pas une période propice pour mener une grossesse en toute sérénité.

## **G. Résultats des secondes grossesses vécues pendant l'internat**

Dans notre étude, 9 femmes ont présenté une seconde grossesse pendant l'internat. Parmi ces 9 grossesses, une est en cours au moment de l'enquête et deux ont abouti à un avortement spontané. Au total, 6 grossesses ont abouti à la naissance d'un enfant.

Comme l'indique le tableau n°6, l'âge moyen de ces 9 femmes est de 28,9 ans. La majorité est en 3<sup>e</sup> année de 3<sup>e</sup> cycle. La proportion d'internes de médecine générale est importante, comme pour les premières grossesses.

De façon générale, même si l'effectif des secondes grossesses est faible, on retrouve les principaux résultats des premières grossesses.

Ainsi, concernant les conditions de travail, la majorité des internes ont effectué des gardes pendant la grossesse, et ce, au-delà de 10 SA. Le nombre moyen d'heures de travail est de 48,8 heures par semaine.

Concernant le déroulement de la grossesse, on note un taux de menace d'accouchement prématuré et un taux de prématurité importants, comme on l'avait déjà noté pour les premières grossesses.

On note une proportion de césariennes élevée dans le groupe des secondes grossesses, ce qui s'explique facilement par les antécédents de césarienne pour une première grossesse.

# Discussion

## **A. Données générales et désir de grossesse**

Notre taux de réponse est de **80,5 %**, ce qui est satisfaisant (car  $>$  à 80 %). Les nombreux témoignages recueillis et la mobilisation importante des internes autour du sujet révèlent que le sujet de l'étude correspond à une véritable attente.

Les différentes modalités de distribution du questionnaire nous ont permis de contacter la totalité des femmes internes de médecine de Nancy (y compris les femmes qui ne se sont pas présentées aux répartitions pour choisir leur poste). Ces modalités nous ont donc donné une garantie d'exhaustivité.



## 1. De toutes les femmes ayant répondu au questionnaire

L'âge moyen des internes ayant répondu au questionnaire est de 27,7 ans. Leur répartition par année d'étude et par filière est équivalente à l'effectif cible total.

Toutefois, certaines internes ont confondu l'année avec le semestre, ce qui a donné quelques réponses incohérentes : par exemple, des internes de médecine générale se sont déclarées en 4<sup>e</sup>, voire en 5<sup>e</sup> année, alors que l'internat de médecine générale ne dure que trois ans. Les résultats concernant l'année d'étude sont donc à considérer avec la réserve qui s'impose.

Peu d'internes avaient déjà un (ou plusieurs) enfant(s) au moment de l'enquête, mais l'immense majorité d'entre elles souhaitent en avoir.

Ce qui est assez surprenant, c'est que plus de la moitié des femmes interrogées souhaitent fonder une famille nombreuse : elles se projettent dans l'avenir avec 3 enfants, ou même plus !

Selon une enquête de l'INED réalisée en 1998 en France : pour 56% des femmes âgées de 25 à 34 ans, le nombre idéal d'enfants dans une famille est de 2. Elles sont 25% à estimer que le nombre idéal est de 3, et 5% que le nombre idéal est de 4 ou plus (27). Il apparaît donc que malgré la longueur et la difficulté des études de médecine, les femmes internes ne souhaitent pas renoncer à une vie de famille que l'on peut qualifier de « prenante ».

Mais si elles souhaitent avoir de nombreux enfants, (« des milliers » comme l'a écrit une interne), elles sont une sur trois à reporter le vécu de leur grossesse après l'internat. Et ce report illustre quelques fois des situations difficiles : ainsi, une interne a expliqué qu'elle reportait une grossesse pour cause d'éloignement géographique d'avec son conjoint lié au concours de l'internat.

Au total, alors qu'elles ont en moyenne 28 ans, les femmes de notre étude, sont, pour 85% d'entre elles, sans enfant. Mais les deux tiers d'entre elles n'envisagent pas de reporter leur grossesse après leur internat, et sont donc susceptibles de vivre un heureux événement pendant leurs études, ce qui démontre l'ampleur du phénomène.

## **2. Des femmes ayant vécu une grossesse pendant l'internat**

Nous obtenons pour les mères de notre enquête, un âge moyen à la naissance de 27,8 et 28,9 ans, respectivement pour les premières grossesses et pour les secondes grossesses vécues pendant l'internat.

Une étude réalisée en 2002 par l'INSEE retrouve un âge moyen des françaises à leur première maternité de 28 ans (27).

L'âge des femmes qui ont décidé de vivre une grossesse pendant leur internat correspond à la moyenne d'âge nationale lors de la première maternité. Alors que toutes celles qui font le choix de reporter leur(s) grossesse(s) après leurs études auront leur(s) enfant(s) à un âge supérieur à cette moyenne.

En avril 2005, le Haut Conseil de la population et de la famille alerte l'opinion publique sur ce phénomène préoccupant qu'est l'accroissement continu de l'âge moyen à la maternité, et notamment à la première maternité. En effet, cette situation entraîne de nombreux risques supplémentaires pour la santé de l'enfant (fréquence accrue de trisomie 21, de grossesses multiples, et donc de prématurité et de mort fœtale in utero), ainsi que pour la santé des femmes (augmentation du risque de décès maternel, des proportions de césariennes et d'accouchements difficiles) (28).

Au demeurant, le tout premier risque encouru par les couples est sans aucun doute le plus sous-évalué par ceux-ci : il est, pour avoir trop attendu, de ne jamais avoir d'enfant.

Parmi les 52 femmes ayant eu une grossesse pendant l'internat, la proportion d'internes de médecine générale est la plus importante (65%), alors qu'elles ne représentent que 44% des femmes interrogées. Les spécialités médicales sont également bien représentées avec 15% de l'effectif, tout comme la pédiatrie (8%). Par contre, dans certaines spécialités, très peu d'internes ont présenté une grossesse : il s'agit notamment des spécialités chirurgicales. Et cela, bien que la moyenne d'âge soit plus élevée du fait que l'internat de chirurgie comporte une année supplémentaire par rapport aux autres spécialités.

## **B. Grossesse et accouchement**

### **1. Conditions de travail**

Dans notre étude, les femmes internes ont travaillé en moyenne 49,2 heures par semaine pendant leur grossesse.

Près de 80% des femmes ont effectué des gardes pendant leur grossesse.

Les deux tiers des femmes enceintes ont effectué des gardes au-delà de 10 SA, alors que l'arrêté du 10 septembre 2002 leur permet d'être dispensées de la totalité du service de gardes à compter du troisième mois de grossesse. Il apparaît donc que la grande majorité des internes ne bénéficient pas réellement de cette mesure législative.

Et quand on s'intéresse aux raisons pour lesquelles elles ont dû effectuer des gardes au-delà du terme prévu par la loi, elles sont plus de la moitié à répondre qu'il s'agit d'un problème d'effectif.

Un autre motif revient fréquemment dans les réponses, surtout des internes de spécialité : la programmation des gardes par les affaires médicales avant la connaissance de la grossesse. En effet, dans ce cas précis, c'est l'interne qui doit trouver un remplaçant qui accepte de reprendre ses gardes, ce qui n'est pas toujours chose aisée, et notamment en période estivale. Comme l'explique une interne : « Pendant la première grossesse, grosses difficultés pour échanger les gardes prévues pour le semestre. Aucune aide des affaires médicales, si bien que la dernière garde a été effectuée au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse... et le repos compensateur n'existait pas... ».

## 2. Déroulement de la grossesse et de l'accouchement

### a. Programmation de la grossesse

Dans notre enquête, 64% des femmes ont planifié leur grossesse. Ce taux est comparable à celui retrouvé dans plusieurs études anglo-saxonnes : ainsi, Sayres retrouve un taux de programmation de 77%, Phelan 72% et Harris 65% (14,15,16).

Cependant, la programmation d'une grossesse n'est jamais totalement possible. Sauf exception : une femme nous a expliqué qu'elle avait calculé la date de la conception pour que l'accouchement se déroule juste au moment d'un changement de stage, ce qui lui a permis de manquer moins de 2 mois sur chacun de ses stages, et donc de ne pas invalider de stage.

En règle général, c'est dame nature qui décide du moment opportun.

Parmi les femmes qui n'ont pas programmé leur grossesse, plusieurs nous ont expliqué qu'elles l'avaient cependant désirée. Leur grossesse n'était donc pas due à un accident de contraception.

### b. Interruptions de grossesse

Notre étude retrouve un taux de fausse-couche spontanée faible : 5% des grossesses. Pourtant, l'avortement spontané est un phénomène fréquent. Dans la population générale, on estime que 15 à 20% des grossesses diagnostiquées se terminent ainsi (29).

Par ailleurs, aucune femme n'a déclaré avoir subi une interruption volontaire de grossesse (IVG), alors que dans la population générale, on comptabilise environ 25 IVG pour 100 naissances (30).

Parmi les femmes internes, une pratique moindre des IVG peut se justifier par une compréhension supposée meilleure de la contraception, mais on suspecte également un phénomène de sous-déclaration important.

Il faut également noter qu'il peut exister un biais de sélection concernant les interruptions de grossesse, qu'elles soient spontanées ou volontaires, car seules les femmes internes ayant un enfant ont répondu à cette question.

### c. Menaces d'accouchement prématuré et prématurité

La définition de la menace d'accouchement prématuré (MAP) était donnée ainsi dans le questionnaire adressé aux internes : présence de contractions soutenues, ayant nécessité repos, hospitalisation ou tocolytiques.

Notre étude a mis en évidence un taux de menace d'accouchement prématuré de **39%** parmi les grossesses ayant abouti à la naissance d'un enfant, ce qui est très élevé. Plusieurs études anglo-saxonnes avaient déjà montré une augmentation du risque de MAP chez les internes :

L'étude d'Osborn retrouve une prévalence des MAP de 12,5% chez les internes (différence significative par rapport au groupe témoin : 1%) (18).

L'étude de Klebanoff montre également une augmentation significative de la prévalence des MAP dans le groupe des internes (11,3% versus 6% pour le groupe témoin) (20).

Dans notre étude, quand on différencie les grossesses des internes de spécialité et les grossesses des internes de médecine générale, on s'aperçoit que la fréquence des MAP est plus importante parmi les internes de médecine générale (**46%**) que parmi les internes de spécialité (**27%**).

On estime que seulement 20% environ des MAP aboutissent effectivement à un accouchement prématuré (31). La prématurité est définie comme une naissance vivante avant le dernier jour de la 37<sup>e</sup> semaine.

Une thèse réalisée sur l'accouchement prématuré à la maternité de Nancy en 2000 retrouve des résultats similaires : ainsi, sur un groupe de 54 femmes présentant une MAP, 9 femmes ont accouché prématurément, soit environ 17% (32).

Dans notre étude, on constate donc que les MAP sont sévères, car 40% d'entre elles ont effectivement donné lieu à un accouchement prématuré : on obtient un taux de prématurité de **16%**.

Une étude de la DRESS de 2003 portant sur la situation périnatale en France retrouve un taux de prématurité de 5% seulement, pour les naissances uniques vivantes, ce qui correspond à notre échantillon puisque nous n'avons aucune grossesse multiple, ni aucun décès néonatal à déplorer (33).

Lorsqu'on recherche certains facteurs de risque connus d'accouchement prématuré tels que l'existence d'une grossesse multiple, une parité élevée, un âge maternel supérieur à 40 ans ou inférieur à 20 ans, on ne trouve aucune femme dans notre étude qui correspond à ces facteurs.

Nous n'avons pas posé la question du tabagisme aux femmes, mais on peut imaginer que le taux de tabagisme parmi les étudiantes en médecine est au moins équivalent, voire plus faible, que celui observé dans la population générale, du fait d'une meilleure sensibilisation aux méfaits du tabac.

L'appartenance à une classe sociale défavorisée est également un facteur de risque de prématurité (34), mais les internes font partie d'une classe sociale favorisée.

Enfin, la grande majorité des femmes de notre étude sont des primipares, elles n'ont donc pas d'antécédent d'accouchement prématuré (d'autant plus que nous n'avons pris en compte que les premières grossesses vécues pendant l'internat, et que nous avons exclu les secondes grossesses).

L'activité professionnelle et sa pénibilité augmentent le risque de MAP. En France, les femmes sont de plus en plus nombreuses à exercer une activité professionnelle pendant la grossesse : 55% en 1981, 60% en 1995 et 66% en 2003 (33).

En 1982, l'étude de Saurel-Cubizolles se préoccupe des conséquences éventuelles de l'activité professionnelle et des conditions de travail sur le déroulement et l'issue de la grossesse : elle observe que les femmes qui exercent une activité professionnelle pendant la grossesse ont un risque de prématurité plus faible que celles qui n'ont pas d'activité professionnelle, même après prise en compte des caractéristiques sociales.

Néanmoins, des conditions de travail physiquement pénibles sont associées à un risque de prématurité plus élevé : les femmes qui travaillent plus de 42 heures par semaine ont un taux de prématurité significativement plus élevé (8,5%, au lieu de 4,5% pour les femmes qui ont travaillé moins de 42 heures).

Par ailleurs, les femmes qui travaillent plus de 42 heures et qui ont une durée de transport (aller simple) supérieure à 30 minutes ont une fréquence d'accouchement prématuré plus élevée (22%) que les femmes qui, travaillant plus de 42 heures, ont une durée de transport inférieure ou égale à 30 minutes (6,3%).

Enfin, la prématurité est plus fréquente pour les femmes qui travaillent essentiellement debout (6,3%) que pour les femmes qui travaillent assises (4,3%). En résumé, la prématurité est associée à des conditions de travail difficiles : travail debout, longs trajets et durée hebdomadaire de travail élevée. Le cumul de ces conditions de travail augmente le risque de prématurité (35).

En 1984, l'étude de Mamelle confirme ces résultats et montre une relation entre la prématurité et la durée hebdomadaire de travail, les sources de fatigue professionnelle telles que la posture de travail, l'environnement, la charge physique et la charge mentale (pression psychologique importante) (36).

Dans notre étude, on retrouve ces conditions de travail physiquement difficiles : les femmes internes enceintes travaillent plus de 42 heures par semaine (49,2 heures en moyenne).

Par ailleurs, les internes de médecine générale doivent le plus souvent effectuer leurs stages au sein d'hôpitaux périphériques parfois éloignés de plusieurs centaines de kilomètres de leur logement, ce qui peut expliquer la différence constatée entre la fréquence de MAP chez les internes de médecine générale (46%) et chez les internes de spécialité (27%). En effet, les internes de spécialité effectuent la grande majorité de leur cursus au CHU et ont donc des durées de transport moins importantes.

Face à ces situations, un certain nombre de dispositions légales (inscrites dans le code du travail) ou conventionnelles ont été prévues pour protéger les femmes enceintes occupant un emploi : la garantie de l'emploi, le droit de changement de poste et d'aménagement des conditions de travail, et le droit à un congé de maternité.

En 1991, l'étude de Saurel-Cubizolles montre que les principales mesures (tel que le congé prénatal par exemple), sont largement appliquées (37). Mais ce ne sont pas les femmes qui en ont le plus besoin qui bénéficient des mesures sociales : par exemple, les femmes dont la durée habituelle de travail dépasse 39 heures sont souvent celles qui ne peuvent réduire leur temps de travail. Le recours aux arrêts-maladie ou au congé pour grossesse pathologique est plus fréquent que les changements de poste ou les modifications des conditions de travail, de plus il ne concerne pas plus souvent les femmes ayant les emplois physiquement les plus exigeants.

En 1986, Mamelle suggère, dans une enquête menée en entreprise, qu'une augmentation de la durée du congé prénatal répartie au cours de la grossesse, et non en fin de grossesse comme ce qui se fait le plus souvent, pourrait jouer un rôle dans la prévention de la prématurité chez les femmes ayant des conditions de travail fatigantes (38).



En conclusion, notre étude a mis en évidence une augmentation très importante du taux de MAP (39%) et de prématurité (16%) parmi les femmes internes.

Cette augmentation semble imputable aux conditions de travail difficiles : charge de travail importante et longs trajets quotidiens. Par ailleurs, les internes ne bénéficient d'aucune adaptation de leur poste de travail lors de leur grossesse.

L'accouchement prématuré ne met généralement pas en danger la santé physique de la mère. Cependant, l'hospitalisation de l'enfant dans un centre spécialisé et le risque de handicap représentent une épreuve pour le couple, et celle-ci peut engendrer des complications psychologiques parfois graves (29).

### 3. Contexte psychologique

La grossesse et l'accouchement sont des expériences psychiques et humaines fondamentales, riches de fantasmes, d'espoirs et d'angoisses. Attendre un enfant dans de bonnes conditions ne se résume pas à la bonne santé de la femme enceinte et au développement satisfaisant du fœtus. Apparaît ici une nouvelle dimension de la sécurité à la naissance : la sécurité psychique. Bien sûr indissociable de la sécurité physique, elle doit permettre à la femme de vivre au mieux ce profond bouleversement psychologique et social que représentent la grossesse et l'accouchement et permettre aussi que s'épanouissent dans les meilleures conditions les relations entre l'enfant et les parents. Car on sait combien cette période est déterminante pour que l'enfant soit bien accueilli (39).

Dans notre étude, lorsque l'on demande aux femmes de décrire l'expérience de leur grossesse pendant l'internat, elles ne sont qu'une faible majorité (55%) à la trouver « magnifique » (6%) ou « plaisante » (49%). 45% d'entre elles qualifient leur expérience de « tolérable » (37%) ou d'« affreuse » (8%).

Pourtant, la grossesse est une période exceptionnelle dans la vie d'une femme. On parle volontiers dans ce contexte d'épanouissement personnel, de réalisation de soi, de plénitude. Cela fait partie de ces moments privilégiés que la nature offre à l'être humain. Alors vivre cet événement d'une manière seulement « tolérable », cela paraît triste.

Une étude réalisée par Sayres sur les internes d'Harvard a trouvé des chiffres équivalents quant à la description de l'expérience de la grossesse : 9% des internes la jugeaient magnifique, 43% la jugeaient plaisante, 43% la jugeaient tolérable, et 5% la jugeaient affreuse (14). Les variables associées à un ressenti positif de l'expérience de la grossesse étaient au nombre de 4 : l'attitude du chef de service, l'attitude des autres internes, l'ouverture de discussions quant aux possibilités d'aménagement du programme de l'internat, et la reprise du travail à temps partiel après l'accouchement.

Dans notre étude, lorsque l'on détaille les relations entretenues pendant la grossesse avec l'entourage professionnel, on s'aperçoit que les internes enceintes ont eu d'excellentes relations avec le personnel hospitalier, des relations moyennes avec le bureau de la scolarité, des mauvaises relations avec les affaires médicales, des bonnes relations avec les médecins chefs et avec les collègues internes masculins, et d'excellentes relations avec les collègues internes féminines.

Comment expliquer ces résultats disparates ?

Pour de nombreuses internes, le bureau de la scolarité, et surtout les affaires médicales de l'hôpital, sont les représentants des textes de loi qui régissent leur statut, textes mal adaptés quand une grossesse survient pendant l'internat. Il existe un manque de souplesse manifeste. Comme l'explique une interne qui évoque la validation de son stage de justesse : « Pour les affaires médicales, un jour est un jour ! Pas de congé possible, pour vacances ou maladie, sinon, les 60 jours sont dépassés ! ».

Le problème de la répartition des gardes par les affaires médicales est également récurrent dans les commentaires faits par les femmes pour expliquer leurs mauvaises relations avec l'administration.

Mais les gardes représentent aussi une source de conflit importante avec les co-internes qui doivent s'en répartir un plus grand nombre quand une de leurs collègues est enceinte. Voici quelques remarques faites à ce sujet : « J'ai senti et on m'a témoigné beaucoup d'hostilité lors des choix de gardes où l'on m'a fait culpabiliser d'être enceinte (autres collègues travaillant au sein de l'hôpital, heureusement pas mes collègues de service). » ou « A partir du moment où je n'ai plus assumé les gardes, il me semblait être considérée comme une « paria ». Et je n'avais plus aucun mot à dire sur le fonctionnement du service. »

Ainsi, dans un système fonctionnant en flux tendu, où rien n'est prévu lorsque des événements naturels se produisent (une grossesse entraînant un congé maternité, mais aussi une maladie entraînant un arrêt de travail, etc...), l'absence d'un ou d'une interne entraîne obligatoirement une augmentation de la charge de travail pour les co-internes du service, et par là même, une animosité entre collègues. Il existe cependant une petite nuance à apporter quant au sexe des co-internes : les femmes tolèrent plus les grossesses de leurs consœurs que les hommes car elles peuvent s'imaginer vivre la même situation.

La spécificité de l'interne est sa double situation de professionnel ayant de grosses responsabilités ; et d'étudiant, donc encore en formation, dépendant de ses supérieurs et de ses maîtres pour l'évolution de sa carrière professionnelle.

Cette dépendance est amplifiée par la survenue d'une grossesse qui peut compromettre l'obtention de postes convoités.

Une femme témoigne : « Difficulté à la réalisation du suivi de grossesse lié à l'amplitude horaire du stage, et au refus du chef de service à me laisser partir pendant mon temps de travail. Suggestion : imposer ses horaires à son chef de service ? Est-ce possible en spécialité quand on sait que l'inscription à un DES nécessite l'accord du coordinateur local du DES à qui il faut se présenter ? »

Là encore, s'agissant des relations avec les médecins chefs, une nuance doit être apportée en fonction du sexe : ainsi, une interne a différencié la nature de ses relations avec le chef de service qu'elle a cotées 0, et avec les médecins femmes qu'elle a cotées 4. Cela aurait effectivement été intéressant de faire préciser aux internes si la nature de leurs relations avec leurs médecins chefs femmes différait des relations avec leurs médecins chefs hommes.

Dans l'étude de Tamburrino, menée en Ohio, portant sur l'attitude des collègues hommes et femmes envers les internes enceintes, les femmes de moins de 40 ans se révèlent être les plus tolérantes et bienveillantes vis-à-vis des femmes enceintes (40). Les médecins chefs masculins étaient plus souvent d'accord que leurs consœurs avec l'item « Les femmes en âge de procréer doivent être considérées comme un risque d'entrave au bon fonctionnement du service ». Malgré cela, globalement, il ressort que l'attitude des médecins chefs s'améliore avec le temps et l'expérience qu'ils peuvent avoir de la « gestion » d'une grossesse parmi leurs internes.

Quelques expériences relationnelles restent toutefois encore malheureuses, comme l'explique une femme : « Quand je suis arrivée dans mon stage, une interne du service était déjà enceinte de plusieurs mois. A l'annonce de ma propre grossesse, mon chef de service a répondu qu'il rendrait dorénavant obligatoire le port du stérilet pour ses futurs internes femmes... cela pose dès le début de bonnes bases dans la relation interne-chef. »

Une interne souligne une qualité importante que devrait idéalement posséder tout médecin : « Plus de compréhension et une organisation différente du choix de stage, surtout dans une profession telle que la Médecine... un peu d'humanité... »

Une autre femme souligne la spécificité de la relation qu'elle a entretenue non pas avec son entourage professionnel, mais avec le médecin qui suivait sa grossesse : « Quand j'ai fait part de mes contractions et de ma fatigue à ma gynécologue, elle m'a répondu qu'elle aussi avait vécu une grossesse difficile pendant son internat, m'a prescrit du SPASFON® et m'a renvoyée au travail. J'ai finalement été hospitalisée pour une MAP pendant un mois, avec repos au lit strict et tocolytiques IV. »

Il aurait été effectivement intéressant d'étudier si le fait de travailler dans le milieu médical modifie la prise en charge de la grossesse.

Au total, on peut dire que les femmes qui ont décidé de concilier internat et grossesse n'ont pas vécu leur expérience de manière insupportable, mais pas non plus de manière épanouie. Avec l'augmentation du nombre de femmes exerçant la médecine, l'existence de grossesses parmi les internes est une réalité qui va être amenée à prendre de l'ampleur. Les services hospitaliers et les chefs de service peuvent (et pourront) être confrontés à la grossesse de plusieurs de leurs internes en même temps, ce qui risque d'augmenter le niveau de stress des médecins chefs et des co-internes, si rien n'est prévu pour compenser ces situations naturelles.

## **C. Impact de la grossesse sur la formation**

### **1. Invalidation de stages et stages en surnombre**

Dans notre étude, la grande majorité des femmes ont dû invalider un stage à cause de leur grossesse. Cette invalidation de stage entraîne un déclassement par rapport à toute la promotion à laquelle appartenait la jeune mère. De nombreux témoignages sur ce sujet ont été faits : « Etre déclassée, c'est-à-dire réduire à zéro le travail de l'externat, est injuste mais ce n'est pas cela qui nous empêchera d'avoir une vie privée. »

En effet, pour les résidents, le choix de leur poste dépend de leur classement au sein de leur promotion, qui se base sur le total des notes obtenues pendant le deuxième cycle. Pour les internes de spécialité et les internes de médecine générale, le choix du poste dépend du rang de classement obtenu au concours de l'internat ou aux ECN (Epreuves Classantes Nationales). Donc avoir un enfant en médecine, cela entraîne l'annulation du classement au mérite obtenu grâce au travail réalisé toutes les années antérieures à la grossesse.

Comme le fait remarquer une femme : « Problème du déclassement lors des choix quand invalidation pour grossesse (avant ce n'était pas le cas car les hommes partaient au service militaire...) ». L'obligation de participer au service militaire pour les hommes permettait d'équilibrer la situation. Depuis la fin du service militaire, seules les femmes sont désavantagées pour choisir leur poste lorsqu'elles vivent une grossesse pendant leur internat. Ce sentiment d'injustice amène parfois les femmes enceintes à prendre des risques pendant leur grossesse :

« Je trouve que c'est une grave injustice de pénaliser une interne qui ne peut pas valider un stage à cause de sa grossesse et qui se retrouve en fin de classement pour choisir ses stages ultérieurs. C'est pour éviter cela qu'on doit prendre parfois des risques pour valider le stage et intégrer la filière voulue. »

En effet, ce qui est en jeu, ce n'est pas seulement le choix d'un ou de plusieurs stages, mais c'est aussi la possibilité d'intégrer une filière pour les internes de spécialité, donc toute leur vie professionnelle.

Peu de femmes dans notre étude ont pu bénéficier d'un stage en surnombre, (seulement 37% d'entre elles). Rappelons qu'une femme ne peut obtenir un stage en surnombre que dans le cas précis où elle sait à l'avance qu'elle ne pourra pas effectuer plus de 2 mois parmi les 6 que comporte un stage. En pratique, il y a un nombre important de femmes qui se retrouvent dans la situation intermédiaire de ne pas valider leur stage car elles ont travaillé moins de 4 mois, et de ne pas être placées en surnombre car elles ont travaillé plus de 2 mois. Comme témoigne une femme :

« J'ai effectué une demande de stage en surnombre qui a été refusée pour une raison qui me semble incongrue et de part le fait, mes collègues internes en ont été pénalisés. En effet, selon le calcul du terme et donc des dates de congé prénatal, je devais effectuer 2 mois et 15 jours de stage. Il m'a été répondu qu'un stage en surnombre ne pouvait être accepté que si je devais effectuer 2 mois maximum de stage. ABERRANT ! mais il semblerait que la loi est ainsi faite... »

Dans ce cas, les co-internes des femmes enceintes sont pénalisés car, pendant la moitié du stage, ils sont en sous-effectif et doivent absorber la charge de travail de la femme enceinte.

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie de notre travail, toutes les Facultés de Médecine françaises n'ont pas les mêmes dispositions envers les femmes internes enceintes. Dans certaines Facultés, comme à Rennes ou à Nantes, les femmes qui invalident un stage du fait d'un congé de maternité sont réintégrées dans leur promotion, et donc ne perdent pas le bénéfice du travail fourni avant la grossesse. Elles ont également la chance de bénéficier d'un stage en surnombre quand elles effectuent moins de 4 mois de stage.

Depuis la mise en place des ECN, les internes de médecine générale peuvent choisir la Faculté dans laquelle ils vont effectuer leur 3<sup>e</sup> cycle. Si ces disparités persistent, les Facultés qui ont des dispositions plus favorables envers les femmes enceintes risquent d'être plus attractives et les déséquilibres démographiques déjà constatés entre certaines régions risquent d'être amplifiés.

## 2. Types de stages choisis pendant la grossesse

Peu de femmes ont choisi un stage qui les intéressait moins, mais dont la charge de travail était moins importante, à cause de leur grossesse. Cela montre que le vécu d'une grossesse n'émousse pas l'intérêt et la motivation des étudiantes pour la discipline médicale qu'elles ont choisie. Dans l'étude de Tamburrino, les femmes internes pensent que les femmes enceintes maintiennent leurs performances de travail, leur intérêt pour leur service et pour leur discipline (40).

Par contre, dans notre étude, les femmes sont 43% à avoir choisi un stage qui comportait moins de gardes, à cause de leur grossesse. Ce choix fait souvent partie d'une anticipation quant aux répercussions de leur grossesse sur leurs co-internes. Ainsi, une femme explique : « Pour ma deuxième grossesse, j'ai choisi un stage chez le praticien pour ne pas pénaliser mes collègues internes car il n'y a pas de gardes à effectuer. »

En médecine générale, les internes enceintes ont majoritairement choisi 2 types de stages en fin de grossesse : le stage chez le praticien (40% d'entre elles) et le stage de gynécologie/pédiatrie (25% d'entre elles).

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces choix :

Le stage chez le praticien permet aux internes de ne pas participer au service de gardes, et il comporte en général un emploi du temps allégé comparé à celui d'un stage hospitalier classique. De plus, il permet de ne pas avoir de co-internes sur lesquels pourrait se reporter une augmentation de la charge de travail. Une femme témoigne : « J'ai voulu garder mon stage chez le praticien pour ma grossesse, je l'ai donc fait tardivement en 4<sup>ème</sup> semestre et j'ai choisi un stage où j'y allais deux fois par semaine. » Par contre, il est dommage que ces stages qui sont le reflet de l'exercice futur de la plupart des internes de médecine générale ne puissent pas être menés jusqu'à leur terme lors de la survenue d'une grossesse. Il serait intéressant d'étudier l'opinion qu'ont les médecins généralistes maîtres de stage sur ce sujet.

Concernant le choix pour un stage de gynécologie/pédiatrie, il semblerait que les femmes enceintes espèrent plus de compréhension de la part de leur entourage professionnel dans une discipline qui est directement en rapport avec leur état. Comme le dit une interne : « Cette deuxième grossesse a été bien vécue compte tenu de la spécialité de mon stage (gynécologie)».



Une spécificité de certains stages est à noter : la plupart des services d'urgences et quelques services de gynécologie/obstétrique fonctionnent uniquement par gardes de 24h. Or, aucune mesure ne prévoit qu'une interne enceinte ne puisse choisir ce type de stages lorsqu'elle a connaissance de sa grossesse, ou qu'elle puisse changer de stage si une grossesse survient pendant le stage. Ce vide administratif peut donc conduire à des situations aberrantes : une interne enceinte peut se retrouver dans un stage où elle ne peut pas participer au fonctionnement normal du service, et donc pénaliser d'autant plus ses co-internes.

En spécialité, nous n'avons malheureusement pas pu détailler les différents types de stages choisis du fait de l'organisation différente du cursus, puisque les internes de spécialité effectuent quasiment tout leur 3<sup>e</sup> cycle dans la même catégorie de stage.

Nous avons seulement posé la question de savoir si le stage choisi pendant la grossesse était un stage appartenant au CHU, un stage hors CHU ou un stage hors spécialité. Il semble tout de même qu'il se dégage une tendance : les internes ont souvent choisi un stage qui n'appartenait pas au CHU pour vivre leur grossesse. Est-ce pour ne pas compromettre leurs relations avec leur coordinateur ? Nous n'avons pas de précision sur ce point, mais on peut facilement l'imaginer.

### **3. Evaluation globale de l'impact de la grossesse sur la formation**

Les deux tiers des internes estiment que leur grossesse a eu un impact négatif sur leur formation, et cela, le plus souvent du fait du déclassement qu'elle entraîne. En effet, quand une interne est déclassée, un moins grand nombre de choix de stages s'offre à elle. Les stages réputés pour être les plus intéressants et les plus formateurs peuvent donc lui échapper.

Comme l'explique une femme : « L'impact sur la formation semble plus important après la grossesse puisque parfois (le plus souvent) le stage réalisé est invalidé (stage en surnombre) d'où DECLASSEMENT à l'Université de Médecine de Nancy donc beaucoup moins de choix dans les stages et difficultés quant à la vie de famille (gardienne, horaires). On essaie de privilégier le stage le plus proche (vite dit), le plus pratique, au détriment de l'intérêt du stage ».

Il existe cependant quelques situations particulières qui méritent d'être notées, de part le bénéfice qu'elles ont apporté à la formation de l'interne : une interne de médecine générale explique : « J'ai obtenu sans problème un surnombre en gynéco, ce qui pour ma formation était bénéfique car par ce biais j'ai pu faire 2 mois de gynéco, alors que j'avais déjà validé la catégorie Pédiatrie/Gynécologie en faisant un stage de pédiatrie. Je pense qu'il s'agit d'une proposition intéressante pour les surnombres vu que l'on ne peut faire que pédiatrie ou gynécologie normalement ».

En effet, dans le cursus de médecine générale, un interne ne peut pas effectuer de stage de pédiatrie s'il a déjà effectué un stage de gynécologie/obstétrique, et vice-versa, alors que ces deux disciplines distinctes occupent une place importante dans l'exercice de la médecine générale. Dans le cas de cette interne, sa grossesse lui a permis de compléter sa formation de façon optimale. Il pourrait s'agir d'une piste de réflexion quant aux aménagements à proposer aux femmes enceintes, néanmoins il serait injuste que seules les femmes enceintes puissent en bénéficier.

## **D. L'internat est-il une période propice pour mener une grossesse en toute sérénité ?**

« Être ou ne pas être » enceinte pendant l'internat ?

A cette question, une interne répond : « Ce n'est jamais le bon moment pour avoir un bébé en médecine, alors autant foncer quand on en a envie. » Cette remarque illustre bien le dilemme que peuvent ressentir les femmes face à leur désir de maternité.

En effet, quand une femme s'engage dans des études de médecine, plusieurs possibilités s'offrent à elle, qui comportent toutes des points positifs et des points négatifs.

Pendant les 6 années des 2 premiers cycles des études (dans les faits, souvent ramenées à 7 années suite à un redoublement de la PCEM1), il existe une plus grande flexibilité dans les horaires, et la femme est dans sa meilleure période de fécondité.

Par contre, l'absence d'autonomie financière et le sentiment qu'une femme avec un enfant en bas âge est handicapée dans le processus de sélection de l'internat font peser la balance du côté négatif.

Ensuite, pendant l'internat, cette femme est toujours dans ses années de fécondité, et elle devient financièrement indépendante. Mais elle a une lourde charge de travail, un emploi du temps peu flexible, et peu de temps à consacrer à son enfant. A cela s'ajoute les interruptions possibles dans son processus de formation qui entraînent des déclassements et, pour les internes de spécialité, une perte de chance par rapport à l'obtention de postes convoités.

Enfin, après l'internat, l'emploi du temps peut devenir plus flexible, et les finances s'améliorent. Par contre, l'âge de la femme peut constituer un obstacle au désir d'enfant, et des problèmes d'infertilité peuvent apparaître. En fonction de la spécialité et du mode d'exercice choisis, il peut également exister pendant cette période une certaine précarité autour de la grossesse et de l'accouchement, notamment en cas de grossesse pathologique.

Comme l'explique une femme : « Je continue [ ] de penser que c'est un bon moment [l'internat] pour mener une grossesse car il existe à cette période une sécurité sur le plan du revenu et des congés de maternité. Tout cela n'existe plus quand on est remplaçante. Nous allons tenter d'avoir un nouvel enfant, mais les conditions financières ne seront plus les mêmes (en particulier en cas de pathologie rendant impossible tout travail). Même si cet aspect n'est pas primordial, il est également à prendre en compte pour la sérénité d'une grossesse. »

## **E. Propositions d'adaptations**

L'augmentation de la morbidité des grossesses mise en évidence dans notre étude montre qu'il est nécessaire de trouver des adaptations permettant aux femmes internes de mieux concilier activité professionnelle et désir d'enfant.

Ce constat rejoint d'ailleurs celui concernant l'ensemble des femmes. Comme l'a expliqué Hubert BRIN, le Président de l'Union Nationale des Associations Familiales lors de la conférence de la famille en 2005 : « La question de l'activité professionnelle féminine reste, en France, au cœur de la réflexion sur la fécondité. Les femmes ne doivent plus avoir à arbitrer entre leurs aspirations professionnelles ou leurs ambitions de carrière et la satisfaction de leur désir d'enfants. Or les dispositifs existants ne répondent pas encore suffisamment à cette attente. Il s'agit de renverser cette dialectique : activité professionnelle féminine et fécondité ne doivent plus être concurrents. Le développement de l'emploi féminin et de la fécondité passe par la valorisation de l'image de la femme enceinte » (41).

Un certain nombre de mesures pourraient être proposées. Par exemple, concernant le problème des gardes des internes de spécialité : il faudrait que les affaires médicales, lorsqu'elles apprennent la grossesse d'une interne, se chargent de répartir les gardes qui étaient initialement prévues, afin que la femme enceinte ait la garantie de ne plus effectuer de gardes au-delà du terme défini par la loi.

Il existe un rapport entre la charge de travail et la prématurité. Plutôt que de mettre en arrêt de travail les femmes présentant une grossesse pathologique, ne serait-il pas plus souhaitable d'agir en amont, et d'adapter le poste de travail dès la survenue de la grossesse, pour que la future mère puisse à la fois vivre pleinement sa grossesse sans risquer la santé de son enfant, et poursuivre sa formation le plus longtemps possible ?

Cette orientation préférentielle vers une adaptation du poste de travail se justifie d'autant plus que, dans notre étude, les femmes ayant accouché prématurément ont le plus souvent bénéficié d'un arrêt prénatal prolongé. Cet arrêt n'a-t-il finalement pas été trop tardif ou du moins une adaptation de poste avant la période de survenue de la MAP n'aurait-elle pas pu être la mesure efficace ?

L'affectation systématique des femmes enceintes à un poste en surnombre peut correspondre à une adaptation de poste. Comme le témoigne une femme : « On devrait pouvoir prendre un stage en surnombre dès que l'on sait qu'on est enceinte (à la répartition des stages), avoir la possibilité de le valider si on fait les 4 mois minimums, et qu'il soit invalidé si pour des raisons médicales ou accouchement prématuré on ne peut faire ces 4 mois ». Lorsqu'une interne est affectée dans un service en position de surnombre, c'est-à-dire en sus des postes initialement prévus, elle complète l'offre de soins, et ne pénalise pas ses co-internes lors de son absence du stage, ce qui ne peut être que bénéfique pour les relations entre collègues.

En 1997, un rapport d'expertise collective de l'INSERM sur le dépistage et la prévention du risque de prématurité préconisait déjà que « les femmes enceintes les plus exposées en raison de leurs conditions d'emploi ou de transport physiquement pénibles bénéficient de la loi sur l'aménagement du poste de travail » (42).

On peut envisager un travail à temps partiel pour les femmes internes enceintes dès le début de leur grossesse.

On peut également imaginer qu'une femme interne bénéficie d'un congé prénatal précoce et qu'elle utilise ce temps pour faire un travail de recherche, d'élaboration de thèse, pour passer un diplôme universitaire, etc... Cela lui permettrait à la fois de mener sa grossesse avec plus de sérénité en n'étant plus exposée à des conditions de travail stressantes et physiquement difficiles, et à la fois de poursuivre sa formation sans avoir d'interruption prolongée dans le temps.

Sur le plan national, il apparaît souhaitable d'uniformiser les mesures prises vis-à-vis des femmes internes enceintes, lorsqu'il s'agit de répartir les stages. Ainsi, le fait de sanctionner une étudiante en la déclassant de sa promotion uniquement parce qu'elle a un enfant est injuste. Comme le dit une femme : « L'idéal serait de ne pas être déclassée de notre promo (déclassée = boulet !), mais plutôt de continuer la grille de stage avec le même classement et de refaire à la fin le stage éventuellement invalidé. »

Certaines Facultés de Médecine françaises ont officieusement choisi de réparer cette injustice en reclassant les femmes internes enceintes au sein de leur promotion (ainsi que les femmes ou les hommes ayant invalidé un stage du fait d'un arrêt maladie). Mais cela crée des inégalités de traitement entre les différentes villes de France.

Dans notre étude, la majorité des femmes internes interrogées se déclarent favorables à la création de postes d'internes remplaçants. L'idée serait d'affecter un certain nombre d'internes à des postes de remplaçants changeant de service en fonction des besoins créés par les départs en congé (maternité, mais aussi paternité ou maladie) d'autres internes. Ils permettraient de ne pas laisser vacants les postes occupés par des femmes enceintes qui partent en congé maternité ou doivent interrompre leur activité du fait d'une grossesse pathologique.

Ces postes pourraient également présenter des avantages pour ceux qui les choisiraient. En effet, le fait de changer souvent de poste contribue à enrichir sa formation. Au cours de notre travail, nous avons eu quelques témoignages d'internes manifestant leur intérêt pour ce type de postes.

Par contre, notre étude ne permet pas d'estimer le nombre moyen de femmes internes, à Nancy, qui présentent simultanément une grossesse. C'est à partir de ce nombre que l'on pourrait définir un pool d'internes remplaçants.

En ce qui concerne la médecine générale, cette mesure serait assez aisée à mettre en œuvre puisque les internes de médecine générale sont « interchangeables » : ils doivent tous valider les différentes catégories de stages prévues dans leur cursus.

Par contre, en ce qui concerne les spécialités, on peut imaginer quelques difficultés à prévoir un interne remplaçant pour chaque spécialité : un interne de biologie pourrait difficilement remplacer un interne de chirurgie par exemple.

Dans notre étude, concernant les propositions d'adaptations, nous n'avons que les réponses des femmes ayant vécu une grossesse pendant l'internat. Ce qui aurait été intéressant, c'est d'avoir l'avis de tous les internes, femmes et hommes.

Les propositions que nous venons d'évoquer impliquent un nombre supplémentaire d'internes afin de pouvoir être appliquées. Ainsi, ces adaptations seront d'autant plus faciles à mettre en œuvre que le nombre d'étudiants sera plus élevé. Or, le nombre d'étudiants en médecine en 3<sup>e</sup> cycle (tel que l'on peut l'estimer à partir des *numerus clausus* et nombres de places à l'internat) a atteint un point bas en 2002, période pendant laquelle les promotions d'étudiants en 3<sup>e</sup> cycle correspondaient aux *numerus clausus* les plus faibles.

Ce nombre augmente à nouveau depuis peu, et devrait continuer à augmenter jusqu'en 2015 au moins (ces étudiants seront issus de promotions correspondant à des *numerus clausus* élevés) (4). Il semble donc que les conditions démographiques soient actuellement réunies pour faciliter la mise en œuvre de telles mesures.

# Conclusion



Notre étude s'est donc intéressée aux femmes ayant vécu une grossesse pendant leur internat.

Nous avons constaté que leurs conditions de travail étaient difficiles : elles travaillent en moyenne 49,2 heures par semaine, sans qu'il n'existe aucune adaptation du poste de travail du fait de la grossesse. La plupart des internes enceintes continuent à effectuer des gardes au-delà de 10 SA qui correspond à la limite fixée par la législation actuelle, et cela le plus souvent à cause d'un manque d'effectif.

Nous avons mis en évidence une morbidité importante en ce qui concerne les menaces d'accouchement prématuré (39%). De plus, ces menaces d'accouchement prématuré sont des menaces sévères puisque près de 40% d'entre elles aboutissent effectivement à un accouchement prématuré. Ainsi, le taux de prématurité est également très élevé (16%) comparé à celui de la population nationale (5%).

Les femmes internes sont donc une population à « haut risque » obstétrical.

Il apparaît nécessaire de réfléchir à des adaptations permettant aux femmes de mieux concilier parcours familial et parcours professionnel.

Une des solutions semblant réunir le plus grand nombre est la création de postes d'internes remplaçants. Il faudrait évaluer si cette mesure serait accueillie favorablement par les étudiants. Il faudrait également évaluer les attentes des chefs de service.

Enfin, il appartient aux femmes internes enceintes de signaler leur grossesse dès qu'elles en ont connaissance, pour que toutes ces adaptations puissent être anticipées et planifiées.

# **Bibliographie**

- 1- BELARD C, DOAN B.D.H, DUVETOT J.Y, TRAN VAN THINK.  
Les femmes médecins, leur pratique, leurs difficultés.  
Le concours médical 1989 ; 19 : 1626-1631.
- 2- ORDRE NATIONAL DES MEDECINS.  
Dix-neuvième Jeudi de l'Ordre. Les filles d'Hippocrate : quand la médecine se féminise.  
Septembre 2003.
- 3- ORDRE NATIONAL DES MEDECINS.  
Démographie médicale française : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2005, juin 2005, étude n°38.
- 4- BESSIERE S, BREUIL-GENIER P, DARRINE S.  
La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national.  
DRESS, Etudes et Résultats n°352, novembre 2004.
- 5- COUFFINHAL A, MOUSQUES J.  
La démographie médicale française : état des lieux.  
Questions d'économie de la santé n°44, décembre 2001.
- 6- SICARD D.  
Les médecins. Estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2005.  
DRESS, Série Statistiques n°88, octobre 2005.
- 7- SIMON M, NIEL X.  
Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1<sup>er</sup> janvier 1999.  
DRESS, Etudes et Résultats n°44, décembre 1999.
- 8- CARTON R.  
Qui sont les femmes généralistes ? L'amour du métier, malgré les difficultés.  
Le quotidien du médecin, mars 2005.
- 9- CHAVANNE-COULON F.  
La maternité chez la femme médecin libérale : à propos d'une enquête menée dans le Rhône auprès de 451 femmes médecins libérales généralistes et spécialistes.  
Thèse Médecine. 1998 ; Lyon ; n°262.
- 10- MOULA H, CORAILLER S, MADELENAT P.  
Morbidity des femmes médecins pendant et au décours de leurs grossesses.  
Rev Prat Med Gen. 1999 ; 13(478) : 1895-9.
- 11- GIBERT SM.  
Enquête sur la morbidité durant la grossesse et le post-partum des femmes médecins, menée auprès de 88 femmes médecins généralistes et spécialistes en exercice libéral dans le Val d'Oise.  
Thèse Médecine. 1996 ; Paris VII ; n°27.

- 12- LABARTHE G, HERAULT D.  
Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002.  
DRESS, Etudes et Résultats n°244, juin 2003.
- 13- PINHAS-HAMIEL O, ROTSTEIN Z, ACHIRON A, et al.  
Pregnancy during residency – an Israeli survey of women physicians.  
Health Care Women Int. 1999 ; 20 : 63-70.
- 14- SAYRES M, WYSHAK G, DENTERLEIN G, APFEL R, SHORE E, FEDERMAN D.  
Pregnancy during residency.  
N Engl J Med. 1986 Feb 13 ; 314(7) : 418-23.
- 15- PHELAN ST.  
Pregnancy during residency : I. The decision « to be or not to be ».  
Obstet Gynecol. 1988 Sep ; 72(3 Pt 1) : 425-31.
- 16- HARRIS DL, OSBORN LM, SCHUMAN KL, READING JC, PRATHER MB,  
POLITZER RM.  
Implications of pregnancy for residents and their training programs.  
J Am Med Wom Assoc. 1990 ; 45 : 127-8,131.
- 17- KLEBANOFF MA, SHIONO PH, RHOADS GG.  
Spontaneous and induced abortion among resident physicians.  
JAMA. 1991 Jun 5 ; 265(21) : 2821-5.
- 18- OSBORN LM, HARRIS DL, READING J, PRATHER M.  
Outcomes of pregnancies experienced during residency.  
J Fam Pract. 1990 ; 31 : 618-22.
- 19- PHELAN ST.  
Pregnancy during residency : II. Obstetric complications.  
Obstet Gynecol. 1988 Sep ; 72(3 Pt 1) : 431-6. Review.
- 20- KLEBANOFF MA, SHIONO PH, RHOADS GG.  
Outcomes of pregnancy in a national sample of resident physicians.  
N Engl J Med. 1990 Oct 11 ; 323(15) : 1040-5.
- 21- KLEVAN JL, WEISS JC, DABROW SM.  
Pregnancy during pediatric residency. Attitudes and complications.  
Am J Dis Child. 1990 Jul ; 144(7) : 767-9.
- 22- GRUNEBaum A, MINKOFF H, BLAKE D.  
Pregnancy among obstetricians : a comparison of births before, during, and after residency.  
Am J Obstet Gynecol. 1987 Jul ; 157(1) : 79-83.
- 23- MENARD L, GAGNON R.  
Risques de complications de la grossesse pendant la résidence.  
CMAJ. 1994 Jun 1 ; 150(11) : 1783-9.

- 24- ESKENAZI L, WESTON J.  
The pregnant plastic surgical resident : results of a survey of women plastic surgeons and plastic surgery residency directors.  
Plast Reconstr Surg. 1995 Feb ; 95(2) : 330-5.
- 25- TINSLEY JA.  
Pregnancy of the early-career psychiatrist.  
Psychiatr Serv. 2000 Jan ; 51(1) : 105-10.
- 26- BALK SJ, CHRISTOFFEL KK, BIJUR PE.  
Pediatrician's attitudes concerning motherhood during residency.  
Am J Dis Child. 1990 Jul ; 144(7) : 770-7.
- 27- TOULEMON L, LERIDON H.  
La famille idéale : combien d'enfants, à quel âge ?  
INSEE première, n°652, juin 1999.
- 28- Haut Conseil de la population et de la famille.  
Avoir un enfant de plus en plus tard : un choix qui n'est pas sans risques.  
Avril 2005.
- 29- RUMEAU-ROUQUETTE C.  
La grossesse Santé des femmes, santé des enfants.  
In : La santé des femmes/éd. par MJ SAUREL-CUBIZOLLES, B BLONDEL.  
Paris : Flammarion, 1996.p.101-117.
- 30- VILAIN A.  
Les interruptions volontaires de grossesse en 2003.  
DREES, Etudes et Résultats n°431, octobre 2005.
- 31- CARBONNE B.  
Menace d'accouchement prématuré.  
La Revue du Praticien. 2000 ; 50(18) : 2067-2071.
- 32- THIEBAUGEORGES O.  
Place du dosage de la fibronectine fœtale cervico-vaginale dans le dépistage de l'accouchement prématuré.  
Thèse Médecine. 2000 ; Nancy ; n°122.
- 33- VILAIN A, PERETTI C, HERBET JB, BLONDEL B.  
La situation périnatale en France en 2003.  
DRESS, Etudes et Résultats n°383, mars 2005.
- 34- THOULON JM.  
Surveillance de la grossesse – Prévention de la prématurité.  
La Revue du Praticien. 1995 ; 45(14) : 1737-1741.

- 35- SAUREL-CUBIZOLLES MJ, KAMINSKI M, RUMEAU-ROUQUETTE C.  
Activité professionnelles des femmes enceintes, surveillance prénatale et issue de la grossesse.  
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1982, 11 : 959-967.
- 36- MAMELLE N, LAUMON B, LAZAR P.  
Prematurity and occupational activity during pregnancy.  
Am J Epidemiol. 1984 ; 119: 309-322.
- 37- SAUREL-CUBIZOLLES MJ, ROMITO P.  
Mesures protectrices pour les femmes enceintes au travail. Des textes, une pratique, des besoins.  
Revue française des Affaires sociales. 1992 ; 46 : 49-66.
- 38- MAMELLE N, BERTUCAT J, AURAY JP, DURU G.  
Quelles mesures de prévention de la prématurité en milieu professionnel ?  
Rev Epidem Sante Publ. 1986 ; 34 : 286-293.
- 39- DANZON F.  
Féminin santé.  
Editions CFES. 1998 ; 209-235.
- 40- TAMBURRINO MB, EVANS CL, CAMPBELL NB, FRANCO KN, JURTS SG, PENTZ JE.  
Physician pregnancy : male and female colleagues' attitudes.  
J Am Med Wom Assoc. 1992 ; 47 : 82-4.
- 41- BRIN H, MIDY P, STECK P.  
Enjeux démographiques et accompagnement du désir d'enfants des familles : Conférence de la famille 2005.  
Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. 2005.
- 42- DEHAN M, EVRARD P, FERRE F, et al.  
Grande prématurité, Dépistage et prévention du risque.  
France, INSERM, Expertise collective, 1997.

# Annexe 1

Chère consoeur,

Je suis actuellement en 3<sup>e</sup> année de résidanat et j'effectue ma thèse sur la (les) grossesse(s) vécue(s) en totalité ou en partie pendant l'internat : les difficultés rencontrées, l'impact sur la formation, les aménagements à apporter.

Toutes les internes sont concernées, y compris celles n'ayant pas vécu de grossesse pendant l'internat, car ma thèse fournira également des statistiques sur le sujet. Dans ce cas, merci de remplir les chapitres A et B.

Si vous avez vécu plusieurs grossesses pendant l'internat (entièrement ou en partie), merci de bien vouloir photocopier et remplir les pages 2 à 4, autant de fois que de grossesses.

Les données que vous me transmettez resteront bien sûr strictement confidentielles et **anonymes**.

D'avance un grand merci pour votre participation qui me permettra d'obtenir une population représentative. J'espère de mon côté contribuer à améliorer la qualité de vie des femmes enceintes pendant l'internat, tout en diminuant la répercussion que peut avoir une grossesse sur l'organisation d'un service.

Merci de bien vouloir me rapporter votre questionnaire lors de la répartition des stages ou de le confier au bureau de la scolarité de la faculté qui me le transmettra.

Pour toute question ou renseignement complémentaire :

HOSDEZ épouse SUTY Mélanie  
12 rue de Lunéville  
54 110 COURBESSEAUX  
Tél. : 03 83 32 03 02  
melanie.hosdez@libertysurf.fr

## QUESTIONNAIRE

### A- Données générales : situation personnelle le jour de l'enquête

1- Année de naissance : / 1 / 9 / \_\_\_ / \_\_\_ /

2- Filière :  médecine générale       chirurgie       spécialité médicale  
 gynéco/obstétrique       pédiatrie       anesthésie/réa  
 médecine du travail       psychiatrie       santé publique  
 biologie

3- Année d'étude :  TCEM1       TCEM2       TCEM3       TCEM4       TCEM5

### B- Désir de grossesse

1- Avez-vous des enfants ?  oui, combien ? .....  non

2- En souhaitez-vous ?  oui, combien ? .....  non

3- Reportez-vous après l'internat une grossesse que vous désireriez ?  oui  non

*(Fin du questionnaire pour les femmes sans grossesse)*



*(Merci de photocopier et de remplir cette page ainsi que les suivantes autant de fois que de grossesses, et de noter le numéro de la grossesse sur chaque page dans la case prévue à cet effet, en haut à droite)*

## C- Grossesse et accouchement

### *a- Conditions de travail*

1- Année d'étude en début de grossesse :

- TCEM1     TCEM2     TCEM3     TCEM4  
 TCEM5     autre, précisez : .....

2- Nombre moyen d'heures de travail par semaine : .....

3- Avez-vous effectué des gardes pendant votre grossesse ?     oui     non

4- Si oui, jusqu'à quel terme en SA ? .....

5- Si vous avez effectué des gardes au-delà de 10 SA, était-ce :

- par choix     par manque d'effectif     autre, précisez : .....

6- Durée de l'arrêt prénatal en semaines : .....

7- Durée de l'arrêt postnatal en semaines : .....

### *b- Déroulement de la grossesse et de l'accouchement*

1- La grossesse a-t-elle été programmée ?     oui     non

2- Avortement :     non     spontané     IVG     GEU     ITG

3- Date de fin de grossesse (mois/année) : ...../.....

4- Terme en SA : .....

5- Pathologie de la grossesse :

- non     MAP     RCIU     Pré-éclampsie/éclampsie  
 grossesse multiple     autre, précisez .....

6- Mode d'accouchement :

- césarienne     voie basse normale     voie basse avec forceps ou ventouses

7- Poids de naissance de l'enfant en grammes : .....

8- Enfant décédé à la naissance ou avant 7 jours de vie :     oui     non

#### *PRECISIONS :*

- MAP : présence de contractions soutenues, ayant nécessité repos, hospitalisation ou tocolytiques, sans accouchement prématuré (avant 37 SA)
- RCIU : poids inférieur au 10<sup>ème</sup> percentile pour un âge donné
- Pré-éclampsie, éclampsie : HTA gravidique (> à 14/9) associée à une protéinurie, crise convulsive tonico-clonique

**c- Contexte psychologique**

1- Description de l'expérience de la grossesse pendant l'internat :

- magnifique       plaisante       tolérable       affreuse

2- Quelle a été la nature de vos relations pendant votre grossesse (note de 0 (correspond à de très mauvaises relations telles que désapprobation, stress supplémentaire) à 5 (correspond à d'excellentes relations telles que soutien, compréhension)), avec :

- le personnel      0---1---2---3---4---5
- le bureau de la scolarité :      0---1---2---3---4---5
- les affaires médicales de l'hôpital :      0---1---2---3---4---5
- vos médecins chefs :      0---1---2---3---4---5
- vos collègues internes hommes :      0---1---2---3---4---5
- vos collègues internes femmes :      0---1---2---3---4---5

**D- Impact de la grossesse sur la formation**

1- Avez-vous invalidé un stage à cause de cette grossesse ?       oui       non

2- Avez-vous été placée en surnombre ?       oui       non

3- Quel type de stage avez-vous choisi pendant votre grossesse ? (NB : si votre grossesse s'est déroulée sur 2 stages, mentionnez 1 pour le 1<sup>er</sup> stage et 2 pour le 2<sup>ème</sup> stage)

- pour les résidentes :
  - médecine d'adulte       gynécologie/pédiatrie       urgences
  - ambulatoire       stage chez le praticien       libre
- pour les internes de spécialité :
  - stage hors spécialité       stage hors CHU       stage CHU

4- A cause de votre grossesse, avez-vous choisi un stage avec moins de gardes ?  
 oui       non

5- A cause de votre grossesse, avez-vous préféré choisir un stage qui vous intéressait moins mais dont la charge de travail était moins importante ?  
 oui       non

6- De façon générale, estimez-vous que votre grossesse a eu un impact :  
 plutôt négatif, ou       plutôt positif sur votre formation

7- Cet impact a été :       léger       important

8- De façon générale, estimez-vous que la période de l'internat est propice pour mener une grossesse en toute sérénité ?

oui       non

### **E- Propositions**

1- Auriez-vous été (ou seriez-vous) intéressée par une possibilité de travailler à temps partiel ?

- pendant votre grossesse :       oui       non
- après la naissance de votre enfant :       oui       non

2- Auriez-vous été intéressée par un stage supplémentaire invalidant, en surnombre, pendant votre grossesse ?

oui       non

3- Seriez-vous favorable à l'instauration d'un mois de stage supplémentaire pour couvrir les différents congés (maternité, paternité, maladie) des internes ?

oui       non

4- Seriez-vous favorable à la création de postes d'interne remplaçant(e) pour couvrir les différents congés des internes (qui pourraient être affectés à un secteur géographique donné par exemple) ?

oui       non

### **COMMENTAIRES LIBRES ET SUGGESTIONS :**

# **Annexe 2**

## COMMENTAIRES LIBRES ET SUGGESTIONS

« Grossesse débutante : mauvaise volonté de l'administration pour nous aider à la mener au bout. Ou on est en surnombre si on invalide, ou aucune considération. »

« Le point essentiel pour moi : ne pas être déclassée pendant la grossesse.

Autre suggestion : pouvoir bénéficier plus facilement de pré-affectations, notamment sur des critères de proximité géographique, pendant la grossesse et après la naissance, pour faciliter les choses aux parents concernant la garde des enfants. Bon courage et merci pour cette excellente initiative de thèse ! »

« J'ai senti et on m'a témoigné beaucoup d'hostilité lors des choix de gardes où l'on m'a fait culpabiliser d'être enceinte (autres collègues travaillant au sein de l'hôpital, heureusement pas mes collègues de service). Des aménagements pour les femmes enceintes et les jeunes mamans sont indispensables pour vivre une grossesse et une naissance en toute sérénité. Bon courage. »

« Cette deuxième grossesse a été bien vécue compte tenu de la spécialité de mon stage (gynécologie) et de l'expérience acquise par ma première grossesse (force de caractère face au reste de la profession). Chose inadmissible : la scolarité nous fait repayer une inscription quand on a été déclassée !!!! »

« Il faudrait réexpliquer au Pr X ce qu'est la grossesse et notamment comment elle est considérée par toutes les autres facultés. Etre déclassée, c'est-à-dire réduire à zéro le travail de l'externat, est injuste mais ce n'est pas cela qui nous empêchera d'avoir une vie privée. Ce serait logique de nous faire effectuer en fin de cursus les mois de stage non effectués mais pas de nous pénaliser pendant plusieurs années. Un aménagement du travail pourrait être proposé (ex. : distance du stage). »

« Merci de faire passer comme message à la scolarité et aux affaires médicales que nous avons le DROIT d'avoir des enfants...

L'idéal serait de ne pas être déclassée de notre promo (déclassée = boulet !), mais plutôt de continuer la grille de stage avec le même classement et de refaire à la fin le stage éventuellement invalidé. »

« Y a-t-il un moment propice ?

Pour éviter les stages pénibles, éloignés, ou avec un grand nombre de gardes, les internes enceintes devraient avoir droit soit à choisir dans une liste de stages restreinte (dont ce type de stage serait exclu), soit à une pré-affectation. »

« Ce n'est jamais le bon moment pour avoir un bébé en médecine, alors autant foncer quand on en a envie. Pour les internes de spécialité, nous sommes déclassées à la fin de notre promotion quand on invalide un semestre. Pourquoi ? »

« Je trouve que c'est une grave injustice de pénaliser une interne qui ne peut pas valider un stage à cause de sa grossesse et qui se retrouve en fin de classement pour choisir ses stages ultérieurs. C'est pour éviter cela qu'on doit prendre parfois des risques pour valider le stage et intégrer la filière voulue. »

« A partir du moment où je n'ai plus assumé les gardes, il me semblait être considérée comme une « paria ». Et je n'avais plus aucun mot à dire sur le fonctionnement du service.

Un problème majeur lors des deux premiers trimestres de ma grossesse : le TRAJET.

L'impact sur la formation semble plus important après la grossesse puisque parfois (le plus souvent) le stage réalisé est invalidé (stage en surnombre) d'où DECLASSEMENT à l'Université de Médecine de Nancy donc beaucoup moins de choix dans les stages et difficultés quant à la vie de famille (gardienne, horaires). On essaie de privilégier le stage le plus proche (vite dit), le plus pratique, au détriment de l'intérêt du stage. »

« Première chose : bravo pour le choix du sujet, et bon courage !

Deuxième chose : ce petit morceau de page ne sera pas suffisant car les témoignages seront nombreux. Nous nous sentons tellement concernées...

Ma grossesse s'est très bien déroulée. Par chance, je n'ai pas été déclassée (bon calcul !). De toute façon, je n'envisageais pas de l'être... J'ai eu de la chance que ma grossesse se passe au mieux (malgré les allers-retours Nancy-Metz quotidiens), dans un service » où la petite sieste en début d'après-midi était possible ! Par contre, pour les affaires médicales, un jour est un jour ! Pas de congé possible, pour vacances ou maladie, sinon, les 60 jours sont dépassés ! Pendant mon stage, il n'y a pas eu de problème avec les autres internes parce que j'étais la seule interne du service. Et les médecins du service avaient l'habitude de travailler sans interne. Tout le monde n'a pas la même chance que moi ! Bon courage ! »

« Pendant la première grossesse, grosses difficultés pour échanger les gardes prévues pour le semestre. Aucune aide des affaires médicales, si bien que la dernière garde a été effectuée au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse... et le repos compensateur n'existait pas... »

« Je trouve inadmissible :

- de ne pas pouvoir être en surnombre lorsque l'on effectue entre 2 et 4 mois de stage avant ou après le congé de maternité (stage invalidé).
- d'être déclassée au choix suivant.

Il faut vraiment être très motivée pour avoir un enfant pendant l'internat ! Merci de t'y intéresser. En espérant que ça fera un peu bouger les choses. Bon courage. »

« J'ai effectué une demande de stage en surnombre qui a été refusée pour une raison qui me semble incongrue et de part le fait, mes collègues internes en ont été pénalisés. En effet, selon le calcul du terme et donc des dates de congé prénatal, je devais effectuer 2 mois et 15 jours de stage. Il m'a été répondu qu'un stage en surnombre ne pouvait être accepté que si je devais effectuer 2 mois maximum de stage. ABERRANT ! mais il semblerait que la loi est ainsi faite... BRAVO ! et MERCI pour ta thèse ! BON COURAGE »

« Merci de t'intéresser aux internes enceintes. Je n'ai malheureusement pas pu mener à terme ma grossesse (et cela sans rapport avec le travail), mais je pense qu'il y a des choses à améliorer à ce sujet. Je continue cependant de penser que c'est un bon moment pour mener une grossesse car il existe à cette période une sécurité sur le plan du revenu et des congés de maternité. Tout cela n'existe plus quand on est remplaçante. Nous allons tenter d'avoir un nouvel enfant, mais les conditions financières ne seront plus les mêmes (en particulier en cas de pathologie rendant impossible tout travail). Même si cet aspect n'est pas primordial, il est également à prendre en compte pour la sérénité d'une grossesse. »

« Est-il possible d'évoquer le problème du DECLASSEMENT au sein de la promotion, qui fait suite à l'invalidation du stage pendant la grossesse. Je suis interne en ..., nous sommes de petites promos et c'est un vrai problème d'être déclassée ! C'est injuste car il est presque impossible de valider pendant la grossesse... Félicitations pour ton sujet de thèse et bon courage à toi ! »



« Pour un peu plus de précisions, j'ai voulu garder mon stage chez le praticien pour ma grossesse, je l'ai donc fait tardivement en 4<sup>ème</sup> semestre et j'ai choisi un stage où j'y allais deux fois par semaine.

J'ai obtenu sans problème un surnombre en gynéco, ce qui pour ma formation était bénéfique car par ce biais j'ai pu faire 2 mois de gynéco, alors que j'avais déjà validé la catégorie Pédiatrie/Gynécologie en faisant un stage de pédiatrie. Je pense qu'il s'agit d'une proposition intéressante pour les surnombres vu que l'on ne peut faire que pédiatrie ou gynécologie normalement. J'aurais bien aimé pour la reprise un temps partiel, cela ne fait aucun doute, mais je pense que cela n'est guère possible étant donné la démographie des internes à Nancy. »

« On devrait pouvoir prendre un stage en surnombre dès que l'on sait qu'on est enceinte (à la répartition des stages), avoir la possibilité de le valider si on fait les 4 mois minimums, et qu'il soit invalidé si pour des raisons médicales ou accouchement prématuré on ne peut faire ces 4 mois. »

« Plus de compréhension et une organisation différente du choix de stage, surtout dans une profession telle que la Médecine... un peu d'humanité... »

« Début de grossesse difficile en stage au SAU :

Fonctionnement par gardes de 24h + SAMU = rythme difficile, collègues hommes et femmes peu arrangeants pour adapter les gardes en raison d'une grossesse, peu de soutien du chef de service, médecins du service assez désagréables également (nombreuses moqueries et plaisanteries plus que douteuses...) »

« Grossesse programmée en fin de résidanat volontairement pour éviter les stages éloignés du domicile, les semestres restant à faire et les problèmes de garde d'enfants. »

« Je pense qu'il ne faut pas se poser de questions et faire ce que l'on a envie. On peut concilier internat et bébé mais c'est plus difficile, plus fatigant. »

« Problème du déclassement lors des choix quand invalidation pour grossesse (avant ce n'était pas le cas car les hommes partaient au service militaire...) »



« Quand je suis arrivée dans mon stage, une interne du service était déjà enceinte de plusieurs mois. A l'annonce de ma propre grossesse, mon chef de service a répondu qu'il rendrait dorénavant obligatoire le port du stérilet pour ses futurs internes femmes... cela pose dès le début de bonnes bases dans la relation interne-chef.

Après avoir réussi à me faire culpabiliser d'être enceinte, je n'ai pas su prendre les précautions qu'impliquent une grossesse. Quand j'ai fait part de mes contractions et de ma fatigue à ma gynécologue, elle m'a répondu qu'elle aussi avait vécu une grossesse difficile pendant son internat, m'a prescrit du SPASFON® et m'a renvoyée au travail. J'ai finalement été hospitalisée pour une MAP pendant un mois, avec repos au lit strict et tocolytiques IV.

Pour ma deuxième grossesse, j'ai choisi un stage chez le praticien pour ne pas pénaliser mes collègues internes car il n'y a pas de gardes à effectuer. Bon courage ! »

« Aucun soutien et prise en compte de la grossesse de la part de l'équipe médicale (médecins seniors) pour la première grossesse. Difficulté à se faire reprendre les gardes déjà programmées avant connaissance de la grossesse. Aucune aide des affaires médicales.

Difficulté à la réalisation du suivi de grossesse lié : à l'amplitude horaire du stage, et refus du chef de service à me laisser partir pendant mon temps de travail. Difficulté administrative (= changement de caisse d'assurance maladie avec les changements de stage par exemple).

Absence de « rapprochement familial » en Lorraine (stage n'excédant pas une certaine distance du domicile familial comme à REIMS, CAEN). Tu devrais demander si présence d'un conjoint et si oui sa situation professionnelle qui facilite ou complique la situation.

Le problème est moins la grossesse en elle-même que la conciliation entre l'internat (et toutes ses contraintes horaires, gardes...) et la prise en charge d'enfant en bas âge (crèches ne couvrant pas toujours notre amplitude horaire, idem pour les assistantes maternelles). Cela se complique encore plus avec le changement de stage tous les 6 mois.

Suggestion : imposer ses horaires à son chef de service ? Est-ce possible en spécialité quand on sait que l'inscription à un DES nécessite l'accord du coordinateur local du DES à qui il faut se présenter ? Un grand merci pour ce travail que tu accomplis. »

« Ne pas déclasser les femmes qui ont eu des enfants. Possibilité de choisir des stages de périphérie proches de Nancy quand on a des enfants. »

VU

NANCY, le **13 juin 2006**

Le Président de Thèse

**Professeur Ph. JUDLIN**

NANCY, le **28 juillet 2006**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **21 août 2006**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

**Professeur J.P. FINANCE**



## RESUME DE THESE

L'objectif de ce travail est de préciser les conditions et les particularités des gestations chez les jeunes femmes qui sont Internes en Médecine. En raison de la longueur de la durée de leur formation, la plupart des femmes médecins sont encore étudiantes lorsqu'elles concrétisent leur désir de maternité. Or, les années d'internat sont particulièrement intenses, caractérisées par de longues heures de travail et un stress important dans le cadre de services hospitaliers.

Ce travail comporte une description de la situation démographique médicale française, un rappel du statut de l'Interne et du cadre législatif.

Il s'agit d'une enquête réalisée par questionnaires auprès de 399 Internes en Médecine Générale et en spécialité.

Les résultats de cette étude démontrent qu'il existe une morbidité importante chez ces patientes aux conditions de travail difficiles. On relève en effet un taux de 39% de menace d'accouchement prématuré et un taux de prématurité de 16%, très largement plus élevé que dans la population nationale (5%). Les femmes Internes sont donc une population à haut risque obstétrical.

Il apparaît nécessaire de réfléchir à des adaptations permettant aux femmes de mieux concilier parcours familial et parcours professionnel.

---

## TITRE EN ANGLAIS

Being pregnant as a house physician or specialist.

A survey carried out on 399 house physicians and specialists at the University of Medicine in Nancy, France.

---

## THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2006

---

## MOTS CLEFS

Grossesse

Interne en Médecine

Prématurité

Conditions de travail

---

## INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

**Faculté de médecine de Nancy**

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex