

**Université de Limoges**  
**Faculté de Médecine**

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 12 décembre 2019

Par Aurore MAZEAU

Née le 24 avril 1987, à Périgueux

**Mère et Médecin : comment est-ce possible ?**

Thèse dirigée par Mme le Docteur Léa Sève et Mme le Docteur Nadège Lauchet

Examineurs :

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie

M. le Professeur BUCHON Daniel

M. le Professeur DRUET-CABANAC Michel

Mme le Docteur SEVE Léa

Mme le Docteur LAUCHET Nadège

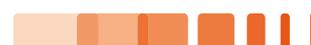
Président

Juge

Juge

Juge

Membre invité





Université de Limoges  
Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 décembre 2019

Par Aurore MAZEAU

Née le 24 avril 1987, à Périgueux

**Mère et Médecin : comment est-ce possible ?**

Thèse dirigée par Mme le Docteur Léa Sève et Mme le Docteur Nadège Lauchet

Examineurs :

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie

M. le Professeur BUCHON Daniel

M. le Professeur DRUET-CABANAC Michel

Mme le Docteur SEVE Léa

Mme le Docteur LAUCHET Nadège

Président

Juge

Juge

Juge

Membre invité



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 1<sup>er</sup> septembre 2017

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE

<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	CANCEROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES  
MEDICALES**

**BRIE** Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**AJZENBERG** Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**BARRAUD** Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**BOURTHOUMIEU** Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**BOUTEILLE** Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**CHABLE** Hélène

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE  
(Retraite au 31-07-2018)

**DURAND** Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

**ESCLAIRE** Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

**HANTZ** Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**JACQUES** Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

**JESUS** Pierre

NUTRITION

**LE GUYADER** Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et  
CARDIOVASCULAIRE

**LIA** Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

**MURAT** Jean-Benjamin

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**QUELVEN-BERTIN** Isabelle

BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

**RIZZO** David

HEMATOLOGIE

**TCHALLA** Achille

GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

**TERRO** Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

**WOILLARD** Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G.**

**GAUTIER** Sylvie

ANGLAIS

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

<b>BUCHON</b> Daniel	(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)
<b>DUMOITIER</b> Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

## **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>MENARD</b> Dominique	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2016 au 12 janvier 2018)
<b>PREVOST</b> Martine	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2015 au 31 août 2018)

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>HOUDARD</b> Gaëtan	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2016 au 31 août 2019)
<b>LAUCHET</b> Nadège	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2017 au 31 août 2020)
<b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2015 au 31 août 2018)

## **PROFESSEURS EMERITES**

<b>ADENIS</b> Jean-Paul	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	du 01.09.2016 au 31.08.2018
<b>BONNAUD</b> François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>DE LUMLEY WOODYEAR</b> Lionel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>DENIS</b> François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>GAINANT</b> Alain	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>MERLE</b> Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>MOULIES</b> Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2018
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2018
<b>VIROT</b> Patrice	du 01.09.2016 au 31.08.2018

## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> janvier 2018

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>BASTIEN</b> Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>BAUDRIER</b> Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>CHARISSOUX</b> Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>CHARPENTIER</b> Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>FAYE</b> Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>GAUTHIER</b> François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>KONG</b> Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>LARRADET</b> Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2018)
<b>LEGRAS</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 <sup>er</sup> novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
<b>MARQUET</b> Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>AZAÏS</b> Julie	MEDECINE INTERNE A
<b>BAUDONNET</b> Romain	OPHTALMOLOGIE
<b>BIDAUT-GARNIER</b> Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BOSETTI</b> Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>BOUKEFFA</b> Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BOUSQUET</b> Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)

<b>CHAMPIGNY</b> Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>COLOMBIÉ</b> Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>CROSSE</b> Julien	PEDIATRIE
<b>DANTHU</b> Clément	NEPHROLOGIE
<b>DARNIS</b> Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
<b>DELUCHE</b> Elise	CANCEROLOGIE
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
<b>DIDOT</b> Valérian	CARDIOLOGIE
<b>DUSSAULT-JARLAN</b> Lucile	CARDIOLOGIE
<b>EVARD</b> Bruno	REANIMATION
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>GARDIC</b> Solène	UROLOGIE
<b>GORDIENCO</b> Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
<b>GOUDELIN</b> Marine	REANIMATION
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>JASMIN</b> Michèle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (à compter du 1er janvier 2018)
<b>KRETZSCHMAR</b> Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
<b>LACHATRE</b> Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>LACOSTE</b> Marie	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAHMADI</b> Sanae	NEUROLOGIE

<b>LATHIERE</b> Thomas	OPHTALMOLOGIE
<b>LEHMAN</b> Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
<b>LEPETIT</b> Hugo	GASTROENTEROLOGIE
<b>MARGUERITTE</b> François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MARTINS</b> Elie	CARDIOLOGIE
<b>PRUD'HOMME</b> Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
<b>RAMIN</b> Lionel	ORL
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
<b>ROUSSELLET</b> Olivier	NEUROLOGIE
<b>SALLE</b> Henri	NEUROCHIRURGIE
<b>SANGLIER</b> Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>TAÏBI</b> Abdelkader	ANATOMIE
<b>USSEGLIO-GROSSO</b> Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
<b>VAYSSE</b> VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>VITAL</b> Pauline	MEDECINE INTERNE B
<b>VITALE</b> Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**DOIN** Corinne

**RUDELLE** Karen

**SEVE** Léa

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**BALLOUHEY** Quentin  
CHIRURGIE INFANTILE  
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

**CROS** Jérôme  
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION  
(du 1er mai 2014 au 31 octobre 2018)

**LERAT** Justine

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

**MATHIEU** Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE  
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

*Amor vincit omnia...*

**(L'amour triomphe de tout)  
Virgile,  
Les Bucoliques**

## Remerciements

---

### **A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Merci pour votre bienveillance, votre disponibilité tout au long de ce travail et durant mes années d'étude. Merci pour votre dévouement à nous former à notre futur métier. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

### **A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON**

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie. Merci pour la richesse de vos enseignements au cours du DES de Médecine Générale. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC**

Vous avez accepté avec amabilité et gentillesse de siéger dans ce jury. Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

### **A mes Directrices de thèse**

**Madame le Docteur Léa SEVE,**

**Madame le Docteur Nadège LAUCHET,**

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de me suivre dans ce projet et de m'avoir fait confiance. Merci pour votre temps, votre disponibilité, vos conseils précieux. Merci de m'avoir épaulée à toutes les étapes de ce projet et pour le travail effectué ces derniers mois. Je vous dois beaucoup.

**Léa**, nous nous sommes connues sur les bancs de la faculté mais c'est en tant que Cheffe de clinique que nous nous sommes revues lorsqu'il me fallait trouver mon sujet. Tu m'as encouragée dans mon idée, tu m'as permis de faire les bons choix et de me lancer. Tu n'as pas hésité à me proposer ton aide et je suis heureuse d'avoir travaillé avec toi sur ce projet. Tu m'as guidée jusqu'ici avec implication et sérieux. Merci de tout cœur.

**Nadège**, tu nous as guidé vers la réalisation des focus groups et as soumis notre projet à la commission des thèses. C'est de là que tout a commencé. Merci de m'avoir encadrée tout au long de ce travail qui ne serait pas le même sans ton regard, ta relecture attentive et tes commentaires constructifs. En tant que maman médecin tu t'es peut-être retrouvée dans certains résultats de cette étude... Je te souhaite une vie professionnelle et personnelle heureuses.

## **A nos participantes**

Merci à vous toutes qui avez répondu positivement pour participer à cette étude. Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet. Je m'excuse auprès de celles qui n'auront pas pu nous faire part de leur expérience alors qu'elles le souhaitaient et je remercie les 16 participantes des focus groups, de vous être déplacées et de m'avoir accordé un peu de votre précieux temps. Il y a un peu de chacune de vous dans ces pages... bien plus qu'un travail, tout cela aura représenté pour moi une expérience humaine incroyable. Je vous souhaite le meilleur à venir, dans votre vie professionnelle comme dans vos familles et vous adresse mes plus sincères remerciements. Le plus beau métier du monde n'est-il pas celui de parent ? Continuons à faire évoluer cette belle profession qu'est la médecine générale.

## **A tous mes maîtres de stage**

Merci de m'avoir guidée dans ce métier et de m'avoir tant appris. Vous m'avez montré les plus belles facettes de la Médecine générale et confortée dans mon choix. Je remercie tout particulièrement, par ordre de rencontre, le Dr Rouby Daniel, le Dr Anne-Marie Ribière-Lozes, le Dr Francis Burbaud, le Dr Agnès Baudvin, le Dr Florence Tiersen, Le Dr Hélène Lombarteix, le Dr Bertrand Grebaux, le Dr Philippe Jardel et toute l'équipe de la maison médicale du Dorat. Merci pour vos qualités humaines qui rendent votre façon d'exercer la médecine passionnante. Bonne continuation à tous !

## **A mes amis**

**Zora et Sonia**, vous êtes bien plus que des amies pour moi. Merci pour ces années passées ensemble sur les bancs de la faculté, à se suivre dans les stages hospitaliers et à se soutenir pour affronter les gardes aux urgences et les examens.

**Zora**, j'admire ton courage et ton implication dans ton travail... je souhaite que tu trouves un meilleur équilibre dans les prochaines années et que vous puissiez vous construire une vie qui vous convienne avec Clément. Vous vous êtes bien trouvés je crois et je vous souhaite une longue vie heureuse ensemble.

**Sonia**, nous avons tant partagé et nous nous sommes encore trouvées des points communs en devenant maman. Je vous souhaite le meilleur à toi et Thomas. Gabriel, tu es un bébé adorable, je suis sûre que tu seras un petit garçon formidable. Continue de mettre plein d'étoiles dans les yeux de tes parents.

**Anne-Sophie et Claire**, les trois grâces... que de souvenirs qui resteront précieux pour moi ! Que notre amitié perdure et que nous trouvions encore l'occasion de nous retrouver de temps en temps !

**Anaïs et Médéric**, vous avez été les premiers à vous lancer dans cette merveilleuse aventure de la parentalité. Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec votre jolie petite Lily.

**Margaux**, je suis ravie d'avoir partagé ce semestre avec toi à Saint Yrieix ! Je vous souhaite plein de bonnes choses dans votre nouvelle vie avec Fred... mais reviens nous voir de temps en temps !

## **A ma famille**

**Cédric**, merci d'avoir supporté les contraintes de ces longues années d'études, le stress des examens, la folie de ces derniers mois à travailler la thèse. Cela fait 12 ans que nous sommes ensemble, nous avons vécu des aventures extraordinaires (la Laponie, l'Ecosse). Continuons d'avancer ensemble et de vivre de belles aventures ! Nous avons aussi réussi à surmonter des épreuves difficiles... Notre plus beau projet s'est réalisé l'an dernier et je ne pouvais être plus heureuse que de me retrouver ici aujourd'hui avec toi et notre petit trésor. Je t'aime.

**Oria**, ma petite chérie... Mon plus grand bonheur est de te savoir heureuse et en bonne santé. Je te souhaite le meilleur pour l'avenir et de réussir à surmonter avec courage les obstacles qui se présenteront sur ton chemin comme tu le fais depuis ta naissance. Je n'oublierai jamais la première fois où je t'ai vue et tenue dans mes bras... C'est ce jour-là que mon plus beau métier a commencé... Je t'aime de tout mon cœur.

**Maman**, tu m'as appris à lire et me voilà maintenant entrain de soutenir une thèse de Doctorat... tu peux être fière du parcours de tes enfants qui n'en seraient sans doute pas là sans toi. Je souhaite que la bonne santé t'accompagne davantage à l'avenir car les dernières années n'ont pas été faciles... Tu es une mamie incroyable pour Oria, ta générosité est une valeur rare. Ne dit-on pas qu'une maman formidable donne toujours une mamie exceptionnelle ? Merci pour tout.

**Papa**, tu m'as appris la valeur du travail bien fait. J'ai tapé ma première page de texte sur notre premier ordinateur avec toi en CE2, c'était Windows 95 à l'époque je crois ! Des années après j'en écris un peu plus d'une centaine pour ce travail... Je ne sais pas s'il y a eu d'autres femmes médecins dans la généalogie de la famille, je serai heureuse d'être la première !

**Elodie**, merci pour ton aide et ton soutien, surtout ces derniers temps !! Cela n'a pas toujours été facile pour toi mais tu es repartie de l'avant, et depuis que tu es arrivée dans nos contrées limousines ta vie a pris un autre tournant. J'espère que tu pourras construire les projets qui te tiennent à cœur. Je suis contente que tu aies rencontré Pierre et je lui demande de prendre bien soin de toi. Je sais que tu seras une super maman quand le moment viendra... Tu es une personne altruiste et volontaire. Tu as des qualités humaines rares. Tu es un vrai pilier dans notre famille. Vois dans la dédicace de ce travail un clin d'œil à ton importance dans nos vies. Tu prends soin d'Oria comme personne. Tu as toute ma confiance. Je n'aurais pu rêver d'une meilleure marraine pour elle. Merci.

**Pierre**, mon frère, mon compagnon de bagarre et de jeux. Ce temps semble bien loin derrière nous ! J'aimerais tant garder cette complicité. Il faut parfois repartir de zéro pour avancer. Tu as eu le courage de te lancer dans cette entreprise et je te souhaite de réussir à te construire une vie qui te plaît. Je vous souhaite d'être heureux avec Pauline dans votre nouvelle maison !

**Mamie**, merci pour tous les bons moments passés ensemble. Ta doudou a bien grandi ! L'année dernière nous avons pu faire la photo des 4 générations avec Oria, c'était un moment historique ! Je garde de bons souvenirs de nos séjours à Pessac quand Papi était là.

**Pépé**, tu es parti quand j'étais encore une enfant mais je n'ai que des souvenirs heureux des moments passés ensemble... je sais que de là où tu es, tu veilles sûrement sur nous...

**A ma belle-famille**, vous m'avez accueillie dans votre famille avec beaucoup d'affection et je vous en remercie. J'nine, Yann, Isa, Nolan, Léanne vous comptez beaucoup pour moi.

**Azaro et Jango**, vous êtes comme mes « premiers bébés ». Vous resterez toujours dans mon cœur.

**A mes relecteurs**, Elodie et Pierre D. merci pour votre travail sans faille jusqu'au dernier moment !!

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Introduction .....	24
I. Être mère et médecin .....	25
I.1. Un peu d'histoire .....	25
I.1.1. L'arrivée des femmes en faculté de Médecine .....	25
I.1.2. Modèle traditionnel du Médecin et préjugés.....	26
I.1.3. Les femmes qui ont marqué l'histoire .....	27
I.2. Féminisation de la profession.....	28
I.3. Les femmes en Médecine Générale libérale aujourd'hui .....	29
I.3.1. De longues années d'études .....	29
I.3.1.1. Description et durée des études médicales .....	29
I.3.1.2. Être mère pendant l'externat .....	31
I.3.1.3. Être mère pendant l'internat .....	32
I.3.2. Modes et conditions d'exercices .....	32
I.3.2.1. Modes d'exercices .....	32
I.3.2.2. Conditions d'exercice .....	34
I.3.3. Le congé maternité des praticiennes libérales .....	35
I.3.3.1. Historique.....	35
I.3.3.2. Les aides actuelles.....	35
I.3.3.3. Les prévoyances privées.....	36
I.3.3.4. Durée du congé maternité.....	36
I.4. Évolution de la société et changement des mentalités .....	37
II. Matériel et Méthodes .....	39
II.1. Objectif .....	39
II.2. Bibliographie .....	39
II.3. Choix de la méthode .....	39
II.3.1. Choix du type d'étude .....	39
II.3.2. Principe des focus groups .....	39
II.4. Recueil des données .....	40
II.4.1. Population étudiée et recrutement .....	40
II.4.2. Recueil des données socio-démographiques .....	40
II.4.3. Guide d'entretien et déroulement des focus groups.....	41
II.5. Analyse.....	42
II.5.1. Retranscription .....	42
II.5.2. Codage (logiciel NVivo) .....	42
II.5.3. Traitement des données socio-démographiques des participantes.....	43
III. Résultats .....	44
III.1. Profil des participantes.....	44
III.2. Les focus groups.....	45
III.2.1. Nombre de focus groups et durée .....	45
III.2.2. Retranscription .....	45
III.2.3. Codage.....	46
III.2.3.1. Codage axial .....	46
III.2.3.2. Codage matriciel .....	48
III.3. Particularités de la profession .....	49
III.3.1. Compatibilité maternité et médecine libérale .....	49

III.3.2. Avantages .....	50
III.3.3. Inconvénients .....	51
III.3.3.1. Une profession chronophage .....	51
III.3.3.2. Une profession difficile .....	52
III.3.4. Le congé maternité .....	53
III.3.5. Evolution de la profession.....	56
III.4. Vécu de la maternité .....	57
III.4.1. Rôle de maman .....	57
III.4.2. Difficultés rencontrées .....	59
III.4.2.1. Ne pas être considérée comme une patiente normale .....	59
III.4.2.2. Difficultés propres à la grossesse.....	59
III.4.2.2.1. Des vécus différents : signes sympathiques de grossesse, complications .....	60
III.4.2.2.2. Difficultés financières.....	61
III.4.2.2.3. Autres difficultés .....	62
III.4.2.3. Difficultés propres à la reprise .....	62
III.4.2.3.1. Discrimination .....	63
III.4.2.3.2. Fatigue et charge de travail .....	64
III.4.2.3.3. Anxiété à faire garder son enfant.....	65
III.4.2.3.4. Allaitement.....	66
III.4.3. Vécu variable selon différents critères .....	68
III.4.3.1. Entourage personnel.....	68
III.4.3.2. Entourage professionnel .....	69
III.4.3.3. Mode d'exercice .....	70
III.4.3.3.1. Étudiante .....	70
III.4.3.3.2. Interne/salariée.....	70
III.4.3.3.3. Remplaçante .....	72
III.4.3.3.4. Installée .....	73
III.4.3.3.5. Impact du type d'exercice : milieu rural/urbain ? Seule/en groupe ? .....	74
III.4.4. Comparaison à d'autres mamans .....	76
III.4.5. Inquiétudes quant aux répercussions sur la famille.....	76
III.5. Organisation professionnelle.....	78
III.5.1. Adaptation .....	79
III.5.2. Organiser son temps .....	80
III.5.2.1. Aménager du temps pour la famille .....	80
III.5.2.2. Modalités d'organisation.....	81
III.5.2.3. Education de la patientèle .....	83
III.5.3. Aides au quotidien .....	84
III.5.3.1. Mode de garde .....	84
III.5.3.2. Déléguer les tâches ménagères.....	86
III.5.3.3. Aide de l'entourage .....	87
III.5.3.3.1. Organisation dépendante du conjoint .....	87
III.5.3.3.2. Entourage familial .....	87
III.5.4. Gestion financière.....	88
III.6. Etude des sentiments.....	90
III.6.1. Une majorité de sentiments négatifs.....	90
III.6.2. Souhaits et conseils.....	94
III.6.2.1. Souhaits.....	94

III.6.2.2. Conseils .....	96
III.7. Conclusion des résultats .....	98
IV. Discussion .....	99
IV.1. Forces de l'étude .....	99
IV.1.1. Type d'étude .....	99
IV.1.2. Un accueil chaleureux .....	99
IV.1.3. Un sujet original .....	99
IV.2. Biais de l'étude .....	100
IV.2.1. Biais de sélection .....	100
IV.2.2. Biais d'information .....	100
IV.3. Discussion des résultats .....	102
IV.3.1. La population étudiée .....	102
IV.3.2. Les idées les plus abordées .....	103
IV.3.3. Les particularités de la profession .....	103
IV.3.4. Le vécu de la maternité .....	105
IV.3.5. L'organisation .....	106
IV.3.6. L'étude des sentiments .....	108
IV.4. Propositions d'amélioration .....	108
Conclusion .....	112
Références bibliographiques .....	113
Annexes .....	117
Serment d'Hippocrate .....	122

## Table des illustrations

---

Figure 1 Gravure représentant la soutenance d'Elizabeth Garret. ( <a href="http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?CISB1036">www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?CISB1036</a> ).....	25
Figure 2 Portrait de Madeleine Bres. 1842-1925. ....	26
Figure 3 Répartition par genre des effectifs de Médecins Généralistes tous modes d'exercices confondus en 2018. Drees (1).....	29
Figure 4 Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2018. CNOM (13).....	29
Figure 5 Organisation générale des études de médecine.(15).....	30
Figure 6 Graphique représentant la répartition en pourcentage des effectifs de médecins généralistes par sexe et par mode d'exercice en 2018. Drees.....	33
Figure 7 Durée du congé maternité.(26).....	37
Figure 8 Diagramme hiérarchique sur les nœuds. Logiciel NVivo.....	46
Figure 9 Diagramme hiérarchique sous forme « Soleil » comparant le nombre de références d'encodage par cas. Logiciel NVivo.....	47
Figure 10 Graphique représentant la proportion de participantes ayant arrêté l'allaitement pour au moins un enfant à cause la reprise. ....	66
Figure 11 Diagramme de connexion issu du logiciel NVivo représentant le nombre de cas encodés dans le nœud « mode de garde ». ....	85
Figure 12 Diagramme représentant la répartition des sentiments évoqués par les participantes.....	90
Figure 13 Croisement matriciel du nombre de références d'encodage concernant des sentiments positifs et négatifs en fonction des participantes.....	91
Figure 14 Graphique représentant la requête de croisement matriciel entre les nœuds et les conseils. Logiciel NVivo.....	97
Figure 15 Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde en 2018. CNOM. ...	110

## Table des tableaux

---

Tableau 1 Croisement matriciel entre les Cas et les Thèmes. Logiciel NVivo. ....	48
Tableau 2 Croisement matriciel entre le mode d'exercice et le code "profession chronophage". Logiciel NVivo.....	52
Tableau 3 Croisements matriciels entre la durée du congé maternité et l'âge. Logiciel NVivo. ....	55
Tableau 4 Croisement matriciel entre le statut professionnel au moment des grossesses et les sentiments. Logiciel NVivo. ....	60
Tableau 5 Croisement matriciel entre le statut au moment des grossesses et les difficultés financières. Logiciel NVivo.....	62
Tableau 6 Croisements matriciels entre le code "discrimination" et les cas. Logiciel NVivo. .	63
Tableau 7 Croisements matriciels entre les thèmes et les sentiments. Logiciel NVivo. ....	91
Tableau 8 Croisements matriciels entre le profil des participantes et les sentiments. Logiciel NVivo. ....	92
Tableau 9 Croisements matriciels entre les nœuds et les sentiments. Logiciel NVivo. ....	92
Tableau 10 Croisements matriciels entre le "mode de garde" et les sentiments. Logiciel NVivo. ....	93
Tableau 11 Croisement matriciel entre l'âge des participantes et le nombre d'occurrences dans le nœud "conseils". Logiciel NVivo.....	98
Tableau 12 Données socio-démographiques des participantes.....	120
Tableau 13 Durée des congés maternité.....	120
Tableau 14 Données sur l'allaitement.....	121

## Introduction

---

La féminisation de la profession médicale est entrée dans les faits et s'accélère au fil du renouvellement des générations. Alors qu'hier la médecine était un domaine presque exclusivement masculin, aujourd'hui la majorité des nouveaux diplômés sont des femmes. Celles-ci représentent au 1<sup>er</sup> janvier 2018, un peu plus de 46% des effectifs de médecins généralistes en activité (1).

Devenir mère fait partie des grandes étapes de la vie personnelle d'une femme (2) mais n'existe-t-il pas un télescopage des « calendriers reproductif et productif » pour celles qui ont choisi cette voie ?(3)

Les exigences de longues années d'études et les contraintes de la profession, notamment en médecine générale libérale, peuvent rendre l'accès à la maternité compliquée ou sembler difficilement compatibles avec une vie de famille. Alors que l'âge moyen au premier enfant dans la population générale en France est actuellement de 28,5 ans (4) et qu'il faut compter au minimum 9 ans d'études à l'université pour les généralistes, à quel âge et à quel moment de leur parcours professionnel les femmes ayant choisi cette spécialité deviennent-elles mère ? Sachant qu'elles sont confrontées dans leur exercice quotidien à la prise en charge et au suivi de femmes enceintes, de jeunes mamans et d'enfants de tous âges, comment vivent-elles leur propre maternité ? Comment s'organisent-elles pour concilier vie professionnelle et vie familiale dans un métier si exigeant quand de nombreuses études montrent la volonté des jeunes générations de trouver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée ?

Le but de cette étude est de comprendre le vécu de la maternité des femmes médecins généralistes. Pour cela nous décrivons leur organisation et nous chercherons à identifier leurs difficultés afin de mieux comprendre les enjeux et définir les besoins de ces femmes qui représentent et représenteront de plus en plus le nouveau visage de la médecine générale libérale.

# I. Être mère et médecin

---

## I.1. Un peu d'histoire

### I.1.1. L'arrivée des femmes en faculté de Médecine

Il faut remonter au XIXème siècle pour voir débiter les premières femmes en faculté de médecine. En France, en 1867, le ministre de l'Instruction publique permet l'ouverture de cours secondaires pour les demoiselles. Ces cours sont prisés mais ne permettent pas de pallier le manque d'un enseignement secondaire qui donnerait aux femmes l'instruction nécessaire pour concourir au baccalauréat et s'inscrire en faculté.

Cependant il en est autrement dans d'autres pays et c'est une jeune fille russe qui sera la première à partir étudier la médecine à Zurich en 1864 mais elle ne passera pas son doctorat. C'est une autre femme russe qui deviendra la première doctoresse d'une université mixte d'Europe à Zurich en 1866. Ce succès ouvrira la voie à d'autres femmes et c'est **Elizabeth Garret**, une anglaise, qui sera la première docteure de la faculté de médecine de Paris avec une thèse sur la migraine en juin 1870.



Figure 1 Gravure représentant la soutenance d'Elizabeth Garret.  
([www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?CISB1036](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?CISB1036))

Après un parcours du combattant, la Gardoise **Madeleine Brès**, qui avait trouvé sa vocation à l'âge de 8 ans lorsqu'elle accompagnait son père pour des travaux à l'hôpital, sera la première femme française à obtenir le diplôme de docteur en médecine en 1875, âgée alors de 33 ans, avec une thèse sur le sujet de l'allaitement (5). Docteur en médecine avec quatre enfants elle dévouera sa carrière, en tant que précurseur, à la médecine de la femme et de l'enfant pendant 50 ans.



Figure 2 Portrait de Madeleine Brès. 1842-1925.  
Première femme française à obtenir son diplôme de médecine.

À l'époque toutes les obtentions de diplôme devaient avoir le consentement du mari, les jeunes filles ne pouvaient sortir qu'accompagnées d'un chaperon qui les suivait jusque dans les amphithéâtres et les tenues des étudiantes étaient examinées de près afin de s'assurer que toute trace de féminité soit bien bannie. L'élégance et la féminité étaient des attributs réservés à la femme qui reste à la maison.

Il faut attendre l'arrêté préfectoral du 17 janvier 1882 pour que les femmes soient admises à prendre part au concours de l'externat sous la réserve formelle qu'elles ne pourront, en aucun cas, se prévaloir de leur titre d'élèves externes pour concourir à l'internat.

Suite à l'arrêté préfectoral du 31 juillet 1885 elles pourront s'inscrire au concours de l'internat.

Notons que dans un grand journal professionnel créé à l'époque, *Le Concours Médical*, on pouvait lire en 1879 les propos suivants : « Croire que la femme se hausse et grandit à nos yeux, en se faufilant dans les professions viriles, en s'assujettissant surtout aux études, si pénibles et si rebutantes pour son sexe, de la médecine, c'est une erreur grossière ».

À la rentrée de 1884 à la faculté de médecine de Paris, on comptait une centaine de femmes inscrites (6).

### **I.1.2. Modèle traditionnel du Médecin et préjugés**

Au XIXème siècle, les préjugés sont nombreux. La femme médecin est décriée.

On invoque les arguments suivants pour écarter les femmes des études supérieures de médecine : la nature faible de la femme ne lui permet pas d'avoir la force physique nécessaire au métier de médecin, elle est encore plus faible une fois par mois du fait de ses menstruations, la nature sensible de la femme est également considérée comme un obstacle. Selon certains la vue du sang, des corps découpés, de la saleté lui seront difficilement supportables. Par ailleurs on se demande comment enceinte, elle pourra avec son gros ventre s'approcher de ses malades. Pour le Dr Gustave Richelot, vice-président de la Société de médecine de Paris et auteur de « *La femme-médecin* » en 1875, la pratique de la médecine exige des « qualités viriles » aux antipodes de la « nature féminine ».

➔ En résumé, la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle a été marquée par un mouvement général d'émancipation intellectuelle et professionnelle des femmes malgré les difficultés engendrées par cette société patriarcale dans laquelle la femme était d'office vouée à « une autre mission », celle de l'éducation des enfants et de l'organisation du foyer (7).

Le parcours des femmes dans les études médicales a été limité par la loi et dans la pratique pendant des décennies.

### I.1.3. Les femmes qui ont marqué l'histoire

Nous connaissons déjà **Madeleine Brès**, qui a été la première française à obtenir le diplôme de docteur en médecine en 1875. Elle officiera comme professeur d'hygiène et enseignera notamment aux directrices des écoles maternelles de la ville de Paris. Elle dirigera le journal *Hygiène de la femme et de l'enfant* et sera l'auteur de plusieurs livres de puériculture. Elle est à l'origine de l'ouverture de la première crèche le 28 mai 1893 à Paris.

Elle ouvra la voie et progressivement les femmes médecins acquièrent des postes à responsabilités.

Seize ans après la validation de la première thèse par une femme en France, 2 femmes accédèrent à des fonctions d'internes : Blanche Edwards-Pilliet et Augusta Déjerine-Klumpke.

- **Madame Blanche Edwards-Pilliet** (1858-1941), est la première interne provisoire à l'hôpital des enfants assistés (8). Elle ouvrira un cabinet de médecine générale dans la maison de Robespierre où elle exercera pendant 50 ans.

- **Madame Augusta Déjerine-Klumpke** (1859-1927), est la première femme nommée interne titulaire des hôpitaux de Paris au concours en 1886.

- **Madame Long Landry** est la première femme chef de clinique dans le service du professeur Déjerine à la Salpêtrière en 1911.

- **Madame Texier** est nommée médecin des Hôpitaux de Tours, en 1913.

- **Madame Yvonne Pouzin** (1884-1947) devient en 1919 la première femme praticien hospitalier à Nantes. Preuve de l'hostilité envers les femmes médecins à l'époque, ses détracteurs brûlèrent son effigie dans les rues au moment de sa thèse. Elle se spécialise dans le traitement de la tuberculose.

- **Madame Marthe Condat** (1886-1939) est la première femme agrégée de médecine en 1923. Notons qu'on lui refusa la Légion d'honneur demandée par l'administration pour son dévouement et son assiduité au travail dans les hôpitaux pendant la guerre alors qu'elle avait fini son internat à l'époque et repris volontairement ses fonctions.

- **Madame Odier Dollfus** est la première chef de clinique dans le service du professeur Marfan, en 1927.

- **Madame Madeleine Pelletier** (1874-1939) est la première femme médecin diplômée en psychiatrie. Initialement anthropologue, elle étudiait le rapport entre la taille du crâne et l'intelligence, contestant l'idée selon laquelle l'intelligence serait proportionnelle au volume du crâne ce qui sous entendait l'infériorité intellectuelle de la femme. Elle sera la première femme interne dans un asile psychiatrique mais finit par abandonner la médecine hospitalière, notamment en raison de l'ambiance « carcérale » des hôpitaux psychiatriques de l'époque pour se consacrer à la médecine générale (9).

- **Madame Thérèse Bertrand-Fontaine** (1895-1987) est la première femme médecin des hôpitaux de Paris en 1930. Elle devient chef de service à l'hôpital Beaujon après la guerre. Elle est élue membre titulaire de l'Académie nationale de médecine en 1969 (c'est la deuxième femme, après Marie Curie, à devenir membre de cette institution).

- **Madame Jeanne Lévy** (1895-1993) devient la première titulaire en France d'une fonction de Professeur en faculté de médecine en 1959 et fut nommée titulaire d'une chaire de pharmacologie de la faculté de médecine de Paris en 1964 (10) (11).

## I.2. Féminisation de la profession

Le XXème siècle a ouvert la voie de la libération et de l'indépendance des femmes.

Sur le plan scolaire, le baccalauréat devient équivalent entre filles et garçons en 1919 et les programmes d'études secondaires deviennent similaires en 1924.

Concernant la législation, c'est en 1938 que la domination maritale est supprimée. Puis en 1946, la loi garantit à la femme, dans tous les domaines, des droits égaux à ceux des hommes bien que la mise en pratique soit en réalité difficile à instaurer, et constitue toujours de nos jours un sujet d'actualité... Notons que ce n'est qu'en 1987 que la loi autorisera le travail de nuit des femmes.

Du côté du monde médical, le nombre de femmes médecins progresse lentement de la fin du XIXème siècle jusqu'aux années 1960 et l'explosion démographique de la population médicale française. En 1913, les femmes représentaient 6% des étudiants en médecine. Entre 1915 et 1919 elles constituaient 20% des effectifs, profitant du départ des hommes au front pour investir les facultés.

Aujourd'hui les femmes sont majoritaires parmi les étudiants en médecine. Elles représentent désormais près de 70% des inscrits en première année commune aux études de santé (PACES) et encore 60% des étudiants en deuxième année de médecine.

Concernant la médecine générale, la part des médecins femmes augmente progressivement au fil des ans. Elles représentaient 13,8% des médecins libéraux en 1968 et 24,3% en 1982. On compte au 1<sup>er</sup> janvier 2018 102 466 médecins généralistes tous modes d'exercices confondus dont 47 693 femmes soit un peu plus de 46% (Figure 3 issue des données de la Drees représentant la répartition par genre des effectifs de Médecins Généralistes tous modes d'exercices confondus en 2018).

Selon les prévisions, elles seront plus nombreuses que les hommes à partir de 2022 (12).

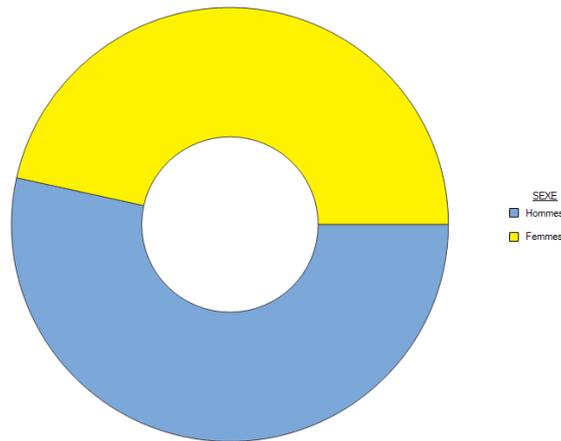


Figure 3 Répartition par genre des effectifs de Médecins Généralistes tous modes d'exercices confondus en 2018. Drees (1)

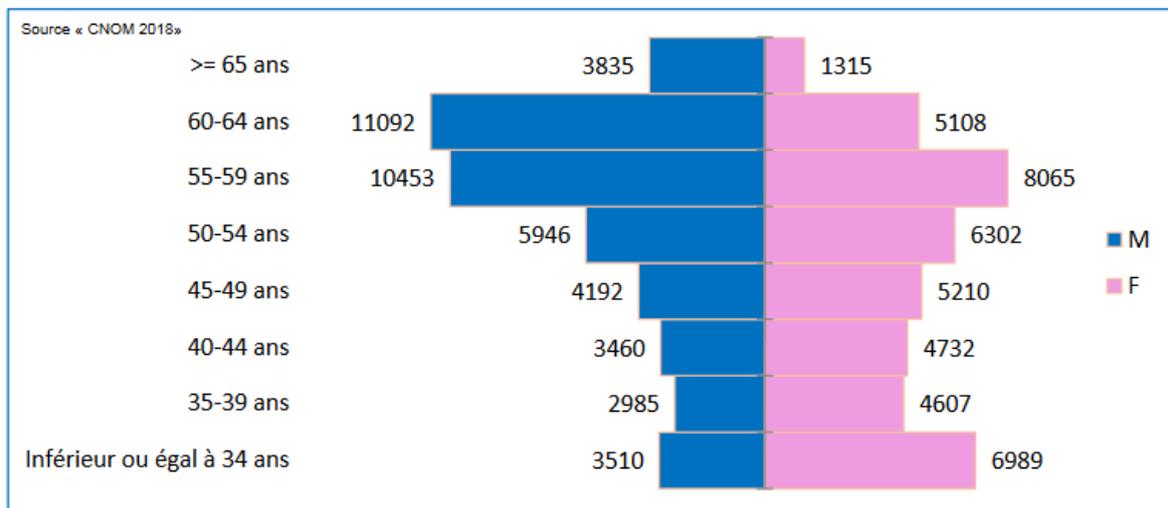


Figure 4 Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2018. CNOM (13)

En France actuellement les femmes représentent 61% des médecins de moins de 40 ans en exercice (données issues de l'Atlas de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins 2018), et 67% des généralistes de moins de 34 ans en activité régulière, ce qui va dans le sens d'une féminisation de la profession par les jeunes générations comme l'illustre la pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2018 dans la Figure 4.

### I.3. Les femmes en Médecine Générale libérale aujourd'hui

#### I.3.1. De longues années d'études

##### I.3.1.1. Description et durée des études médicales

On dénombre aujourd'hui en France 39 facultés de médecine.

Les études médicales sont connues pour être longues et difficiles (14). Le succès au concours de première année ne fait pas tout car la quantité de travail à fournir les années suivantes est elle aussi considérable.

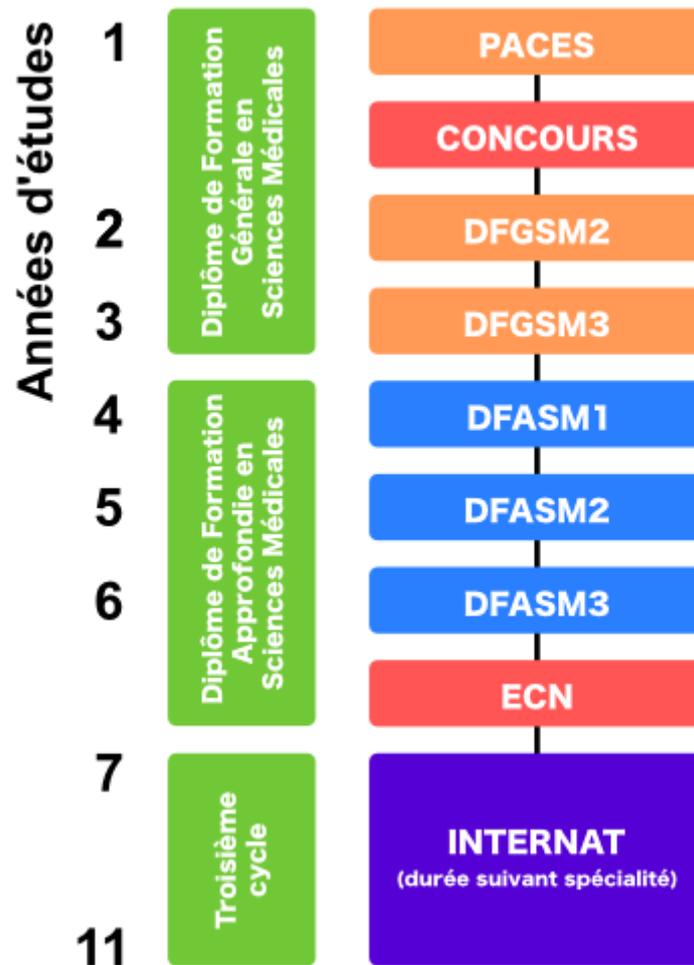


Figure 5 Organisation générale des études de médecine.(15)

Le parcours universitaire débute avec **la PACES (première année commune des études de santé)** à l'issue de laquelle les étudiants passent un premier concours dont le nombre de reçus est déterminé au niveau national par le numerus clausus. En 2019, 9314 places étaient ouvertes pour accéder en deuxième année soit 13.5% de plus qu'en 2018. À noter que seul un bachelier sur trois réussit à passer en deuxième année après une ou deux tentatives à un concours PACES... C'est un mode de sélection controversé et amené à disparaître d'ici 2020 dans le cadre d'une réforme globale du système de santé annoncée par la ministre de la Santé en septembre 2018 (16) dans le but de réajuster le nombre de médecins formés à la hausse et de diversifier les profils. Le métier est donc amené à se métamorphoser dans les prochaines décennies.

Sachant que les étudiants redoublants peuvent représenter jusqu'à 60% des admis en deuxième année de médecine et qu'il faut 9 ans pour former un médecin généraliste, un étudiant termine son cursus universitaire entre 9 et 10 ans après le baccalauréat s'il valide tous ses examens chaque année sans redoubler.

À l'issue de cette première année purement universitaire, le futur médecin entame ses 2 premières années de formation dans le cadre du **Diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM)** et commence à réaliser des stages hospitaliers.

Ensuite débute « **l'externat** » qui correspond aux 3 années du **Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM)** pendant lesquelles les étudiants passent la moitié de leur temps en cours et l'autre moitié en stage. C'est lors de cette période qu'est réalisé le premier stage en médecine générale.

À la fin de la 6<sup>ème</sup> année, l'étudiant doit valider son Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT) et se présente alors aux **épreuves classantes nationales ECN**, un examen national au décours duquel un classement est établi et chaque étudiant choisit sa spécialité et sa ville d'internat en fonction de son rang.

Ceux qui choisissent la médecine générale commencent ensuite leur « **internat** ». La formation au **DES ou Diplôme d'études spécialisées** dure 3 ans (6 semestres) au cours desquels ils sont dorénavant salariés du CHU et suivent des enseignements spécifiques à la faculté. Ils ont alors le statut de médecin et obtiennent le droit de prescrire médicaments et examens. L'internat devra être validé par la remise d'un portfolio et la validation d'un mémoire. A noter qu'au cours de ce 3<sup>ème</sup> cycle, l'étudiant ayant effectué 3 semestres d'internat dont un semestre de stage chez le praticien, peut s'inscrire au Conseil de l'Ordre des Médecins afin d'obtenir une licence de remplacement.

Pour finir et devenir enfin Docteur en médecine, l'interne devra soutenir sa thèse et prêter serment (le serment d'Hippocrate).

- ➔ Les études médicales sont jalonnées d'examens et de concours, d'enseignements et de stages à valider. Dans le meilleur des cas, un étudiant qui entre en première année de médecine à 18 ans sera diplômé entre 27 et 28 ans. C'est en ce sens qu'une revue destinée aux jeunes médecins se demandait dans un article publié en 2014 sur le thème de « devenir mère et médecin, le bon moment » s'il n'existait pas un télescopage des « calendriers reproductif et productif » pour celles qui ont choisi cette voie... (3)

### **I.3.1.2. Être mère pendant l'externat**

À partir de la première année du deuxième cycle des études médicales, les étudiants en médecine sont des étudiants salariés d'un établissement, ayant le statut d'étudiants hospitaliers et en tant que tel, ils sont agents publics.

En tant qu'externe, l'étudiant commence donc à être rémunéré : une garde de douze heures est payée 52 €. Pour leur activité hospitalière en stage, les externes perçoivent annuellement 1 536,73 € en DFASM1, 2 980,96 € en DFASM2 et 3 330,61 € en DFASM3 (12).

En cas d'arrêt maladie, les étudiants hospitaliers perçoivent la totalité de leur rémunération pendant un mois maximum puis ils en toucheront la moitié le mois suivant.

En cas de grossesse, la durée du congé maternité est égale à celle prévue par la législation de la sécurité sociale. L'étudiante perçoit dans ce cas l'intégralité de son salaire (17). Cependant du côté universitaire, il faut savoir qu'une absence supérieure à 1/3 du temps de stage total entraîne l'invalidation de ce dernier.

### **I.3.1.3. Être mère pendant l'internat**

En entrant en 7ème année, un salaire mensuel à 4 chiffres apparaît sur les fiches de paie. L'interne bénéficie d'un congé de maternité d'une durée égale à celle prévue par la législation de la sécurité sociale. Le maintien de la rémunération est garanti par l'assurance maladie.

La rémunération brute annuelle est :

Internes de 1ère année : 16 605,13 € ;

Internes de 2ème année : 18 383,46 € ;

Internes de 3ème année : 25 500,55 €.

Il s'agit de la rémunération fixe de base à laquelle s'ajoutent certaines indemnités et la rémunération des gardes (18).

L'interne en état de grossesse médicalement constatée, qui prend part à la procédure de choix de stage, peut demander à effectuer celui-ci en surnombre. Un poste supplémentaire est ajouté au nombre de postes déterminés par la commission d'évaluation des besoins de formation afin de ne pas perturber le bon fonctionnement du lieu de stage si l'interne quitte le service en cours de semestre. Il existe 2 types de surnombre : validant si l'interne effectue et valide au moins 4 mois de stage ou non validant dans le cas contraire.

Depuis le décret du 25 mai 2016, au retour de son congé maternité, l'interne conserve son rang de classement et son ancienneté de semestre, qu'elle ait réalisé un stage validant ou non.

À savoir qu'à partir du 3ème mois de grossesse, l'interne est dispensée de faire des gardes de nuit.

À noter que l'allaitement est autorisé sur le lieu de travail et pendant le temps de travail : l'article L. 1225-30 du Code du travail, prévoit notamment que, pendant 1 an à compter du jour de la naissance, la mère peut disposer d'une heure par jour durant ses heures de travail pour allaiter son enfant (19).

### **I.3.2. Modes et conditions d'exercices**

Le cursus de Médecine générale offre le choix de diverses voies d'exercices, influencées par de multiples facteurs.

#### **I.3.2.1. Modes d'exercices**

Il existe divers modes d'exercice pour les médecins généralistes : l'exercice libéral en tant que remplaçant ou installé, seul ou en cabinet de groupe, la collaboration, le salariat.

Les dernières données répertoriées par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) indiquent qu'à l'heure actuelle, les femmes médecins généralistes sont moins nombreuses que les hommes à exercer une activité libérale exclusive (50% des femmes en exercice libéral exclusif contre 65% des hommes). Les  $\frac{3}{4}$  des médecins généralistes hommes ont une activité libérale ou mixte contre un peu plus de la moitié des femmes. Ces dernières sont plus nombreuses que les hommes à avoir une activité salariée uniquement (42 % contre seulement 26 % des effectifs masculins).

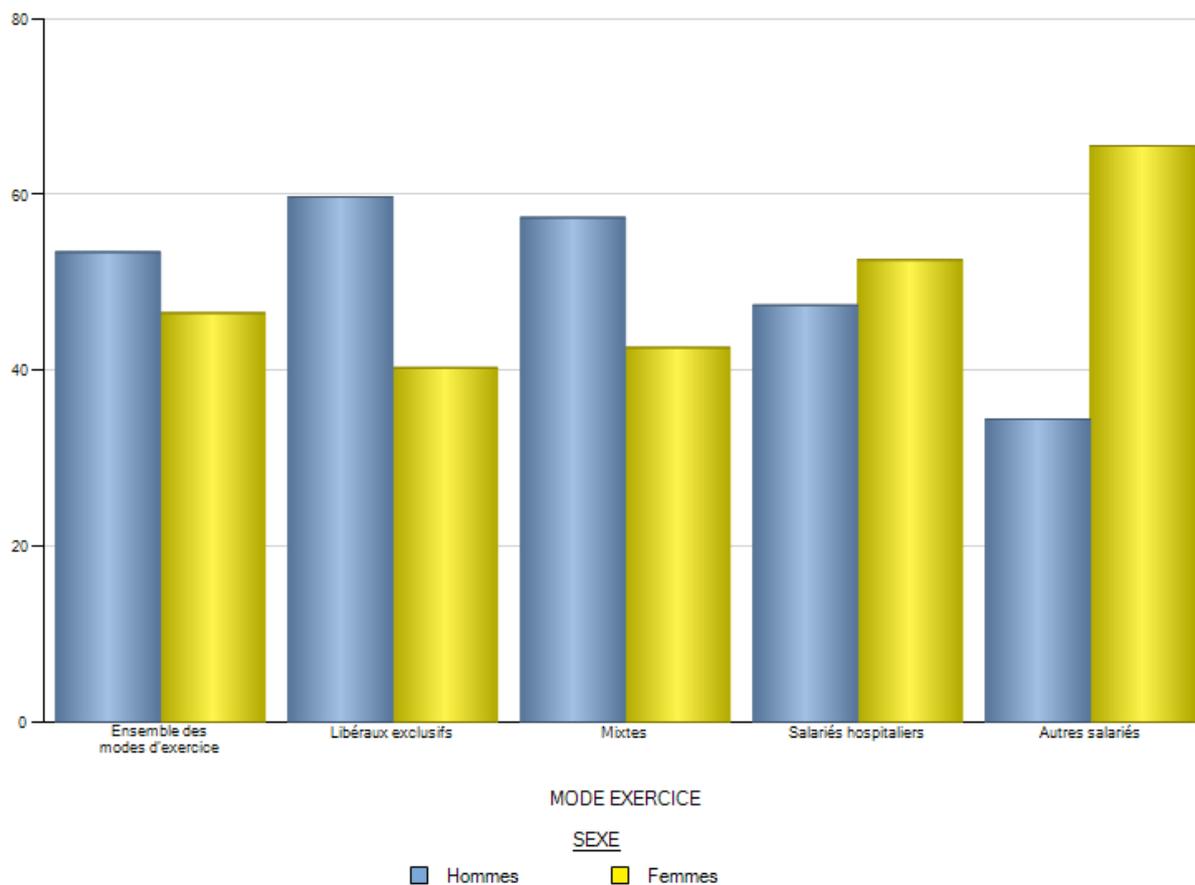


Figure 6 Graphique représentant la répartition en pourcentage des effectifs de médecins généralistes par sexe et par mode d'exercice en 2018. Drees

61% des médecins libéraux (tous âges confondus) exercent en groupe d'après le 4ème Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale réalisé par la Drees début 2019. L'exercice en groupe ne répond pas à une définition officielle et peut se limiter à l'installation dans un même lieu avec un ou plusieurs autres professionnels de santé et peut revêtir plusieurs formes. L'association peut être une simple mise en commun de moyens (locaux, équipement, secrétariat, ...). Notons que depuis quelques années, l'exercice coordonné se déploie en France : ESP (Equipe de soins primaires qui regroupe les MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) et les CDS (Centres de Santé) ou CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale De Santé).

Le fait d'exercer en groupe influence les conditions d'exercice et semble répondre aux aspirations des professionnels de santé. Les avantages sont nombreux : une coopération effective entre professionnels pour une prise en charge coordonnée du patient, des échanges facilités avec les confrères, un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, un exercice moins isolé... En effet la majorité des médecins en groupe partagent les dossiers patients avec leurs confrères du cabinet, disposent d'un secrétariat et travaillent exclusivement sur rendez-vous, ce qui leur permet d'organiser différemment leur temps de travail et facilite les congés. Ils peuvent également partager une partie des charges, en particulier celles liées à l'emploi de personnel.

C'est le mode d'exercice privilégié des jeunes générations (81 % des moins de 50 ans contre 57 % pour les 50-59 ans et 44 % pour les 60 ans ou plus) (20).

- ➔ Les femmes médecins généralistes sont moins nombreuses que les hommes à exercer une activité libérale exclusive. Les jeunes générations se tournent de plus en plus vers l'exercice de groupe en raison des avantages de cette pratique : facilité des échanges entre confrères, meilleure organisation du temps de travail et partage des charges financières du cabinet.

### **I.3.2.2. Conditions d'exercice**

Les conditions d'exercice de la médecine ambulatoire changent. La démographie médicale évolue. Les patients vieillissants et plus actifs dans la décision médicale ont de nouveaux besoins et de nouvelles attentes. Les jeunes générations de médecins veulent pouvoir concilier dans de bonnes conditions leur vie professionnelle et leur vie privée.

Selon l'étude réalisée début 2019 par la commission des jeunes médecins de l'Ordre sur l'installation (21) seulement 12% des nouveaux inscrits à l'Ordre en 2018 exercent en libéral alors que 62% font le choix du salariat et 23% des remplacements.

Le « risque économique » de l'installation en secteur libéral, la charge administrative, le souhait de disposer de services publics et d'une proximité familiale sur le secteur d'exercice tout en prenant en compte la situation professionnelle du conjoint sont des facteurs qui apparaissent aujourd'hui comme les principaux déterminants au choix du mode d'exercice.

L'exercice de la médecine générale ne se résume pas aux activités de soins de la patientèle du cabinet : elle inclut également des temps de formation et des tâches de gestion. D'autres activités professionnelles, réalisées en dehors du cabinet, s'y ajoutent très souvent comme la participation à la permanence des soins. La durée moyenne d'une semaine de travail est de 54 heures, avec des disparités importantes selon les praticiens, selon une étude de la Drees réalisée auprès de 3300 praticiens en 2019.

Dans son Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de 2012, la Drees étudie l'emploi du temps des médecins généralistes et observe quelques différences de pratiques entre les hommes et les femmes : la durée hebdomadaire moyenne de travail est moins élevée pour les médecins femmes (moins 10% par rapport aux hommes) mais c'est aussi vrai pour les praticiens de moins de 45 ans (moins 5% par rapport aux plus de 45 ans). Le nombre de demi-journées de consultations au cabinet est dans cette étude inférieur de 7 % en moyenne pour les femmes. Il apparaît que les femmes prennent un nombre de congés à peine plus élevé en moyenne que leurs confrères, la différence étant équivalente à seulement deux journées par an. Les femmes déclarent des durées de consultations plus longues que les hommes (19 minutes contre 17 pour les hommes).

- ➔ Il semble exister des freins à l'installation en libéral pour les jeunes médecins qui se tournent davantage vers le salariat ou décident de rester remplaçants. Le Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) considère la féminisation de la profession comme un « salubre révélateur des changements sociologiques chez les médecins » et conclut que les problèmes des femmes en médecine générale sont principalement ceux de toute la profession (22).

### I.3.3. Le congé maternité des praticiennes libérales

#### I.3.3.1. Historique

**Avant 1982**, les femmes médecins n'avaient droit à aucune protection sociale lors de leur maternité. Le métier de médecin était un métier d'homme et les premiers droits ont été acquis pour les conjointes de médecins qui avaient alors obtenu l'assimilation de leur situation aux femmes d'artisans et de commerçants. Par extension la loi du 10 juillet 1982 offre une couverture maternité aux femmes médecins libérales en instaurant l'allocation de repos maternel (d'un montant équivalent à 2 SMIC à l'époque) et l'indemnité de remplacement (valable uniquement si le médecin est remplacé). (23)

**En 1995**, les femmes médecins obtiennent leurs propres droits avec 60 jours d'arrêt consécutifs en cas de naissance simple et 90 jours en cas de naissance multiple ou en cas d'état pathologique résultant de la grossesse ou de l'accouchement. Les indemnités journalières forfaitaires se substituent à l'indemnité de remplacement.

Puis la situation n'évolue plus jusqu'en 2006. Après plusieurs entrevues avec le ministre de la parité et de l'égalité en 2005, **un décret alignant le congé maternité des femmes médecins libérales sur celui des salariées est publié en juin 2006** ; l'indemnisation du congé maternité est revalorisée. L'allocation forfaitaire de repos maternel n'est plus soumise à cessation d'activité. Des indemnités journalières peuvent être versées sous réserve de cesser toutes activités professionnelles pendant une durée minimum de huit semaines.

**En 2014** est reconnu le versement d'indemnités journalières en cas de pathologie de la grossesse aux femmes médecins qui doivent arrêter leur activité (à partir du 4ème jour d'arrêt et jusqu'au 91ème jour où la CARMF prend le relais).

Enfin en **octobre 2017** entre en vigueur l'Avantage supplémentaire maternité (ASM) pour les femmes médecins conventionnées installées ou collaboratrices dans le but de compléter les prestations versées.

→ C'est grâce à cette lutte débutée dans les années 1980 que les femmes médecins libérales acquièrent progressivement une couverture maternité.

#### I.3.3.2. Les aides actuelles

Actuellement une femme médecin libérale enceinte remplaçante ou installée a droit à 2 aides principales de la CPAM (24,25) :

- **l'allocation forfaitaire de repos maternel** : versée en 2 fois sans obligation de cessation d'activité (son montant est de 3377€ en 2019)

- **les indemnités journalières forfaitaires de repos maternel** versées pendant le congé maternité à condition de cesser toute activité professionnelle pendant au moins 8 semaines dont 2 avant l'accouchement (55,51€ par jour au 1<sup>er</sup> janvier 2019 avec la nécessité de fournir une déclaration sur l'honneur attestant de la cessation de toute activité professionnelle et un certificat médical attestant la durée de l'arrêt de travail).

Cependant ces montants ne permettent pas le maintien d'un revenu suffisant, notamment pour couvrir les charges d'un cabinet et c'est dans ce cadre que l'**ASM** est entrée en vigueur en 2017 afin d'inciter à l'installation et au maintien de l'activité des plus jeunes médecins.

L'aide est versée à compter du mois suivant l'interruption d'activité et pour toute sa durée, avec un maximum de 3 mois (montants variables selon le conventionnement et l'exercice à temps plein ou à temps partiel).

À noter qu'en cas de **difficultés médicales liées à la grossesse** imposant une cessation d'activité en dehors du congé maternité légal, **des indemnités forfaitaires** spécifiques peuvent être versées en adressant à la caisse primaire d'assurance maladie une déclaration sur l'honneur attestant de la cessation de toute activité professionnelle et un certificat médical prescrivant l'arrêt de travail (45,01 € par jour au 1er janvier 2019).

### **I.3.3.3. Les prévoyances privées**

L'adhésion à la **CARMF** (Caisse autonome de retraite des médecins de France), organisme offrant des prestations de prévoyance, n'est possible (et obligatoire) qu'une fois le médecin thésé et ne permet l'obtention d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail qu'après un délai de carence de 90 jours.

Ainsi, nombre de médecins libéraux font le choix de l'adhésion à un organisme de couverture complémentaire (mutuelle et assurance) pour bénéficier d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire d'une part durant la période antérieure à l'affiliation à la CARMF et d'autre part durant les 90 jours de délai de carence.

Différents organismes proposent des **contrats de prévoyance privée**, sachant que le niveau des indemnités journalières (IJ) est calculé sur la base des revenus de la dernière année. Il faut aussi être attentif aux clauses d'exclusions des contrats (par exemple : grossesse pathologique). Il peut exister un délai de carence entre le début de l'arrêt de travail et le versement des IJ, la durée de versement des IJ peut être limitée.

- ➔ Une prévoyance privée permet de bénéficier rapidement après un arrêt de travail d'un revenu de remplacement.

### **I.3.3.4. Durée du congé maternité**

La durée du congé maternité est fixée par loi. Elle comprend le congé prénatal et postnatal, et peut être adaptée à la situation familiale, au déroulement de la grossesse et aux conditions de naissance de l'enfant.

Durée du congé maternité			
Situation familiale	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
Vous attendez votre premier enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez un enfant et vous avez déjà un enfant à charge*	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins deux enfants à votre charge(1)	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Vous attendez des triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Figure 7 Durée du congé maternité.(26)

Il est possible de demander à reporter une partie du congé prénatal (les 3 premières semaines maximum) sur le congé postnatal en adressant une demande écrite à la CPAM et en joignant un certificat du médecin ou de la sage-femme attestant de la capacité à prolonger une activité professionnelle avant la naissance (cette demande doit être effectuée au plus tard 1 jour avant la date initialement prévue du congé).

À noter que la Caisse primaire d'assurance maladie souligne qu'il n'existe pas de congé spécifique pour allaitement (pas d'allongement du congé postnatal pour ce motif).

#### I.4. Évolution de la société et changement des mentalités

Au siècle dernier, le généraliste est assez proche de celui qui est encore aujourd'hui dans l'inconscient collectif, comme une véritable image d'Épinal : couvrant seul une zone géographique large, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ; toujours disponible et très polyvalent assurant des actes tels que des accouchements ou de la chirurgie (27). En 1959, le métier de médecin signifiait considération et haut revenu (28).

Force est de constater que l'image du médecin dans la société a changé...

Une enquête réalisée par le CNOM en 2005 ayant pour but de préciser les effets de la féminisation sur le corps médical avait conclu que « la féminisation de la médecine est sans doute le moteur du changement auquel on assiste depuis quelques années. C'est en effet sous l'impulsion des femmes que les médecins, dans leur globalité, revendiquent aujourd'hui une meilleure qualité de vie ».

C'est une notion que l'on retrouve dans de nombreuses études maintenant. Au sein des jeunes générations de médecins, les hommes aussi aspirent à une meilleure conciliation de leur vie professionnelle et familiale, et souhaitent disposer de davantage de temps de loisirs.

- ➔ Nous avons aperçu ce qu'a été le parcours des femmes à travers les siècles pour gagner leur place sur les bancs des facultés de médecine et avons décrit les conditions d'exercice actuelles d'une femme qui a choisi la médecine générale libérale. Connaissant cette volonté des jeunes générations de disposer de temps pour leur vie privée, nous apercevons l'intérêt de notre étude qui cherche à comprendre les sentiments de ces femmes médecins libérales à travers leur vécu et leurs expériences de vie ainsi que l'organisation qu'elles ont pu mettre en place pour concilier les exigences de leur profession et leur vie de famille.

## **II. Matériel et Méthodes**

---

### **II.1. Objectif**

L'objectif de ce travail est d'étudier le vécu des femmes médecins généralistes libérales de leur maternité et par extension de chercher à connaître les difficultés rencontrées et les éventuelles adaptations de pratique ou d'organisation professionnelle. Comment les femmes médecins généralistes s'organisent-elles pour concilier activité professionnelle et maternité ?

### **II.2. Bibliographie**

Les termes utilisés dans nos recherches ont notamment été : « maternité des médecins », « féminisation médecine générale », « difficultés maternité en médecine générale », « médecin et mère ».

Les sources utilisées ont principalement été Pubmed, le moteur de recherche Google, les sites internet du Conseil de l'Ordre des Médecins, de l'ARS, de la CPAM, de la Drees, de l'Insee ainsi que les bibliographies d'articles et de thèses en lien avec la maternité des médecins.

### **II.3. Choix de la méthode**

#### **II.3.1. Choix du type d'étude**

Pour répondre à notre objectif, nous avons opté pour une étude qualitative, particulièrement appropriée lorsque les éléments étudiés sont difficiles à mesurer objectivement. En effet, la première idée aurait été d'avoir recours à un questionnaire mais une étude quantitative n'aurait pas permis d'envisager la multiplicité des réponses possibles à cette question si personnelle de la maternité. Le risque était aussi que nos propres représentations sur le sujet influencent les réponses proposées. Nous avons axé notre étude sur « le vécu » et cet aspect ne pouvait entrer dans le cadre « fermé » de réponses à un questionnaire.

Il existe 2 types de recueil de données dans les études qualitatives : les entretiens individuels et les réunions de groupe, encore appelées « focus groups » pour lesquelles nous avons opté.

#### **II.3.2. Principe des focus groups**

Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe, un groupe de discussion semi structuré, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance. La méthode des focus groups permet par l'expression directe des participants de faire émerger des idées diverses, parfois inattendues pour le chercheur, reflet des valeurs sociales, culturelles et/ou religieuses de chacun.

Les entretiens de groupe ont l'avantage d'être interactifs et de susciter une dynamique de discussion intéressante en amenant les participants à confronter leurs expériences.

Le nombre de participants est idéalement de 6 à 8 personnes, toutes volontaires. Un nombre minimum de 4 personnes est indispensable pour assurer une dynamique de groupe (29).

Nous avons ainsi obtenu nos résultats en analysant tous les propos recueillis lors des focus groups.

## **II.4. Recueil des données**

### **II.4.1. Population étudiée et recrutement**

Nous voulions étudier la maternité des femmes médecins généralistes libérales.

Pour participer à l'étude, il fallait :

- être une femme médecin généraliste libérale, installée ou remplaçante
- avoir repris son activité professionnelle après avoir eu au moins un enfant

Les médecins exerçant uniquement une activité salariée ont été exclus.

Pour commencer, nous avons envoyé un mail de recrutement (Annexe 1) à toutes les femmes maîtres de stage répertoriées au département universitaire de médecine générale de Limoges. Ce fut l'occasion de reprendre contact avec d'anciens maîtres de stage rencontrés au cours de notre parcours universitaire.

Nous avons ensuite utilisé notre réseau de connaissances, c'est-à-dire les médecins rencontrés à l'occasion d'un remplacement dans la région et des consœurs connues sur les bancs de la faculté.

Pour diversifier le panel des participantes nous avons également contacté par téléphone au hasard des médecins femmes installées en consultant leurs coordonnées dans l'annuaire.

Dans tous les cas nous avons fait fonctionner le bouche-à-oreille et invité les personnes contactées à parler de l'étude autour d'elles et à transmettre le mail de recrutement.

Nous avons obtenu au final une trentaine d'accords de principe pour participer. Certaines personnes contactées se sont excusées de ne pouvoir participer faute de temps malgré leur intérêt pour le sujet.

Nous avons créé une liste avec les mails valides de chaque personne recrutée afin de s'assurer que chacune possède le courrier électronique de recrutement comprenant les éléments essentiels de l'étude :

- les responsables ;
- le thème global ;
- la méthode d'entretien en groupe ;
- l'assurance du respect de l'anonymat au cours de l'exploitation des données ;
- les modalités pratiques des réunions.

Ceci nous permettait également de faire parvenir à toutes les mêmes informations en même temps pour la suite de l'étude.

### **II.4.2. Recueil des données socio-démographiques**

À leur arrivée, chaque participante avait un questionnaire de profil à remplir recueillant les données suivantes :

- âge actuel ;

- situation familiale ;
- mode et milieu d'exercice actuel ;
- nombre d'enfant ;
- précisions sur chaque enfant (âge au moment de la grossesse, situation professionnelle, durée du congé maternité, allaitement).

#### **II.4.3. Guide d'entretien et déroulement des focus groups**

Nous avons élaboré un guide d'entretien au préalable (Annexe 2), après avoir formulé la problématique de la thèse, afin de garantir la reproductibilité des questions pour chaque focus group. Il comportait 7 questions, volontairement ouvertes et simples, choisies pour couvrir un large champ de réponses, afin de permettre à chaque participante de s'exprimer librement et laisser le groupe avancer la discussion sans l'influencer. La première question de notre guide d'entretien avait été pensée pour faciliter l'initiation de la discussion : question « brise-glace ».

Les échanges entre participantes ont finalement suivi la trame voulue de façon naturelle et nous n'avons pas eu besoin de modifier le guide à l'issue du premier entretien.

Les sujets abordés étaient :

- la grossesse ;
- le congé maternité ;
- la reprise du travail ;
- la conciliation entre vie de famille et vie professionnelle.

Si un sujet était abordé en avance par une participante, la question était quand même reposée à toutes comme prévu dans le guide d'entretien en reformulant : « *voulez-vous rajouter quelque chose* ». Nous débutions chaque focus group en réexpliquant le sujet de notre étude et les règles de dialogue de la séance de discussion. Les rôles de l'animateur et du ou des observateurs étaient définis. Après avoir informé les participantes de la nécessité d'enregistrer les propos pour pouvoir les retranscrire et les avoir assurées de l'anonymisation de ces données, nous lançons le dictaphone et l'animateur énonçait la première question.

Nous avons utilisé le même enregistreur vocal numérique de marque BENJIE pour chaque séance, suppléé par mesure de sécurité par l'utilisation de l'application dictaphone d'un iPhone et d'un iPad. Afin de garantir une bonne qualité d'enregistrement, nous placions le dictaphone au centre des participantes. Lors des deux premiers focus groups, 2 observateurs étaient présents, lors du troisième seul un observateur y assistait. Le rôle de l'observateur était de relever le non verbal : les gestes, les mimiques, etc., sans intervenir dans le débat. Il notait également les discussions à voix basse et les échanges entre participantes afin d'anticiper les difficultés de retranscription et pouvait signaler à l'animateur si l'une des participantes ne s'était pas exprimée au sujet d'une question.

#### **ORGANISATION LOGISTIQUE DES GROUPES DE DISCUSSION**

Les 3 focus groups ont eu lieu dans une salle de la faculté de médecine de Limoges afin de faciliter l'accès des participantes qui venaient parfois de loin.

À cet effet, un formulaire de demande de réservation de salle avait été au préalable envoyé à l'administration de la faculté afin d'obtenir l'accord des doyens.

Toutes les personnes correspondant aux critères de sélection et ayant répondu favorablement au mail de présentation pour participer à l'étude ont reçu simultanément un mail contenant un lien Doodle avec les dates proposées pour les focus groups afin que chacune ait la même chance de trouver une date qui lui convienne et d'essayer de répartir les participantes de façon homogène.

Nous recontactions personnellement chaque participante inscrite quelques jours avant la date de la réunion afin de s'assurer de sa présence et de confirmer l'heure et la salle.

Le premier focus group a eu lieu le 11 juin 2019 et le dernier le 19 septembre 2019, soit une amplitude de 3 mois nécessaire pour mener les 3 entretiens. Les congés d'été et la forte activité en période de rentrée scolaire, nous ont obligé à décaler certaines dates.

Dans une étude qualitative, le recueil des données s'arrête lorsque la lecture des discours des participants n'apporte plus de nouveaux éléments, donc jusqu'à saturation des données.

## **II.5. Analyse**

Nous avons réalisé une analyse en théorisation ancrée jusqu'à saturation des données dans une optique interprétativiste.

### **II.5.1. Retranscription**

La retranscription audio est un processus consistant à convertir des fichiers audios en texte écrit ; pour nous il s'agissait de taper manuellement sur un logiciel de traitement de texte la totalité des propos enregistrés lors des 3 focus groups. Tout a été fait « à la main et à l'oreille » car il ne semble pas exister à ce jour de méthode de transcription automatique suffisamment fiable et précise. Nos enregistrements se sont avérés de très bonne qualité avec des voix claires et intelligibles.

Le verbatim est formé de la retranscription intégrale des entretiens. Nous avons opté pour une retranscription littérale en retranscrivant exactement ce qui était dit, sans modifier ni corriger le langage, tout en mentionnant le non verbal en le faisant apparaître entre parenthèses et en italique. Les propos de l'enquêteur ont été mis en gras pour les différencier de ceux des participantes.

Il fallait entre 1 heure et 1 heure 30 minutes pour retranscrire 10 minutes d'entretien en intégrant le non verbal.

### **II.5.2. Codage (logiciel NVivo)**

Afin d'obtenir les résultats de notre étude, il a fallu analyser les verbatim recueillis au cours des 3 focus groups. Pour cela nous avons eu recours à une technique de codage via le logiciel NVivo, référence dans l'analyse qualitative de données, dont nous avons fait l'acquisition (NVIVO12).

#### **LE CODAGE DESCRIPTIF**

Nous avons commencé par décortiquer l'ensemble des propos pour en extraire les « idées ». Une idée correspond à un code ou « nœud » dans NVivo. Plusieurs codes peuvent être attribués à une citation et un code peut avoir été évoqué par plusieurs participantes.

À noter que le logiciel NVivo12 permet le codage des sentiments.

Ce codage descriptif a fait l'objet d'une triangulation des données, trois investigateurs ayant effectué un codage sur le premier focus group afin de s'assurer de la qualité et de la concordance des méthodes de codage. À la fin du codage descriptif, une relecture commune du codage des 3 focus groups a été réalisée.

#### LE CODAGE AXIAL

L'étape suivante a consisté à regrouper toutes ces idées par thématique, c'est le codage axial. Le but est d'identifier des thèmes répondant à la question de recherche.

#### LE CODAGE MATRICIEL

Le codage matriciel compare des éléments et affiche les résultats dans une table ou « matrice ».

### **II.5.3. Traitement des données socio-démographiques des participantes**

Pour respecter leur anonymat, les participantes ont été nommées P1, P2, P3, etc... lors de la retranscription des données.

Dans NVivo les participantes sont créées comme des « cas » ce qui permet d'attribuer à chaque personne ses caractéristiques socio-démographiques. Le logiciel a une fonction d'encodage automatique qui permet de rattacher les propos à chaque cas.

Chaque cas est ensuite doté « d'attributs » définis à partir des données des questionnaires de profil :

- l'âge ;
- la situation familiale ;
- le milieu d'exercice ;
- le mode d'exercice ;
- le nombre d'enfants ;
- la durée du congé maternité ;
- la durée de l'allaitement.

Pour décrire chaque attribut nous avons défini des « valeurs ».

L'âge a été divisé par tranches : moins de 30 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-59 ans, plus de 60 ans.

La situation familiale est divisée en 2 catégories : en couple ou séparé/divorcé.

Le nombre d'enfants est divisé en 2 catégories : 1 ou 2 et 3 ou plus.

Pour consigner la durée du congé maternité et de l'allaitement, nous avons défini des tranches de temps.

## III. Résultats

---

### III.1. Profil des participantes

Nos focus groups ont regroupé **16 participantes** au total. Les données socio-démographiques des participantes ont été enregistrées dans le logiciel NVivo (Annexe 3).

#### ÂGE

Elles étaient âgées de 29 ans à 59 ans avec une moyenne de 40,5 ans :

- 1 participante de moins de 30 ans ;
- 7 entre 30 et 39 ans ;
- 4 entre 40 et 49 ans ;
- 4 entre 50 et 59 ans.

#### SITUATION PROFESSIONNELLE

Elles étaient majoritairement installées en groupe :

- 13 d'entre elles étaient installées alors que 3 participantes étaient remplaçantes.
- Parmi celles qui étaient installées, 10 exerçaient en groupe, 3 étaient installées seules.

Tous les milieux d'exercice étaient représentés : 5 participantes en rural, 4 en semi-rural, 6 en urbain, 1 en péri-urbain.

#### SITUATION FAMILIALE

La majorité était en couple : 13 participantes étaient en couple et 3 étaient séparées ou divorcées.

Elles avaient entre 1 et 5 enfants avec une moyenne de 1,87 enfant par femme :

- 13 avaient eu 1 ou 2 enfants ;
- 3 avaient eu 3 enfants ou plus.

Au premier enfant, la moyenne d'âge de nos participantes était de 28,31 ans, la plus jeune avait 24 ans, la plus âgée 38 ans.

La fiche de recueil de données socio-démographiques demandait également aux participantes leur statut professionnel au moment de chaque grossesse : 10 personnes ont rapporté avoir eu au moins 1 enfant pendant leur internat.

#### CONGÉ MATERNITE

La moyenne des durées du congé maternité déclarée par nos participantes était de 17 semaines incluant la durée d'interruption de travail en cas d'arrêt pour une pathologie de la grossesse.

#### CONGÉ PRENATAL

7 participantes ont eu un congé maternité prénatal court :

- 4 consœurs se sont arrêtées moins de 15 jours avant leur accouchement, elles faisaient toutes partie de la classe d'âge des 50-59 ans ;

- 2 participantes de la catégorie 30-39 ans se sont arrêtées 15 jours avant (une lors de sa troisième grossesse sans pathologie par volonté personnelle, l'autre par obligation professionnelle) ;

- 4 semaines de congé prénatal pour les 2 grossesses d'une participante dans la trentaine par volonté personnelle.

Les autres participantes ont eu des durées de congé prénatal au moins égales à 6 semaines : 2 participantes ont eu une durée de congé prénatal égale au congé prévu par la CPAM, elles étaient alors internes.

6 participantes signalent des congés maternité supérieurs à 6 semaines, souvent en lien avec des pathologies de la grossesse.

### **CONGÉ POSTNATAL**

62% des participantes ont pu prendre au moins 10 semaines de congé postnatal, 7 participantes ont bénéficié des 10 semaines prévues par la CPAM, 3 se sont arrêtées plus longtemps.

Nous avons observé une reprise précoce avant 6 semaines pour au moins une grossesse des 6 autres participantes : elles ont toutes repris leur activité professionnelle avant les 10 semaines de leur enfant et 3 de la catégorie 50-59 ans ont travaillé moins de 6 semaines après leur accouchement.

### **ALLAITEMENT**

81% des participantes ont allaité leur enfant à la naissance, soit 13 participantes sur 16.

Les durées d'allaitement déclarées se sont étalées entre 3 jours et 4 ans. 2 participantes ont allaité leurs enfants plus de 6 mois et l'une d'elles au-delà de 2 ans.

9 ont arrêté l'allaitement à cause de la reprise (travail trop intense, baisse de la lactation, organisation trop compliquée).

2 ont arrêté avant la reprise en raison de complications (crevasses) pour l'une et de défaut de lactation pour l'autre.

## **III.2. Les focus groups**

### **III.2.1. Nombre de focus groups et durée**

Nous avons réalisé 3 focus groups :

- le premier a regroupé 5 participantes et duré 1 heure et 41 minutes ;
- le deuxième a regroupé 7 participantes et duré 1 heure et 29 minutes ;
- le troisième et dernier a compté 4 participantes et a été le plus court avec une durée de 1 heure et 10 minutes.

### **III.2.2. Retranscription**

À l'issue des 3 focus groups, nous avons un temps total d'enregistrement égal à 4 heures et 20 minutes.

Cela représentera, après retranscription, 66 pages de texte brut sur Word.

### III.2.3. Codage

Sur NVivo, à l'issue de l'étape du codage descriptif des 3 focus groups, nous avons obtenu 110 nœuds et une saturation des données.

#### III.2.3.1. Codage axial

Ces 110 codes ont été regroupés en 4 grands thèmes par le codage axial :

- les particularités de la profession
- le vécu de la maternité
- l'organisation professionnelle
- l'étude des sentiments

mode de garde	conseils	allaitement	pas une pa...	aide famil...	difficult...	congé ...	vécu g...	grosses...	difficul...	
	compatibilité									
profession chronophage		congé post natal	anxiété ...	comp...	avanta...	trouv...	organ...	discri...	évolu...	organ...
	organisation	education pati...								
grossesse internat			jour de repo...	prendr...	exerci...	vécu ...	trava...	incon...	gérer ...	atout...
		temps de plaisir ...								
	gestion quotidien...		deux métiers							
disponibilité du conjoint		patientèle com...		aménage...	faire...	aide ...	su...	qu...	pe...	culp...
		aménager d...		reprise dif...						
difficultés financières	liberte d'organisati...	mère remplaç...			nécessité...			3 r...	tr...	
		super nounou		evolution...	nécessité...					
		evolution con...		impact neg...			employ...			
installation	entraide entre col...			déléguer ...	interrupt...		courage...			
		adaptation		fatigue nouv...	aide fina...		inconven...	fatig...		
difficultés grossesse	complications gro...					aides de l...	boulot...	exer...		
		grossesse insta...	congé mater...	finir tôt		temps d'i...	besoin ...	tem...		
							prévoya...	ne se...		

Figure 8 Diagramme hiérarchique sur les nœuds. Logiciel NVivo.

Sont représentés dans la Figure 8 la totalité des nœuds définis dans notre étude. Le diagramme hiérarchique dimensionne les zones en fonction du nombre de références d'encodage. Une zone plus grande indique un nombre plus élevé de références d'encodage. Il permet de visualiser les idées qui ont été les plus évoquées.

Dans notre travail, le sujet du « mode de garde » arrive en première position avec 60 références d'encodage, viennent ensuite dans l'ordre les nœuds « profession chronophage », la « grossesse pendant l'internat », la « disponibilité du conjoint », les « difficultés financières », l'« installation », les « difficultés de la grossesse », les « conseils », la notion de « compatibilité », et l'« organisation ».

Notons que le nombre de codes référencés à chaque focus group est quasiment équivalent :

- focus group 1 : 101 codes ;
- focus group 2 : 111 codes ;
- focus group 3 : 95 codes.

Certaines participantes se sont exprimées plus que d'autres comme le montre la Figure 9 :

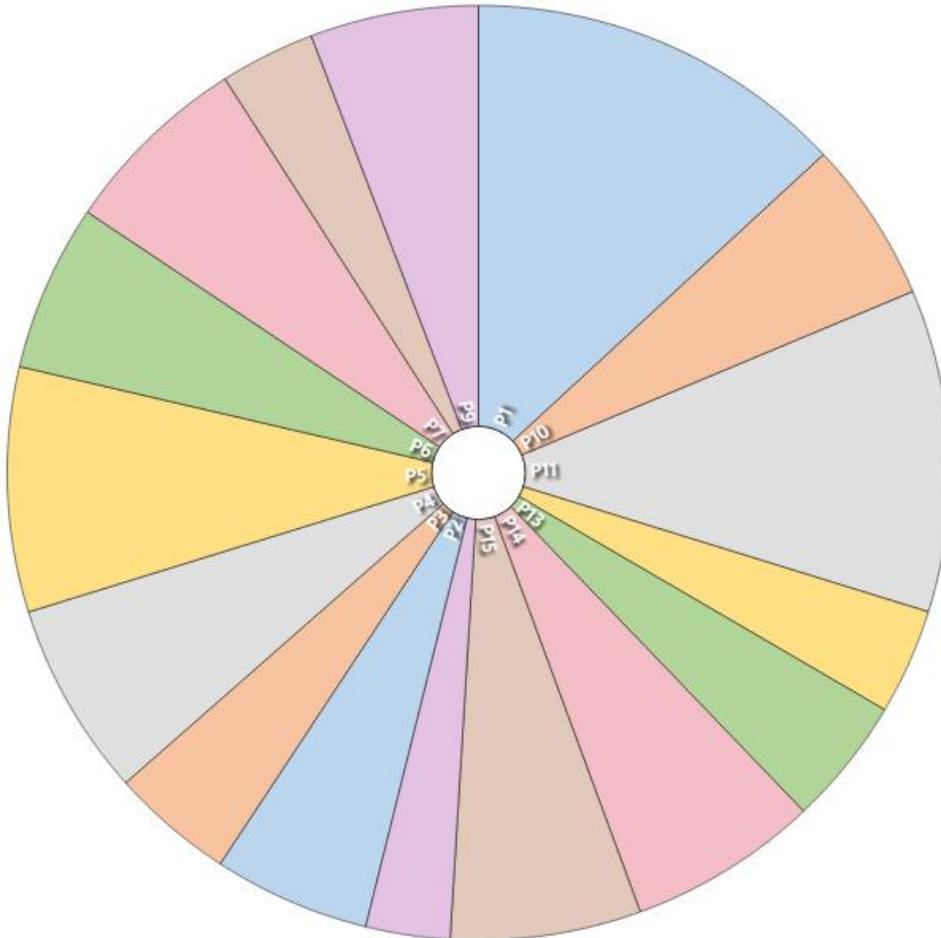


Figure 9 Diagramme hiérarchique sous forme « Soleil » comparant le nombre de références d'encodage par cas. Logiciel NVivo.

### III.2.3.2. Codage matriciel

Les participantes avaient des domaines de prédilection dans la discussion comme le montre le Tableau 1 :

Tableau 1 Croisement matriciel entre les Cas et les Thèmes. Logiciel NVivo.

	Etude des sentiments	Organisation professionnelle	Particularités de la profession	Vécu
P1	17	36	31	42
P2	12	28	18	25
P3	14	16	8	21
P4	18	46	19	42
P5	8	27	14	28
P6	11	12	8	18
P7	12	22	13	24
P8	3	12	8	19
P9	6	12	15	35
P10	11	26	18	28
P11	16	42	39	65
P12	6	13	10	23
P13	7	25	13	31
P14	17	42	41	55
P15	7	14	25	36
P16	7	13	11	17

Un ombrage de couleur est créé par le logiciel afin de mettre en exergue le nombre de références d'encodage dans chaque cellule. Nous observons ainsi que les participantes « P11 » et « P14 » se sont beaucoup exprimées sur la partie du « vécu », « P4 » sur la partie « organisation professionnelle ».

Nous avons réalisé un codage matriciel comme dans l'exemple ci-dessus pour compléter notre analyse et répondre à notre objectif principal qui était d'étudier le vécu des femmes médecins généralistes libérales de leur maternité.

Les résultats ainsi obtenus dans le logiciel Nvivo apparaîtront sous forme de tableaux et de graphiques.

Nous commencerons notre analyse des 4 thèmes définis à partir du codage axial par les particularités de la profession. Les nœuds issus du codage descriptif apparaîtront en gras et les verbatim entre guillemets et en italique.

### III.3. Particularités de la profession

L'exercice de la médecine générale libérale a des particularités, des avantages et des inconvénients expliqués par nos participantes.

#### III.3.1. Compatibilité maternité et médecine libérale

À chaque fois les participantes ont commencé par parler de « **compatibilité** » entre la profession de médecin libéral et leur rôle de mère. Cette idée a été citée 35 fois et était présente dans les 3 focus groups.

*P1 « je pense que ça peut tout à fait être jouable d'être maman et médecin généraliste »*

*P11 « je pense que c'est tout à fait compatible d'être mère et médecin généraliste »*

*P13 « Je me suis jamais vraiment posé la question de... enfin j'ai voulu des enfants, j'ai voulu être médecin généraliste et je me suis jamais posé la question que l'un serait incompatible avec l'autre »*

Si la majorité des participantes penchait pour la compatibilité entre leur vie de médecin libéral et leur vie de maman, certaines pondéraient ces propos.

*P12 « Tu peux pas être une bonne femme, une bonne mère et un bon médecin. »*

*P10 « je le vois pas grandir et ça m'attriste beaucoup parce que j'arrive pas à l'heure actuelle à concilier (les deux) »*

*P5 « après la conciliation ça va quand tout roule et puis après quand ça commence à pas rouler ça devient facilement compliqué quoi »*

Pour 5 participantes, allier la maternité et la médecine était une source d'**équilibre**.

*P1 « une vie de femme, une vie de maman équilibrée, passe par aussi une vie professionnelle équilibrée ».*

*P15 « si le métier se passe bien et si on est épanouie dans notre métier je pense qu'on sera des mamans épanouies, ça marche dans les 2 sens ».*

Les participantes estimaient majoritairement que la maternité était <b>compatible</b> avec leur profession.
---

### III.3.2. Avantages

La médecine générale libérale avait ses propres **avantages** :

- L'idée d'une **liberté d'organisation** a été citée 32 fois et dans les 3 focus groups avec l'avantage majeur de pouvoir gérer soi-même son emploi du temps en choisissant ses horaires ou en posant des jours :

*P11 « c'était moi qui gérais mon planning »*

*P11 « Je fais des sorties scolaires, je pars une semaine accompagner la classe de ma fille en classe de mer, je peux être présente sur des activités que d'autres mères ne peuvent pas, je suis libre de mon emploi du temps. »*

*P14 « Et l'avantage de l'installation c'est ça aussi, c'est que tu choisis tes horaires... quelque part. Tu peux les modifier. »*

*P4 « Je pense qu'on a un métier qui permet de nous organiser un peu comme on veut, c'est aussi l'avantage du médecin généraliste »*

Une des participantes signalait même avoir emmené régulièrement son enfant au travail avec elle :

*P5 « Elle n'a pas du tout supporté que je reprenne en fin de compte et du coup pendant 2 ans j'ai bossé avec ma fille. »*

*P2 « Dans quel boulot on pourrait travailler avec un bébé dans les bras ? »*

- Une participante parlait de passion pour qualifier le métier :

*P15 « on a la chance je pense de faire des métiers qui sont plus des passions »*

- Les revenus étaient des avantages pour 2 médecins installées :

*P4 « en étant médecin c'est qu'on a quand même aussi la capacité financière de pouvoir assumer certains choix »*

*P14 « On fait un métier qui rémunère un peu et voilà donc »*

Selon nos participantes, il y avait des avantages à être médecin en étant maman :

- en renforçant **la confiance des parents** qui consultent pour leur enfant

*P3 « En même temps ça peut être un atout parce que c'est vrai qu'on voit quand même beaucoup de mamans avec des bébés et ça les rassure »*

*P14 « ça amène une sérénité quand tu dois t'adresser à des parents ou des enfants en bas âge, quand tu sais déshabiller un petit »*

- en permettant de créer plus facilement **un lien** avec les patients

*P12 « mon expérience de mère a fait que je m'entendais mieux, enfin mon rapport relationnel était mieux avec les mamans, les enfants aussi. »*

*P16 « le fait d'avoir eu un enfant ça m'a apporté niveau relationnel avec les parents... euh et je me sens moins... et je me sens plus légitime dans certaines situations »*

#### - en enrichissant la pratique professionnelle

*P12 « Examiner un enfant pareil c'est moins compliqué. »*

*P16 « La maternité apporte à la pratique médicale. Moi ça m'a apporté en tout cas. Après peut-être que je me mettais des freins par rapport à certaines choses, je me sentais pas forcément à l'aise avec les tout petits ou donner des conseils à une maman alors que j'avais jamais été maman ça me... enfin je trouvais ça un peu compliqué... »*

- la compétence de suivi du médecin généraliste lui permet aussi de voir grandir les enfants de sa patientèle et de les **comparer** aux siens :

*P14 « tu vois grandir les enfants, tu les compares aux tiens, voilà les enfants de la même génération (...) je trouve qu'il y a un côté ah voilà il a fait ça le tien ouais ma fille elle fait ça ou la vôtre ».*

Le fait d'être maman serait un **atout** supplémentaire quand on est médecin, en enrichissant ses compétences avec les enfants et en gagnant en confiance auprès des parents.

L'exercice ambulatoire et libéral offrait une **liberté d'organisation** appréciée des participantes.

### III.3.3. Inconvénients

#### III.3.3.1. Une profession chronophage

Une idée qui ressortait de nos 3 focus groups, citée par 15 participantes sur 16 et qui se classait deuxième en termes d'occurrences avec 46 références était un des inconvénients du métier : c'est une **profession chronophage**.

*P1 « On est d'accord après que le métier de médecin généraliste c'est pas les 35h, surtout quand on est à la campagne »*

*P5 « on travaille beaucoup et c'est vrai que quelques fois c'est quand même le grand écart entre l'organisation de la vie de famille et puis le travail »*

*P9 « Je fais des grosses, grosses journées »*

*P10 « Moi je commence à 7h et quart et je finis à 20h30. Et je finis à 15h le samedi. »*

*P14 « moi je trouvais pas trop le temps d'être toujours à la maison dans les grosses heures de pointes et que je me disais mais en fait ça fait un peu chier (...) ça reste quand même envahissant comme métier. »*

Dans les 3 focus groups les participantes ont estimé avoir **besoin de temps** :

*P4 « une seule journée parfois ne suffit pas »*

Tableau 2 Croisement matriciel entre le mode d'exercice et le code "profession chronophage".  
Logiciel NVivo.

	Profession chronophage
mode d'exercice = libéral remplaçant	7
mode d'exercice = libéral installé en groupe	26
mode d'exercice = libéral installé seul	9
milieu d'exercice = rural	13
milieu d'exercice = urbain	18
milieu d'exercice = semi rural	14
milieu d'exercice = péri urbain	1

L'analyse matricielle (Tableau 2) permet de se rendre compte que l'idée d'une « **Profession chronophage** » était plus abordée par les participantes qui exerçaient en groupe et en milieu urbain.

**La permanence des soins** a facilité la vie des médecins lors de son instauration mais elle semblait également représenter une contrainte dans cette liberté d'organisation de la médecine libérale :

*P11 « Moi ce qui m'a facilité la vie dans la maternité c'est ce système de permanence de soins. Je me serais jamais installée en libéral s'il n'y avait pas la permanence de soins je tiens à le dire. Je me vois pas du tout gérer une journée sur 3 et un week-end sur 2. »*

*P10 « je trouve en effet qu'avec la permanence des soins c'est pas si souple, du coup faut être là de 8h à 20h au travail »*

*P9 « Moi le 8h 20h c'est pas du tout possible mais ça deviendrait... même 9h 19h j'aurais dit plutôt. Mais je m'installerais si c'était ça. »*

### III.3.3.2. Une profession difficile

Certaines participantes parlaient aussi de **la difficulté de leur profession**, en citant :

- les situations à risque comme les visites pour hospitalisation en psychiatrie, les patients violents « *j'ai trouvé ça dur de, d'avoir des visites violentes sur HDT en étant enceinte* » ;

- la fatigue des lendemains de garde chargée « *le lendemain de garde, je dormais sur la banquette, elle me prenait la tension, j'avais 9 de tension donc elle me disait c'est pas terrible* » ;

- les montées d'escaliers, la route et les visites en étant enceinte sont aussi abordées « *ce qui m'a le plus gênée au niveau de la médecine générale c'est les visites (...) c'est les montées d'escaliers* ».

Les **connaissances médicales** devenaient à certains moments des **inconvénients** :

*P10 « Je me suis fait 7 prises de sang pour savoir si j'étais enceinte ou pas. Pour voir le doublement des BetaHCG toutes les 48h, euh... Parce que j'ai pensé à la grossesse extra utérine, à... (..) J'étais complètement folle, voilà, je faisais des prises de sang, après j'ai imaginé la trisomie 21, enfin toutes les pathologies possibles ou imaginables, elles sont toutes passées donc j'ai été angoissée du début à la fin, j'ai fait vivre un enfer à tout le monde. »*

*P12 « quand j'étais enceinte je disais tu vois dans 3 semaines ça va faire une fausse couche, après c'est bon les 3 semaines sont passées c'est bon, non là c'est le risque de ça, c'est bon c'est passé, non mais là c'est le risque de ça (...) il peut toujours mourir. Même avant l'accouchement je disais de toute façon le cordon il peut s'enrouler, il peut mourir avec le cordon. Bon après à la naissance (...) il y a encore hémorragie du truc, hémorragie de la délivrance. »*

*P11 « Comme j'énumérais tous les risques et les complications euh de la grossesse, du et quand j'ai accouché c'était difficile mais Dieu soit loué, on est là toutes en pleine forme, j'ai dit à mon mari les yeux dans les yeux : je te préviens là je suis en train de mourir et je vais probablement mourir parce que le risque est de tant ».*

Être confrontée à des enfants malades pouvait dans certains cas être également dur :

*P13 « Ça rend les choses un peu plus dures aussi des fois face à des enfants très malades... »*

*P14 « les convulsions du nouveau-né, euh les bébés secoués, les machins, les trucs, ça c'était par moment un peu difficile »*

Une **profession chronophage**, qui peut nous mobiliser jour et nuit quand on participe à la **permanence des soins**, être confrontée à des enfants très malades, avoir des **connaissances médicales**, notamment pendant la grossesse, étaient les principaux **inconvénients** du métier rapportés par les participantes.

### III.3.4. Le congé maternité

Grâce à l'acquisition d'une couverture maternité, le **congé maternité** des médecins a évolué. Nos participantes en ont parlé :

*P1 « Maintenant on a un super congé maternité en tant que médecin généraliste, enfin ça a vachement évolué »*

*P6 « C'était peut-être des problématiques différentes, euh, pour les médecins plus vieilles parce que de toute façon il y avait pas de congé prénatal. »*

*P15 « j'ai accouché à une époque où le congé maternité chez le médecin en libéral n'existait pas »*

Comme elles le faisaient remarquer, **une grossesse ne se programme pas** et rendait difficile l'anticipation de son organisation quand on exerce en libéral.

*P9 - « C'est plus la grossesse qui est difficile à planifier moi je trouve. »*

*P6 - « Elle se planifie pas, hein ? Ça se planifie pas une grossesse ? »*

*P9 - « Justement on peut pas la planifier... »*

*P16 « Je pense qu'il y en a qui essaient d'anticiper au maximum, on peut pas anticiper tout ce qui va nous tomber dessus ».*

**La durée d'interruption d'activité** variait en fonction de la survenue d'éventuelles pathologies en cours de grossesse :

*P1 « 3 mois classiques plus 2 mois de pause avant donc j'ai eu 5/6 mois sans rien faire, pas de médecine, rien du tout donc ça a été dur (...) financièrement ça a été compliqué »*

*P2 « J'ai eu des contractions à 5 mois et après ça a été terminé, au lit »*

*P11 « j'avais tellement décroché que j'ai eu l'impression que j'avais une vie à point de croix et une vie à point suture et j'arrivais pas à raccrocher les 2 »*

Et crée certaines craintes :

**- peur de perdre la main**

*P1 « j'avais peur de perdre un petit peu la main »*

**- peur de perdre la patientèle**

*P4 « je voulais reprendre quand même parce qu'on se dit est-ce que les patients vont revenir »*

Les avantages de bénéficier d'un vrai **congé maternité** en libéral était reconnu par les participantes de tous âges même si la moitié de nos participantes avait eu leur premier enfant en tant qu'interne et avait donc bénéficié du congé maternité d'une salariée.

*P13 « j'ai eu le congé maternité classique d'interne »*

*P14 « on avait décidé d'essayer, on a eu de la chance d'y arriver, de faire pareil le premier enfant pendant l'internat parce que c'était plus facile de pas se poser la question du maintien de salaire pendant le congé maternité parce qu'à l'époque pas de sous de côté »*

Les participantes de plus de 50 ans dans notre étude ont toutes eu une durée de **congé prénatal** inférieure à 15 jours :

*P6 « Alors pas de congé prénatal parce que j'ai accouché 9 jours après et même, euh une fois j'étais dans la voiture il a fallu aller vite. »*

Notons qu'une participante de la catégorie 30-39 ans s'est arrêtée également moins de 15 jours avant la naissance de son enfant par obligation professionnelle :

*P10 « j'ai accouché 10 jours après m'être arrêtée »*

Certaines des autres participantes ont choisi de ne pas prendre la totalité de leur congé prénatal :

*P4 « j'ai travaillé par contre jusqu'au bout (P1 hausse les sourcils) c'est-à-dire que j'ai travaillé jusqu'à 15 jours avant l'accouchement parce que j'allais bien, très bien même »*

*P14 « j'ai fait comme avec la première je me suis arrêtée 4 semaines avant et j'ai fait décaler mon congé maternité »*

D'autres en ont profité au contraire pour s'accorder plus de temps :

*P5 « Et puis je me suis arrêtée à 6 mois de grossesse »*

*P9 « j'ai calé des remplas jusqu'à 6 mois et demi »*

Le tableau 3 issu du croisement matriciel entre la durée du congé prénatal et l'âge des participantes illustre cette courte durée du congé prénatal pour les participantes de la catégorie des plus de 50 ans et au contraire une durée plus longue pour celles de la catégorie des 30-39 ans.

Tableau 3 Croisements matriciels entre la durée du congé maternité et l'âge. Logiciel NVivo.

	<30 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans
moins de 15 jours	0	0	0	89
15 jours	0	64	0	0
4 semaines	0	34	44	0
6 semaines	0	19	17	0
plus de 6 semaines	15	121	22	28

Nous avons fait le même constat pour le **congé postnatal**. Nous retrouvons une reprise précoce pour les plus anciennes :

*P2 « j'ai repris il avait 1 mois et demi »*

*P6 « 6 semaines après pour chacun des enfants »*

*P15 « moi j'ai eu 4 semaines après (...) je pense qu'à l'époque j'ai trouvé ça un peu court »*

La jeune femme qui s'était arrêtée 10 jours avant son accouchement avait également eu un congé maternité postnatal raccourci par obligation d'aller reprendre en charge sa patientèle :

*P10 « j'ai repris il avait 1 mois et 1 semaine parce que j'avais plus de remplaçants non plus, que j'avais mon associée qui voulait pas prendre en charge mes patients donc j'ai bien été obligée de réattaquer même s'il était tout petit. »*

Certaines s'étaient accordées plus de temps :

*P5 « C'était sympa et j'ai repris elle avait 4 mois et demi. »*

*P13 « j'ai pris un mois de congé sans solde à la fin de mon congé maternité payé pour reprendre plus tard »*

*P8 « c'était à la fin de mon internat, du coup après on est parti à l'étranger et j'ai pas travaillé pendant ce temps là du coup j'étais sans activité. Donc la maternité grossesse et tout petit bébé j'ai été gâtée »*

*P14 « ma deuxième avait 5 mois et demi quand j'ai repris donc c'était plus facile »*

Le **congé maternité** des médecins libéraux a été une avancée bénéfique reconnue par nos participantes. **Des difficultés** demeuraient liées à la **durée d'interruption d'activité**. La durée du congé pris par les femmes médecins variait selon les problématiques rencontrées en cours de grossesse, leur difficulté à s'affranchir de leurs obligations professionnelles et leurs propres envies.

### **III.3.5. Evolution de la profession**

Si nos participantes ont évoqué l'évolution du congé maternité, elles parlaient aussi de changements dans leur profession :

#### **- féminisation de la profession**

*P1 « le métier se féminise »*

#### **- évolution des conditions de travail**

*P15 « Moi je travaillais 5 jours et demi sur 7, je travaillais du lundi au samedi midi, euh c'était il y a 20 et quelques années »*

*P1 « c'était la mentalité d'antan, comme quoi le médecin était corvéable à merci. Que c'était matin, midi, soir, nuit. »*

*P4 « je me suis installée, 3 mois à 6 mois après il y a un médecin de 83 ans qui a pris sa retraite. 83 ans, il s'était fait bouffer, il travaillait H24, d'ailleurs il nous avait à chacun écrit une petite lettre en disant ne faites pas comme moi »*

*P7 « je faisais des remplacements à la campagne, euh la campagne à l'époque les remplacements c'était 24h/24, 7j/7, 30j/30 l'été avec 4 week-ends de garde d'affilée donc il est vrai que ma fille à l'époque elle avait 6 mois, je suis restée 1 mois à l'époque sans la voir »*

*P14 « Après on est peut-être à un moment où c'est moins peut être... on attend moins d'un médecin généraliste qu'il soit là corvéable à merci 24h/24. »*

#### **- évolution de la société et des mentalités**

*P1 « C'était vraiment un monde d'hommes, on était dans une époque où il y avait un actif et un qui restait s'occuper des enfants à la maison, c'était pas du tout le même schéma donc heureusement que ça a évolué parce que la société change. Maintenant on est 2 à travailler donc faut bien à un moment se dégager du temps pour sa famille aussi »*

*P2 « je dirais aussi que c'est vrai que les mentalités des patients ont changées (...) je me souviens d'une patiente qui a téléphoné un mercredi et donc le mercredi j'étais pas là et qui a dit à la secrétaire oui les femmes médecins elles devraient être là tout le temps je comprends pas, elles devraient être là 24h/24 et elles devraient pas avoir d'enfant. Donc ça maintenant c'était il y a 20 ans, maintenant ça on l'entend plus hein. »*

Elles soulignaient le **mimétisme des pères** dans cette volonté de disposer de davantage de temps pour leur famille :

*P14 « je pense que dans ma profession il y a de plus en plus d'hommes qui ne veulent pas faire la médecine générale comme un sacerdoce comme ça a été pour la génération d'avant quoi (parle les bras croisés). Ils veulent autant que nous élever leurs enfants. »*

*P1 « les sociétés évoluent et autant les hommes que les femmes avons envie de profiter de nos enfants et de notre famille »*

*P14 « ça fait partie des trucs aujourd'hui, mais ça vaut pour les femmes mais pour les hommes aussi, euh la maternité et la paternité vont avec un allègement de l'emploi du temps souhaité par les deux. Parce que moi je vois j'ai 2 collègues homme aussi qui sont papa et futur papa et quand ils s'installent aussi choisissent d'avoir une journée ou une demi-journée par semaine »*

*P2 « Nous on est 2 hommes et 2 femmes au cabinet et chaque personne a une journée de congé, donc un jour qu'il partage avec sa famille »*

La **société a évolué**, les **mentalités ont changé**, l'**exercice de la médecine** est devenu différent : les médecins de l'étude revendiquaient une certaine **liberté d'organisation** et aspiraient à passer plus de temps en famille et moins au travail, ce qui ne semblait pas être uniquement l'apanage des femmes.

### III.4. Vécu de la maternité

Un de nos grands thèmes regroupe les nœuds en rapport avec l'expérience de vie des participantes. Nous évoquerons leurs idées sur le rôle de maman, les difficultés qu'elles ont rencontrées dans leur maternité et leurs inquiétudes.

#### III.4.1. Rôle de maman

Être maman est considéré comme un **deuxième métier** par 9 de nos participantes.

*P4 « c'est deux métiers à part entière »*

*P2 « c'est vrai que quand on a fini notre travail on a aussi tout ce qu'on doit faire à la maison »*

*P16 « les jours où justement j'arrivais à pas avoir de rempla la petite allait quand même chez la nounou ce qui me permettait de faire tout le travail à côté, donc ma thèse mais aussi les courses, le ménage, enfin essayer d'avoir, d'avancer des choses à la maison en attendant. »*

Une maman médecin a finalement **3 rôles** que les participantes des 3 focus groups tenaient à souligner :

*P1 « Enfin on ne peut pas être qu'une maman en fait, mais ça c'est un autre débat. Je pense que c'est important d'avoir ces 3 moments : vie professionnelle, vie familiale et vie de femme. »*

*P6 « Moi je pense c'est une question fondamentale (...) Où est la place de mère, la place de femme, la place de maman, la place de médecin pardon »*

*P16 « probablement dans notre vie après on est sûrement avant tout maman, après femme et après médecin, pour moi ça se passe comme ça. »*

*P14 « Dans la vie tu jongles entre 3-4 trucs quoi (énumère en posant ses doigts successivement sur la table). Ton boulot, donc la médecine générale, c'est un boulot, qui est un boulot très prenant (...) De deux t'as ton couple, ça c'est important. T'as tes enfants et puis t'as toi-même. »*

En confrontant leurs expériences de vie, les participantes des 3 focus groups ont remarqué aussi que chacune **organisait son temps selon ses convictions personnelles** :

*P5 « ça dépend comment on prend son fonctionnement de médecin et son fonctionnement de mère (...) moi c'est une organisation différente (...) moi j'aime beaucoup tout ce qui est maternage »*

*P4 « Après on fait ce qu'on peut, l'essentiel c'est de se sentir bien dans sa peau, chacun en fonction de son ressenti et de comment on veut élever ses enfants. Je pense que chacun est différent, il y a pas de jugement à avoir sur l'autre »*

*P5 – « Bon après je pense que c'est pas une question de scrupules ou n'importe, c'est une question de convictions et de vision des choses. »*

*P2 – « De vision des choses, oui, de vision d'éducation. »*

*P5 « du coup c'est une question plus de convictions personnelles, de modes éducatifs qui est effectivement là un autre débat »*

*P11 « On a aussi organisé nos façons de bosser en fonction de chacun nos vies familiales »*

Dans cette profession chronophage, certaines prônaient la **qualité de temps** passée avec les enfants plutôt que la quantité :

*P4 « Le temps est précieux et il faut en profiter, après ce n'est pas qu'une histoire de longueur de temps qu'on passe avec eux. »*

*P7 « j'ai toujours essayé d'être présente pour les moments forts de sa vie »*

*P1 « Je vois j'ai des mamans qui font 35h et qui veulent partager à fond et on se rend compte que les relations c'est pas... c'est pas si fusionnel que ça. »*

Être une maman médecin signifiait avoir **deux métiers**, et essayer de **concilier ses 3 rôles** de médecin, maman, femme selon ses convictions :

*« Comme quoi on adapte en fait sa vie professionnelle et sa vie familiale comme on l'entend »*

### III.4.2. Difficultés rencontrées

#### III.4.2.1. Ne pas être considérée comme une patiente normale

Elles étaient devenues « patientes » elles même, que ce soit lors de leur grossesse ou en tant que jeune maman et nos médecins ne se sont pas senties traitées comme les autres femmes. Les professionnels de santé ont souvent considéré que leurs connaissances médicales faisaient tout et qu'elles n'avaient pas besoin d'aide ou au contraire ce statut particulier de « médecin patient » les poussait à prendre plus de précautions que nécessaire.

*P5 « Je pense que aussi le fait d'être médecin euh ben ceux qui me suivaient m'ont un peu déchargé mon propre suivi que je n'ai pas fait »*

*P3 « Après moi quand j'étais suivie par le gynéco c'était un peu plus compliqué, en fait c'était un peu moi qui faisais mon suivi. Je trouvais ça un peu étrange et pas très rassurant en fait. Euh enfin j'avais plus envie et besoin qu'on me prenne en charge pour une fois, que ce ne soit pas moi »*

*P4 « Je suis assez d'accord, je pense que quand on est dans la profession c'est toujours difficile en fait pour les confrères, euh de prendre la main, ils veulent pas trop et ils se disent elle sait faire et à ce moment-là on a pas forcément envie de savoir faire on a juste envie d'être une femme, une maman. »*

*P2 « pour l'allaitement effectivement, il fallait que j'ai la science infuse pour l'allaitement et c'est pour ça d'ailleurs que j'ai pas réussi parce que personne ne m'a expliqué. Démerde-toi tu dois savoir. Voilà. »*

*P10 « Il y a un truc que j'avais du mal, à la maternité, à l'accouchement et tout ça, ce que je n'appréciais pas c'est que les puéricultrices ou les sages-femmes c'était oh ben vous êtes docteur vous savez vous. Non (fait non de l'index) c'est la première fois que je suis maman donc je sais pas. Donc pour tous les conseils que l'on pouvait donner à une maman, c'était oh ben c'est pas la peine qu'on vous le dise vous êtes docteur. »*

*P7 « C'était...pfff... les conseils pour l'allaitement, les conseils pour des tas de choses, ça a été catastrophique parce que ben on me considérait pas comme une patiente. »*

*P1 « j'étais suivie par une copine gynéco, donc elle prenait encore plus de précautions. J'avais même droit à ma petite écho tous les mois et puis le moindre truc c'était urgences HME (Hôpital de la mère et de l'enfant) »*

Les médecins de notre étude auraient aimé être davantage considérées comme des patientes « normales » afin de vivre pleinement leur expérience de la maternité.

#### III.4.2.2. Difficultés propres à la grossesse

Nous pouvons distinguer les difficultés rencontrées pendant la grossesse et celles de la reprise du travail.

En effectuant une requête de croisement matriciel entre la situation professionnelle au moment de la grossesse et les sentiments, nous avons observé une majorité de sentiments négatifs concernant la grossesse chez les médecins installées (Tableau 4).

Tableau 4 Croisement matriciel entre le statut professionnel au moment des grossesses et les sentiments. Logiciel NVivo.

	Positif	Négatif
Grossesse internat	3	3
Grossesse installée	1	6
Grossesse remplaçante	0	2

### III.4.2.2.1. Des vécus différents : signes sympathiques de grossesse, complications

Quand nous demandions à nos participantes comment elles avaient vécu leur(s) grossesse(s), les sentiments étaient partagés.

Certaines n'avaient pas eu de problème :

*P4 « J'ai eu beaucoup de chance, j'ai eu des grossesses hyper faciles »*

*P8 « J'ai assez bien vécu tout ça »*

*P6 « c'est un merveilleux moment »*

D'autres avaient dû faire avec les signes sympathiques de la grossesse :

*P7 « Moi je l'ai très bien vécue la grossesse à part qu'il y avait quand même des nausées et vomissements des 3 premiers mois donc en visite on était obligé de s'arrêter sur le bord de la route »*

*P11 « L'horreur absolue. Un moment de la vie féminine qui est absolument affreux »*

*P15 « ben les grossesses c'était très très très long, c'était interminable ces 9 mois mais j'étais pas fatiguée, j'étais juste un peu pénible »*

13 participantes parlaient de **complications** au cours de leur(s) grossesse(s) :

*P9 « mes grossesses se sont mal passées »*

*P13 « Moi j'ai pris 20kg à chaque fois et j'ai fait 2 MAP »*

*P1 « j'avais des contractions donc j'ai dû me reposer »*

*P16 « pour moi enfin c'était particulier comme c'était une grossesse patho je... j'étais beaucoup suivie c'était un petit peu angoissant »*

*P5 « quand je suis arrivée à ma consultation du terme pour vérifier et bien en fin de compte bradycardie, oligoamnios, césarienne en urgence. Euh et puis et ben voilà retard de croissance in utero, je pense sur le dernier mois. Donc moi j'ai bossé c'est vrai que quand je me suis arrêtée la dernière semaine de boulot j'avais perdu 3kg en une semaine voilà »*

Même quand leur grossesse s'était bien passée, certaines évoquaient des situations complexes :

*P10 « J'ai vécu une grossesse merveilleuse, j'ai pas eu aucun effet indésirable lié à la grossesse mais j'ai trouvé ça très compliqué. »*

### III.4.2.2.2. Difficultés financières

En dehors de toute pathologie de la grossesse ou complication, les principales **difficultés de la grossesse** rapportées par nos participantes ont été **les difficultés financières** qui occupaient la 5ème position des idées les plus évoquées avec 42 occurrences :

*P2 « de 5 mois à l'accouchement j'ai été allongée et du coup c'est vrai que ça m'a fait un énorme manque à gagner (...) Mais la 2ème fois j'ai fini j'ai pas pu payer les charges de mon cabinet en fait »*

*P3 « financièrement c'est compliqué, quand on est installé c'est compliqué. Moi j'ai la chance effectivement d'être arrivée plus tard et d'avoir réussi à toucher de l'argent par la caisse mais enfin on n'est pas très très bien payé donc ça suffisait à payer les charges mais ça me dégageait pas de salaire »*

*P2 « Ben moi en fait quand je suis arrivée au cabinet de où je suis installée mon deuxième avait 14 mois et c'est vrai que j'aurais bien aimé avoir un troisième enfant mais euh financièrement, enfin, c'était impossible »*

*P1 « je suis quand même allée remplacer des médecins qui bossaient comme des fous, sans rendez-vous, enfin, j'avais tellement peur de pas assumer financièrement que je m'étais pris des remplas à 1h de route, enfin un truc je me rendais pas compte quoi »*

*P4 « si j'avais pu je serais restée plus longtemps à la maison mais financièrement c'était pas possible et ben voilà on reprend le boulot. »*

*P7 « j'ai quand même fait une MAP enfin une menace d'accouchement prématuré et le gynéco dit il faut s'arrêter mais c'est pas possible financièrement donc on continue quand même »*

*P9 « Donc après ça c'est aussi la médecine générale, le libéral. On travaille pas, on n'a pas de sous. »*

Certaines ont choisi de devenir mère pendant l'internat pour ces raisons financières :

*P1 – « j'étais à la fin de mon internat, c'était un petit peu programmé entre guillemets. J'avais le congé maternité d'une salariée en fait, j'avais réussi à avoir tous les avantages du salariat. Donc effectivement je gagnais pas... j'avais mon salaire d'interne mais ça suffisait. »*

*P3 – « Pas de charge. »*

*P1 – « Voilà. J'avais pas de charges donc voilà ça c'est vachement bien pour une première grossesse. »*

*P14 « on avait décidé d'essayer, on a eu de la chance d'y arriver, de faire pareil le premier enfant pendant l'internat parce que c'était plus facile de pas se poser la question du maintien de salaire pendant le congé maternité parce qu'à l'époque pas de sous de côté »*

Ce sont les participantes concernées par la **grossesse pendant l'internat** qui ont le plus parlé de ces **difficultés financières** (Tableau 5).

Tableau 5 Croisement matriciel entre le statut au moment des grossesses et les difficultés financières.  
Logiciel NVivo.

	Difficultés financières
Grossesse internat	6
Grossesse installée	3
Grossesse remplaçante	1

### III.4.2.2.3. Autres difficultés

D'autres difficultés ont été abordées :

#### - la fatigue

*P2 « pour le deuxième alors le deuxième je me suis arrêtée un peu plus tôt, j'étais fatiguée en fait, j'avais l'autre qui n'était pas très très vieux donc c'était compliqué »*

*P4 « là j'avoue j'étais vraiment fatiguée en début de grossesse »*

*P12 « à chaque fois j'avais 9 de tension parce que c'était le lendemain de garde, je dormais sur la banquette, elle me prenait la tension, j'avais 9 de tension donc elle me disait c'est pas terrible c'est pas terrible. »*

#### - la difficulté à se faire remplacer quand on est installé

*P4 « je me suis arrêtée par contre 4 mois, sans remplaçant, j'ai trouvé personne. Donc j'ai fermé le cabinet pendant 4 mois. »*

*P10 « j'avais pas de remplaçant, jusqu'à ma date présumée d'accouchement. J'avais après mais pas avant »*

Les participantes signalaient avoir **arrêté les gardes** :

*P13 « je faisais pas de garde vu que j'étais enceinte »*

*P4 « Je faisais des visites, j'avais arrêté quand même un peu les gardes »*

Les **difficultés financières** dominaient cette partie sur la grossesse ; les vécus étaient différents selon les problèmes rencontrés qu'ils soient liés à la grossesse ou au travail. Les sentiments étaient majoritairement négatifs concernant la grossesse chez les participantes installées.

### III.4.2.3. Difficultés propres à la reprise

Si certaines avaient très **envie de reprendre**, notamment après des interruptions d'activité longues, cela a été plus difficile pour d'autres :

*P2 « Moi j'étais très contente de reprendre parce que ça faisait longtemps que j'étais arrêtée, ça faisait depuis 5 mois de grossesse donc j'en pouvais plus et j'avais vraiment envie de reprendre mon boulot »*

*P3 « La première grossesse j'avais très très envie de reprendre donc ça s'est super bien passé. En plus j'avais un petit garçon qui était super mimi, enfin il faisait ses nuits c'était, ouais ça s'est bien passé. (...) La deuxième c'était beaucoup plus compliqué parce que il a été hospitalisé en post partum, il est resté 15 jours à l'hôpital en tout. Après il est sorti, à faire la bamboula toutes les nuits, voilà, il a commencé à faire ses nuits qu'à 3 mois, enfin voilà ça a été un bébé chiant quoi (P1 rit) et je n'avais pas très très envie de reprendre »*

*P12 « Les reproches, alors moi c'est l'internat, autant la grossesse s'est bien passée autant après la grossesse, l'internat s'est très mal passé. On me demandait, en gros fallait pas que je montre que j'étais maman, fallait pas montrer que j'étais fatiguée. Même si j'étais pas de garde je faisais pas mes nuits donc ça a été très compliqué à gérer, autant d'horaires, de gérer comme on m'a fait comprendre comme un mec, on va dire un homme de 25 ans qui n'a pas de problème dans sa vie et qui vit tout seul. Faire les mêmes horaires et gérer tout ça sans enfant malade, sans enfant qui pleure »*

### III.4.2.3.1. Discrimination

Certaines jeunes mamans ont souffert de **discriminations**, c'est un nouveau code qui est apparu dans le deuxième focus group. 8 participantes en ont parlé. Le tableau 6 illustre la particularité de la participante 11 qui s'est beaucoup exprimée dans ce nœud et est à l'origine de 12 références :

Tableau 6 Croisements matriciels entre le code "discrimination" et les cas. Logiciel NVivo.

	Discrimination
P1	0
P10	1
P11	12
P12	4
P13	0
P14	1
P15	0
P16	0
P2	0
P3	0
P4	0
P5	0
P6	3
P7	3
P8	1
P9	1

*P11 – « La maternité c'est comme la médecine générale, on avance, il faut se battre sur tous les sujets mais discrimination c'est aussi un mot que je mettrais en premier, il faut lutter contre les discriminations. »*

*P6 – « En tant que femme ? »*

*P11 – « En tant que femme... »*

P6 – « Ou en tant que médecin ? »

P11 – « Alors les 2 (...) la première discrimination moi que j'ai eu c'est quand j'étais remplaçante avec un siège bébé derrière une Golf. Où le Monsieur m'a raccompagné, parfait, les dates sont bonnes, t'as l'air de connaître le secteur, aucun souci et au moment où on se dit au revoir devant la Golf : « t'as un siège bébé ? », oui j'ai une fille. « Ah non moi c'est fini je travaille plus avec les remplaçantes qui ont des gamins, parce que à chaque fois ils sont malades, vous allez les récupérer, vous faites passer la maternité avant. » »

#### III.4.2.3.2. Fatigue et charge de travail

Un nouvel élément s'ajoute à sa vie quand on reprend le travail en tant que maman : l'enfant.

À la reprise il fallait donc souvent faire avec la **fatigue** engendrée par les besoins d'un nouveau-né pour certaines :

P5 « elle s'est inversée dans son rythme donc en fin de compte euh, elle dormait pas mal tard la journée, faisait ses siestes quand j'étais au boulot et se réveillait quand j'étais là. Ça fait que je dormais pas beaucoup »

P4 « la deuxième pour le coup a été infernale, elle a fait ses nuits qu'à 3 ans et demi, on a vécu un enfer, moi particulièrement parce que tout en travaillant c'était compliqué »

P16 « après de toute façon voilà, avec le bébé, les journées et les nuits étaient bien remplies... »

Alors que d'autres n'ont pas eu ce problème :

P14 « avec des enfants qui font leurs nuits presque tout de suite, ça simplifie un peu les choses (toutes font oui de la tête). Tu dors la nuit ! En fait même en rentrant de la maternité t'as 6h de sommeil d'affilée ! »

P15 « Moi j'allaitais mais j'avais la chance d'avoir un petit garçon qui à la naissance déjà donc pesait son poids ce qui fait qu'à 1 mois, euh donc il faisait ses nuits, donc c'était assez pratique aussi. Non mais moi j'étais capable de m'endormir en allaitant, ça me posait absolument aucun problème (P16 rit, P14 dit oui). Je le mettais au sein, lui il s'endormait, moi aussi et c'est bon. Non ça c'était pas un souci. Donc j'ai pas du tout vécu comme une période fatigante. »

Certaines évoquaient une surcharge de travail, notamment lorsqu'elles étaient installées :

P3 « j'étais crevée et j'ai un autre de mes associés qui a pris sa retraite un mois, un mois et demi après ma reprise et on s'est retrouvé de nouveau à trois, un mois, un mois et demi après ma reprise et j'avais tout ça de courrier à lire enfin bon c'était horrible, la reprise du deuxième c'était vraiment pas très agréable »

Les participantes « remplaçantes » ont modifié leur façon de travailler :

P11 « Ça m'a permis de travailler avec les bons médecins qui comprenaient les situations sans pour autant que moi je leur pose des problèmes par rapport à mes enfants, donc du coup c'était donnant donnant »

P9 « je travaille pas beaucoup (gênée), moi je travaille 2 jours par semaine au même endroit »

P16 « j'avais vraiment peur de pas trouver de rempla donc j'avais pris tout ce qui passait. Là pour le coup la petite était petite et j'avais un planning hyper chargé donc ça a été compliqué et après je me suis calmée »

#### III.4.2.3.3. Anxiété à faire garder son enfant

La séparation avec l'enfant a parfois été difficile :

P2 « Ma maman (...) s'est occupée de mon bébé avec moi, enfin pendant mon remplacement et pour le deuxième elle a fait pareil et ça ça a été quand même une euh une grande joie. Parce que je me serais par contre mal vue partir 15 jours remplacer toute seule à Pétaouchnok et pas voir mon bébé. Euh voilà, là je pense que j'aurais réfléchi à 2 fois avant de reprendre. »

P5 « je suis rentrée au bout de 4h de boulot où je m'étais retrouvée avec un bébé qui pendant 4h avait hurlé parce que j'étais pas là et quand je suis arrivée le bébé s'arrêtait de pleurer et était livide et on dit que ça existe ça les dépressions des nourrissons mais c'est impressionnant. »

P9 « Par contre ce qui était très difficile c'est que j'étais remplaçante et que j'ai eu ma fille quand j'étais remplaçante (...) euh la campagne à l'époque les remplacements c'était 24h/24, 7j/7, 30j/30 l'été avec 4 week-ends de garde d'affilée donc il est vrai que ma fille à l'époque elle avait 6 mois, je suis restée 1 mois à l'époque sans la voir. Et ça c'est dur pour une maman. »

P13 « Le plus dur ça a été de reprendre les gardes de 24h. La première garde de 24h quand ma fille avait 3 mois j'ai pleuré sur le chemin... mais bon après ça a été que la première après ça a été (hausse les épaules), j'ai repris le travail d'interne normal et puis ça va on s'y fait mais la première fois ouais... »

La question majeure du mode de garde sera traitée plus loin, nous commençons à l'aborder dans cette problématique de la reprise comme une source de stress pour nos jeunes mamans : **l'anxiété pour trouver le bon aidant** était abordée par 12 des participantes.

P4 « c'est essentiellement ma maman, c'est ma maman qui a pris le relai quand j'étais pas là mais j'aurais eu beaucoup de mal de le laisser à quelqu'un... du fait est aussi je pense de notre profession. Moi je vois tellement de nounous et je me dis mon dieu elle est nounou ! Aie Aie Aie tu vois ! (...) c'est quand même une inquiétude en moins de trouver la bonne personne pour s'occuper de ses enfants, ça enlève un poids »

P1 « ça se passe très bien avec la nounou mais au début on avait quand même des petites suspicions avec mon conjoint parce que elle disait qu'elle pleurerait tout le temps alors qu'avec nous elle était super, une super gamine. »

P13 « Nous on avait aussi trouvé une nounou qui était géniale (...) déjà ça enlève aussi un poids parce que c'est vrai que la première fois laisser le bébé... »

P15 « après j'en ai eu 2 autres dont c'était pas du tout le cas, c'était une vraie catastrophe »

La reprise a été la source d'un sentiment de **culpabilité** pour certaines :

*P10 « je le vois pas, j'ai l'impression de pas le voir donc je culpabilise de pas le voir »*

*P7 « je comprends ce que tu veux dire quand tu dis culpabiliser quoi. »*

#### III.4.2.3.4. Allaitement

La reprise était la cause de l'arrêt de l'allaitement pour la majorité de nos participantes (Figure 10) :

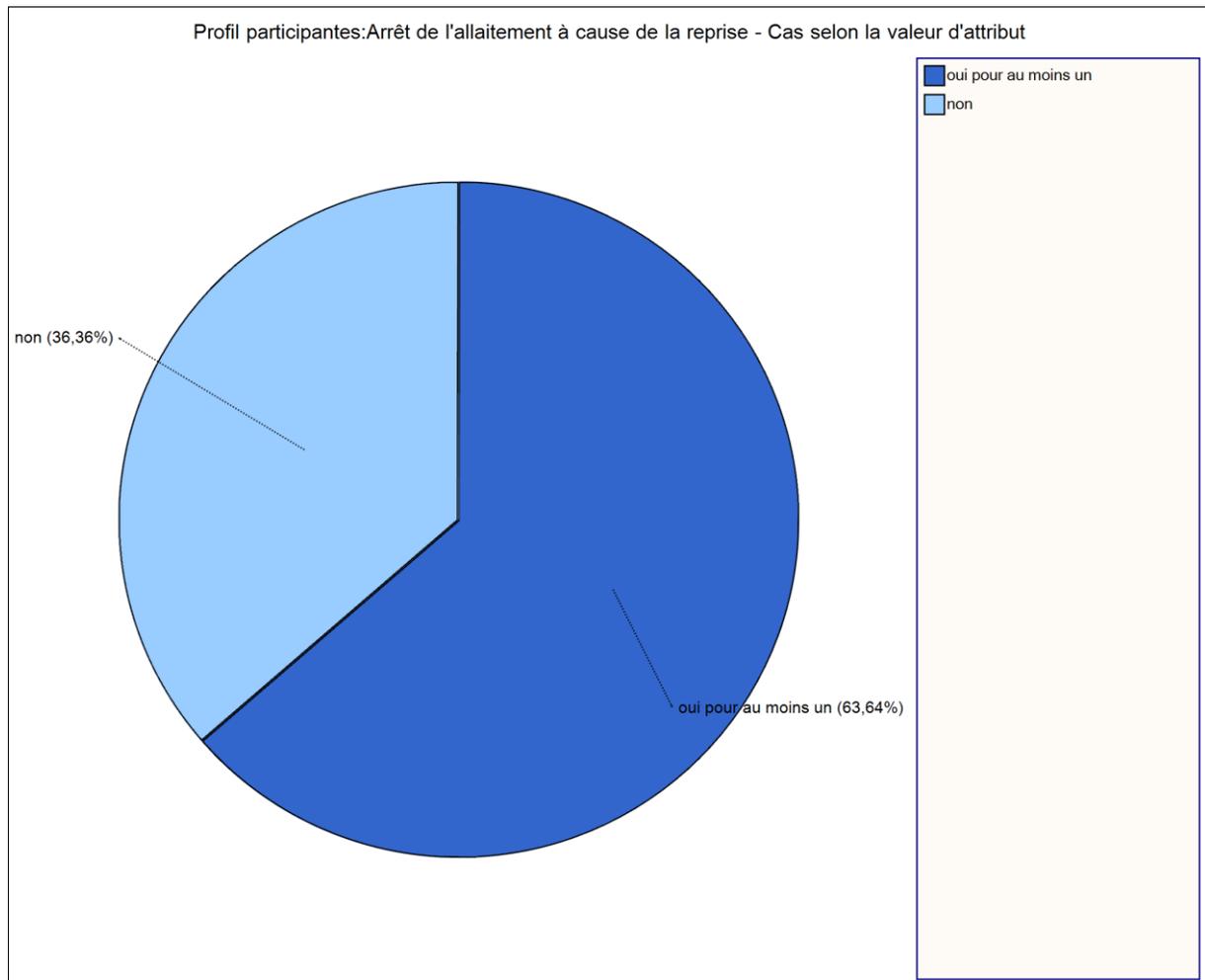


Figure 10 Graphique représentant la proportion de participantes ayant arrêté l'allaitement pour au moins un enfant à cause de la reprise.

*P1 « ça m'a coûté la fin de mon allaitement »*

*P15 « moi c'est sûr j'ai même pas eu besoin de me poser la question de savoir si je continuais à allaiter ou pas parce que pour le coup moi j'ai eu une chute de la lactation qui a été... je pouvais plus suffisamment allaiter alors j'ai arrêté »*

Les participantes évoquaient le fait de devoir tirer le lait et le stocker :

*P1 « je devais tirer mon lait, j'avais les seins comme des pastèques, je devais tirer mon lait entre 2 patients parce que je pouvais plus tenir ça dégoulinait de partout »*

*P13 « je les avais sevré avant de reprendre par contre j'avoue parce que je me voyais pas du tout tirer mon lait le matin, à midi, dans le bureau du 4ème de l'hôpital discrètement entre 2 portes (parle en regardant les autres), à savoir où est-ce que je vais trouver un frigo pour le mettre, etc... »*

Celles qui ont pu poursuivre après la reprise avaient des **organisations** particulières :

- prolongation du congé maternité pour une participante :

*P3 « j'ai repris un peu plus tard, après trois mois parce que je voulais l'allaiter, plus longtemps que le premier »*

- nouveau-né présent sur le lieu de travail pour les 2 participantes qui ont poursuivi l'allaitement après la reprise et au-delà de 6 mois :

*P5 « en fin de compte je fais écharpe de portage (...) au bureau en consult ouais j'allaite. Je fais des consultations d'allaitement. »*

*P5 « J'allaite encore, ils se sèvent naturellement mes enfants »*

- cabinet au domicile pour l'une d'elles :

*P4 « le dernier c'était là où j'étais installée, j'avais le cabinet à la maison donc là c'était super. J'ai allaité 22 mois, euh, tout le temps, même à la fin avec un seul sein, comme quoi l'allaitement il peut tout faire ! (Rires) Et je sortais entre 2 consultations, je l'allaitais et je repartais. »*

*P4 « Alors moi j'ai allaité tous les enfants et le dernier 22 mois parce que lui il ne se serait pas arrêté mais bon j'en avais marre parce qu'il me réveillait la nuit encore »*

3 participantes n'ont pas allaité :

- par échec de mise en route de la lactation :

*P10 « moi j'ai pas allaité...(hésitante) parce que j'avais pas de lait et enfin ça montait pas (...) elles ont été hyper culpabilisantes »*

*P16 « j'ai essayé l'allaitement maternel, ça n'a pas marché »*

- par choix :

*P14 « j'ai choisi de pas allaiter (...) je me suis toujours dit que ça allait me...que c'était fatigant et contraignant, j'ai toujours vu ça comme une corvée en fait »*

La reprise a rendu l'**allaitement** compliqué pour la majorité de nos participantes, souvent responsable d'une baisse de la lactation. L'organisation pour tirer son lait pendant la journée de travail n'était pas simple. Celles qui ont continué au-delà dans notre étude avaient des **organisations** particulières leur permettant d'allaiter leurs enfants dans la journée.

### III.4.3. Vécu variable selon différents critères

#### III.4.3.1. Entourage personnel

11 participantes signalaient la **difficulté à s'organiser sans aidant** :

*P11 « je crois qu'il faut savoir s'entourer (mime un cercle avec la main), s'entourer au niveau personnel, (décompte sur ses doigts) au niveau de son conjoint sa famille ses amis, s'entourer au niveau professionnel »*

*P2 « mon mari, enfin toute la semaine il était à Limoges, il rentrait le samedi soir avec son linge sale et il repartait le dimanche soir ou le lundi matin. Donc là ça a été une période très très chaude parce que moi je gérais tout, je gérais les enfants, j'avais mon fils, je gérais la maison, je gérais la nounou, je gérais mon boulot. »*

*P3 « moi j'ai pas d'aide familiale, quand ça coince, là ma femme de ménage démissionne donc je suis... je pleure ! »*

*P6 « chacun a son vécu aussi et je sais pas comment dire, pas forcément de grands parents à côtés, euh toute seule, 3 enfants en 2 ans et demi, à la campagne (...) ... des fois à l'arrière de la voiture, mais je ne garde aucune rancœur »*

*P5 « Il y a besoin je trouve quand même en principe de pouvoir avoir quelqu'un sur qui compter à côté et quand c'est pas le cas c'est un peu quand même la grande gymnastique. »*

*P14 « les 3 nounous que j'ai eues ont toutes les 3 été au top et très disponibles ce qui était pratique parce que nous les grands-parents ils sont minimum à 200 bornes »*

La **disponibilité du conjoint** arrivait en 4ème position des idées les plus évoquées, 14 participantes en parlaient :

*P1 – « Et ton conjoint il fait ? »*

*P3 – « Il est pharmacien mon conjoint. »*

*P1 – « Donc il bosse beaucoup aussi, parce que ça dépend aussi beaucoup du conjoint (...) Euh mais voilà j'ai encore la chance d'avoir mon conjoint qui remplace donc le jour où il va s'installer ça va peut-être être plus compliqué. »*

*P2 « mon mari travaille encore plus que moi, il finit encore plus tard et de tout temps ça a toujours été, il a été même beaucoup absent »*

*P4 « mon mari travaillait à Toulouse initialement et au bout du deuxième enfant, en fait il travaillait à Toulouse et n'était là que le week-end, donc au bout du deuxième, on a dit que c'était un peu compliqué quand même »*

*P9 « De toute façon je pourrais pas bosser plus, clairement, vu ce que fait mon mari, lui il voit pas les enfants, il peut pas s'arrêter s'il y a un problème »*

P13 « ce qui pourrait m'aider : que mon mari finisse ses études, je pense que ça m'aiderait beaucoup. Qu'il ait moins de gardes... mais bon ça va se faire... dans un an maintenant normalement. Après est-ce qu'il aura vraiment moins de travail ça je sais pas. Mais bon... parce qu'il commence très tôt le matin, il part à 7h donc forcément l'habillage, la préparation pour l'école, tout ça, c'est toujours maman. »

2 des conjoints des participantes de notre étude ont pris un **congé parental** :

P4 « il a pris un congé parental qui a duré trois ans, donc il est resté 3 ans à la maison et on a trouvé notre solution, il a trouvé un autre travail, mais il travaille du coup à la maison donc c'est lui qui gère finalement tout le quotidien »

P14 « c'est pas si fréquent le choix qu'on a fait ; c'est pas si rare non plus. Il y en a un peu plus mais c'est pas si fréquent le fait que ce soit papa qui arrête son activité professionnelle pour que maman puisse la continuer pleinement »

Nos participantes rapportaient la **difficulté sans aidant** pour gérer les enfants quand on est un médecin. L'**aide de l'entourage**, la **disponibilité du conjoint**, des grands-parents étaient des atouts.

### III.4.3.2. Entourage professionnel

L'**entraide entre collègues médecins** semblait indispensable au quotidien des femmes médecins :

P11 « Faut pas désespérer je crois qu'on peut trouver des solutions mais sans solidarité on y arrive pas. »

P10 « Euh quand je l'ai annoncé à ma collègue, elle m'a dit, avant même de me dire félicitations je suis contente pour toi, elle m'a dit j'espère que t'as des remplaçants parce que compte pas sur moi pour faire ton travail et pour prendre tes patients. Euh j'espère que t'assureras et visites et consultations jusqu'à la fin parce que je serai pas là pour te suppléer »

P7 « c'est une question d'organisation, faut avoir les collègues pour pouvoir s'organiser, ça aussi c'est difficile (...) le principal c'est d'être bien entourée quoi et de trouver des personnes avec qui on peut bien collaborer et s'organiser. »

P8 « Bon nous on a eu un très gros souci cet hiver avec un de mes fils, j'avoue que c'est vrai que je pense que c'est important d'avoir une bonne entente dans une maison de santé. Euh moi c'est vrai mes collègues ont tous été top, ils m'ont dit tu pars et on prend tes urgences. »

P11 « Nous actuellement on s'organise à 2 cabinets de plusieurs médecins (...) la solidarité a fonctionné sur 2 pépins importants et sans parler du cabinet de groupe, sans parler de la maison médicale. »

### III.4.3.3. Mode d'exercice

Le vécu de la maternité de nos participantes a été différent selon leur statut professionnel :

#### III.4.3.3.1. Étudiante

Une de nos participantes a eu des enfants quand elle était externe :

*P8 « Moi j'ai eu mes trois premiers enfants quand j'étais externe donc euh, alors ça avait un côté, euh j'ai fait mes études un peu compliqué du coup parce que à chaque fois je pouvais pas forcément valider mes stages mais j'ai pas du tout eu cette problématique de m'arrêter 5 jours avant et recommencer 1 mois après, donc ça a été euh, voilà. J'ai assez bien vécu tout ça. »*

Une autre a commencé sa grossesse en fin d'externat :

*P12 « j'ai commencé ma grossesse pendant que révisais les ECN donc ça a été un peu dur (souffle) je dormais tout le temps, j'avais 5 réveils et je dormais quand même jusqu'à midi donc pour réviser les ECN c'était quand même un peu compliqué... »*

La **grossesse pendant l'externat** avait l'avantage de permettre de bénéficier de la durée du congé maternité d'une salariée mais l'inconvénient d'entraîner l'invalidation des stages non terminés. La **fatigue** de la grossesse a rendu la révision des examens plus difficile.

#### III.4.3.3.2. Interne/salariée

La **grossesse pendant l'internat** était le troisième code le plus fréquent avec 46 occurrences :

*P11 « On avait toujours ce leitmotiv : faites vos enfants pendant l'internat »*

*P4 « quand j'ai été interne ça n'a pas été un souci majeur, j'étais dans un service hyper sympa, c'était pourtant aux urgences mais ils ont été très compréhensifs, voilà je faisais une petite sieste, ça s'est très bien passé. Après j'ai pris le congé maternité classique, le truc de salarié (...) La deuxième ben je finissais mon internat donc là j'avoue j'étais vraiment fatiguée en début de grossesse et j'étais de nouveau aux urgences et là ça s'est un petit moins bien passé parce que mes co-internes n'étaient pas très sympas. Même si je faisais tout ce que je voulais il fallait quand même que je fasse les gardes et tout ça et c'était vraiment difficile. »*

*P11 « Alors moi première grossesse j'étais interne (...) reprendre à la fin du congé maternité en tant qu'interne je me suis retrouvée larguée parce que j'avais tellement décroché »*

*P9 « Moi quand j'ai repris en gynéco, j'ai repris 3 semaines après le début. Et je suis arrivée pas d'accueil et vas-y, commences les consult ! »*

*P12 « j'avais rhumato en surnombre et c'est un stage que j'ai, que je connaissais absolument pas, je connaissais pas du tout le service et j'étais agréablement surprise à quel point j'étais bichonnée. J'étais en hôpital de jour, à chaque fois les infirmières venaient me chercher pour me dire c'est la pause thé, va t'asseoir, mets tes pieds en haut, on va te faire le thé, on va te faire des petits gâteaux »*

P8 – « Parce que du coup quand vous êtes en surnombre interne... »

P6 – « Ca valide pas le stage ! »

P11 – « Non c'est inférieur aux 4 mois validant. »

P15 « Alors moi j'étais aussi en fin d'internat, ça a été aussi un choix délibéré puisqu'à l'époque moi j'étais donc mariée et mon mari et moi étions à 500km l'un de l'autre et j'avoue que c'était quand même assez pratique d'avoir encore un salaire »

P9 « on va pas forcément choisir le stage en endocrino où on fait 8h 20h, on va plutôt choisir des stages un peu plus cools. Donc faut être prêt à faire des sacrifices de stage. »

P14 « en SASPAS c'est pareil mes journées étaient parfois extrêmement chargées mais c'était pas un emploi du temps... il y avait un peu de souplesse quand même et puis... et puis après mon dernier semestre je l'ai fait à Saint-Yrieix donc j'ai déménagé pendant mon dernier semestre pour habiter à Saint Yrieix, j'étais à 3 minutes du boulot et c'était un semestre assez cool, je l'avais choisi exprès pour parce que voilà... il y a avait des soirs bien sûr où on finissait tard mais c'était en cardio à Saint Yrieix donc c'était quand même la vie assez cool »

La **grossesse pendant l'internat** apparaissait comme un « concept idéal », elle a concerné plus de la moitié de nos participantes avec l'avantage de pouvoir bénéficier du **congé maternité** d'une salariée et ainsi s'assurer une sécurité financière. L'inconvénient rapporté par les participantes a été l'invalidation de stage et le décalage créé avec les autres étudiants. Le choix de ses terrains de stage en tant que maman a été adapté en privilégiant les services impliquant une charge de travail moins importante.

Certaines participantes avaient ou avaient eu un statut de **salarié** ou une activité mixte en dehors du statut d'interne :

P2 « le deuxième j'avais un peu prévu le coup, je n'avais pas fait de rempla, j'avais trouvé un poste de salariée au centre de transfusion sanguine à Poitiers donc en fait je commençais très tôt le matin mais par contre je finissais à 15h. J'étais salariée du coup l'organisation était quand même plus facile, j'étais moins fatiguée »

P14 « je faisais  $\frac{3}{4}$  temps à l'hôpital en CDD donc pour une durée limitée justement et  $\frac{1}{4}$  temps en libéral c'est-à-dire que je remplaçais là où je me suis installée après 1 semaine par mois. Je faisais 3 semaines complètes à l'hôpital et une semaine toutes les 4 semaines je faisais en libéral (...) En congé maternité j'ai touché mon salaire hospitalier et j'ai quand même eu quelques primes équivalent du libéral. Voilà, qui m'ont été versées par la caisse. »

### III.4.3.3.3. Remplaçante

Certaines ont considéré qu'il s'agissait du meilleur moment pour avoir des enfants :

*P9 « Les faire pendant le remplacement, ben oui carrément, moi je pense du coup que c'est la meilleure période pour les faire maintenant qu'on a un congé maternité. On peut même s'arrêter avant maintenant et avoir quelque chose. »*

**La grossesse** en tant que remplaçante :

- Les futures mamans ont apprécié la **liberté d'organisation** offerte par ce statut :

*P11 « j'ai mieux vécu ma deuxième grossesse en étant remplaçante qu'en étant interne. Euh j'ai mieux vécu le fait que c'était moi qui gérais mon planning et non pas comme quand j'étais en surnombre dans un service à la mords-moi-le-nœud »*

*P8 « Comme ça tu gères au jour le jour, enfin de semaine en semaine... »*

- Elles se sont trouvées en difficultés face à des complications de la grossesse les obligeant à **annuler des remplacements prévus** :

*P13 « j'ai dû m'arrêter pareil plus tôt. C'est pas très bien passé d'ailleurs chez les médecins chez qui je remplaçais (se redresse et réajuste son haut). Quand j'ai dû leur annoncer du jour au lendemain que je ne pouvais plus... euh voilà, c'est toujours sympa. »*

*P1 « La gynéco m'a dit non tu prends pas la voiture donc j'ai dû annuler tous mes remplas que j'avais prévu et ça a été un petit peu dur »*

**La reprise** en tant que remplaçante :

- Certaines ont eu des emplois du temps très chargés au début :

*P1 « les premiers mois je remplaçais pas mal. C'est vrai que la petite elle a pas eu de pot, les premiers, jusqu'à 6 mois... (...) j'avais tellement peur de pas assumer financièrement que je m'étais pris des remplas à 1h de route, enfin un truc je me rendais pas compte quoi »*

*P16 « moi j'avais commencé les remplas donc j'avais pris ; enfin j'avais vraiment peur de pas trouver de rempla donc j'avais pris tout ce qui passait. Là pour le coup la petite était petite et j'avais un planning hyper chargé donc ça a été compliqué et après je me suis calmée »*

- D'autres ont travaillé ou travaillent encore à **temps partiel** :

*P2 « je remplaçais pas tout le temps, donc je faisais beaucoup de week-end de garde et je remplaçais notamment le médecin de mes beaux-parents à Angoulême, c'était la plus grosse clientèle de Charente du coup ma belle-mère elle gérait toute l'intendance, elle gérait le petit et moi je bossais et au moins j'étais en famille j'étais pas toute seule quoi »*

*P9 « je travaille pas beaucoup (génée), moi je travaille 2 jours par semaine au même endroit (...) Je fais des grosses, grosses journées 8h-20h voilà mais que 2 jours par semaine pour voir les enfants. »*

*P13 « pour le deuxième j'ai repris en libéral remplacement du coup, que j'avais commencé un peu avant que j'ai repris et c'est vrai que j'ai repris euh... à mi-temps en fait. Je travaillais que 2 jours et demi par semaine pendant 4 mois, au cabinet où j'allais m'installer après et du coup ça permettait de faire une transition aussi un peu plus en douceur avec le bébé qui était encore petit. »*

L'idée en tant que remplaçante était de **choisir** de remplacer des médecins ayant des modes d'exercice compatibles avec ses propres contraintes :

*P14 « Et après quand t'es remplaçant pour tous les gens qui pourraient stresser sur le fait d'être remplaçant et tout ça... il y a des remplas qui se passent bien, des remplas qui se passent mal, tu testes, tu prends pas des remplas trop longs, tu prends pas des remplas sur des kilomètres à l'avance et puis comme ça tu verras là où ça te plaît et là où c'est compatible avec ta maternité »*

La maternité en tant que remplaçante offrait la **liberté d'organisation** du libéral et la possibilité de **choisir** quand travailler et dans quelles conditions. Elle plaçait la future maman en difficulté quand il s'agissait **d'annuler des contrats de remplacements** prévus en raison de pathologies en cours de grossesse.

#### **III.4.3.3.4. Installée**

Nos participantes qui se sont exprimées dans ce nœud abordaient principalement des difficultés :

- les **difficultés financières** touchaient principalement cette catégorie de participantes, en raison des charges qui pèsent sur un cabinet :

*P3 « le problème financier quand on est installé et qu'on est en congé mat c'est pas facile »*

*P2 « Ben moi en fait quand je suis arrivée au cabinet de où je suis installée mon deuxième avait 14 mois et c'est vrai que j'aurais bien aimé avoir un troisième enfant mais euh financièrement, enfin, c'était impossible. Euh je venais de m'installer donc 2500 euros de charges par mois. Plus à l'époque c'était toujours les mêmes indemnités de grossesse c'est-à-dire, je crois que c'était 400 € par mois ou 600 € par mois juste pendant le congé maternité donc c'est minime et en plus mon assureur il m'avait exclu mes grossesses. Donc voilà... »*

- un **congé maternité** souvent écourté :

*P5 « Et puis en fin de compte j'ai bossé jusqu'au début du 9ème mois. Moi j'étais installée »*

*P10 « j'ai repris il avait 1 mois et 1 semaine parce que j'avais plus de remplaçant non plus, que j'avais mon associée qui voulait pas prendre en charge mes patients donc j'ai bien été obligée de réattaquer »*

- l'obligation d'assurer à son cabinet vis à vis de sa patientèle ou ses collègues :

*P3 « ma 1ère grossesse j'ai un de mes associés qui est décédé j'étais enceinte de 3 mois je commençais le 4ème mois donc on s'est retrouvé à 3 au lieu de 4 tout l'été. Je devais accoucher en novembre. Donc voilà c'était pas sympa, j'en garde pas un grand souvenir »*

*P9 « je trouve ça difficile, un bébé installée, ouais je l'ai vu sur une de mes collègues et c'est pas facile et puis elle avait pas la pression mais elle aurait pas pu prendre plus que les 2 mois et demi après quoi, fallait vraiment qu'elle vienne reprendre sa patientèle quoi »*

La plupart ont pu **adapter** leur rythme de travail :

*P2 « quand je me suis installée je savais que j'allais me marier et on avait très envie d'avoir des enfants donc j'ai posé des limites tout de suite. C'est-à-dire quand je me suis installée j'ai dit je commence à 9h le matin et je finis à 18h le soir. »*

*P5 « Moi quand je me suis installée au début je travaillais et le samedi matin et le mercredi matin et rapidement ça m'a agacée de travailler le samedi parce que c'était le week-end et je pouvais pas faire ce que j'avais envie avec les enfants. J'ai arrêté de travailler le samedi matin et euh à la naissance du troisième j'ai arrêté de travailler le mercredi matin parce que je voulais avoir toute ma journée avec eux tranquille »*

*P13 « Moi quand je me suis installée j'ai décidé de ne pas travailler tous les jours »*

Des **sentiments négatifs** ont majoritairement été abordés concernant la **maternité en tant que médecin installée**. Les principales difficultés venaient des **charges financières** qui pesaient sur le cabinet, une **liberté d'organisation** moins simple que celle d'une remplaçante car il fallait prendre en compte sa patientèle et ses collègues.

#### **III.4.3.3.5. Impact du type d'exercice : milieu rural/urbain ? Seule/en groupe ?**

En milieu **rural**, la patientèle serait plus « fidèle » mais il faudrait être davantage disponible :

*P3 – « moi je suis installée en milieu urbain, on est 14 (...) il y a eu beaucoup de changements, beaucoup d'installations, il y a eu des créations etc., c'est beaucoup plus compliqué. Moi j'ai beaucoup plus de mal maintenant à réussir à imposer mon cadre parce qu'effectivement... »*

*P1 – « Parce qu'ils vont voir le voisin qui bossera plus, qui acceptera plus, carrément. »*

*P4 – « Il fallait s'installer à la campagne. »*

*P5 « je suis allée m'installer toute seule en rural, après t'as des avantages et des inconvénients en rural aussi. Après faut s'adapter, moi ça m'est arrivé une ou deux fois qu'ils avaient un truc dans l'œil mais là faut rentrer les foins parce qu'il va faire orage et qu'ils viendront après. Moi j'vais leur répondre ok mais moi en attendant je rentre chez moi (...) et on se retrouve à 22h »*

*P8 « j'aurais trouvé ça très compliqué si mes enfants étaient petits. Surtout que je suis à la campagne et j'aurais trouvé ça très compliqué »*

*P12 « la campagne j'ai adoré le remplacement mais j'étais trop loin de mon petit, les horaires, l'école ça n'allait pas »*

**Exercer en groupe** permettrait de bénéficier du soutien de ses collègues et faciliterait l'organisation pour avoir plus de temps libre mais pas toujours :

*P8 « Si jamais on peut pas un soir et qu'on devait la faire il y en a un qui prend »*

*P14 « Mais je travaille 5 jours par semaine, ça je voudrais bien avoir un peu moins de patients pour que ça puisse peut-être un peu changer. Et pour ça il faut d'autres associés, c'est pas facile à trouver »*

*P10 « (mon associée) m'a dit j'espère que t'as des remplaçants parce que compte pas sur moi pour faire ton travail et pour prendre tes patients. Euh j'espère que t'assureras et visites et consultations jusqu'à la fin parce que je serai pas là pour te suppléer (mains croisées posées sur le bureau). Donc quand vous parlez de personnes pouvant vous entourer, etc., moi je l'ai pas senti comme ça. »*

En exerçant seules certaines réussissaient à s'arranger :

*P7 « enfin moi en étant seule, c'est ce qu'on fait pour les vacances, quand j'aurais plus ma remplaçante, on s'arrange. Les vacances on se remplace mutuellement. Les vacances, là j'ai une collègue qui va partir 3 semaines, elle est en cabinet seule donc je vais assurer ses urgences. Je m'organise en mettant moins de chroniques pour avoir de la place pour les urgences et inversement quand moi je vais partir si j'ai pas de remplaçant c'est elle qui va assurer. Donc même en étant dans un cabinet seule, si on a un collègue avec qui on s'entend bien on peut trouver une solution. On se fait des roulements pour les samedis, un samedi sur 2, un samedi sur 3 et on assure euh de 8h à 20h et le samedi matin et les gardes. »*

Les charges d'un cabinet de groupe seraient plus importantes :

*P1 – « Après toi t'es toute seule en cabinet ? »*

*P4 – « Ouais »*

*P1 – « Tes charges sont certainement un petit peu moins élevées, t'as pas de secrétaire, euh voilà. Des charges de groupe si on s'arrête c'est chaud. »*

Chaque mode d'exercice a ses **avantages** et ses **inconvénients**, chacune essaie de s'organiser en fonction de ses contraintes.

#### III.4.4. Comparaison à d'autres mamans

Certaines évoquaient les **tâches du quotidien** qui sont les mêmes pour toutes les femmes qui travaillent :

*P2 « quand on a fini notre travail on a aussi tout ce qu'on doit faire à la maison »*

*P3 « ça reste quand même pas simple mais je pense que c'est valable pour toutes les mamans du monde qui travaillent »*

Certaines évoquaient les avantages des salariées :

- qui travaillent assises :

*P11 « Donc pour moi la grossesse ce fut un moment difficile, peut être mieux si j'avais été secrétaire de direction derrière un bureau »*

- qui ont des horaires fixes :

*P16 « Après c'est vrai que quand on est en libéral c'est plus compliqué à gérer que quand on est salarié et ça demande de l'organisation »*

Nos participantes ont parlé d'autres **métiers « difficiles »** comme des postes à haute responsabilité ou des professions indépendantes tels que les artisans ou les agricultrices :

*P11 « ça peut ne pas être plus difficile que certains professionnels comme des artisans, comme des auto entrepreneurs, comme euh des femmes qui sont en usine, alors certes elles ont des protections sociales et tout ça mais elles subissent aussi des discriminations dans certains emplois... »*

*P6 « dans la ruralité on est confronté à des femmes agricultrices »*

*P14 « la médecine générale, c'est un boulot, qui est un boulot très prenant mais enfin t'es DRH chez Airbus c'est pareil quand t'as 400 personnes qui sont sous toi c'est très prenant et très difficile aussi donc euh, voilà, on n'est pas le seul boulot difficile. »*

#### III.4.5. Inquiétudes quant aux répercussions sur la famille

Nos participantes s'inquiétaient d'un **impact négatif de leur profession** sur leur famille :

- quand elles étaient fatiguées de leur journée de travail :

*P1 « au final on a envie de passer du temps avec la petite mais on aurait presque eu envie qu'elle soit déjà au lit parce que quand on arrive à 21h, parce que le médecin que tu remplaces il bosse tard et que tu fais à manger, t'es crevée, et t'as qu'une envie c'est t'affaler sur le canapé mais tu dois laver la petite et elle hurle parce qu'elle voit que t'es énervée »*

- quand elles finissaient tard et ne voyaient pas leur enfant :

*P10 « Euh et donc maintenant, maintenant qu'il est né, maintenant je trouve que c'est pas si simple non plus parce que je le vois pas, j'ai l'impression de pas le voir donc je culpabilise de pas le voir »*

*P7 « Je l'amenais à l'école tous les matins à 8h et demi mais c'est vrai que la semaine, le soir, le midi, je ne la voyais jamais sauf le mercredi soir parce que j'avais la chance de travailler un mercredi, de m'octroyer un mercredi après-midi sur 2 et les week-ends quand j'étais pas de garde (...) nous n'avons jamais passé un seul repas le soir ensemble, à tel point que pour les câlins du soir je lui ai offert un chien. Donc euh... son Booba, pour me remplacer, pour être son confident, parce que la maman ne pouvait pas être disponible »*

*P13 « c'est nounou qui récupère à l'école et amène chez l'assistante maternelle en attendant que papa rentre à 19h et maman 20h30. Ça se fait... mais ça s'adapte, faut... c'est sûr que je le ferai pas, j'aurais pas... j'aurais dû le faire 5 jours dans la semaine par contre ça...finir à 20h, dans ce cas-là on se voit jamais, ils dorment déjà. »*

#### Leur **entourage** :

- ne comprenait pas toujours les contraintes de leur profession :

*P4 « mon mari était en panique »*

*P13 « il y a toujours 10 000 personnes autour pour dire fais comme ci fais comme ça tu devrais pas faire, tu devrais attendre »*

- et souhaitait qu'elles soient plus présentes pour leur enfant :

*P10 « j'ai aucun médecin dans mon cercle familial et tout le monde a l'air de dire mais fais un effort, quoi, tu peux bien arrêter tes consultations à 17h pour être là à 17h15 et aller le chercher chez la nounou (P12 fait un oui compatissant de la tête). Euh fais un effort pour être un peu là. Même ma mère, ma mère qui me dit faut quand même que tu t'en occupes un peu plus parce que il est plus avec son père qu'avec toi. »*

Nous retrouvons ici plusieurs recoupements avec le nœud correspondant à une « **profession chronophage** ».

#### 8 participantes parlaient du **vécu de l'absence du parent** :

- en rapportant les paroles entendues d'enfants de médecins qui s'en plaignaient :

*P4 « j'ai trop entendu, étant fille de médecin et d'ami à moi, oh là là j'ai jamais vu mon père ou j'ai jamais vu ma mère et ça c'était hors de question pour moi qu'à 15 ou 16 ans mes enfants me reprochent ça quoi »*

- en essayant de se rassurer :

*P11 « on a des enfants je l'espère qui comprennent nos choix nos sacrifices »*

*P14 « Tes enfants ils t'aiment, franchement même quand t'es pas là ils t'aiment. »*

Celles qui ont des **enfants** plus âgés ont pu en parler avec eux et chercher à savoir comment ils ont **vécu cette absence**. Elles rapportaient une certaine compréhension de la part de leurs enfants, qui semblaient finalement garder en mémoire les bons moments passés ensemble.

*P2 « maintenant mes enfants ils ont 18 et 21 ans et régulièrement je leur repose la question « est-ce que vous avez l'impression quand vous étiez petits que je n'étais pas assez là » et pas du tout ils ne m'ont jamais reproché ça, au contraire, ils m'ont dit mais non maman t'étais là tous les mercredis, tous les week-ends on était ensemble. Donc ils ont pas du tout vécu ça. »*

*P7 « j'ai toujours essayé d'être là aux moments forts de sa vie et maintenant quand on en reparle, elle n'a pas l'air d'en avoir souffert. »*

*P16 « je lui ai un jour posé la question, je sais pas il devait être ado et il a été le premier à me répondre : je préfère avoir une maman pas souvent là mais au moins sympa quand elle était là et heureuse et épanouie qu'une maman voilà tout le temps là pour me crier dessus. »*

Les mères médecins de notre étude s'inquiétaient de ne pas toujours pouvoir passer beaucoup de **temps** avec leurs enfants et des **répercussions** que cela pourrait avoir sur eux. Elles **culpabilisaient** aussi parfois. Les enfants des plus anciennes, qui sont grands maintenant, ne semblaient pas en avoir souffert.

### III.5. Organisation professionnelle

L'organisation professionnelle est notre troisième grand thème et permet de comprendre comment les femmes médecins de notre étude essaient de concilier leur vie professionnelle et leur vie de famille.

*P4 « je pense que c'est une question d'organisation en fonction de chacun »*

*P11 « quand on s'entoure et qu'on s'organise, tout est faisable »*

La **nécessité d'être organisé** est une idée qui a été citée dans les 3 focus groups :

*P2 « Moi je pense que c'est une organisation »*

*P16 « Ca s'organise beaucoup (en insistant sur « beaucoup ») »*

La **nécessité d'être dégoûdi** a été évoquée dans le deuxième focus group :

*P10 « je dis qu'il faut pas avoir les 2 pieds dans le même sabot et se battre pour tout ce qui est administratif aussi pour faire respecter les droits qui sont les nôtres. »*

*P11 « Parce que en poussant des portes, paf, on trouve les bonnes personnes. »*

Nos participantes rapportaient que **l'organisation est évolutive selon l'âge et le nombre d'enfants** :

*P1 « quand ma fille sera un peu plus âgée et qu'elle aura besoin de l'aide de ses parents pour les devoirs la question se pose de savoir s'il n'y aura pas besoin d'avoir plus de temps »*

*P4 « A la naissance de l'ainé j'ai pris un samedi matin sur 2, j'ai arrêté de travailler tous les samedis matins »*

*P6 « Moi j'ai toujours commencé à 9h, 9h et quart, 9h et demi quand ils étaient petits... »*

*P16 « Moi j'ai qu'une fille donc j'ose même pas imaginer comment on se débrouille avec plusieurs »*

*P14 « je veux dire même si t'as une super nounou vient un moment où tes enfants ils vont à l'école, où t'as des horaires qui sont imposées par l'école, où t'as voilà et t'es bien obligée. »*

Malgré une bonne organisation, il n'était pas toujours facile de **faire face aux imprévus** :

*P9 « Après il y a juste une chose qui est pas facile c'est par exemple, il y a un jeudi ma fille elle a eu une pneumopathie, j'ai dû m'arrêter et du coup pas faire ma journée alors que j'avais des patients de prévus. »*

*P11 « Moi ça m'est arrivé sur une fracture et une chirurgie avec ostéosynthèse et ma collègue était moyennement, j'ai changé de collègue depuis 3 ans. Mon ancienne collègue était moyennement ouverte à tout changement de planning. »*

### III.5.1. Adaptation

Dans nos 3 focus groups nous avons relevé l'importance d'une vie de famille pour nos participantes :

*P1 « autant les hommes que les femmes avons envie de profiter de nos enfants et de notre famille »*

*P7 « Donc pour que chacun ait sa vie de famille, on avait réussi à trouver une collaboratrice qui venait suppléer un peu à tout le monde. »*

*P4 « c'est important de savoir ce qu'ils font, de s'intéresser à ce qu'ils font. Je pense que voilà. J'essaie au maximum mais ça demande du coup beaucoup d'organisation. Et beaucoup d'aide »*

Afin de mieux concilier leur vie professionnelle et leur vie privée, elles ont fait des **adaptations** quand elles ont pu :

*P4 « tu peux adapter ton travail à la façon dont tu veux vivre, à la façon dont tu veux éduquer tes enfants »*

*P9 « je travaille plus que 2 jours par semaine alors qu'avant je faisais des semaines complètes »*

*P14 « Après moi j'ai quand même adapté mon emploi du temps pour pouvoir passer du temps avec mes enfants »*

Une des participantes avait choisi d'avoir son cabinet à domicile :

*P4 « J'ai le cabinet à la maison, je suis toute seule, c'est un choix aussi. J'ai commencé en maison de santé et au bout de trois ans, j'ai toujours eu envie d'avoir le cabinet proche d'un point de vue pratique »*

2 participantes disaient avoir aménagé un coin du cabinet pour les enfants :

*P5 « elle vient de temps en temps, les gens sont habitués. Elle a son coin bureau, elle fait son truc et tout. »*

*P11 « notre salle de cuisine, de pause est organisée pour la garde des enfants en cas d'enfant malade. Donc il arrive des hivers où nous avons 2 enfants devant l'écran d'ordinateur, nous avons le petit canapé dépliant à mousse »*

Certaines essayaient de trouver comment s'adapter :

*P3 « C'est vrai que nous aussi faut qu'on puisse s'adapter mais comme on peut, on n'est pas non plus, enfin c'est pas toujours tout comme on veut... »*

*P10 « Moi je cherche encore comment m'adapter. J'ai pas trouvé comment concilier vraiment libéral et vie de famille épanouie. »*

Quand elles l'ont pu, nos participantes ont **adapté** leur vie professionnelle à leur vie personnelle, afin de passer plus de temps avec leur famille. Cette adaptation passait par une **organisation** de leur emploi du temps et reposait sur des **aides au quotidien**.

### **III.5.2. Organiser son temps**

#### **III.5.2.1. Aménager du temps pour la famille**

S'organiser permettait de passer plus de temps avec sa famille, en **aménageant du temps pour les enfants** par exemple :

*P1 « On peut très bien débaucher à 18h 18h30 un jour par semaine, avoir un jour de libre par semaine et on arrive à avoir quand même une semaine à peu près correcte avec du temps pour voir ses enfants. »*

*P2 « Quand je rentrais tous les soirs c'était à 7h et demi et c'était un temps que pour eux »*

*P9 « Je fais des grosses, grosses journées 8h-20h voilà mais que 2 jours par semaine pour voir les enfants »*

Certaines participantes disaient qu'il est important de se garder **du temps de plaisir avec ses enfants** :

*P2 « moi quand j'arrivais en fait c'était le côté câlin, bisous et on racontait des histoires ».*

*P14 « fais des trucs marrants avec eux et ça compense quoi. Voilà. Tu fais des guilis sur le lit et ils t'aiment, même si t'es rentrée à 20h ou à 21h »*

Ainsi qu'avec son **conjoint** :

*P1 « on a besoin de moments à 2 avec mon conjoint et ça nous arrive, j'avoue de mettre la petite chez la nounou pour aller faire du vélo »*

*P14 « On donne les enfants euh au moins 4 semaines par an parce que ça nous fait du bien de se retrouver à 2. Voilà, ça fait un bien fou pour tout un tas de choses. »*

### III.5.2.2. Modalités d'organisation

Plusieurs modalités d'organisations ont été décrites par nos participantes :

#### - aménager ses horaires

*P5 « Même tout petit. Moi ça a été assez des aménagements d'horaires »*

*P1 « Donc on alterne un mercredi sur deux, donc déjà une semaine sur 2 on a un mercredi chacun, enfin on prend les urgences des uns et des autres et celui qui travaille le mercredi ne travaille pas le vendredi samedi ce qui permet d'avoir un long week-end. Donc en fait on a des semaines qui sont plutôt raisonnables. On s'était dit que si ça marchait bien comme ça, si les patients acceptaient, moi je partirais plus tôt le mardi à 18h et lui partirait plus tôt le jeudi à 18h ce qui permet d'avoir aussi un soir où on peut voir ses enfants quand même plus tôt. »*

*P14 « je vais retarder l'heure de départ des consultations qui étaient à 8h20/8h40 j'ai mis à 9h pour pouvoir emmener mes enfants à l'école parce que je les emmène à l'école tous les matins. »*

#### - poser des jours de congés

*P2 « j'ai même déjà posé des jours pour accompagner mes enfants à un voyage scolaire parce que je trouvais ça important que je partage ça avec eux »*

#### - finir tôt certains soirs

*P4 « j'essaie de finir tôt 18h 18h30 maximum »*

*P3 « quand je me suis installée je savais que j'allais me marier et on avait très envie d'avoir des enfants donc j'ai posé des limites tout de suite. C'est-à-dire quand je me suis installée j'ai dit je commence à 9h le matin et je finis à 18h le soir. »*

*P11 « Deux jours par semaine nous finissons à 16h parce que l'autre prend le relais téléphonique »*

*P14 « j'ai une après-midi par semaine où je travaille pas et 2 autres où potentiellement je peux finir plus tôt. Bon des fois faut pas manger le midi et pas faire pipi trop souvent mais on arrive à se débrouiller pour finir... pour finir plus tôt quoi. »*

#### **- avoir un jour de repos en semaine**

*P4 « j'ai arrêté de travailler le mercredi matin parce que je voulais avoir toute ma journée avec eux tranquille »*

*P2 « Nous on est 2 hommes et 2 femmes au cabinet et chaque personne a une journée de congé »*

*P11 « J'ai tous les mercredis, j'ai un samedi sur 2, »*

*P14 « j'ai pu me prendre une demi-journée supplémentaire »*

#### **- faire une pause dans la journée**

*P1 « Il y en a qui font ça, prendre un temps de pause à 16h 17h pour l'aider à faire les devoirs et passer un petit peu de temps avec elle. Ça peut se faire tout à fait après les visites, ça peut être une organisation aussi. »*

*P4 « je m'arrête très peu sauf à midi où j'ai effectivement juste la porte à pousser et comme il y a le bébé qui est là donc on mange ensemble et voilà »*

*P2 « c'est vrai que ça m'a jamais posé de problème de poser une heure, deux heures pour les réunions de parents d'élève »*

#### **- prendre des vacances**

*P2 « Oui c'est ça, moi j'ai toujours pris toutes les petites vacances scolaires et 3 semaines l'été, parce que voilà pour le coup les vacances c'était important, depuis toujours ».*

*P5 « je prends toutes les petites vacances scolaires et je prends un mois l'été. »*

*P11 « j'ai 9 semaines de vacances par an. »*

#### **- gérer les gardes**

Gérer les gardes était parfois compliqué :

*P14 « le fait qu'on soit de garde un jour par mois, enfin un jour par semaine et un week-end par mois, c'était un peu compliqué »*

Certaines n'ont pas pris de garde à la reprise :

*P5 « Et on s'était arrangé aussi, c'est-à-dire je leur avais dit que j'en avais pris beaucoup en début de grossesse, quoi en gros j'avais fait mes gardes de l'année en début de grossesse. »*

*P16 « je me suis installée par la suite ben pendant 9 mois... alors là pour le coup je remplaçais une patientèle qui était pas une trop grosse patientèle donc effectivement*

*je pouvais encore gérer donc mon bébé, la nounou et voilà et je prenais pas de garde. J'ai réussi à pas en prendre. »*

#### **-travailler à temps partiel**

*P6 « on était parti sur le mi-temps. »*

*P8 « Moi je travaille à temps partiel »*

*P11 « En fait on fait du 90% »*

*P13 « pour rebondir à la limite sur le, l'aménagement dans le coup qui, enfin, de faire du temps l'un et l'autre c'est vrai que c'est pour ça aussi que j'ai repris à mi-temps »*

#### **III.5.2.3. Education de la patientèle**

**L'éducation de la patientèle** était indispensable afin de poser des limites et mieux gérer son temps.

*P3 « Après faut que ça reste raisonnable pour que la patientèle comprenne aussi mais si on est clair et qu'on pose les trucs d'entrée de jeu en général ça se passe mieux »*

*P4 « Moi je pense qu'après c'est vraiment une histoire d'éducation »*

*P5 « Les gens s'adaptent quoi à ce que tu veux et c'est plus à toi de mettre tes propres limites. »*

*P10 « moi j'étais la petite jeune donc quand j'ai... on n'a pas eu de passation de flambeau donc euh, donc déjà il fallait juste que je m'impose un petit peu. »*

Certaines participantes rapportaient que leurs **patientèles étaient compréhensives** :

*P2 « quand c'est bientôt les vacances, ils voient quand je suis fatiguée, ils le disent vous avez besoin de vacances, vous avez besoin de souffler donc en fait ça les choque pas au contraire ils comprennent que j'en ai besoin et qu'après c'est pour revenir mieux et être plus disponible. »*

*P4 « Et quand on veut faire de la qualité il y a pas besoin de travailler beaucoup, euh voilà et les patients en sont tout à fait ravis. Voilà le travail c'est la qualité c'est pas la quantité donc euh voilà. »*

*P6 « il y a une bienveillance des gens et ceux qui sont pas bienveillants de toute façon c'est minime »*

Alors que d'autres disaient que ce n'était pas toujours le cas :

*P10 « J'ai eu des patients compréhensifs mais des patients aussi pas très compréhensifs parce que je reprenais la place d'un médecin homme. Un homme de 67 ans (P11 dit « qui travaillait 20h/24) »*

*P7 « quelques réflexions de patients que j'ai pas appréciées, c'était, euh je leur disais venez au cabinet faut pas que je fasse trop de voiture et tout ça. Réponse si vous n'êtes pas capable de travailler restez chez vous. Euh ça c'était difficile »*

*P1 « Mais dans la tête des gens il y en a qui changent carrément de médecins parce que le médecin justement ose avoir une vie de famille et essayent à la porte d'à côté... »*

*P10 « Et les autres qui habitaient au 4ème étage sans ascenseur me disaient faut pas faire de voiture, mais par contre dans le centre-ville, mon cabinet est en centre-ville, vous pouvez, les escaliers c'est pas grave, votre cabinet il est à 5 minutes à pied de chez moi donc vous pouvez venir me voir mais surtout ne prenez pas la voiture. Donc compréhensifs et compatissants mais pas pour leur propre cas. »*

Réussir à avoir une vie privée nécessitait une bonne **organisation** pour mieux gérer son temps, de réussir à mettre des limites à sa vie professionnelle et d'**éduquer ses patients** qui pouvaient se montrer bienveillants comme l'ont remarqué certaines participantes même s'ils ne comprenaient pas toujours qu'un médecin ait le droit d'avoir une vie de famille.

*P15 « si je crois on arrive à connaître ses limites et surtout c'est ça arriver à se faire plaisir et à dire ah ben non là pour les patients j'arrête parce que je commence à culpabiliser vis-à-vis de mes enfants et dans l'autre sens ben je crois que probablement on y arrive »*

### III.5.3. Aides au quotidien

Le besoin d'**aide au quotidien** était une idée évoquée dans les 3 focus groups :

*P5 « Il y a besoin je trouve quand même en principe de pouvoir avoir quelqu'un sur qui compter à côté »*

*P2 « Je pense que là enfin si on n'est pas aidé pour tout ce qui est tâches ménagères c'est juste pas possible »*

*P4 « C'est inappréciable en fait d'avoir quelqu'un qui est à la maison comme ça. »*

*P14 « je m'occupais plus du quotidien, vous imaginez pas ce que ça fait ! Tu fais pas la lessive, tu fais pas les courses, tu fais plus à bouffer »*

Cela comprenait le mode de garde des enfants, la gestion des tâches ménagères, l'aide de son entourage.

#### III.5.3.1. Mode de garde

Le **mode de garde** était numéro un des idées référencées au cours de nos trois focus groups avec 60 occurrences. 15 participantes sur 16 en ont parlé comme le montre le diagramme de connexion (Figure 11).

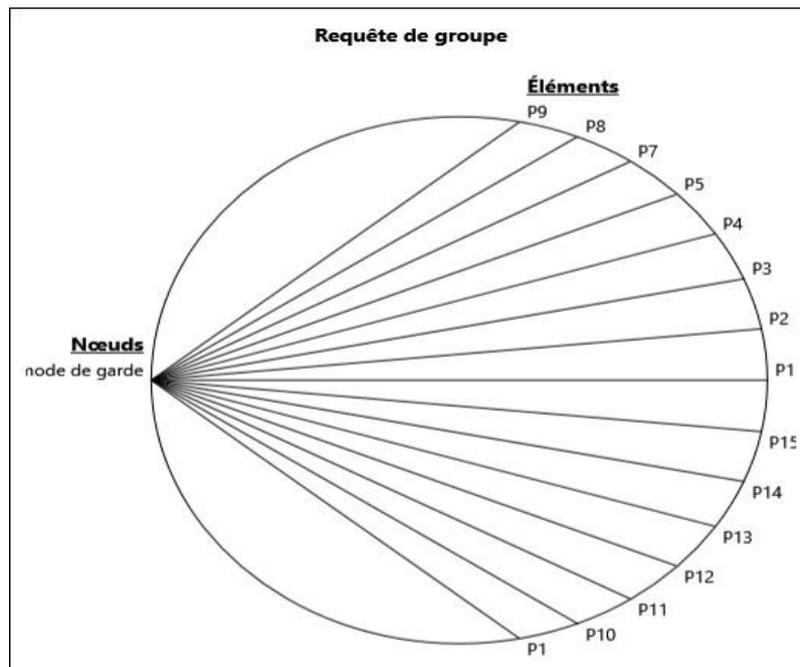


Figure 11 Diagramme de connexion issu du logiciel NVivo représentant le nombre de cas encodés dans le nœud « mode de garde ».

Comme nous l'avons vu dans la partie sur les difficultés de la reprise, trouver le bon aidant était un élément anxigène de la vie de jeune maman.

La majorité de nos participantes a eu recours à des assistantes maternelles avec la problématique de réussir à trouver la bonne personne capable de répondre à ses besoins :

*P1 « il faut avoir une bonne nounou qui prend des horaires larges »*

*P5 « c'était assez compliqué parce que quand on a des critères d'éducation assez différents, automatiquement on va pas forcément trouver la nounou qui va correspondre au fonctionnement. Du coup ça peut être des fois assez complexe. »*

*P7 « J'avoue que j'ai été bien entourée moi aussi par la nourrice qui était capable de me garder mon bébé jour et nuit, parce que quand on est de garde et que son conjoint part en dépannage ou en déplacement comme ça au dernier moment, il faut pouvoir dire, euh vous pouvez me la garder cette nuit, et voilà. »*

*P16 « Après faut trouver la bonne nounou (les autres font oui de la tête) parce que avec les horaires qu'on a c'était... »*

Certaines ont eu la chance de trouver une « **super nounou** » :

*P4 « Bien sûr dans le lot il y en a qui sont super, il y en a qui sont extras et tout, j'en connais. »*

*P2 « j'ai mis (mon fils) chez une super nounou, euh qui avait quasiment que des enfants de médecins donc qui avait des amplitudes horaires très larges, qui était super bien, qui avait une grande véranda remplie de jeux, qui leurs faisait faire énormément de choses. Il y avait pas de télé, il y avait un grand jardin, elle était vraiment géniale et quand j'étais de garde elle me le gardait la nuit »*

*P14 « j'avais aussi une super nounou et tout se passait très bien »*

*P15 « J'avais une super nounou ! (...) je lui faisais parfaitement confiance. Euh si j'étais de garde elle me le gardait moi le bébé la nuit donc là. Et puis vraiment ça posait aucun problème avec mon petit garçon donc ça s'est bien passé. »*

2 participantes parlaient de la crèche.

- l'une n'y avait pas trouvé d'intérêt :

*P4 « vers 2 ans quand l'autre est né, euh je me suis dit allez il va aller un peu à la crèche, ça va le socialiser et puis finalement, bon à part attraper des maladies à tout bout de champs, franchement ça n'a pas changé grand-chose au schmilblick. Et après les autres non non, ils sont pas allés à la crèche. »*

- l'autre qui bénéficiait de la crèche rattachée au centre hospitalier y trouvait des avantages :

*P12 « la crèche du CHU effectivement avec des pédiatres à côté, l'HME à côté, ils te le gardent même s'il est malade donc ça c'était... le bonheur »*

Certaines ont **employé** quelqu'un à leur domicile pour s'occuper des enfants et parfois aussi de l'entretien de la maison même si cela représentait un coût plus important :

*P2 « Moi je voulais dire que quand mes enfants étaient petits j'ai toujours eu quelqu'un à la maison (...) moi j'ai la nounou de mes enfants qui faisait aussi du ménage, qui faisait tout »*

*P4 « on a salarié une dame qui est là tous les matins de 8h à 13h donc elle s'occupe de toute l'intendance de la maison (...) C'est peut-être un investissement financier mais c'est un gain de joie de vivre au quotidien. »*

*P8 « on a fait un gros investissement, c'est-à-dire que plus que mon salaire passait, j'avais une jeune femme pour s'occuper de mes enfants et une jeune fille au pair parce que j'avais des gardes »*

*P9 « Enfin non c'est vrai d'avoir plus d'argent (mime l'arrivée d'argent avec ses mains) me faciliterait la vie parce que allo Babychou allez viens ma fille est malade sauf que c'est 25 euros de l'heure donc je peux pas »*

### III.5.3.2. Déléguer les tâches ménagères

Les tâches ménagères étaient des corvées du quotidien qui se rajoutaient à la journée de travail et prenaient du temps sur le temps personnel :

*P1 « Une chose est sûre c'est que pour l'instant on n'a pas de femme de ménage et ça c'est un truc je me rends compte que ça va pas le faire quoi. Franchement mon conjoint n'aime pas faire le ménage, depuis que je suis installée c'est le bordel à la maison, c'est une catastrophe (...) Pour le coup je me dis que les moments où j'ai du temps j'ai pas envie de le passer à faire le ménage, j'ai envie d'en profiter à fond avec ma fille. Donc ça c'est important. »*

*P4 « Je pense que là enfin si on est pas aidé pour tout ce qui est tâches ménagères c'est juste pas possible. »*

### III.5.3.3. Aide de l'entourage

#### III.5.3.3.1. Organisation dépendante du conjoint

Les participantes rapportaient en quoi leur organisation dépendait aussi de leur conjoint :

*P2 « c'est vrai que quand on a fini notre travail on a aussi tout ce qu'on doit faire à la maison, tout ce que ne fait pas forcément notre conjoint alors ça dépend des conjoints, il y en a qui en font plus que d'autres »*

*P1 « moi je m'installe juste donc c'est pas facile encore d'avoir une approche de ce que va être ma vie avec la petite et mon conjoint est remplaçant donc du coup pour l'instant il jongle en fonction de moi aussi. »*

*P15 « Euh il y a sûrement dû y avoir le problème du papa qui était toujours loin et il a fallu que je m'organise puisque moi j'avais donc le bébé, le travail et moi »*

*P16 « ça dépend aussi de ce que fait le mari »*

Certains conjoints étaient particulièrement aidants et ont permis de résoudre le problème de la gestion du quotidien à la maison et de la garde des enfants, nous les avons codés sous le terme « **super conjoint** » :

*P4 « moi j'ai de la chance j'ai mon conjoint (...) il a pris un congé parental qui a duré trois ans, donc il est resté 3 ans à la maison et on a trouvé notre solution »*

*P14 « mon mari, lui il a, ça fait partie aussi de la médecine générale, mais il a arrêté de bosser pour ça. Donc ça aussi c'était un gros facteur, il y avait toujours quelqu'un à la maison pour s'occuper des enfants »*

Un conjoint est allé aider sa femme à son travail pendant sa grossesse en posant des congés :

*P11 « 2ème grossesse, j'étais enceinte de 7 mois, ça tirait énormément parce que bébé 4kg400, mon mari a posé sa semaine de congé, on a laissé l'ainé chez les grands parents et on a passé 10 jours en amoureux, lieu au volant en train de me véhiculer partout et de surveiller la salle d'attente et moi en train de travailler... Donc c'est une expérience qu'on a fait à 2. »*

Une des participantes a remercié son conjoint pour son implication auprès de leurs fils :

*P10 « Je remercie mon conjoint qui s'en occupe énormément »*

#### III.5.3.3.2. Entourage familial

Les participantes évoquaient l'avantage de la disponibilité des grands-parents :

*P4 « j'ai ma famille sur place qui est très aidante »*

*P10 « mes parents travaillent encore, sont en activité, mes beaux-parents aussi. Ma mère est prof donc elle a des horaires un petit peu plus souples donc on s'adapte. »*

*P16 « Moi je trouve que j'ai eu la chance de trouver une nounou et d'avoir le contexte familial d'avoir les mamies à disposition »*

Les participantes ont exprimé leur besoin d'**aide au quotidien** : le mode de garde le plus fréquent dans notre étude était de faire appel à une assistante maternelle avec l'inconvénient parfois des horaires qui ne correspondaient pas à ceux d'un médecin et la difficulté de trouver quelqu'un qui convenait à son enfant. Malgré son coût, certaines avaient recours à une **employée à domicile**, qui pouvait aussi gérer les tâches ménagères. Il semblait important pour nos participantes de **déléguer les tâches ménagères** pour disposer de davantage de temps avec leurs enfants. La **disponibilité de la famille et du conjoint** améliorait le quotidien des femmes médecins.

### III.5.4. Gestion financière

Nous avons déjà vu que les difficultés financières faisaient partie des principales difficultés rencontrées par nos participantes, notamment au moment de la grossesse et lors d'interruption de leur activité professionnelle.

Actuellement une femme médecin peut bénéficier de plusieurs aides financières et envisager plus sereinement une grossesse :

*P1 « Ça pousse l'épine du pied de la femme médecin et c'est vrai que ça évolue quand même, il y a plusieurs aides maintenant donc tant mieux. »*

Les principales **aides financières** évoquées par nos participantes étaient :

- les aides de la **CPAM**

*P1 « on a un super congé maternité en tant que médecin généraliste »*

*P13 « j'ai été payée de mon côté salariée parce que au moment de la déclaration de la grossesse j'étais interne donc c'est mon salaire d'interne en fait qui m'a été versé après. »*

*P14 « Donc du coup il y a quand même une perte de salaire ? Le congé maternité par rapport au libéral il y a quand même une nette perte de salaire »*

- une participante a effectué de lourdes démarches administratives pour bénéficier d'aides complémentaires :

*P10 « Je me suis battue pour l'ASM parce que je faisais partie de l'une des premières femmes médecin qui pouvait toucher l'aide supplémentaire maternité. »*

- une autre a pu bénéficier des avantages d'une installation en ZRR (Zone de Revitalisation Rurale) :

*P4 « Pour la troisième le gros avantage, pourquoi en fait on a pu mettre de côté beaucoup c'est parce que en fait moi je me suis installée en ZRR, voilà donc du coup*

*j'ai eu énormément d'avantages à l'installation dont l'exonération d'impôts sur le revenu »*

Avoir recours à une **prévoyance privée** n'a pas toujours été une solution :

*P2 « mon assureur il m'avait exclu mes grossesses. »*

*P10 « Discrimination quand je me suis inscrite à la MACSF. Alors bonjour madame, bienvenue, voilà votre prévoyance. Au fait on ne couvrira pas si vous avez des problèmes d'infertilité, on ne vous couvrira pas si vous avez des problèmes au moment de votre congé maternité une grossesse patho donc ce qui serait bien c'est qu'après que vous ayez fait vos enfants on puisse vous couvrir. »*

Dans les trois focus groups, des participantes ont rapporté la nécessité de **mettre de l'argent de côté** avant d'envisager une grossesse :

*P4 « Nous ça faisait déjà un petit moment qu'on y pensait, c'est des bébés qu'on prévoit quoi ; financièrement on avait mis de côté exprès en prévision »*

*P9 « faut vraiment avoir des sous de côté en étant médecin pour avoir un bébé parce que clairement au niveau des aides et compagnie on n'est pas comme les autres gens qui ont plein d'aides. On n'a pas tout ça donc faut bien avoir un beau compte en banque bien rempli quand on a un bébé »*

*P14 « Tu mets de côté et tu capitalises quoi »*

Nos participantes regrettaient une situation financière dans laquelle elles étaient enfermées comme dans un cercle vicieux consistant à faire garder les enfants pour pouvoir travailler et à travailler pour pouvoir payer le mode de garde des enfants :

*P5 « Moi il y a des fois au bout d'un moment ce qui me dérange c'est quand on en peut plus, on est fatigué et on se rend compte qu'on finit par bosser pour pouvoir faire les chèques pour pouvoir élever les enfants limite, pour pouvoir faire les choses, faire le ménage, faire la nounou »*

*P9 « Moi je suis tout à fait d'accord parce qu'il y a presque tout mon salaire qui passe dans la nounou actuellement »*

Malgré une bonne organisation, il restait difficile dans cette profession de **faire face aux imprévus**, notamment pour les remplaçantes qui avaient des revenus ponctuels :

*P9 « Après il y a juste une chose qui est pas facile c'est par exemple, il y a un jeudi ma fille elle a eu une pneumopathie, j'ai dû m'arrêter et du coup pas faire ma journée alors que j'avais des patients de prévus (...) financièrement ça a été un peu dur parce que travaillant 2 jours par semaine, clairement couper toute une journée de consult ben le mois il était même pas à 2000 euros bruts, même pas ! Donc après ça c'est aussi la médecine générale, le libéral. On travaille pas, on n'a pas de sous. »*

Une femme médecin qui attend un enfant à notre époque bénéficie de plusieurs **aides financières**, nécessitant parfois d'effectuer des démarches administratives spécifiques. Elle peut également souscrire à une **prévoyance privée** à la condition de ne pas être concernée par les conditions d'exclusions. **Mettre de l'argent de côté** serait un pré requis pour envisager une grossesse plus sereine.

### III.6. Etude des sentiments

Nous avons présenté dans les parties précédentes principalement les résultats du codage axial. Ici nous exploitons plus précisément le codage matriciel car c'est l'étude des sentiments exprimés par nos participantes au cours des focus groups qui représente leur vécu de la maternité.

#### III.6.1. Une majorité de sentiments négatifs

Le diagramme réalisé sur NVivo (Figure 12) représentant la répartition des sentiments exprimés par les participantes montre une majorité de **sentiments négatifs** (en bleu).

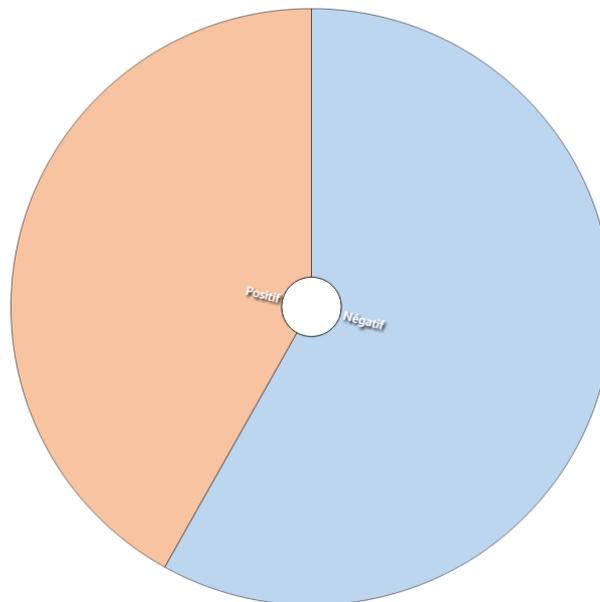


Figure 12 Diagramme représentant la répartition des sentiments évoqués par les participantes.

Le codage des sentiments a été effectué au fur et à mesure du codage descriptif quand une idée reflétait des éléments affectifs particuliers. Nos résultats affichent 68 occurrences négatives et 49 positives.

Si nous croisons la totalité des sentiments codés avec nos 16 participantes (Figure 13), nous observons qu'elles ont toutes exprimé des sentiments. La plus grande partie d'entre elles a évoqué une majorité de sentiments négatifs. Pour 2 participantes des sentiments négatifs uniquement ont été encodés.

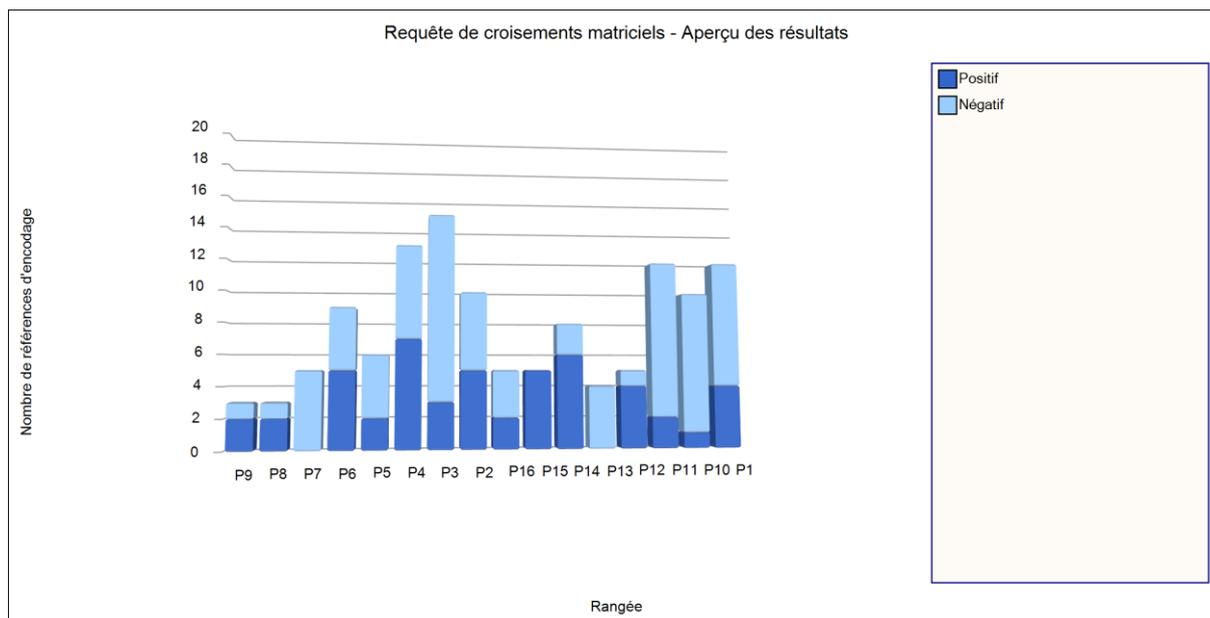


Figure 13 Croisement matriciel du nombre de références d'encodage concernant des sentiments positifs et négatifs en fonction des participantes.

Si nous croisons nos thèmes avec les sentiments, nous observons que c'est la partie sur « **le vécu** » qui regroupe le plus de **sentiments négatifs** (Tableau 7) :

Tableau 7 Croisements matriciels entre les thèmes et les sentiments. Logiciel NVivo.

	Positif	Négatif
Organisation professionnelle	18	22
Particularités de la profession	20	27
Vécu	25	57

Quand nous croisons les données socio-démographiques des participantes avec les sentiments, nous observons que certaines caractéristiques des participantes sont associées à des sentiments plus ou moins positifs et négatifs (Tableau 8).

Tableau 8 Croisements matriciels entre le profil des participantes et les sentiments. Logiciel NVivo.

	Négatif	Positif
âge = 30-39 ans	31	24
âge = 40-49 ans	26	9
âge = 50-59 ans	12	15
âge = >60 ans	0	0
âge = <30 ans	3	2
situation familiale = en couple	63	39
situation familiale = séparée/divorcée	9	11
nombre d'enfants = 1 ou 2	62	36
nombre d'enfants = 3 ou plus	10	14
mode d'exercice = libéral remplaçant	5	8
mode d'exercice = libéral installé en groupe	41	32
mode d'exercice = libéral installé seul	15	9
milieu d'exercice = rural	15	20
milieu d'exercice = urbain	28	15
milieu d'exercice = semi rural	21	13
milieu d'exercice = peri urbain	10	2

Ce sont les participantes en couple, avec un ou deux enfants, qui ont exprimé le plus de sentiments négatifs.

La catégorie des participantes de plus de 50 ans a exprimé plus de sentiments positifs que négatifs. C'est l'inverse dans les autres catégories d'âge.

Les participantes célibataires étaient plus positives dans leurs propos que celles en couple.

Il y a une majorité de sentiments positifs dans le profil « remplaçante » contrairement au profil « installée ».

La matrice croisant les nœuds avec les sentiments du tableau 9 révèle :

Tableau 9 Croisements matriciels entre les nœuds et les sentiments. Logiciel NVivo.

	Négatif		Positif
1 : difficultés reprise	8	1 : congé post natal	6
2 : pas une patiente comme une autre	7	2 : vécu grossesse	5
3 : profession chronophage	7	3 : disponibilité du conjoint	4
4 : allaitement	6	4 : mode de garde	4
5 : difficultés grossesse	6		
6 : grossesse installée	6		
7 : vécu grossesse	6		
8 : compatibilité	4		
9 : complications grossesse	4		
10 : congé prénatal	4		
11 : difficulté sans aidant	4		
12 : difficultés financières	4		
13 : entraide entre collègues médecins solidarité	4		

- des **sentiments** majoritairement **négatifs** pour : « les **difficultés de la reprise** », ne pas être « **une patiente comme une autre** », « la **profession chronophage** », « l'**allaitement** », « le **vécu de la grossesse** » et ses « **difficultés** », notamment concernant la grossesse des médecins « **installées** » :

*P2 « elle avait 6 mois, je suis restée 1 mois à l'époque sans la voir. Et ça c'est dur pour une maman. »*

*P13 « Le plus dur ça a été de reprendre les gardes de 24h. La première garde de 24h quand ma fille avait 3 mois j'ai pleuré sur le chemin... »*

*P7 « C'était...pfff... les conseils pour l'allaitement, les conseils pour des tas de choses, ça a été catastrophique parce que ben on me considérait pas comme une patiente. »*

*P11 « L'horreur absolue. Un moment de la vie féminine qui est absolument affreux. »*

*P16 « le congé mater avant la naissance c'est un peu ce qui a été dit, c'est long, c'est l'attente, on est... il y a personne, il y a tout le monde qui travaille, il y a personne qui peut nous tenir compagnie (parle les mains croisées) donc c'était... pour moi enfin c'était particulier comme c'était une grossesse patho je... j'étais beaucoup suivie c'était un petit peu angoissant »*

*P3 « l'organisation est pas toujours très facile à trouver et souvent elle est un peu... enfin quand on a notamment, moi j'ai pas d'aide familiale, quand ça coince, là ma femme de ménage démissionne donc je suis... je pleure »*

*P4 « Et ça a été un peu l'enfer »*

*P10 « ça m'attriste beaucoup parce que j'arrive pas à l'heure actuelle à concilier la médecine libérale »*

- des **sentiments positifs** ressortent pour « le **congé postnatal** », « le **vécu de la grossesse** », « la **disponibilité du conjoint** » :

*P4 « j'ai passé un peu plus de temps avec elle, euh et ça c'était bien cool. »*

*P8 « j'ai pas travaillé pendant ce temps-là du coup j'étais sans activité. Donc la maternité grossesse et tout petit bébé j'ai été gâtée »*

*P15 « c'était 4 semaines très très sympas (...) c'était un moment de notre vie là à ce moment là où on était tous les 3 et c'était assez sympa. »*

*P14 « (mon mari) arrête de travailler, ça c'est quand même la grosse adaptation (...) je m'occupais plus du quotidien, vous imaginez pas ce que ça fait ! Tu fais pas la lessive, tu fais pas les courses, tu fais plus à bouffer (...) c'est le bonheur quoi ! »*

-notons sur le Tableau 10 que le « **mode de garde** » est le seul code à compter autant de références positives que négatives :

Tableau 10 Croisements matriciels entre le "mode de garde" et les sentiments. Logiciel NVivo.

	A : Positif	B : Négatif
1 : mode de garde	4	4

*P3 « les 6 premières années de l'aînée et donc les 3 premières années du deuxième je les ramenait, j'allais les récupérer à 7h et demi chez la nounou, je les ramenait à la maison. Ils avaient dîné mais par contre ils étaient pas douchés. Donc c'est pareil c'est des cris des hurlements, tout le monde était agacé, moi j'étais crevée, eux aussi parce que enfermés dans 15 mètres carrés ils en pouvaient plus. Ça a été des moments pas très faciles »*

*P1 « C'était difficile pour elle d'ailleurs, ça a été très difficile au début, la nounou disait qu'elle pleurait beaucoup parce que justement je l'allaitais encore et qu'elle me réclamait pas mal. C'est là que j'ai un petit peu des regrets »*

*P12 « ils te le gardent même s'il est malade donc ça c'était... le bonheur »*

### **III.6.2. Souhaits et conseils**

Les 2 dernières questions de notre guide d'entretien demandaient aux participantes :

- « Qu'est-ce qui aurait pu ou pourrait vous aider dans votre maternité ? »
- « Quels conseils pourriez-vous donner aux consœurs futures mamans ? »

L'objectif était que, d'après leurs expériences personnelles, elles verbalisent leurs souhaits pour faciliter la maternité des femmes médecins libérales et permettre d'entrevoir des pistes d'amélioration.

#### **III.6.2.1. Souhaits**

Leurs **souhaits** étaient :

- une meilleure égalité entre les professions en ce qui concerne les aides sociales :

*P11 « C'est aussi de mettre des lois équitables, peu importe l'emploi, peu importe nos finances. Un ingénieur à BAC+9 a autant droit d'avoir des aides financières qu'un médecin qui a choisi d'être libéral. »*

*P6 « Je suis tout à fait d'accord sur les lois sociales, la plus équitable possible en France, y compris les agricultrices, etc... mais c'est comme ça. »*

*P9 « il me faudrait des jours enfants malades qui font que je puisse m'arrêter mais pas au bout de 14 jours avec la prévoyance quoi. »*

- une modification des horaires de garde :

*P7 – « Moi je pense qu'il faudrait qu'on revienne sur les horaires qu'on nous impose là d'être joignable de 8h à 20h et le samedi matin. »*

*P11 – « Oui il y a un problème d'horaire. »*

*P7 – « Je crois que, disons 8h 18h et la garde qui commence à 18h. »*

*P11 – « Ce que fait la Dordogne ! Ce que faisait la Dordogne quand moi j'étais à Thenon. »*

P7 – « Ce serait grandiose, hein, on pourrait aller... hein 18h ! »

P1 « Et il y a un autre truc que j'aimerais pousser le bouchon un peu plus loin, ce serait bien qu'en Limousin on songe à la garde qui commence à 19H ! Parce que franchement ça existe dans d'autres régions. (...) Dans d'autres régions ils ont la garde à 19h et n'empêche que pour les femmes médecins et tout comme les hommes médecins parce que pour moi c'est tout comme, pour moi c'est pas une affaire de femme/homme pour moi c'est une affaire de paternité, de maternité. »

P4 « Le samedi matin aussi a été demandé, pour être inclus dans la garde. »

- de l'aide de leur entourage :

P9 « Moi du coup ce dont j'aurais besoin, c'est soit que ma famille soit là mais ça je l'aurai pas... du coup c'est de sous. Enfin non c'est vrai d'avoir plus d'argent (mime l'arrivée d'argent avec ses mains) me faciliterait la vie parce que allo Babychou allez viens ma fille est malade sauf que c'est 25 euros de l'heure donc je peux pas.

Animatrice – « Ce qui pourrait t'aider ? »

P10 – « Ben ce qui pourrait m'aider c'est qu'il reste (mon mari) ! (Rires) Et qu'il soit toujours comme ça ! (...) Qu'il soit aussi merveilleux, qu'il continue à l'être longtemps, longtemps. Et une bienveillance de ma... une entraide pour pouvoir lever un petit peu le pied. Voilà. »

- plus de solidarité dans la profession :

« Qu'est-ce qui aurait pu ou pourrait vous aider dans votre maternité ?

P11 La solidarité ! »

P10 « J'ai espéré jusqu'à la fin que ma collègue me file un coup de main mais non. »

P12 « La patience et la conciliation, comme on dit la solidarité, la bienveillance, je sais pas comment, j'ai pas d'exemple très concret »

Dans leurs souhaits, les participantes reprenaient des idées évoquées au cours des focus groups : nous revoyons l'importance de **l'aide de l'entourage** et de **l'entraide entre collègues** médecins ainsi que le problème de la gestion du temps. Une modification des horaires de **gardes** était souhaitée dans ce sens. Elles rappelaient également la particularité des professions libérales et les inégalités qui existent à travers cette volonté d'équité des lois sociales.

### III.6.2.2. Conseils

15 participantes se sont exprimées à ce sujet avec des idées variées :

*P1 « ne pas céder à la pression des patients »*

*P2 « Je dirais l'organisation »*

*P3 « Oui moi je leur conseillerais quand même de pas faire les enfants quand elles sont installées, c'est quand même vraiment... »*

*P4 « Moi je dirais euh, pas de stress c'est ça. Faut arrêter de se prendre la tête, on a un métier qui nous permet de faire ce qu'on veut (...) tout est facile dans le sens où tu peux adapter ton travail à la façon dont tu veux vivre, à la façon dont tu veux éduquer tes enfants donc c'est faisable »*

*P5 « Ce qu'on peut donner c'est oser »*

*P6 « Pas se poser de question et accepter la vie, faire confiance à l'avenir. »*

*P7 « je crois que le plus important c'est que tu ne te culpabilises pas »*

*P7 « le principal c'est d'être bien entourée quoi et de trouver des personnes avec qui on peut bien collaborer et s'organiser. »*

*P9 « Un conseil ce serait de préparer quand même financièrement euh du coup »*

*P10 « n'aie pas deux pieds dans le même sabot et renseigne toi pour tout ce qui est démarche administrative »*

*P11 « Ne pas faire de sacrifices. »*

*P12 « Moi je conseillerais surtout en tant que femme c'est quand on est prête, qu'il n'y a pas de moment idéal quoi qu'il arrive, que chaque femme est différente, chaque histoire est personnelle donc le faire au moment où elles se sentent prêtes. »*

*P13 « Oui le conseil c'est juste de l'organisation »*

*P14 « Faut pas se mettre trop de pression, faut que ta vie professionnelle s'adapte comme t'as envie à ta vie personnelle, que ce soit pour les enfants ou pour autre chose. »*

*P15 « pour une consœur qui voudrait avoir des enfants euh... faut qu'elle soit elle-même en fait »*

*P16 « moi en conseil je voudrais dire de pas suivre les conseils des autres non plus »*

En réalisant une matrice de croisement entre les nœuds et les conseils comme l'illustre la Figure 14, nous observons que 6 codes sont particulièrement représentés dans ces conseils : « **adaptation** », ne pas « **culpabiliser** », « **éducation patientèle** », « **entraide entre collègues médecins** », « **équilibre** », « **gestion quotidien selon ses convictions** ».

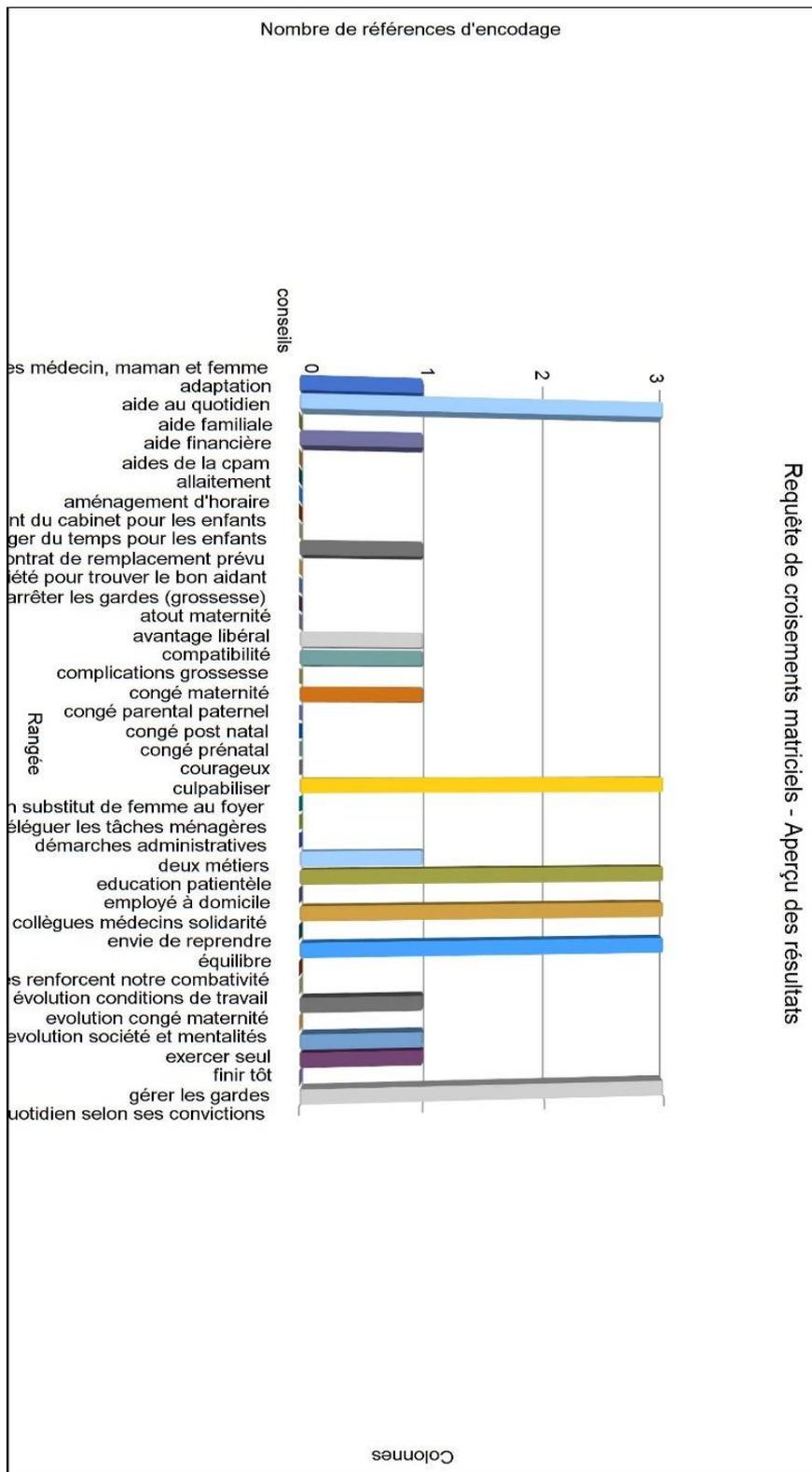


Figure 14 Graphique représentant la requête de croisement matriciel entre les nœuds et les conseils. Logiciel NVivo.

C'est la catégorie des participantes de 30-39 ans qui est à l'origine du plus grand nombre de conseils (Tableau 11).

Tableau 11 Croisement matriciel entre l'âge des participantes et le nombre d'occurrences dans le nœud "conseils". Logiciel NVivo.

	Conseils
Profil participantes : âge = 30-39 ans	21
Profil participantes : âge = 40-49 ans	4
Profil participantes : âge = 50-59 ans	9
Profil participantes : âge = >60 ans	0
Profil participantes : âge = <30 ans	2

Les **conseils** permettaient d'entrevoir la problématique principale de chacune, ce qu'elles souhaiteraient changer ou faire différemment, ce qui a compté pour elles avec une majorité d'idées concernant : l'**adaptation**, l'absence de **culpabilisation**, l'**éducation de la patientèle**, l'**entraide entre collègues médecins**, l'**équilibre entre vie professionnelle et vie privée**, la **gestion du quotidien selon ses convictions**.

### III.7. Conclusion des résultats

Le métier de médecin généraliste libéral aurait des particularités, des **avantages** et des **inconvenients**. Il a beaucoup **évolué** ces dernières décennies et les **conditions de travail** ont changé. La majorité de nos participantes estimait que la maternité était **compatible** avec leur profession.

L'étude des sentiments a traduit une majorité de **sentiments négatifs**, portant principalement sur le **vécu de la maternité**. Comme nous l'avons vu les difficultés rencontrées étaient nombreuses : **ne pas être considérée comme une patiente normale**, les **difficultés de la grossesse**, le problème de la **gestion du quotidien** et du **mode de garde** des enfants dans une **profession chronophage**. Les mères médecins étaient parfois victimes de discriminations...

Une modification des horaires de garde, davantage de solidarité entre médecins étaient les principaux souhaits de nos participantes.

Une **organisation** de son temps professionnel était indispensable pour accorder du temps à sa vie personnelle et à ses enfants. S'il apparaissait pour nos participantes qu'il n'était pas toujours facile de gérer leur temps comme elles le souhaiteraient, l'**avantage du libéral** était d'offrir une certaine **liberté d'organisation** qui permettrait de **gérer son quotidien selon ses convictions**.

*P1 « Comme quoi dans ce groupe on est plusieurs à avoir des opinions différentes sur la manière d'éduquer ses enfants, la manière dont on veut vivre les choses et on arrive chacune à faire les choses comme on l'entend avec notre métier qui nous prend du temps donc ça c'est quand même une belle conclusion »*

## **IV. Discussion**

---

### **IV.1. Forces de l'étude**

#### **IV.1.1. Type d'étude**

Le choix d'une étude qualitative était particulièrement adapté pour répondre à notre question de recherche. En effet notre objectif était d'étudier le vécu des femmes médecins généralistes libérales de leur maternité, une notion qui n'était pas quantifiable et impossible à aborder à travers un questionnaire avec des questions fermées ou sans influencer les données.

Nous avons exploité les trois types de codage dans le logiciel NVivo, ce qui n'apparaît pas dans les deux autres études qualitatives réalisées sur le sujet de la maternité en 2016(30) (31) : une d'entre elles n'avait pas réussi à utiliser le logiciel et avait tout codé à la main, la deuxième n'avait pas réalisé de codage matriciel pour croiser les données et ne mentionne pas de nom de logiciel pour son analyse.

Un atout pour notre analyse du vécu de la maternité a été d'utiliser la dernière version du logiciel NVivo nous permettant ainsi le codage des sentiments.

#### **IV.1.2. Un accueil chaleureux**

Nous avons rencontré un fort enthousiasme vis-à-vis de notre sujet d'étude.

Suite à l'envoi du courriel de recrutement, nous avons en effet reçu de nombreux retours positifs. Les femmes médecins saluaient l'initiative d'un tel projet et qualifiaient le sujet de « très intéressant ». Celles qui ne pouvaient pas participer le regrettaient et nous transmettaient leurs encouragements. Cet accueil chaleureux a constitué un tremplin positif pour lancer notre projet.

#### **IV.1.3. Un sujet original**

La féminisation de la profession s'accroît au fil des années et contribue à modifier le visage de la médecine générale, ce qui en fait un sujet d'actualité. S'intéresser à la maternité des femmes médecins généralistes installées en libéral revient à s'intéresser à leur vie en dehors du travail, à leur organisation professionnelle pour essayer de concilier leur métier et leur vie privée. Ceci s'inscrit dans l'évolution des mentalités et de la société actuelle qui prône de disposer de davantage de temps pour sa famille, ce qui ne semble pas évident dans une profession qui requiert au minimum 9 ans d'études et énormément d'investissement personnel.

À notre connaissance il y a peu d'études récentes sur le vécu de la maternité chez les femmes médecins généralistes libérales. Ce sujet a été étudié dernièrement dans deux études par des entretiens individuels mais jamais à travers des focus groups (30) (31).

## IV.2. Biais de l'étude

La validité interne d'une étude concerne sa capacité à traduire la réalité des faits. Pour répondre à ce critère, nous avons effectué une triangulation des données et avons réalisé plusieurs focus groups jusqu'à obtenir une saturation des données.

La validité externe consiste à comparer les résultats aux données de la littérature, ce que nous ferons par la suite.

Le biais est une cause d'erreurs liées à la méthodologie d'une étude. Il existe plusieurs types de biais dont notre étude n'est pas exempte.

### IV.2.1. Biais de sélection

**Un biais de sélection** est une erreur causée par les méthodes adoptées pour choisir les participants à l'étude. Nos critères d'inclusion étaient simples : être une femme médecin généraliste exerçant en libéral et avoir eu au moins un enfant. Les médecins qui avaient uniquement une activité salariée ont été exclus.

Les femmes médecins de notre étude ont été recrutées en majorité dans notre répertoire personnel et parmi les maîtres de stage du Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de Limoges. Certaines participantes étaient donc d'anciennes collègues de la faculté ou d'anciens maîtres de stage et nous pouvons penser qu'elles étaient présentes par solidarité ou par sympathie.

Elles participaient sur la base du **volontariat**. Parmi celles qui souhaitaient participer, nous avons eu des retours indiquant « un manque de temps » ou « une impossibilité de faire garder les enfants » pour venir aux dates proposées, ce qui sous-entend peut-être que celles qui ont effectivement participé aux focus groups avaient des facilités pour se libérer ou pour faire garder les enfants, ce qui influence les réponses. En effet celles qui étaient volontaires et disponibles avaient peut-être des idées différentes de celles qui n'ont pas participé.

Cependant, dans une étude qualitative, la population étudiée n'a pas besoin d'être représentative de la population générale, l'essentiel étant de disposer d'une diversité des profils et de parvenir à saturation des données.

### IV.2.2. Biais d'information

Un des biais d'information réside dans le principe de recueillir des **données déclaratives**. Dans un focus group, chacune peut s'exprimer librement et la dynamique de groupe qui se crée permet l'émergence de nouvelles idées dans la discussion. Contrairement à des entretiens individuels plus intimes, la pudeur sur des sujets personnels, la peur d'un jugement ou du regard des autres peut entraîner des non-dits ou des mensonges, d'autant plus quand certaines participantes se connaissaient ou connaissaient les animatrices. Certaines réponses ont pu aussi être influencées par un effet de groupe. Pour créer un climat de confiance, nous organisons un pot d'accueil avant chaque focus group. Les trois focus groups ont eu lieu au même endroit, dans une salle de cours de la faculté de médecine connue par la plupart des participantes ; nous installons les chaises autour d'une grande table rectangulaire afin que tout le monde puisse se voir et que personne ne se retrouve à l'écart.

Notre étude était aussi soumise à un **biais de mémorisation**. Nous amenions les participantes à discuter autour du vécu et de l'organisation de leur maternité. Pour certaines la grossesse remontait à plusieurs années.

Donner à remplir la fiche de recueil des données socio-démographiques en début de focus group avait aussi la fonction de remettre en mémoire certaines idées aux participantes mais nous ne pouvons exclure le risque d'omissions.

Le principe même des focus groups peut induire un **biais d'intervention**. Afin de ne pas orienter les réponses des participantes lors des focus groups, elles ne connaissaient pas à l'avance les questions du guide d'entretien. Pour ne pas les influencer, l'animatrice intervenait peu. Elle recentrait le débat quand les participantes s'éloignaient du sujet ou pouvait reformuler ce qui avait été dit pour amener à préciser des idées, le risque étant d'orienter le dialogue selon ses opinions. L'animatrice du premier groupe de discussion avait de l'expérience dans l'encadrement des focus groups et a pu nous conseiller et guider notre deuxième animatrice pour les focus groups suivants. Dans chaque focus group certaines participantes avaient tendance à monopoliser la discussion et à faire de grandes tirades alors que d'autres plus discrètes n'osaient pas prendre la parole. Cela a été aussi le rôle de l'animatrice de canaliser certaines et d'encourager d'autres.

Un **biais de subjectivité** lors de la retranscription des focus groups est une source d'erreurs potentielles dans notre analyse. Nous avons 3 supports d'enregistrements pour nous assurer de pouvoir consigner tous les propos. Nos enregistrements se sont avérés de bonne qualité, tous les propos ont pu être retranscrits et nous n'avons pas eu de difficulté à rattacher ses propos à chaque participante. Les rares passages moins audibles sur le dictaphone ont été contrôlés sur les autres enregistreurs. La retranscriptrice effectuait des courts temps de pause régulièrement pour s'assurer de rester concentrée.

Si les codages descriptif, axial et matriciel n'ont pas posé de problème grâce à la supervision et aux conseils de consœurs ayant déjà manipulé le logiciel ainsi que la consultation de tutoriels sur Internet, nous nous sommes trouvées en difficulté pour coder l'ensemble des données socio-professionnelles des participantes dans le logiciel NVivo, ce qui pourrait constituer un **biais de recueil**. En effet ces fiches étaient riches d'informations. Nous demandions des renseignements sur chaque grossesse. Seulement dans NVivo, nous ne pouvions cocher qu'une valeur d'attribut par attribut, ce qui convient très bien pour coder l'âge des participantes car une seule valeur suffit. Cependant nous n'avons pas réussi à nous affranchir de ce problème pour d'autres données sans avoir à créer de multiples attributs et valeurs d'attributs qui auraient rendu nos résultats peu lisibles... Nous n'avons donc pas pu référencer toutes les caractéristiques de nos participantes comme leur statut à chaque grossesse ou la durée du congé maternité à chaque grossesse, ce qui aurait pu apporter des informations supplémentaires lors de l'analyse.

Il peut exister des **biais d'interprétation** lors du codage et de l'analyse des données. Malgré notre volonté de rester neutres, nous ne pouvons exclure que nos propres représentations et expériences de vie aient orienté notre interprétation des propos des participantes. Pour limiter cet effet, nous avons réalisé une triangulation des données en réalisant un codage à trois investigateurs sur le premier focus group. L'objectif était de s'assurer de la qualité et de la concordance des méthodes de codage. À la fin du codage descriptif, une relecture commune du codage des trois focus groups a été réalisée.

Les résultats obtenus à partir de l'analyse du verbatim ont objectivé des idées prépondérantes pour répondre à notre problématique principale, nous discuterons les résultats dans la partie suivante.

### IV.3. Discussion des résultats

#### IV.3.1. La population étudiée

Quand nous avons défini notre population d'étude, nous avons choisi d'interroger les femmes médecins ayant une activité libérale avec l'idée sous-jacente que la profession compliquait l'accès à la maternité du fait de longues années d'études et des contraintes de l'exercice en libéral. Inversement, nous pensions aussi que la maternité compliquait l'organisation professionnelle, d'autant plus en activité libérale. Nous ne voulions pas préjuger de l'influence des différences de statut dans la profession (installé ou remplaçant) ni des différences de vécu liées à l'âge des mères ou à l'époque à laquelle les enfants seraient nés.

Dans notre étude, nous n'avons donc pas posé de limite d'âge aux participantes afin d'avoir la possibilité de comparer des vécus que nous pensions différents en raison de situations et de prestations sociales différentes selon les époques. Cette décision avait aussi pour but de créer des populations hétérogènes afin d'enrichir les discussions par la diversité des profils. Nous considérons avoir obtenu une bonne hétérogénéité des profils dans notre étude avec des participantes âgées de 29 ans à 59 ans. Elles rapportaient donc des expériences de vie variées et pouvaient comparer leur vécu. La moyenne d'âge dans notre étude était de 40,5 ans, ce qui est plus jeune que la moyenne d'âge des femmes médecins généralistes en France : 49 ans, et plus jeune aussi que la moyenne d'âge des femmes dans la population générale : 43,1 ans (32). Des participantes plus jeunes ont peut-être été davantage intéressées par notre étude car elles avaient été concernées par le sujet de la maternité plus récemment ? Le taux de fécondité chez nos participantes était de 1,87 enfants par femme ce qui correspond exactement au taux de natalité en France dans la population générale (33).

Nous n'avons pas inclus de femmes médecins salariées alors que l'on peut supposer que certaines ont privilégié cette voie pour faciliter leur organisation et disposer de davantage de temps avec leurs enfants. Aux vues des contraintes de l'exercice libéral rappelées par nos participantes, citons cet article paru en avril 2019 dans le *Quotidien du médecin* (34) où se posait la question de savoir si le salariat pouvait un jour supplanter la médecine libérale. Il apparaissait que le nombre de médecins ayant au moins une partie de leur activité en centre de santé avait presque doublé entre 2010 et 2018. Il y aurait « une aspiration très forte des jeunes à aller vers le salariat » selon le Dr Yannick Schmitt, président du Regroupement autonome de généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR). Il énumère les avantages de ce mode d'exercice : « volumes horaires normaux, travail en équipe, possibilité de prendre son temps avec les patients... ». Pour lui, le développement du salariat n'est « ni une bonne, ni une mauvaise nouvelle : pour nous, ce qui importe ce n'est pas de savoir si on est salarié ou libéral, mais de savoir si on peut travailler correctement ». Nous retrouvons ici les inconvénients de la profession cités par nos participantes et leur volonté d'organiser leur temps selon leurs convictions personnelles. La majorité de nos participantes a d'ailleurs eu au moins un enfant en étant interne et donc salariée et l'une d'entre elles à l'arrivée de son deuxième enfant a pris un poste de salariée dans un centre de transfusion sanguine. Les données de la Drees, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (35) rapportent chez les jeunes médecins une population plus féminisée et plus souvent salariée. 63 % des nouveaux médecins sont salariés, soit une proportion nettement plus élevée que parmi l'ensemble des médecins en exercice (43 %). En ce sens, il semblerait peut-être plus simple d'être jeune parent en étant salarié...

Une étude comparative entre les deux modes d'exercices chez des jeunes générations de médecins permettrait de comprendre les enjeux de cette évolution des pratiques.

Concernant les focus groups, il faut remarquer que nous n'avions pas le même nombre de participantes à chaque session. Nous souhaitions avoir 6 à 8 participantes à chaque focus group mais l'organisation s'est parfois avérée compliquée. La réalisation d'entretiens individuels, bien que plus chronophage, semble plus simple dans la mesure où il suffit seulement de s'arranger entre deux personnes : un investigateur et une participante. Cependant, comme nous avons vu qu'un nombre minimum de quatre personnes est acceptable pour assurer une dynamique de groupe (29) nous avons maintenu le troisième focus group. Le nombre de codes référencés à chaque focus group a d'ailleurs été quasiment équivalent. Et rappelons que l'intérêt des entretiens de groupe par rapport aux entretiens individuels est d'être interactifs et de susciter une dynamique de discussion intéressante en amenant les participantes à confronter leurs expériences. C'est ainsi que nous avons vu émerger de nouvelles idées comme la discrimination, l'anxiété concernant le mode de garde des enfants ou les souhaits de modification des horaires de la permanence des soins par rapport aux autres études sur la maternité réalisées par des entretiens individuels (30) (31).

#### IV.3.2. Les idées les plus abordées

Elles étaient représentées par les nœuds au plus grand nombre d'occurrences :

- le « **mode de garde** » des enfants ;
- la « **profession chronophage** » ;
- la « **grossesse pendant l'internat** » ;
- la « **disponibilité du conjoint** » ;
- les « **difficultés financières** » ;
- « **l'installation** »

pour ne citer que les premières.

Nous pouvons considérer que ces idées représentent les sujets de prédilection de nos participantes. Nos résultats traduisent qu'il s'agissait d'éléments déterminants du vécu de leur maternité en tant que source d'inquiétude, difficultés ou éléments facilitateurs. Tous ces items sont présents dans les deux autres études sur la maternité réalisées en 2016 (30) (31).

#### IV.3.3. Les particularités de la profession

Paradoxalement, si la « **liberté d'organisation** » de l'exercice libéral apparaît dans nos résultats comme un avantage, la profession est jugée « **chronophage** » et la « **permanence des soins** » apparaît comme un inconvénient dans le sens où elle limite cette liberté.

L'idée d'une **profession chronophage** se retrouve dans ce rapport de la Drees en 2016 (36) avec une durée de travail de 50 heures ou plus hebdomadaire pour la plupart des médecins généralistes interrogés lors du second panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

La profession ne semble pas avoir bénéficié du mouvement de réduction du temps de travail observé pour la majorité des salariés qui sont passés aux 35 heures ! Cette durée hebdomadaire moyenne de travail varie selon le lieu d'exercice : elle s'élevait en 2011 à 60 heures en moyenne en zone rurale, contre 56 heures en zone urbaine. Elle était en revanche moins élevée pour les médecins femmes (53 heures contre 59 heures pour les hommes) et les praticiens de 45 ans ou moins (55 heures contre 58 heures pour les 45 ans ou plus). Elle était également un peu moins élevée pour les médecins exerçant en groupe (56 heures). Ces chiffres sont tout à fait en accord avec l'idée véhiculée par nos participantes concernant la volonté des jeunes générations de disposer de davantage de temps pour leur vie privée, sans que cela ne concerne uniquement les femmes médecins.

Les **connaissances médicales** ne sont pas forcément des atouts pour soi-même en tant que médecin comme l'ont illustré certaines participantes en parlant de leurs angoisses pendant leurs grossesses. Imaginer les pires complications et penser à tous les risques que les études médicales nous ont appris peut être vécu comme une réelle source d'anxiété. Une thèse de Doctorat en psychologie de 2017 (37), parlait de « l'anxiété spécifique à la grossesse » comme d'une entité clinique distincte et concluait que la grossesse demeurait au XXI<sup>ème</sup> siècle une aventure dont on ne connaît pas l'issue et dont le parcours peut être semé d'embûches. L'accepter pourrait contribuer à diminuer l'anxiété. Nous comprenons que la grossesse en elle-même peut être source d'anxiété. Cependant cette étude s'intéressait à des femmes dans la population générale et non aux spécificités des femmes médecins avec leurs connaissances médicales.

Les cordonniers sont-ils les plus mal chaussés ? L'étude de 2016 à Nice sur la gestion de la maternité (30) rapporte que le fait d'être médecin perturbait le rapport avec les professionnels de santé. Les femmes médecins ne semblent pas les mieux traitées en tant que patientes. Dans notre travail, elles étaient souvent « abandonnées » par les soignants qui estimaient qu'elles savaient déjà tout et n'avaient pas besoin d'accompagnement. Cela a été le cas pour l'allaitement pour plusieurs de nos participantes par exemple. Dans une étude de 2018 sur l'allaitement des femmes médecins généralistes (38) menée par des entretiens individuels, la majorité des participantes souhaitaient garder un certain anonymat statutaire lors de leur prise en charge médicale pour être considérées comme des patientes normales et pouvoir poser des questions sans être jugées.

Cette idée est aussi illustrée par la **courte durée du congé maternité** de certaines. Elles reprenaient, souvent avant la fin du congé maternité légal, pour prendre soin des leurs patients au détriment de leur vie privée... L'étude de Baubino et Sorbier (31) qui interrogeait des femmes médecins ayant eu des enfants après 2006, montrait aussi un congé prénatal non pris en totalité malgré la loi (26). Une salariée ne se pose pas la question de reprendre avant la fin de son congé maternité ! Des progrès semblent encore nécessaires pour permettre à chacune de bénéficier d'un minimum de temps de repos après une naissance avant de retourner au travail, ce qui favoriserait également un temps d'allaitement plus long...

#### IV.3.4. Le vécu de la maternité

Les participantes ont majoritairement parlé de leurs **difficultés** (les contraintes liées à la charge de travail en libéral, les horaires, les gardes, les difficultés de s'absenter quand on est installée, l'absence de revenus en cas d'arrêt d'activité) ce qui explique que cette partie soit dominée par les sentiments négatifs.

Ce sont celles qui parlaient de « **grossesse pendant l'internat** » qui évoquaient le plus les « **difficultés financières** ». Elles ont mis ce statut en avant pour montrer en quoi les difficultés financières sont moins importantes pendant l'internat du fait du salariat et du congé maternité. De nombreuses études ont exploré la problématique de la maternité pendant l'internat. Dans une thèse de 2016 à Amiens qui s'intéressait aux conséquences et au ressenti de la grossesse et de la maternité pendant l'internat de médecine générale (39), la plupart des participantes avaient un ressenti positif. La majorité était satisfaite d'avoir fait le choix de fonder une famille pendant l'internat, estimant qu'il s'agissait d'une période propice pour mener une grossesse dans de bonnes conditions.

S'il existe aujourd'hui un congé maternité également pour les professions libérales, nos résultats ont montré une majorité de sentiments négatifs concernant la **grossesse chez les participantes installées**, principalement en raison de difficultés financières. En effet les charges d'un cabinet doivent continuer à être payées lorsque le médecin est en congé maternité, les cotisations de l'URSSAF et la CARMF également et les aides perçues ne permettent pas toujours de subvenir à ses besoins et à régler ses charges. Nous retrouvons cette notion dans l'étude de Baubino et Sorbier en 2016 (31) : la contrainte financière était la cause majeure des difficultés rencontrées par les femmes médecins.

La **charge de travail** à la reprise était importante pour nos participantes, nous pouvons supposer que les médecins installées sont beaucoup sollicitées par leurs patients à leur retour.

Pour les remplaçantes qui ont parfois moins travaillé durant leur grossesse ou se sont arrêtées plus tôt que le congé maternité ne le prévoyait, il faudrait remonter les finances, et se réintégrer sur le marché des remplacements ce qui les conduirait parfois à accepter des contrats très chargés à la reprise, ce qui a été le cas pour certaines de nos participantes.

L'anxiété vis-à-vis du **mode de garde** concernerait probablement toutes les mamans qui travaillent et qui doivent confier leur enfant à un inconnu... Cette problématique n'est pas évoquée dans les deux autres études sur la maternité réalisées en 2016 (30) (31). La dernière enquête barométrique sur l'accueil du jeune enfant a été conduite en 2013 par la Drees (40). Elle retrouve un niveau de satisfaction élevé des familles dans la population générale concernant le mode de garde de leurs enfants. Au moment de l'enquête, plus de la moitié (54 %) des familles se chargent elles-mêmes de garder leur enfant alors que 46 % le confient à un proche (famille, amis) ou à un mode d'accueil : 29 % des familles recourent à une assistante maternelle et 14 % à une crèche. La garde à domicile n'est utilisée que par une minorité de familles (1 %). Les grands-parents sont rarement le premier mode de prise en charge des enfants de moins de 6 ans : seuls 2 % sont gardés principalement de cette manière. Pourtant, l'intervention des grands-parents est loin d'être anecdotique : environ deux tiers des enfants de moins de 6 ans sont gardés au moins occasionnellement par eux.

Les formes d'aides apportées par les grands-parents viennent plutôt compléter les modes d'accueil existants. Nous retrouvons finalement dans la population générale les principaux modes de garde évoqués par nos participantes.

Le taux moyen d'**allaitement** à la naissance en France (41) est de 68,1% d'après les derniers chiffres de 2016 (en légère hausse de 2% par rapport à 2013). Il n'est plus que de 40% à 11 semaines, 30% à 4 mois et 18% à 6 mois. En comparaison, le taux moyen d'allaitement à la naissance dans notre étude dépassait les 80%, ce qui est supérieur à celui observé dans la population générale en France. La majorité de nos participantes a arrêté l'allaitement suite à la reprise. C'est également le cas dans la population générale. Rappelons que l'OMS, Organisation mondiale de la Santé (42), recommande un allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois de l'enfant, à poursuivre en complément de la diversification alimentaire jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà. Se pose ici la question de la promotion de l'allaitement dans la société... Et des possibilités pour le poursuivre après la reprise. Si le code du travail (43) prévoit qu'une mère puisse disposer d'une heure dans sa journée de travail pour allaiter son enfant, ce dispositif concerne davantage les salariées que les professions libérales. Une femme à son cabinet peut tout à fait s'octroyer une pause dans la journée pour tirer son lait mais encore faut-il disposer d'un local au calme pour ne pas être dérangée par les collègues et que les lieux soient équipés d'un réfrigérateur pour conserver le lait. Sur une journée qui commence à 8 heures et qui finit à 20 heures il faudrait répéter cette opération plusieurs fois ; on comprend les contraintes et le temps nécessaires à cette organisation quand la reprise est déjà en elle-même fatigante. Dans notre étude, seules deux participantes ont poursuivi l'allaitement au-delà de 6 mois : l'une avait son cabinet à domicile et rentrait régulièrement donner le sein à son enfant dans la journée, l'autre amenait son enfant avec elle au cabinet en utilisant une écharpe de portage. Ces deux organisations ne sont pas les plus fréquentes en médecine générale. Le libre choix d'allaiter son enfant, quand on connaît les bénéfices de l'allaitement maternel, devrait impliquer de donner aux mères la possibilité de poursuivre cette pratique après la reprise du travail. Dans la thèse de 2018 sur le vécu de l'allaitement (38), l'arrêt de l'allaitement pour la grande majorité des participantes avait aussi été lié aux contraintes professionnelles, la fatigue et le rythme de la reprise.

Si dans cette profession, chacune essaie de **s'organiser selon ses convictions**, cela ne semblerait pas toujours simple...

#### **IV.3.5. L'organisation**

**L'organisation** semble être la clé pour mieux vivre sa maternité et réussir à concilier sa vie professionnelle et sa vie personnelle. Nos participantes ont remarqué que cette organisation varie selon le nombre d'enfants et leur âge. En effet, un nourrisson, un enfant qui va à l'école ou un adolescent voire un jeune adulte n'ont pas les mêmes besoins.

L'organisation semble être facilitée par certaines conditions comme la **disponibilité du conjoint**, **l'aide d'un entourage proche** comme les grands-parents.

**Les adaptations principales** passaient par un **aménagement de son temps de travail** : ajuster ses horaires, avoir des jours de repos en semaine et prendre des vacances.

Même en travaillant en groupe, ce qui semble plutôt une condition favorisante, certaines n'arrivaient pas à se dégager autant de temps qu'elles l'auraient souhaité.

**L'entraide entre collègues médecins** était un vrai plus dans certains cabinets mais n'était pas une généralité. Plusieurs participantes estimaient qu'il y avait un manque de **solidarité** dans la profession. Est-ce un héritage de ces années d'étude où la compétition et l'individualisme faisaient rage ? Une thèse réalisée en 2017 à Limoges (44) évaluait l'évolution du niveau d'empathie au cours des études de médecine et démontrait qu'au fil des années le niveau d'empathie des étudiants baissait considérablement. Le niveau d'empathie des étudiants en médecine était plus élevé en début de cursus qu'à la fin de l'internat... il ne semblerait pas étonnant d'observer de ce fait moins de solidarité entre médecins une fois le cursus universitaire totalement terminé. Il a été aussi constaté que le stress ressenti par les étudiants diminuait leur empathie. Serait-ce la même chose pour les médecins en exercice par crainte d'une surcharge de travail à cause de la pénurie de médecins ? Les hypothèses avancées pour expliquer la baisse du niveau d'empathie étaient la charge de travail qui retentissait sur le bien être psychique et nous avons vu dans notre étude que la profession est **chronophage**. Dans les facteurs de stress cités par l'étude sur l'empathie, le manque de temps pour sa vie privée apparaissait également. Un mécanisme de défense face à ce stress consisterait à vouloir inconsciemment se protéger en se focalisant sur soi-même plutôt que d'aller vers l'autre. Le manque de modèle positif d'identification pourrait aussi être responsable de ce manque de solidarité dans la profession, quand on sait que les internes de médecine générales sont majoritairement formés à l'hôpital... Être en stage dans des cabinets médicaux avec des médecins libéraux présentant une attitude empathique, aidant leurs collègues, valorisant la qualité des relations humaines pourrait constituer un modèle pour les futurs médecins. En ce sens le rôle des médecins formateurs semble aussi primordial. Si cette étude sur l'empathie portait principalement sur la relation entre les étudiants en médecine et les patients, nous y retrouverions les racines du manque de solidarité entre confrères chez les médecins diplômés. Rappelons que lorsque le thésard récite le serment d'Hippocrate, il promet pourtant d'être « solidaire moralement avec (ses) confrères ». Saluons la nouvelle maquette de l'internat de médecine générale, appliquée dès novembre 2018 à Limoges, qui permet aux internes du DES de réaliser la moitié de leurs semestres de formation en médecine ambulatoire avec un SASPAS obligatoire, ce qui les rapprochera davantage des conditions d'exercice de leur futur métier et les sensibilisera peut-être plus à la solidarité entre confrères et confrères.

Certaines participantes travaillaient à **temps partiel**. Nous n'avons pas questionné nos participantes sur leurs temps de travail hebdomadaire contrairement à d'autres études. Cela aurait permis de comparer les variations de durées des temps de travail selon d'autres critères comme l'âge des enfants ou le milieu d'exercice. Nous pouvons supposer que les femmes médecins généralistes avec des enfants en bas âge travaillent moins ou que celles en milieu rural sont débordées. En effet, à l'heure actuelle, il existe une réticence des médecins à s'installer en milieu rural par la difficulté des conditions de travail et de vie (45).

Dans notre étude, il y avait une majorité de médecins installées, les remplaçantes étaient peu représentées ce qui fait que leur mode d'exercice a été peu exploré.

### IV.3.6. L'étude des sentiments

L'étude des sentiments a été un vrai plus dans notre travail et à notre connaissance, ces données n'ont pas été jusqu'alors exploitées dans un sujet sur la maternité des médecins. Notre analyse traduit une majorité de **sentiments négatifs**. Les femmes médecins ont rarement l'occasion de s'exprimer sur leur vie personnelle ou sur leurs difficultés en tant que maman. Nous l'avons vu dans notre étude, il est difficile pour un médecin d'être « un patient ». À travers nos focus groups elles souhaitaient probablement témoigner et mettre en valeur leurs réussites, peut-être surtout exorciser leurs échecs et leurs difficultés. Peut-on parler d'un effet cathartique des focus groups ?

Si ce sont les participantes en couple, avec un ou deux enfants qui ont exprimé le plus de sentiments négatifs, elles étaient aussi les plus nombreuses dans notre étude.

Dans le même ordre d'idées, les participantes âgées de moins de 40 ans étaient à l'origine du plus grand nombre de **conseils**. Il s'agissait également de la classe d'âge la plus représentée de notre étude. En moyenne nos participantes ont eu leur premier enfant à 28 ans. La catégorie des 30-39 ans a donc un vécu plus récent de sa maternité que les autres, elles ont peut-être moins oublié leurs difficultés et ce qui a compté pour elles.

C'est aussi l'hypothèse que nous pouvons formuler quant aux résultats du croisement matriciel entre l'âge et les sentiments. Les participantes de la catégorie des plus de 50 ans sont les seules à avoir exprimé plus de sentiments positifs que négatifs. Pourtant elles ont eu leurs enfants à une époque où il y avait moins d'aides sociales et leurs congés maternité étaient souvent très courts, ce que nous pouvons imaginer représenter des points négatifs. Le recul dû aux années permet sans doute de relativiser ses difficultés ou alors de les oublier ? Comme nous l'avons vu également, les mentalités ont changé, la façon d'exercer la médecine aussi. Cela ne veut peut-être pas dire qu'elles n'ont pas vécu de difficultés mais qu'elles les ont sans doute vécues différemment à leur époque que ne les vivraient des jeunes mamans de notre époque.

### IV.4. Propositions d'amélioration

Les participantes ont proposé de nombreuses idées pour aider les femmes médecins généralistes lors de leur maternité.

- Sur le plan financier, les charges d'un cabinet pour un médecin installé sont importantes. Une remplaçante qui s'arrête n'a plus de revenus. Il faudrait une solution pour diminuer ces charges et garantir une indemnisation en cas d'arrêt qui n'interviendrait pas au bout de 90 jours...

Les prévoyances privées peuvent garantir certaines prestations moyennant finance mais n'assurent pas tout et disposent tout de même d'un délai de carence.

Le congé maternité des médecins généralistes a déjà bien évolué et permet d'envisager une grossesse plus sereinement, même pour les remplaçantes. La dernière réforme concernant l'indemnisation des femmes médecins libérales au cours de leur congé maternité a mis en place l'ASM. À l'avenir des nouvelles améliorations pourraient consister à majorer le montant des IJ pour les médecins installées afin de tenir compte des charges qui leur incombent, même pendant leur congé maternité.

- Les lois sociales ne sont pas égales pour toutes les travailleuses. Les salariées ont davantage de droits.

Un médecin peut aussi avoir des enfants malades mais contrairement à un salarié, il ne bénéficie pas de jours de congé dédiés (46), qui selon la convention collective peuvent effectivement être rémunérés.

Nos participantes ayant évoqué également l'exemple des agricultrices, notons que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, la durée d'indemnisation du congé maternité pour les travailleuses indépendantes (47) a été alignée sur celle des salariées, comme cela avait été le cas pour les médecins libéraux en 2006. De la même façon, la loi de financement de la Sécurité sociale prévoit une durée minimum du congé maternité pour les assurées non salariées agricoles de 8 semaines, dont 6 semaines de congé postnatal et 2 semaines de congé prénatal. Des indemnités journalières ou une allocation de remplacement sont prévues pour les aider à conserver un niveau de revenu pendant cette période (48).

- Une modification des horaires de garde permettrait aux femmes médecins libérales de débaucher plus tôt et ainsi de disposer de davantage de temps pour leur famille.

La permanence des soins, qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets médicaux (49), fonctionne tous les jours de 20 heures à 8 heures, le samedi à partir de midi et les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures. Les médecins participant à la PDSA comme effecteurs ont réalisé en moyenne 31 gardes sur l'année 2018. Dans sa dernière enquête sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA), le Conseil National de l'Ordre des Médecins rapporte que 2/3 des Conseils Départementaux déclarent que la permanence des soins a évolué au sein de leur département au cours de l'année 2018 (50). Les principales évolutions ont porté sur un ajustement des plages horaires et de la sectorisation de la PDSA. En retenant spécifiquement les ajustements liés aux horaires, ce qui était la demande de nos participantes, en Nouvelle Aquitaine il est évoqué une « possibilité d'étendre les horaires de PDSA au samedi matin ». Trois Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) sur quatre (49) ont déclaré être favorable à l'élargissement des horaires de la PDSA au samedi matin, en raison du constat d'une fermeture de plus en plus fréquente des cabinets médicaux sur ce créneau. C'est déjà le cas dans l'Indre, la Mayenne, l'Orne ou la Savoie. Une configuration de régulation seule le samedi matin est déjà en place en Nouvelle-Aquitaine.

En nuit profonde, de minuit à 8 heures, plus aucun territoire n'est couvert pour 30 départements. En 2018, seuls 23% des territoires continueraient à être couverts par une offre ambulatoire en nuit profonde comme l'illustre la Figure 15. Cette tendance à la baisse devrait se confirmer en 2019 car la région Grand-Est prévoit notamment un arrêt des gardes sur ce créneau pour l'ensemble de ses départements en 2019.

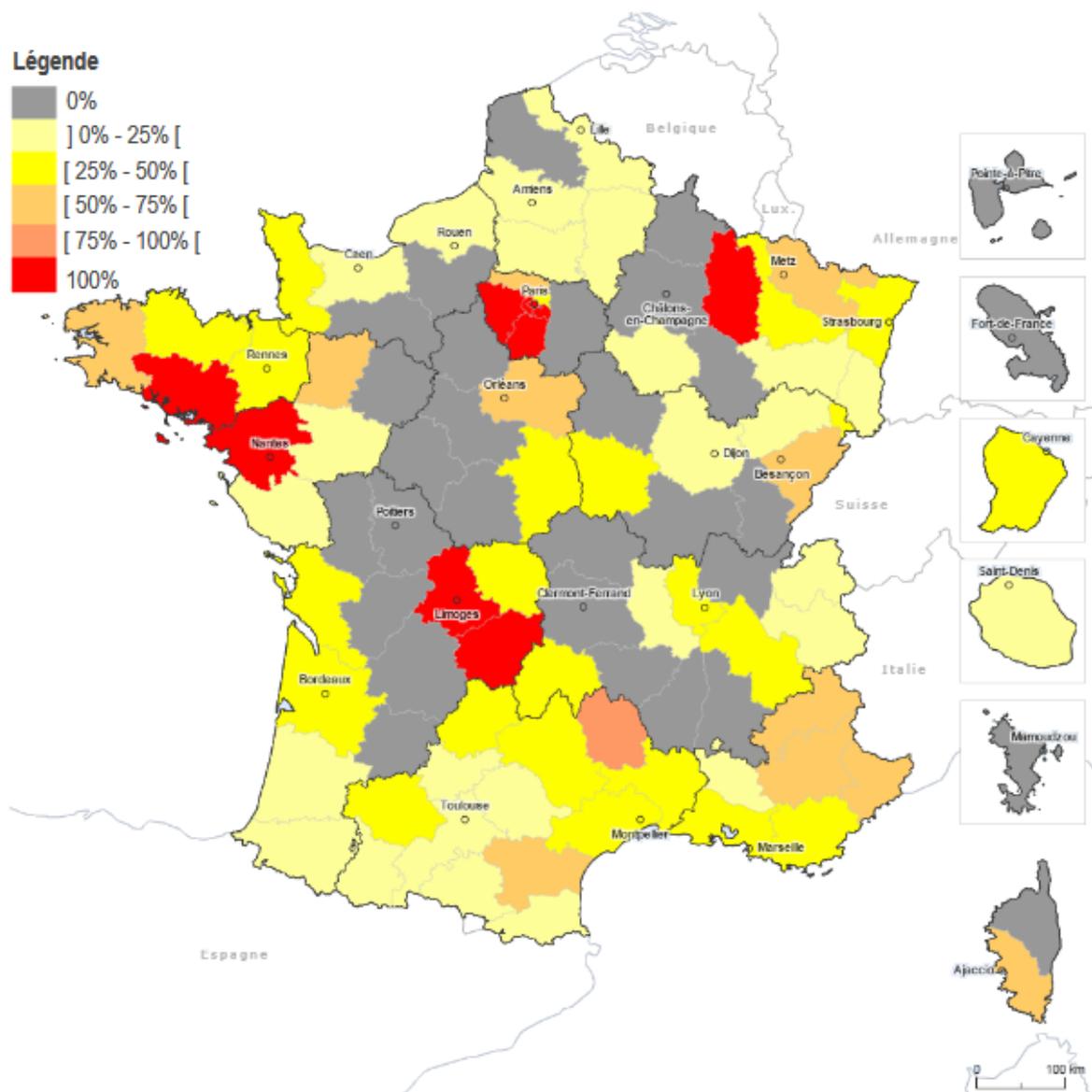
En semaine, seuls 9% des territoires ne sont pas couverts par une offre ambulatoire, mais selon certains CDOM les gardes de soirées en semaine semblent également être remises en question par une partie des médecins de la PDSA. 71% des CDOM déclarent craindre un désengagement à venir des médecins volontaires en soirées du fait du peu de nombre d'actes sur ce créneau horaire, de la surcharge de travail des médecins du fait de la faiblesse du nombre de volontaires et de l'agrandissement des secteurs de garde, le manque de reconnaissance financière ou encore la présence d'une association de type SOS médecins. Il existe une problématique générale de manque d'adhésion des jeunes médecins au système

de la PDSA et l'effet domino du non-volontariat risque d'entraîner un désengagement chez les volontaires comme c'est le cas en Corrèze (50).

Certains départements ont des horaires de PDS adaptés : l'effecton en soirée est réalisée de 19 heures à 23 heures dans l'Ain, la Drôme ou l'Ardèche. En Isère ou dans le Rhône, la PDS en soirée s'arrête à 22 heures.

Afin de compléter cette enquête menée auprès des Conseils Départementaux de l'Ordre, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a souhaité interroger les médecins généralistes pour recueillir leur sentiment sur l'organisation de la PDSA (51). Elle révèle que la difficulté de concilier gardes et vie de famille est un frein largement évoqué (84%) par les moins de 40 ans, les remplaçants et les femmes.

#### Cartographie 4 – Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde (de minuit à 8h) en 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Figure 15 Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde en 2018. CNOM.

- Plus de solidarité entre collègues médecins permettrait de se répartir la charge de travail en cas d'imprévu. Des systèmes d'entraide entre cabinets médicaux pourraient être créés.

A l'instar de l'association Solidarilait (52) qui est un réseau de solidarité ayant pour but d'aider et de soutenir les mères qui désirent allaiter en respectant leur projet, nous pourrions imaginer un système d'entraide et de soutien entre femmes médecins mamans ou futures mamans. Une ligne téléphonique de soutien ou un site internet pourraient être créés par d'autres femmes médecins ayant eu des enfants. On y trouverait des conseils, des guides pour les démarches administratives, peut être aussi un répertoire de remplaçants. Ces derniers, sensibilisés à la problématique du congé maternité des médecins installées, pourraient inscrire leurs disponibilités sur le site, ce qui faciliterait l'organisation des femmes médecins lors de leur grossesse.

Concernant leurs difficultés, les problèmes à régler seraient :

- le statut de « maman qui sait » représenterait un « handicap » du fait des connaissances médicales par l'anxiété qu'elles généreraient à imaginer le pire. Être un soignant soigné ne serait pas toujours facile à vivre. Ces résultats posent aussi la question de la prise en charge de la santé des médecins en France... Une étude réalisée par la Drees sur la santé physique et psychique des médecins généralistes (53) montrait que ces professionnels de santé avaient une moins bonne perception de leur santé que les cadres par exemple. Plus d'un généraliste sur dix était en détresse psychologique, les femmes étant deux fois plus concernées que les hommes. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publiait un rapport en 2008 intitulé "le médecin malade" dans lequel il évoquait le singularisme du patient-médecin. Sa prise en charge serait complexe et nécessiterait une grande vigilance et une écoute importante. Il dressait le portrait du médecin malade comme oscillant entre négligence de son état et panique devant la connaissance de la maladie et ses conséquences (fonctionnelles, matérielles et économiques) (54).

- un allègement du temps de travail à la reprise, allonger le congé postnatal pour les femmes allaitantes seraient des pistes de réflexion... Notons que dans presque tous les pays européens, l'étude de législation comparée des congés liés à la naissance d'un enfant rapportait une durée du congé de maternité relativement homogène : comprise entre seize et vingt semaines (55). La Grande-Bretagne et la Suède font exception à cette règle : en Grande-Bretagne, le congé de maternité a une durée de 52 semaines. En Suède, c'est au titre du congé parental que les femmes ont la possibilité de ne pas travailler à l'occasion de leur grossesse et après la naissance de leur enfant pendant 480 jours (16 mois). Notons que ces études spécifient aussi qu'un congé parental plus long empêche le maintien des femmes sur le marché du travail et contribue à l'inégalité entre hommes et femmes (55).

Une étude sur le vécu de la paternité des médecins libéraux ou sur les souhaits d'organisation professionnelle des nouvelles générations de médecins libéraux tous sexes confondus permettrait d'approfondir nos réflexions afin de trouver des moyens d'adaptation de la profession à l'avenir.

## Conclusion

---

Être mère et médecin : comment est-ce possible ?

La maternité et la profession de médecin généraliste libéral seraient compatibles à conditions de pouvoir s'organiser et de savoir bien s'entourer.

Les avantages de la profession reposent essentiellement sur la liberté d'organisation offerte par l'exercice libéral. Le fait d'être maman serait un atout supplémentaire et permettrait d'enrichir ses compétences avec les enfants et de gagner la confiance des parents.

Un vécu majoritairement négatif a émergé de notre étude... Les difficultés financières étaient au premier plan, notamment pour les femmes médecins installées. Une de nos participantes n'a pas pu payer les charges de son cabinet à la fin de son congé maternité, une autre a renoncé à avoir un troisième enfant.

La grossesse pendant l'internat apparaissait être un « concept idéal », elle a concerné plus de la moitié de nos participantes avec l'avantage de pouvoir bénéficier du congé maternité d'une salariée et ainsi s'assurer une sécurité financière.

Il serait plus facile de mener une maternité en étant salariée ou remplaçante.

Le mode de garde était un sujet d'inquiétude majeur. L'aide de l'entourage et du conjoint apparaissaient comme de précieux atouts.

Dans une profession difficile et chronophage, les mères médecins s'inquiétaient de ne pas toujours pouvoir passer beaucoup de temps avec leurs enfants et des répercussions que cela pourrait avoir sur eux. Elles culpabilisaient aussi parfois.

Elles regrettaient de ne pas être considérées comme des patientes « normales » et auraient souhaité être davantage accompagnées et conseillées par les professionnels de santé durant leur maternité.

À une époque où l'on prône l'égalité hommes-femmes, les mères médecins seraient parfois victimes de discriminations...

Une modification des horaires de garde, davantage de solidarité entre médecins étaient les principaux souhaits de nos participantes.

Le métier se féminise. Les jeunes générations de médecins aspirent à un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Au-delà d'une simple question sur la maternité, notre étude illustre les changements souhaités par les nouvelles générations. L'organisation des soins primaires et la protection sociale des médecins devront s'adapter à cette nouvelle population médicale.

## Références bibliographiques

---

1. Drees. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792>
2. Insee. The life of women and men in Europe - Important milestones in life [Internet]. The life of women and men in Europe. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/3142332/bloc-1a.html>
3. Devenir mère et médecin, le bon moment. Whats Doc Mag Jeunes Médecins. avr 2014.
4. Insee. Un premier enfant à 28,5 ans. [Internet]. 2017 [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
5. Pigéard-Micault N. Histoire de l'entrée des femmes en médecine — BIU Santé, Paris [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/entree-femmes-en-medecine.php>
6. Madeleine BRES-GEBELIN (1842-1922). [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/bres\\_mad.htm](http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/bres_mad.htm)
7. Richelot G (1807-1893) La femme-médecin. 1875
8. Planiol T. Herbes folles hier, femmes médecins aujourd'hui. Editions Cheminements; 2000. 356 p.
9. Joël C. Les filles d'Esculape : les femmes à la conquête du pouvoir médical. 1988
10. La femme médecin à travers les âges [Internet]. [cité 30 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1981x015x004/HSMx1981x015x004x0335.pdf>
11. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Bibliothèque des femmes célèbres. [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/bibliotheque-des-femmes-celebres/>
12. Drees. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
13. Atlas de la démographie médicale en France. 2018. Docteur P. Bouet.
14. Studyrama. Études de médecine : priorité aux étudiants organisés et motivés. déc 2018 [cité 13 nov 2019] ; Disponible sur: <https://www.studyrama.com/formations/specialites/sante-medical-paramedical/sante-medical/etudes-de-medecine-etudes-de-medecine-priorite-aux-77957>
15. Comment s'organisent les Etudes de Médecine ? [Internet]. Remede.org. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/comment-s-organisent-les-etudes-de-medecine.html>

16. Rhodes M. PACES : le numerus clausus rendra son dernier souffle en 2020 [Internet]. 2018 [cité 10 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/paces-le-numerus-clausus-rendra-son-dernier-souffle-en-2020.html>
17. La protection sociale des étudiants en médecine. [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: [https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_protection\\_sociale\\_des\\_etudiants\\_en\\_medecine\\_en\\_odontologie\\_et\\_en\\_pharmacie.pdf](https://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/La_protection_sociale_des_etudiants_en_medecine_en_odontologie_et_en_pharmacie.pdf)
18. SNJMG. C'est la rentrée des internes de Médecine Générale ! [Internet]. 2018 [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.snjmg.org/blog/post/c-est-la-rentree-des-internes-de-medecine-generale/1544>
19. InterSyndicale nationale des Internes. La grossesse pour l'interne [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.isni.fr/tout-sur-le-statut-de-linterne/la-grossesse-pour-linterne/>
20. ARS. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. 2019 [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>
21. Le Quotidien du médecin. Les jeunes médecins rêvent du libéral (en groupe) mais redoutent le piège économique. avril 2019
22. SNJMG. Les problèmes des femmes en médecine générale sont principalement ceux de toute la profession. 2010 [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.snjmg.org/blog/post/les-problemes-des-femmes-en-medecine-generale-sont-principalement-ceux-de-toute-la-profession/868>
23. MG France. Historique de la lutte pour la couverture maternité des femmes médecins [Internet]. Syndicat MGFrance. 2014 [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/exercice/la-protection-sociale/la-maternite/historique>
24. Assurance Maladie. Congé maternité [Internet]. 2019 [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/indemnites-journalieres/conge-maternite>
25. CNOM. Ma protection sociale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/protection-sociale>
26. CPAM. Durée du congé maternité [Internet]. 2019 [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/conge-maternite>
27. Schetgen M. L'évolution de la Médecine Générale. Rev Med Brux. 2006
28. Lévy D. Le métier de médecin aujourd'hui. Rev Francaise Aff Soc. 16 déc 2011
29. Docteur Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Département de santé publique CHU Nice
30. Cohen A. Etre mère et médecin généraliste : la gestion de la maternité. Faculté de Médecine de Nice; 2016.

31. Baubino, Sorbier. Les difficultés des femmes médecins généralistes libérales au cours de leur maternité. Université de Lyon; 2016.
32. Insee. Âge moyen et âge médian de la population en 2019 [Internet]. 2019 [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
33. Insee. Natalité - Fécondité – Tableaux de l'économie française [Internet]. 2019 [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676604?sommaire=3696937>
34. Le Quotidien du médecin. Le salariat peut-il un jour supplanter la médecine libérale ? Avril 2019
35. Démographie des professionnels de santé. 2018 [Internet]. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_presse\\_demographie.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf)
36. Les conditions de travail des médecins généralistes [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf>
37. Reeves N. L'anxiété spécifique à la grossesse : une entité clinique distincte ? 2017
38. Le Rumeur, De Braeckelaer. Vécu de l'allaitement par les femmes médecins généralistes. Université de Toulouse ; 2018.
39. Hachani S. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine générale : conséquences et ressenti. Université d'Amiens. 2016.
40. Baromètre d'accueil du jeune enfant. 2013. Caisse nationale des allocations familiales. [Internet]. [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/essentiel/140%20-%20ESSENTIEL%20-%20Barometre%20accueil%20jeune%20enfant.pdf>
41. Leche League France. Les chiffres de l'allaitement en France d'après les certificats de santé [Internet]. 2019 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.llfFrance.org/vous-informer/actualites/1825-les-derniers-chiffres-de-l-allaitement-en-france>
42. OMS. Allaitement au sein exclusif [Internet]. WHO. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/fr/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/)
43. Code du travail - Article L1225-30. Code du travail.
44. Ceolato-Fourastier M. Evaluation du niveau d'empathie au cours des études de médecine. Université de Limoges; 2017.
45. JO Sénat. Conditions de travail des médecins en zone rurale. [Internet]. juill, 2013. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ121203459.html>
46. Direction de l'information légale et administrative. Congé pour enfant malade dans le secteur privé [Internet]. 2019 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F151>
47. Sécurité Sociale Indépendants. Allocations maternité chef d'entreprise [Internet]. Sécurité Sociale Indépendants. [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.secu-independants.fr/sante/naissance-et-adoption/allocations-maternite/>
48. MSA. Le congé de maternité [Internet]. 2019 [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.msa.fr/lfy/sante/conge-maternite/>

49. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires. ARS Nouvelle-Aquitaine. Mai 2019 [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-05/PDSA\\_CDC\\_Maj\\_06\\_05\\_2019.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-05/PDSA_CDC_Maj_06_05_2019.pdf)
50. Etat des lieux de la permanence des soins ambulatoires. Cnom. 31 décembre 2018. [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2018.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf)
51. Enquête sur la permanence des soins en ambulatoire. Cnom. Mars 2019 [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_permanence\\_des\\_soins\\_rapport\\_d\\_etude.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_permanence_des_soins_rapport_d_etude.pdf)
52. Solidarilait. Disponible sur: <https://www.solidarilait.org/>
53. Drees. Santé physique et psychique des médecins généralistes. 2010.
54. Leriche B. Le médecin malade. Rapport de la commission nationale permanente. CNOM. 2008.
55. Service des études juridiques. Les congés liés à la naissance d'un enfant [Internet]. oct, 2009. Disponible sur: [http://www.senat.fr/lc/lc200/lc200\\_mono.html](http://www.senat.fr/lc/lc200/lc200_mono.html)

## Annexes

---

Annexe 1. Mail de recrutement .....	118
Annexe 2. Guide d'entretien des focus groups.....	119
Annexe 3. Données socio-démographiques des participantes .....	120

## Annexe 1. Mail de recrutement

Bonjour chères consœurs,

Je suis Aurore Mazeau, médecin remplaçant en Limousin mais également jeune maman. Avec l'aide des docteurs Léa Sève et Nadège Lauchet, je réalise actuellement mon travail de thèse sur le sujet de la maternité chez les femmes médecins généralistes.

Cette étude se basera sur l'analyse d'échanges réalisés dans le cadre de focus groups pour connaître le vécu des femmes médecins généralistes de leur maternité ; je recherche donc des femmes médecins généralistes avec enfant(s) remplaçantes ou installées volontaires pour participer à un de ces groupes de discussion dont les dates seront à choisir ultérieurement parmi plusieurs possibilités (doodle).

Chaque séance de discussion comptera 6 à 8 participantes maximum.

L'expérience individuelle et le vécu étant des données personnelles, tout ce qui sera dit sera retranscrit de façon anonyme et servira à faire ressortir de grandes idées pour mon analyse.

Si vous voulez en savoir plus ou si cela vous intéresse et que vous avez envie de participer et de partager votre vécu et vos idées sur le sujet (même si ce n'est qu'un accord de principe à confirmer selon votre disponibilité aux dates proposées), n'hésitez pas à me contacter par mail ou par téléphone aux coordonnées ci jointes. Partagez ce mail à d'autres consœurs que vous penseriez intéressées !

A très bientôt j'espère !

Bien cordialement,

Aurore Mazeau

## **Annexe 2. Guide d'entretien des focus groups**

### GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP

- Que pensez-vous de la maternité au cours de notre pratique, le fait d'être médecin généraliste et mère ?

- Comment avez-vous vécu votre (vos) grossesse(s) ?

- Comment avez-vous préparé votre départ en congé maternité ? ou Comment s'est déroulé votre congé maternité ?

- Comment s'est passée votre reprise du travail ?

- Quelles adaptations avez-vous mis en place pour concilier vie de famille et vie professionnelle ?

- Qu'est-ce qui aurait pu ou pourrait vous aider dans votre maternité ?

- Quels conseils pourriez-vous donner aux consœurs futures mamans ?

### Annexe 3. Données socio-démographiques des participantes

Tableau 12 Données socio-démographiques des participantes

	âge	situation familiale	nombre d'enfants	mode d'exercice	milieu d'exercice
P1	30-39 ans	en couple	1 ou 2	libéral installé en groupe	semi rural
P10	30-39 ans	en couple	1 ou 2	activité mixte	urbain
P11	40-49 ans	en couple	1 ou 2	libéral installé en groupe	péri urbain
P12	30-39 ans	séparée/divorcée	1 ou 2	libéral remplaçant	urbain
P13	30-39 ans	en couple	1 ou 2	libéral installé en groupe	semi rural
P14	30-39 ans	en couple	1 ou 2	libéral installé en groupe	rural
P15	50-59 ans	en couple	1 ou 2	libéral installé en groupe	urbain
P16	<30 ans	en couple	1 ou 2	libéral remplaçant	semi rural
P2	50-59 ans	en couple	1 ou 2	libéral installé en groupe	rural
P3	40-49 ans	en couple	1 ou 2	libéral installé en groupe	urbain
P4	30-39 ans	en couple	3 ou plus	libéral installé seul	semi rural
P5	40-49 ans	séparée/divorcée	1 ou 2	libéral installé seul	rural
P6	50-59 ans	séparée/divorcée	3 ou plus	libéral installé en groupe	rural
P7	50-59 ans	en couple	1 ou 2	libéral installé seul	urbain
P8	40-49 ans	en couple	3 ou plus	libéral installé en groupe	rural
P9	30-39 ans	en couple	1 ou 2	libéral remplaçant	urbain

Tableau 13 Durée des congés maternité

	congé prénatal min	congé prénatal max	congé postnatal min	congé postnatal max
P1	plus de 6 semaines	plus de 6 semaines	10 semaines	10 semaines
P10	15 jours	15 jours	moins de 6 semaines	mois de 6 semaines
P11	Non assignée	plus de 6 semaines	entre 6 et 10 semaines	10 semaines
P12	6 semaines	6 semaines	10 semaines	10 semaines
P13	plus de 6 semaines	plus de 6 semaines	10 semaines	>durée légale
P14	4 semaines	4 semaines	>durée légale	>durée légale
P15	moins de 15 jours	moins de 15 jours	moins de 6 semaines	mois de 6 semaines
P16	plus de 6 semaines	plus de 6 semaines	10 semaines	10 semaines
P2	plus de 6 semaines	plus de 6 semaines	moins de 6 semaines	entre 6 et 10 semaines
P3	plus de 6 semaines	plus de 6 semaines	10 semaines	>durée légale
P4	15 jours	6 semaines	>durée légale	10 à 18 semaines
P5	4 semaines	plus de 6 semaines	>durée légale	>durée légale
P6	moins de 15 jours	moins de 15 jours	entre 6 et 10 semaines	entre 6 et 10 semaines
P7	moins de 15 jours	moins de 15 jours	entre 6 et 10 semaines	entre 6 et 10 semaines
P8	6 semaines	plus de 6 semaines	10 semaines	>durée légale

P9	plus de 6 semaines	plus de 6 semaines	10 semaines	>durée légale
----	--------------------	--------------------	-------------	---------------

Tableau 14 Données sur l'allaitement

	allaitement à la naissance	durée d'allaitement minimum	Arrêt de l'allaitement à cause de la reprise
P1	oui	entre 10 semaines et 5 mois	oui pour tous les enfants
P10	non	0 jour	Non assignée
P11	oui	entre 10 semaines et 5 mois	oui pour tous les enfants
P12	oui	10 semaines (reprise)	oui pour tous les enfants
P13	oui	entre 1 semaine et 9 semaines	oui pour tous les enfants
P14	non	0 jour	Non assignée
P15	oui	entre 1 semaine et 9 semaines	oui pour tous les enfants
P16	non	0 jour	Non assignée
P2	oui	3 jours	Non assignée
P3	oui	entre 1 semaine et 9 semaines	oui pour au moins un enfant
P4	oui	entre 6 et 24 mois	non
P5	oui	plus de 24 mois	non
P6	oui	entre 1 semaine et 9 semaines	non
P7	oui	entre 1 semaine et 9 semaines	non
P8	oui	entre 10 semaines et 5 mois	Non assignée
P9	oui	10 semaines (reprise)	oui pour au moins un enfant

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



## **Mère et Médecin : comment est-ce possible ?**

---

Introduction : Autrefois elles se sont battues pour entrer dans les facultés de médecine, aujourd'hui la majorité des nouveaux diplômés sont des femmes. Comment concilier vie professionnelle et vie familiale ? Notre but est de comprendre le vécu de la maternité des femmes médecins généralistes. Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative à partir de focus groups, menée jusqu'à saturation des données, en théorisation ancrée, auprès de mères médecins généralistes libérales installées ou remplaçantes. Résultats : Nos participantes estimaient que la maternité était compatible avec leur profession. Elles appréciaient la liberté d'organisation de l'exercice libéral. Être maman leur apportait des compétences supplémentaires. Elles soulignaient les améliorations du congé maternité. La profession reste difficile et chronophage, les difficultés rencontrées nombreuses, notamment financières pendant la grossesse. Elles étaient parfois victimes de discriminations. Durant leur prise en charge médicale, elles souffraient de ne pas être considérées comme des patientes normales. La reprise a compliqué l'allaitement. Les mères médecins s'inquiétaient des répercussions de leur absence sur leurs enfants et culpabilisaient. Leur mode de garde était un sujet important. L'entourage personnel et professionnel étaient des atouts. Elles souhaiteraient davantage de solidarité dans la profession. Conclusion : Les nouvelles générations de médecins veulent trouver un équilibre entre leurs vies professionnelles et privées et adapter leur emploi du temps à leurs convictions personnelles. Notre étude traduit une majorité de sentiments négatifs. Un congé maternité respecté, une reprise adaptée pour poursuivre l'allaitement, la modification des horaires de garde, une revalorisation des indemnités journalières sont des pistes d'amélioration pour répondre aux besoins de cette nouvelle population médicale.

---

Mots-clés : médecine générale, vécu maternité, mère médecin

## **Mother and Doctor : how is it possible ?**

---

Introduction : In the past, women had to fight to integrate the Faculties of Medicine. Nowadays, most of the new graduates actually are women. How to conciliate both professional and family lives ? Our aim is to understand the maternity experience for women as general practitioners. Method : This is a qualitative study based on focus groups, conducted until data saturation, with grounded theory approach, from liberal general practitioner mothers, either as private or substitute doctors. Results : Our participants felt the maternity was compatible with their careers. They enjoyed the organizational freedom offered by the liberal exercise. Being a mother brought them additional skills. They highlighted significant improvements regarding maternity leaves. The profession of medicine remains difficult and time-consuming. There are many challenges, especially financial ones, during pregnancy. Our participants sometimes have been discriminated. Throughout the medical supervision, they suffered from not being considered as normal patients. Returning to work complicated breastfeeding. The mothers doctors worried about the impact of their absence on their children and felt guilty. Childcare arrangement was an important issue. Both personal and professional entourages were valuable assets. They encourage more solidarity among the profession. Conclusion : New generations of doctors desire to reach a balance between their professional and personal lives. They desire to adjust their schedules to their personal convictions. Our study reflects a majority of negative feelings. Lines of improvements to meet the needs of this renewed medical population could be : full maternity leave, adjusted conditions for work returns and facilitating breastfeeding, modifications of on-call schedules, revalorisation of daily allowances...

---

Keywords : general practitioner, doctor's maternity, life experience, mom's feelings

