Organisation professionnelle et suivi des femmes médecins généralistes libérales pendant leur(s) grossesse(s) depuis 2006

Dorothée Fromont-Sergent

▶ **To cite this version:**

Dorothée Fromont-Sergent. Organisation professionnelle et suivi des femmes médecins généralistes libérales pendant leur(s) grossesse(s) depuis 2006. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00954633

HAL Id: dumas-00954633

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00954633

Submitted on 3 Mar 2014

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

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

Université Bordeaux 2
U.F.R des Sciences Médicales

Année 2013 N°135

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par Dorothée FROMONT-SERGENT
Née le 23 Août 1985 à Montmorency

Organisation professionnelle et suivi des femmes médecins généralistes libérales pendant leur(s) grossesse(s) depuis 2006

Directeur de thèse
Dr Eric BONNIN

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX	Président
Monsieur le Docteur François PETREGNE	Rapporteur
Monsieur le Professeur Jacques HOROVITZ	Membre
Monsieur le Professeur Patrick BROCHARD	Membre
Monsieur le Docteur Philippe CASTERA	Membre

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 5
SERMENT D'HIPPOCRATE 6
INTRODUCTION 7
LA LÉGISLATION DU CONGÉ MATERNITÉ 8
1. Le cadre général 8
2. Les prestations maternité de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) 9
2.1. Les conditions d'ouverture des droits en cas de grossesse 9
2.2. Les prestations en nature 9
2.3. Les prestations en espèces 10
2.4. La fiscalité des prestations sociales 11
2.5. En cas de grossesse pathologique 11
2.6. En cas d'accouchement prématuré 11
2.7. En cas d'hospitalisation de l'enfant 11
Si l'enfant reste hospitalisé au-delà de la sixième semaine suivant sa naissance, il est possible d'interrompre le congé maternité, de reprendre le travail et de reporter le reliquat du congé postnatal à la date de fin de cette hospitalisation. 11
2.8. Tableau 1 : récapitulatif des durées du congé maternité et des indemnités 12
3. Les prestations de la Caisse Autonome des Médecins de France (CARMF) 13
3.1. Les cotisations obligatoires 13
3.2. Les prestations maternité de la CARMF 13
4. Comparaison avec les autres professions libérales 14
4.1. Les agriculteurs 14
4.2. Les professions indépendantes 15
MÉTHODE 17
1. Description de la population de l'étude 17
1.1. Critères d'inclusion : 17
1.2. Critères d'exclusion : 17
2. Méthode d'observation : le questionnaire 17
3. Analyse des résultats 18
RÉSULTATS 19
1. Taux de réponse: 19
2. Données personnelles 21
3. Conditions d'exercice 23
3.1. Modes d'exercice 23
3.2. Lieu d'exercice et répartition des modes d'exercice *(fig.5 et 6).* 23
3.3. Intensité de l'activité professionnelle 25
4. Déroulement de la grossesse 27
4.1. Antécédents 27
4.2. Suivi médical de la grossesse 27
4.3. Accouchement et périnatalité 29
4.4. Grossesse pathologique 30
5. Aménagement de l'exercice professionnel pendant la grossesse 31

5.1. Réduction du nombre de demi-journées travaillées pendant la grossesse *(fig.12)* .31
5.2. Réduction du nombre de consultations assurées par jour pendant la grossesse (fig.13) 32
6. Congé maternité 33
6.1. Durée totale du congé maternité 33
6.2. Congé maternité et rang de l'enfant 34
6.3. Congé maternité et mode d'exercice 35
6.4. Congé maternité et lieu d'exercice 36
6.5. Congé maternité et grossesse pathologique 37
6.6. Congé supplémentaire pendant la grossesse 37
6.7. Les raisons d'une durée de congé maternité inférieure à 16 semaines 38
6.8. Type de congé du conjoint : 39
6.9. Remplaçant pendant le congé maternité 39
6.10. Par quels biais les médecins sont-ils informés de la législation sur le congé maternité ? 39
6.11. Assurance grossesse pathologique 40
7. Les prestations sociales 40
8. La reprise du travail 40
9. Le statut libéral est-il un frein à la maternité ? 41
DISCUSSION 42
1. Discussion de la méthode 42
1.1. Sélection de la population 42
1.2. Critères d'exclusions 43
1.3. Diffusion du questionnaire 43
1.4. Taux de réponse 43
2. Biais de l'étude 44
2.1. Biais de mémoire 44
2.2. Biais de sélection 44
3. La population de l'étude est elle comparable avec la population des femmes médecins généralistes ? 45
3.1. Caractéristiques démographiques 45
3.2. Exercice professionnel 46
4. Le congé maternité 47
4.1. Une durée totale du congé maternité inférieure à la durée indemnisée 47
4.2. La contrainte financière comme cause majeure de réduction de la durée du congé maternité 48
4.3. L'imprévu d'une grossesse pathologique 48
4.4. L'impact du nombre d'enfant 49
4.5. L'influence du mode et du lieu d'exercice 49
4.6. Un écart encore important avec les femmes salariées 50
4.7. Par quels biais les médecins sont-ils informés de la législation sur le congé maternité ? 50
5. Un suivi de grossesse moindre mais sans conséquences sur la périnatalité 51
6. Une reprise du travail difficile 53

7. Des démarches qui s'ajoutent aux charges administratives....53
8. Le statut libéral est-il un frein à la maternité?....54
8.1. La question financière face à la lourdeur des charges professionnelles....54
8.2. Le risque de ne pas être remplacé....57
8.3. La précarité en cas de grossesse pathologique....57
8.4. La flexibilité dans l'organisation du travail et la confraternité....59
8.5. La féminisation et l'évolution sociétale des jeunes médecins....60
CONCLUSION....61
ANNEXE....62
1. Annexe 1 : Les témoignages....62
1.1. Sur la question des difficultés rencontrées lors de la reprise du travail....62
1.2. Sur la question : le statut libéral est-il un frein à la maternité ?....62
2. Annexe 2 : Questionnaire....65
2.1. Lettre associée au questionnaire....65
2.2. Questionnaire....66
BIBLIOGRAPHIE....76

REMERCIEMENTS

Au Dr Bonnin qui a accepté de diriger ce travail après m'avoir fait découvrir la médecine générale. Je vous en remercie chaleureusement.

Au Dr Petregne qui a rempli les rôles d'initiateur à la médecine de ville, d'enseignant, de rapporteur et de membre du jury. Je vous remercie pour votre aide tout au long de ce troisième cycle.

Au Pr Demeaux qui à accepté de présider le jury. Aux Pr Horovitz, au Pr Brochard et au Dr Castera qui ont accepté de juger cette thèse. Je vous remercie de votre intérêt pour ce travail.

Au Dr Harriague qui a su me diriger dans les débuts difficiles. Je te remercie.

À toutes les femmes qui m'ont accordées un temps précieux pour participer à ce travail.
J'espère que j'aurai su traduire fidèlement leurs témoignages.

À mes parents, pour leur soutien tout au long de mon parcours et à la liberté qu'ils m'ont laissée. Je vous remercie.

À Aymeric, pour tes conseils toujours avisés, ton aide technique et surtout pour le bonheur de partager ta vie. Je te remercie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

INTRODUCTION

En France en 2012 les effectifs des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière ont diminué de 5% en cinq ans.

Cette baisse des effectifs médicaux concerne particulièrement le secteur libéral exclusif avec, entre 2007 et 2012 une diminution de 5,5%. D'un autre côté le secteur salarié, notamment en Aquitaine, bénéficie d'une augmentation des effectifs des médecins généralistes depuis 5 ans de 10,2% avec une moyenne nationale de 2,6%.

Il semblerait que ce phénomène tende à se poursuivre avec des effectifs de médecins généralistes en exercice libéral qui vont continuer de décroître en faveur de la médecine salariée[1].

Ces modifications démographiques résultent de la féminisation de la profession médicale qui, dans le cadre d'une évolution sociétale entrainant une régulation du temps de travail, s'est accompagnée de modifications importante de l'exercice de la médecine[2]. La nécessité pour les femmes de concilier leur rôle de mère avec leur carrière professionnelle rend plus attractive les fonctions salariées qui, outre la perspective d'un temps de travail encadré offrent également davantage de protection sociale que l'exercice libéral, notamment pour la maternité[3].

Le régime maternité a donc une grande influence sur l'attractivité de la médecine libérale. La loi du 1er Juin 2006 qui a permis d'augmenter la durée du congé maternité à 16 semaines et de revaloriser son indemnisation a été une avancée importante.

Cependant, les difficultés que rencontrent les femmes médecins libérales pendant leur maternité restent bien présentes.

A travers une enquête auprès des femmes généralistes installées en Gironde, en Dordogne et dans le Lot-et-Garonne nous avons observé leur organisation professionnelle pendant leur grossesse depuis juin 2006, date de l'évolution de leur protection maternité. Nous avons relevé les difficultés que soulève la grossesse dans l'exercice de la médecine libérale afin de savoir si l'exercice libéral est un frein à la maternité.

Dans une perspective d'évolution de l'exercice professionnel nous avons proposé des points à améliorer afin de rendre l'exercice libéral plus attractif.

LA LÉGISLATION DU CONGÉ MATERNITÉ

Le décret n° 2006-644 du 1er juin 2006 a permis d'améliorer les prestations maternité des professionnelles de santé conventionnées en les calquant sur celles des femmes salariées[4].

1. Le cadre général

Les praticiens médicaux conventionnés, comprenant les médecins et collaborateurs installés en secteur I et tous les remplaçants, relèvent du régime d'assurance maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC).

Ils sont affilié à la caisse d'Assurance Maladie en fonction de leur lieu d'exercice et permet de bénéficier, à la condition d'être à jour de ses cotisations sociales de maladie-maternité:

- du remboursement des soins ;
- du versement d'indemnités ou d'allocations en cas de congé maternité, paternité ou d'adoption ;
- du capital décès.

Par contre, le régime d'assurance maladie des PAMC n'ouvre pas le droit à des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, ni aux prestations des assurances invalidité et accident du travail[5].

En effet, à la différence des salariés, les prestations en espèces (indemnités journalières) liées à un arrêt de travail hors maternité sont versées par la branche prévoyance de la caisse de retraite: la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF).

2. Les prestations maternité de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

2.1. Les conditions d'ouverture des droits en cas de grossesse

La déclaration de grossesse doit être effectuée dans les 14 premières semaines de la grossesse auprès de la CPAM ainsi qu'auprès de la Caisse d'Allocations Familiales. A l'occasion de cette déclaration, il est remis un carnet de santé maternité constituant un justificatif de l'ouverture des droits à l'assurance maladie [6].

Tout comme les femmes enceintes salariées assurées sociale, le praticien doit se présenter à 7 examens médicaux prénataux. Le premier doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les suivants doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois jusqu'à l'accouchement.

La couverture sociale de la maternité par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie comprend des prestations en nature et des prestations en espèces.

2.2. Les prestations en nature

L'assurance maladie rembourse à 100% les honoraires des examens obligatoires, les produits pharmaceutiques et l'ensemble des frais de soins, y compris les frais d'hospitalisation, pendant les quatre derniers mois de la grossesse.
Elle rembourse également l'intégralité des honoraires d'accouchement.

2.3. Les prestations en espèces

1. L'allocation forfaitaire de repos maternel

Une allocation forfaitaire de repos maternel est versée sans condition de cessation d'activité pour compenser la diminution de l'activité professionnelle.

Son montant brut, revalorisé chaque année, est égal au montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, soit 3 086 euros au 1er janvier 2013.

L'allocation forfaitaire de repos maternel est versée en deux fois : à la fin du 7e mois de grossesse et après l'accouchement. Elle peut cependant être versée en une seule fois si l'accouchement a lieu avant la fin du 7e mois de grossesse.

Pour percevoir cette allocation il faut adresser un certificat d'accouchement à la caisse d'Assurance Maladie.

2. Les indemnités journalières forfaitaires

Une indemnité journalière forfaitaire est versée sous réserve de cesser toute activité professionnelle pendant une durée minimum de huit semaines dont deux avant l'accouchement.

Son montant brut journalier est égal à 1/60,84 du montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, soit 50,72 euros au 1er janvier 2013.

Pour bénéficier de cette indemnité journalière forfaitaire, il faut adresser à la caisse d'Assurance Maladie une déclaration sur l'honneur attestant de la cessation de toute activité professionnelle et un certificat médical attestant la durée d'arrêt de travail.

2.4. La fiscalité des prestations sociales

Toutes les prestations en espèces sont soumises à l'impôt sur le revenu et doivent être déclarées comme des recettes professionnelles.

2.5. En cas de grossesse pathologique

En cas d'état pathologique résultant de la grossesse, une période supplémentaire de congé, n'excédant pas deux semaines, peut être accordée au cours de la période prénatale dès que la déclaration de grossesse est effectuée. Le congé pathologique doit être prescrit par arrêt de travail.

À noter :

- le congé pathologique peut être prescrit en une fois ou en plusieurs fois, mais dans la limite de 2 semaines maximum ;
- le congé pathologique ne peut pas être reporté sur la période postnatale.

2.6. En cas d'accouchement prématuré

Lorsque l'accouchement a lieu avant la date présumée, les périodes d'indemnisation ne sont pas réduites de ce fait.

En cas d'accouchement prématuré de plus de six semaines, il existe une indemnisation supplémentaire si l'enfant est hospitalisé. Cette période d'indemnisation supplémentaire s'étend de la date réelle de l'accouchement jusqu'au début du congé prénatal.

2.7. En cas d'hospitalisation de l'enfant

Si l'enfant reste hospitalisé au-delà de la sixième semaine suivant sa naissance, il est possible d'interrompre le congé maternité, de reprendre le travail et de reporter le reliquat du congé postnatal à la date de fin de cette hospitalisation.

2.8. Tableau 1 : récapitulatif des durées du congé maternité et des indemnités[7, 8]

	Congé pré natal (1)	Congé postnatal	Total du congé	IJ	Indemnité forfaitaire	cumul
Congé minimum	2 semaines	6 semaines	**8 semaines**	2840 €	3086€	**5926 €**
Vous attendez un enfant	6 semaines	10 semaines	**16 semaines**	5680€	3086€	**8766€**
Vous attendez un enfant et vous avez déjà eu au moins 2 enfants ou avez 2 enfants à charge (2)	8 semaines	18 semaines	**26 semaines**	9230€	3086€	**12316€**
Vous attendez des jumeaux (3)	12 semaines	22 semaines	**34 semaines**	12070€	3086€	**15156€**
Vous attendez Des triplés	24 semaines	22 semaines	**46 semaines**	16330€	3086€	**19416€**
Possibilité de 2 semaines supplémentaires pré natales						

(1) La durée du congé prénatal non prise ne peut pas être reportée sur le congé postnatal.
(2) Si vous attendez un enfant et que vous avez déjà au moins deux enfants à charge ou avez déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables : vous pouvez demander à avancer le début de votre congé prénatal de deux semaines maximum ; dans ce cas, la durée de votre congé postnatal sera réduite d'autant.
(3) Si vous attendez des jumeaux : vous pouvez demander à avancer le début de votre congé prénatal de quatre semaines maximum ; dans ce cas, la durée de votre congé postnatal sera réduite d'autant.

3. Les prestations de la Caisse Autonome des Médecins de France (CARMF)[9]

La CARMF assure, par le biais de cotisations obligatoires, les prestations retraite et la prévoyance des médecins.

3.1. Les cotisations obligatoires

L'affiliation est obligatoire pour tous les médecins titulaires du diplôme de docteur en médecine, inscrits au conseil de l'Ordre et exerçant une activité médicale libérale.
Tout médecin doit cotiser aux régimes de retraite et de prévoyance.

3.2. Les prestations maternité de la CARMF

1. *Régime de base*

Il est accordé le bénéfice de 100 points supplémentaires au titre du trimestre civil au cours duquel survient l'accouchement après envoi d'un extrait d'acte de naissance ou de la photocopie du livret de famille sans que cette attribution puisse avoir pour effet de porter le nombre de points acquis dans le présent régime pour l'année considérée au-delà de 550 points.

2. *Régime complémentaire vieillesse*

La femme médecin qui cesse son activité pour congé maternité pendant au moins 90 jours, peut bénéficier d'une exonération d'un semestre de cotisations avec attribution de 2 points. Toutefois, elle ne peut en bénéficier si une exonération de cotisations lui a déjà été accordée au titre d'un état pathologique résultant de la grossesse.

3. *Régime invalidité-décès en cas de grossesse pathologique*

La CARMF ne verse pas d'indemnités journalières lors d'un arrêt de travail pour une grossesse sans complication. En revanche, elles sont versées en cas d'arrêt de travail de plus de 90 jours impliquant l'existence d'un état pathologique amenant à une incapacité temporaire totale. Le médecin est alors indemnisé selon les conditions statutaires à partir du 91ème jour.

4. Comparaison avec les autres professions libérales

4.1. Les agriculteurs[10]

Les agriculteurs dépendent, pour leur protection sociale, de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Pour les agricultrices non salariées, les prestations pour le congé maternité se traduisent par l'Allocation de Remplacement qui permet d'être remplacée à l'exploitation, soit par l'intermédiaire d'un service de remplacement, soit par l'embauche d'un salarié.

Cette prestation couvre la durée du congé maternité des salariées, à savoir 16 semaines pour le premier enfant et 26 semaines à partir du troisième. Deux semaines supplémentaires sont accordées en cas de grossesse pathologique.

Si le remplacement est effectué par un service de remplacement, le montant de l'Allocation de Remplacement est égal au coût du remplacement, hors contributions sociales (CSG/CRDS) qui restent à la charge de l'assurée. Le montant du prix de journée est fixé par le service de remplacement.

La MSA verse directement le montant de l'allocation au service de remplacement.

Si le remplacement est effectué par un salarié embauché pour l'occasion, le montant de l'allocation est égal au montant des salaires et charges sociales du salarié embauché, dans la limite du salaire conventionnel correspondant à l'emploi.

La protection maternité des agricultrices est donc radicalement différente. Contrairement aux médecins, elle dépend des revenus dégagés par l'activité professionnelle et avantage les femmes travaillant dans des exploitations ayant déjà de gros chiffres d'affaires.

4.2. Les professions indépendantes[11]

Les professions indépendantes relèvent du Régime Social des Indépendants (RSI).
Les prestations maternité comprennent une indemnité journalière forfaitaire et une allocation forfaitaire de repos maternel.

1. *L'indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité.*

Pour que l'indemnité soit versée, l'activité professionnelle doit être interrompue pendant au moins 44 jours consécutifs dont 14 jours doivent immédiatement précéder la date présumée d'accouchement.
Cet arrêt de travail peut être prolongé par une ou deux périodes de 15 jours consécutifs. La durée des arrêts de travail ne peut pas être fractionnée autrement.
Cette indemnité s'élève à :

- 2 231,68 € pour 44 jours d'arrêt
- 2 992,48 € pour 59 jours d'arrêt
- 3 753,28 € pour 74 jours d'arrêt

Pour le versement, il faut adresser à l'Organisme Conventionné un certificat d'arrêt de travail et une déclaration sur l'honneur attestant de l'interruption d'activité.

En cas de naissances multiples ou de grossesse pathologique, il est possible de bénéficier de 30 jours consécutifs supplémentaires d'arrêt de travail, soit 1 521.6 €. L'arrêt peut aller jusqu'à 104 jours avec une indemnité de 5 274.88 €.

En cas d'accouchement prématuré, la période du congé maternité est allongée de 44 jours

2. L'allocation forfaitaire de repos maternel

Une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser la diminution d'activité est également versée pour moitié à la fin du 7e mois, pour moitié après l'accouchement.

L'allocation de repos maternel s'élève au titre de l'année 2013 à 3086 €

Pour le versement, il faut adresser à l'Organisme Conventionné la feuille d'examen prénatal du 7e mois et le certificat d'accouchement**.**

Tableau 2 : Récapitulatif des prestations maternité au 01/01/2013 :

	Montants maxima cumulés	**Durée de l'arrêt**
naissance simple	5 317,68 € 6 078,48 € 6 839,28 €	44 jours ≈ 6 sem 56 jours = 8 sem 74 jours ≈ 10 sem
naissances multiples ou état pathologique	8 360,88 €	104 jours ≈ 15 sem
adoption	4 383,32 €	56 jours = 8 sem

La protection maternité des professions indépendantes est donc moindre que celle des médecins libéraux. En effet, si le montant des prestations est le même, la durée des versements est beaucoup plus courte. De plus, elle ne dépend pas du rang de l'enfant à venir.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale.

1. Description de la population de l'étude

1.1. Critères d'inclusion :

Cette étude a interrogé des femmes médecins généralistes libérales installées ou collaboratrices en Gironde, en Dordogne et dans le Lot-et-Garonne ayant eu au moins une grossesse après le 1er juin 2006 pendant leur installation.

1.2. Critères d'exclusion :

Cette étude n'a pas interrogé les médecins généralistes remplaçants.
Les questionnaires incomplets ont été exclus.
Les grossesses ayant débuté avant le 1er juin 2006 ont été exclues car elles ne permettent pas d'évaluer l'impact de la loi du 1er juin 2006.
Les grossesses ayant eu lieu en dehors de l'installation ou de la collaboration ont été exclues.
Les données concernant les grossesses en cours ou lorsque le congé maternité est en cours n'ont pas été inclues.

2. Méthode d'observation : le questionnaire

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme en ligne. Il a été réalisé à partir du logiciel d'élaboration de formulaire en ligne de Google Document.
Dans le cadre du soutien des étudiants dans la réalisation de leur thèse, les Conseils Départementaux de la Gironde, de la Dordogne et du Lot-et-Garonne de l'Ordre des Médecins ont accepté de diffuser l'enquête par mail sous leur intitulé aux praticiens inscrits.
Un texte introductif (cf. annexe 2) présentait les objectifs et la population cible.
Les critères d'envoi étaient d'être inscrits à l'Ordre des Médecins et d'avoir communiqué son adresse mail au Conseil Départemental de l'Ordre .

Il était composé de 41 questions ordonnées en 7 items d'une durée de remplissage d'une dizaine de minutes.

La 1ère partie concernait les données personnelles,

La 2ème partie concernait les conditions d'exercice professionnel,

La 3ème partie concernait le déroulement de(s) grossesses(s) et de(s) (l') accouchement(s) concernées par l'étude,

La 4ème partie concernait l'aménagement de l'exercice professionnel pendant la (les) grossesse(s) concerné (es) par l'étude,

La 5ème partie concernait le congé maternité,

La 6ème partie évaluait la reprise du travail,

La 7ème partie recueillait les commentaires libres.

Les réponses étaient données sous forme numérique, de choix multiples, de cases à cocher, de sélection dans une liste déroulante ou de texte libre.

3. Analyse des résultats

Les résultats ont été recueillis entre novembre et décembre 2012. Ils ont été reportés automatiquement dans le tableur Google document.

Les données ont été reportées manuellement et analysées à l'aide d'un logiciel libre de type tableur.

RÉSULTATS

1. Taux de réponse:

Le questionnaire a été envoyé à 616 femmes médecins généralistes inscrites au Conseil Départemental de Gironde de l'Ordre des Médecins, à 73 femmes inscrites au Conseil Départemental de Dordogne de l'Ordre des Médecins et à 35 femmes inscrites au Conseil Départemental du Lot-et-Garonne de l'Ordre des Médecins.

38 questionnaires concernant 51 grossesses ont été recueillis, 32 questionnaires via le conseil départemental de la Gironde, 4 via le Conseil Départemental de la Dordogne et 2 via le Conseil Départemental du Lot-et-Garonne.
22 questionnaires ont été inclus concernant 24 grossesses.

12 questionnaires ont été exclus car les grossesses ont eu lieu avant l'installation.
Deux questionnaires ont été exclus car la grossesse était en cours.
Un questionnaire a été exclu car la date de naissance des enfants n'a pas été renseignée.
Un questionnaire n'a pas été retenu car le praticien n'a pas eu de grossesse.

Les données concernant la date des grossesses des praticiens n'étant pas accessible, nous avons calculé la taille théorique de notre échantillon grâce aux données par tranches d'âge. Selon les critères d'inclusions les femmes pouvaient avoir au minimum 30 ans et au maximum 40 ans en 2006. Nous avons donc pris en compte le nombre de femmes médecins généralistes dont l'âge était compris entre 35 et 45 ans.

Selon les données de l'Assurance Maladie concernant les effectifs de médecins généralistes libéraux en 2010 [12] :

Tableau 3 : les effectifs de médecins généralistes libéraux en 2010.

	Total femmes	**Femmes entre 35 et 45 ans**
GIRONDE	522	163
DORDOGNE	92	26
LOT-ET-GARONNE	51	9
TOTAL	665	**198**

Le taux de réponse théorique était donc de 18,2%.

L'assurance maladie de Gironde nous a communiqué le nombre de grossesses indemnisé au cours des 2 années précédentes, de mai 2011 à mai 2013.
Pendant cette période de 2 ans, 37 grossesses ont été indemnisées chez les femmes médecins généralistes. Par extrapolation le nombre théorique de grossesses durant la période de 6 ans concernée par l'étude serait de 111.

Notre étude concernerait donc 20% de l'échantillon.

2. Données personnelles

La moyenne d'âge des femmes interrogées était de 38.4 ans. La plus jeune était âgée de 32 ans, la plus âgée de 45 ans (écart type 3.9).

En ce qui concerne leur situation matrimoniale, la grande majorité des femmes vivaient en couple, seule une femme était célibataire *(fig. 1).* Leur conjoint avait dans la majorité des cas une profession médicale/paramédicale ou de cadre *(fig. 2).*

Le nombre moyen d'enfants par femme était de 2.14.

Fig. 1 : Situation matrimoniale des femmes interrogées.

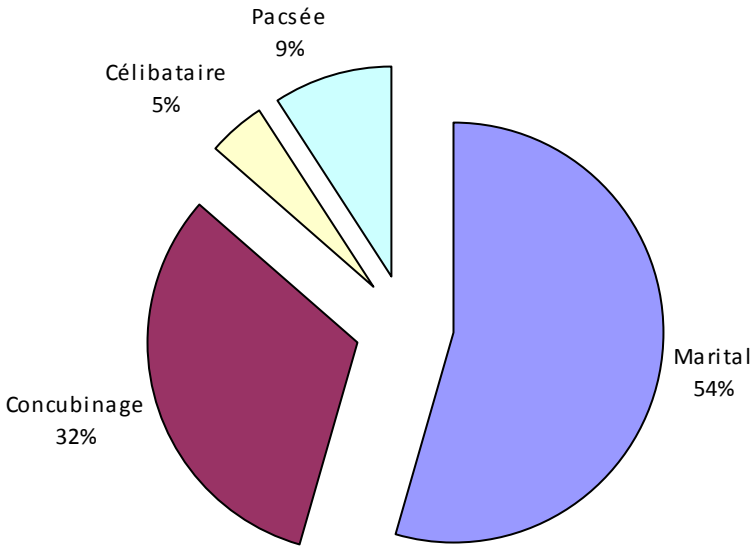


Fig. 2: Répartition des catégories socio professionnelles des conjoints des femmes interrogées.

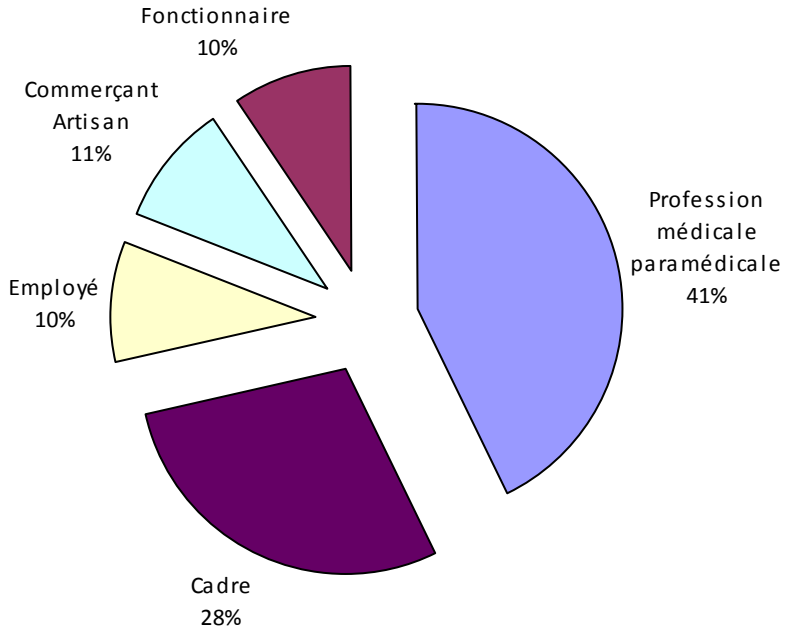
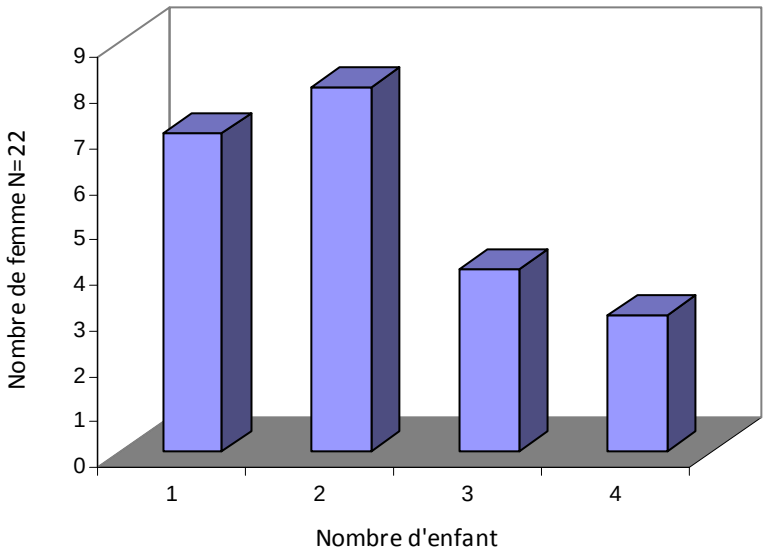


Fig. 3: Nombre d'enfant par femme.



32% des femmes avaient un enfant, 36% avaient deux enfants, 18% avaient trois enfants et 14% avaient quatre enfants.

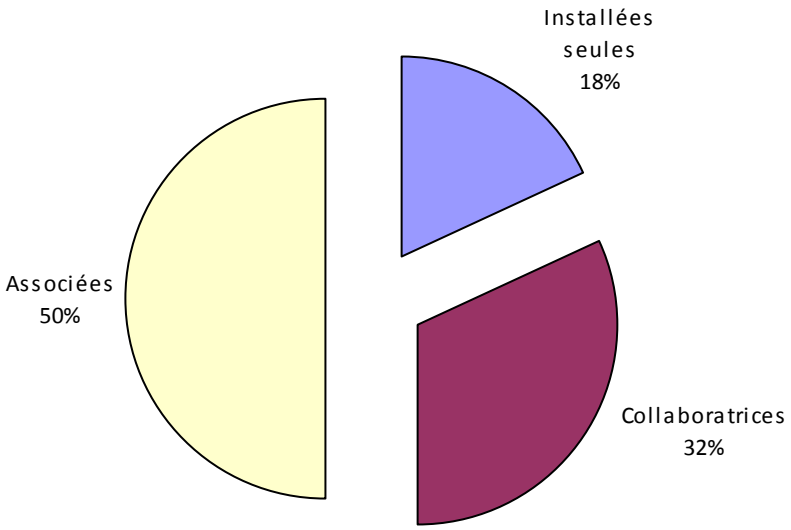
3. Conditions d'exercice

3.1. Modes d'exercice

En moyenne, les femmes se sont installées à l'âge de 32.5 ans (minimum 29 ans, maximum 39 ans, écart type 3.22) et 82% exerçaient une activité de groupe (n=18).

Les 18 femmes exerçant en groupe avaient en moyenne 2.2 associés.

Fig.4 : Répartition des modes d'exercices.



3.2. Lieu d'exercice et répartition des modes d'exercice *(fig.5 et 6).*

Huit femmes exerçaient en milieu urbain avec parmi elles trois femmes installées seules, une collaboratrice et quatre associées.

Neuf femmes exerçaient en milieu semi rural dont une femme installée seule, cinq femmes collaboratrices et trois femmes associées.

Cinq femmes exerçaient en milieu rural dont une collaboratrices et quatre associées.

Fig.5 : Répartition des lieux d'exercice.

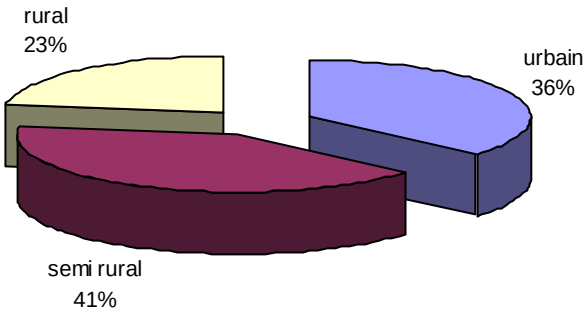
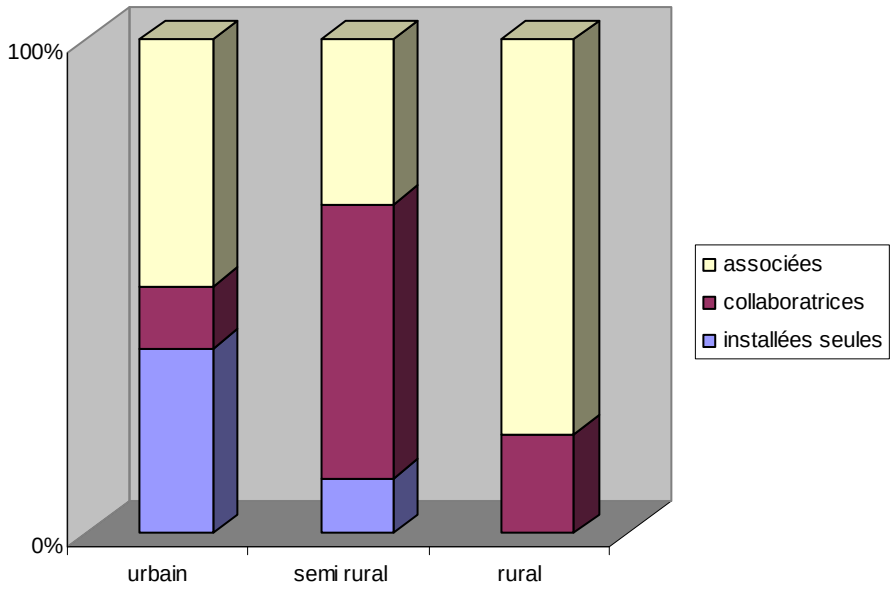


Fig.6 : Répartition du mode d'exercice en fonction du lieu d'exercice.



3.3. Intensité de l'activité professionnelle

En moyenne les praticiennes travaillaient 7.8 demi-journées par semaine. A noter que 45% des femmes (n=10) travaillaient au maximum 7 demi-journées par semaine *(fig.7).*

Elles assuraient en moyenne 24 consultations par jour dont 2 visites et 11 gardes de semaines ou de week-end par an.

Elles s'accordaient en moyenne 6.3 semaines de congé annuel.

Fig.7 : Nombre moyen de demi-journées travaillées par semaines.

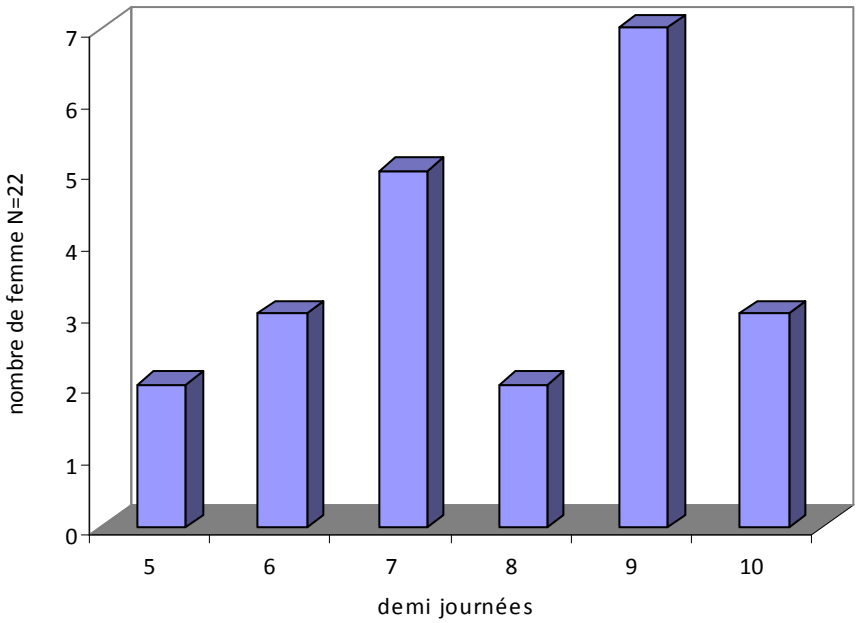
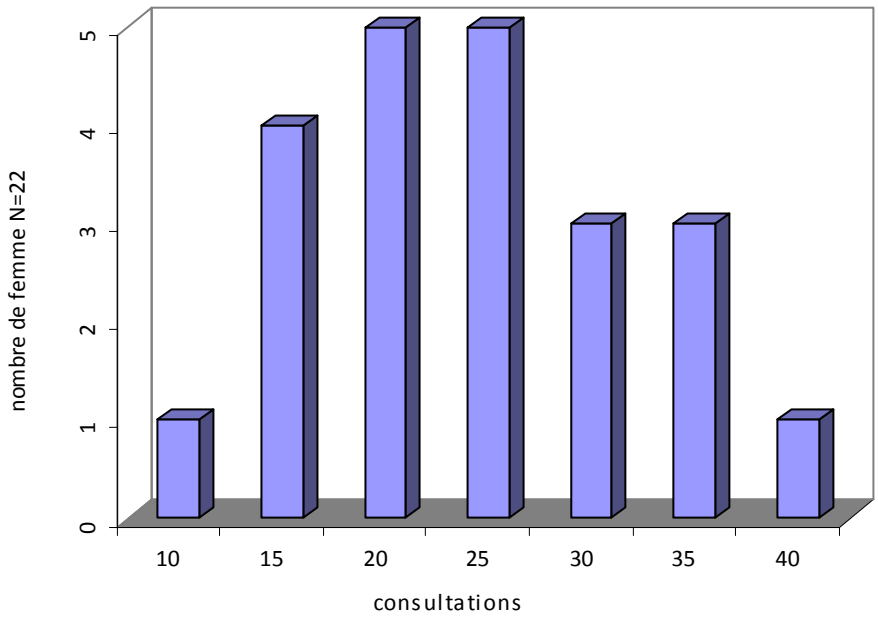


Fig.8 : Nombre moyen de consultations journalières assurées par les femmes médecins.



En combinant le mode d'exercice avec l'activité médicale, les 11 femmes associées travaillaient en moyenne 8 demi-journées par semaine avec 27 consultations journalières.
Les sept femmes collaboratrices travaillaient en moyenne 6 demi-journées par semaine avec 23 consultations journalières.
Les quatre femmes installées seules travaillaient en moyenne 9 demi-journées par semaine avec 18.7 consultations journalières.

Tableau 4 : Activité médicale en fonction du mode d'exercice. Moyenne, [min-max].

	ASSOCIÉES n=11	COLLABORATRICES n=7	INSTALLÉES SEULES n=4
Demi-journées travaillées par semaines	**8** [6-10]	**6** [5-7]	**9** [8-9]
Nombre de consultations journalières	**27** [10-40]	**23** [15-35]	**18.7** [15-25]

Les quatre femmes qui réalisaient plus de 30 consultations par jour exerçaient en milieu rural ou semi rural.

Trois femmes sur les cinq qui réalisaient moins de 20 consultations par jour exerçaient en milieu urbain.

Sur les huit femmes qui assuraient au moins 3 visites à domicile par jour, six exerçaient en milieu rural ou semi rural.

Tableau 5 : Activité médicale en fonction du lieu d'exercice. Moyenne, [min-max].

	RURAL n=5	SEMI RURAL n=9	URBAIN n=8
Nombre de consultations par jour	**28** [15-40]	**26** [15-35]	**19** [10-30]
Nombre de visites à domicile par jour	**2.6** [2-4]	**1.9** [0-3]	**1.7** [1-3]

4. Déroulement de la grossesse

4.1. Antécédents

82% des femmes n'avaient pas d'antécédents médicaux.

Une femme avait un antécédent d'endométriose, une femme avait un antécédent d'asthme, une femme avait un antécédent de grossesse extra utérine et une femme avait une hypothyroïdie substituée.

4.2. Suivi médical de la grossesse

En moyenne les femmes ont bénéficié de 8.3 consultations médicales *(fig.9)* et de 4.5 échographies pour leur grossesse *(fig.10).*

33% des femmes ont rencontré des difficultés pour dégager du temps pour leur suivi de grossesse (n=8).

Fig.9 : Nombre de consultations médicales pour la grossesse.

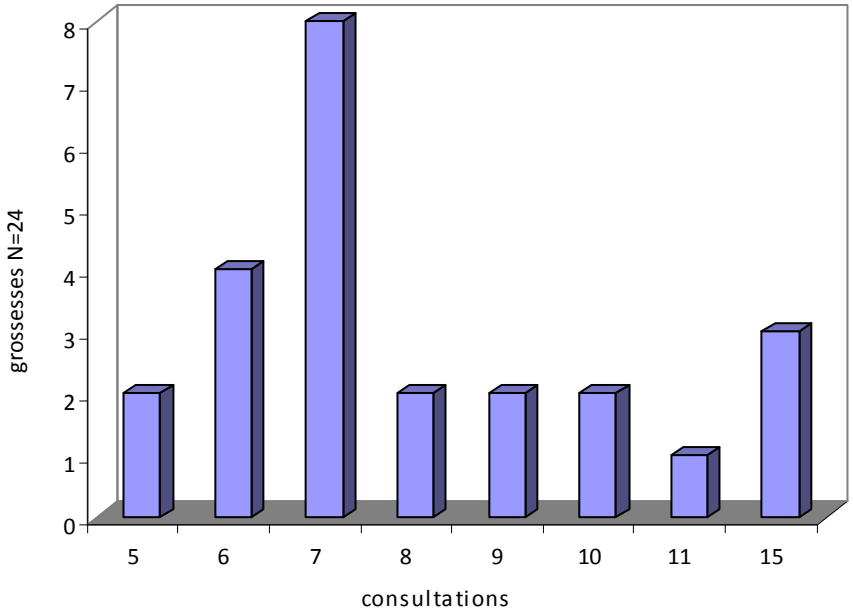
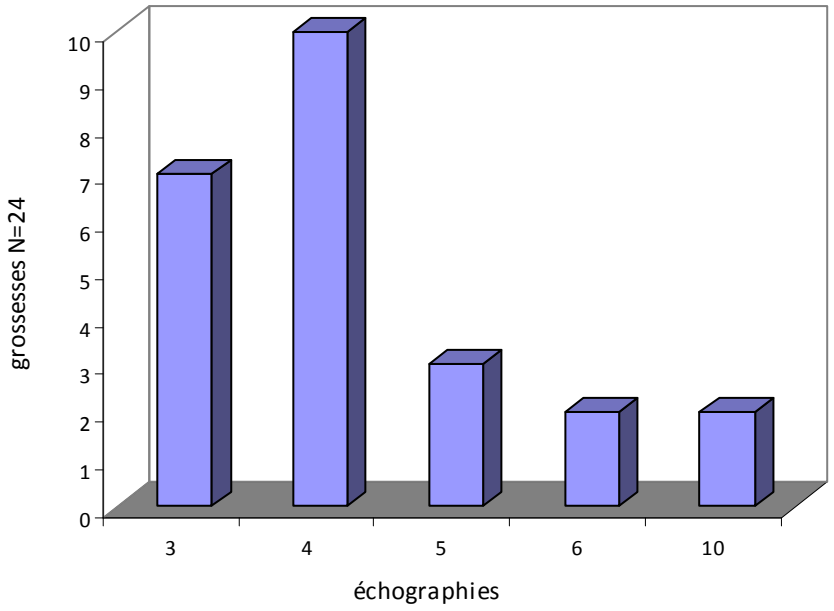


Fig.10 : Nombre d'échographies par grossesse.



4.3. Accouchement et périnatalité

Dans 92% des cas l'accouchement s'est déroulé par voie basse et dans 8% par césarienne (n=2). Il a eu lieu en moyenne à 38.3 semaines d'aménorrhée [36-41, écart type 1.87].
71% des femmes ont allaité (16).

Dans 12.5% des cas le nourrisson a eu des complications dans le premier mois de vie (n=3).
Ces complications ont été dans un cas une tumeur bénigne du globe oculaire, dans un cas des troubles métaboliques avec hypercalcémie et ostéomalacie, une communication inter ventriculaire et inter auriculaire ainsi qu'une pyélectasie bilatérale et dans un cas une infection materno-fœtale a E.Coli.

Dans 8% des cas il y a eu des complications maternelles dans le premier mois du post partum (n=2).
Dans les deux cas il s'agissait de suites compliquées d'une épisiotomie.

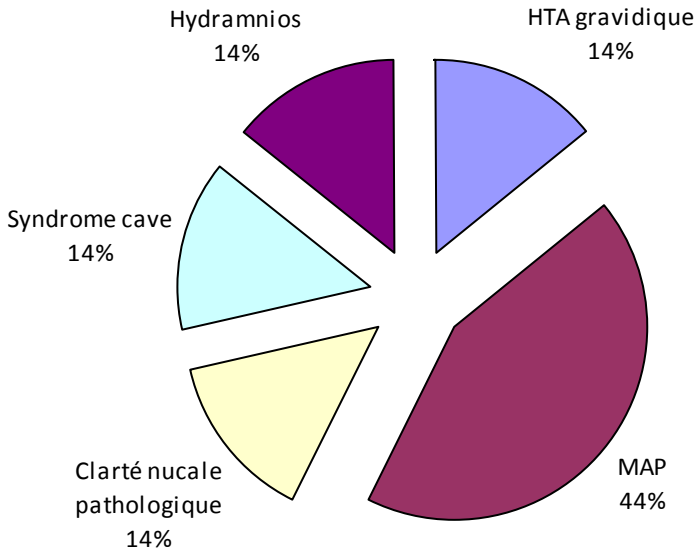
4.4. Grossesse pathologique

Dans cette enquête on retrouvait un taux de grossesse pathologique de 29% (n=7).

Trois femmes ont souffert d'une menace d'accouchement prématuré (MAP), une femme a eu une hypertension artérielle gravidique (4.2% de la population de l'étude), une femme a souffert d'un hydramnios, une femme a eu un syndrome cave supérieur et une femme a eu une choriocenthèse pour une clarté nucale pathologique.

Une femme qui a bénéficié d'une fécondation in vitro n'a pas été considéré comme ayant eu une grossesse pathologique.

Fig.11 : Répartition des grossesses pathologiques.



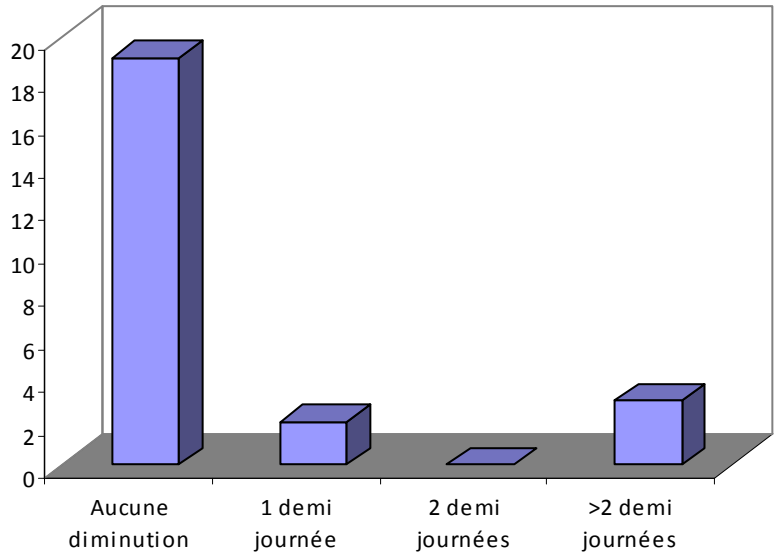
5. Aménagement de l'exercice professionnel pendant la grossesse

5.1. Réduction du nombre de demi-journées travaillées pendant la grossesse *(fig.12)*

Dans 79% des cas les médecins n'ont pas réduit le nombre de demi-journées travaillées dans une semaine pendant leur grossesse (n=19).

Dans 8% des cas les médecins ont réduit leur semaine de travail de une demi-journée (n=2) et dans 12.5% des cas de plus de deux demi-journées (n=3).

Fig.12 : Diminution du nombre de demi-journées travaillées par semaine pendant la grossesse.

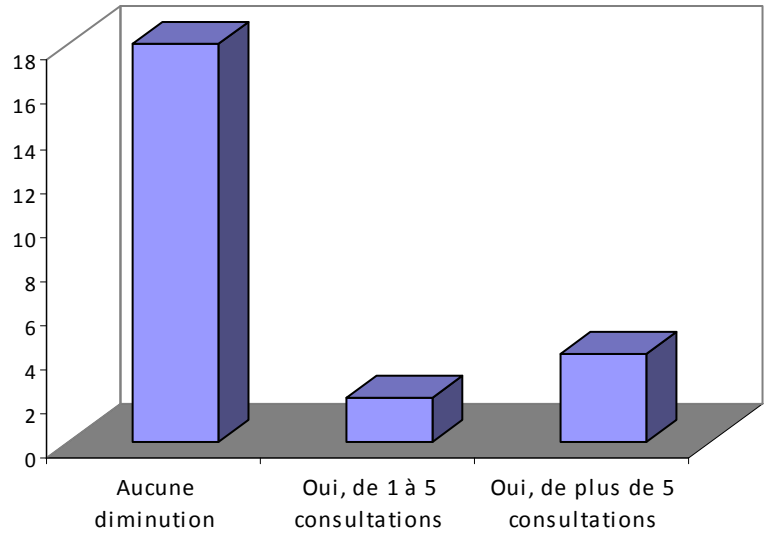


5.2. Réduction du nombre de consultations assurées par jour pendant la grossesse (fig.13)

Dans 75% des cas les médecins n'ont pas réduit leur nombre de consultations journalières pendant leur grossesse.

Dans 8% des cas les médecins ont réduits de 1 à 5 consultations par jour et dans 17% des cas de plus de 5 consultations par jour.

Fig.13 : Diminution du nombre moyen de consultations journalières pendant la grossesse.



Les femmes ont fait en moyenne des visites à domicile jusqu'à 7 mois de grossesse et des gardes jusqu'à 3.6 mois de grossesse.

Dans 50% des cas les médecins ont assuré des gardes jusqu'au sixième mois de grossesse (n=12).

6. Congé maternité

6.1. Durée totale du congé maternité

En moyenne, la durée totale du congé maternité est de 14.6 semaines.

Dans 50% des cas la durée totale du congé maternité était inférieure à la durée légale de 16 semaines (n=12).

En moyenne la durée du congé pré natal est de 4.6 semaines et dans 17% des cas (n=4) les femmes n'ont pas pris de congé prénatal.

Dans 54% des cas la durée du congé prénatal a été inférieure à la durée légale de 6 semaines (n=13).

En moyenne, la durée du congé post natal est de 10 semaines et dans 37.5% des cas (n=9) la durée du congé post natal a été inférieure à la durée légale de 10 semaines.

Tableau 6 : Durée du congé maternité (en semaines) et taux de congé inférieur à la durée indemnisée. Moyenne, [min-max].

	Ensemble des grossesses n=24
Congé pré natal	**4,6** [0-12]
Congé post natal	**10** [4-14]
TOTAL	**14,6** [6-25]
Taux de congé maternité inférieur à la durée indemnisée *(1)*	**50%**

(1) 16 semaines

6.2. Congé maternité et rang de l'enfant

En moyenne pour le premier enfant les femmes ont pris 14.8 semaines, pour le deuxième 14.4, pour le troisième 17.2 semaines et pour le quatrième 10.7 semaines.

Pour trois femmes il s'agissait d'une quatrième grossesse et pour quatre femmes de la troisième grossesse. Elles ont pris en moyenne 14.4 semaines de congé maternité alors que la durée légale lorsqu'on a au moins deux enfants à charge est de 26 semaines.

Aucune femme ayant eu au moins 3 enfants n'a pris l'ensemble de son congé maternité.

Pour leur premier enfant, trois femmes ont eu moins de 16 semaines de congé maternité et pour leur deuxième enfant, cinq femmes ont eu moins de 16 semaines.

Tableau 7 : Durée du congé maternité (en semaines) en fonction du rang de l'enfant et taux de congé inférieur à la durée indemnisée. Moyenne, [min-max].

	Rang 1 n=9	Rang 2 n=8	Rang 3 n=4	Rang 4 n=3	*Ensemble des grossesses n=24*
Congé prénatal	**5.4** [0-12]	**4.1** [0-12]	**4.8** [2-8]	**3.3** [0-8]	*4.6*
Congé post natal	**9.6** [4-14]	**10.3** [8-13]	**12.4** [12-14]	**7.4** [6-8]	*10*
TOTAL	**14.8** [6-24]	**14.4** [8-25]	**17.2** [14-20]	**10.7** [8-14]	*14.6*
Taux de congé maternité inférieur à la durée indemnisée *(1)*	**33.3%**	**62%**	**100%**	**100%**	*50%*

(1) 16 semaines jusqu'au 2ème enfant, 26 semaines a partir du 3ème enfant.

6.3. Congé maternité et mode d'exercice

Deux femmes sur les quatre femmes installées seules ont pris moins de 16 semaines de congé maternité, une femme installée seule a pris 17 semaines de congé pour son troisième enfant, ce qui reste inférieur à la durée légale. Une femme a eu 19 semaines pour une grossesse pathologique pour son premier enfant.
75% des femmes installées seules ont donc pris un congé inférieur à la durée indemnisée.

Une femme sur les neuf femmes collaboratrices a pris moins de 16 semaines de congé. La seule femme collaboratrice, ayant pris moins de 16 semaines, avait accouchée de son quatrième enfant et une femme a pris 18 semaines de congés pour son troisième enfant.
22% des femmes collaboratrices ont donc pris un congé inférieur à la durée légale.

Neuf femmes sur les onze femmes associées ont pris moins de 16 semaines de congé et une femme a pris 20 semaines pour son troisième enfant.
91 % des femmes associées ont pris un congé inférieur à la durée légale.

Tableau 8 : Durée du congé maternité (en semaines) en fonction du mode d'exercice et taux de congé inférieur à la durée indemnisée. Moyenne, [min-max].

	Installées seules n=4	Collaboratrices n=9	Associées n=11	*Ensemble des grossesses n=24*
Congé pré natal	**3.2** [0-8]	**7.4** [5-12]	**2.8** [0-8]	*4.6*
Congé post natal	**10** [6-14]	**11** [6-14]	**9.3** [4-12]	*10*
TOTAL	**13.2** [6-19]	**18.4** [14-25]	**12.1** [8-20]	*14.6*
Taux de congé maternité inférieur à la durée indemnisée *(1)*	**75%**	**22%**	**91%**	*50%*

(1) 16 semaines jusqu'au 2ème enfant, 26 semaines a partir du 3ème enfant.

6.4. Congé maternité et lieu d'exercice

Trois femmes sur cinq exerçant en milieu rural ont pris moins de 16 semaines de congé, deux femmes ont pris respectivement 18 et 20 semaines pour leur troisième enfant. Une femme n'a pas pris de congé pré natal.

100 % des femmes exerçant en milieu rural ont eu un congé inférieur à la durée légale.

Cinq femmes sur huit exerçant en milieu urbain ont pris moins de 16 semaines de congé. Une femme a pris 17 semaines de congé pour son troisième enfant. Deux femmes n'ont pas pris de congé pré natal.

75% des femmes exerçant en milieu urbain ont eu un congé inférieur à la durée légale

Trois femmes sur neuf exerçant en milieu semi rural ont pris moins de 16 semaines de congé.

33% des femmes exerçant en milieu semi rural ont eu un congé inférieur à la durée légale.

Tableau 8 : Durée du congé maternité (en semaines) en fonction du lieu d'exercice et taux de congé inférieur à la durée indemnisée. Moyenne, [min-max].

	Exercice rural n=5	Exercice urbain n=8	Exercice semi rural n=9	*Ensemble des grossesses n=24*
Congé pré natal	**3,6** [0-8]	**2.6** [0-6]	**6.5** [2-12]	*4,6*
Congé post natal	**9,6** [4-12]	**9.6** [6-14]	**10.3** [6-13]	*10*
TOTAL	**13,2** [8-20]	**12.2** [6-20]	**16.8** [12-25]	*14,6*
Taux de congé maternité inférieur à la durée indemnisée *(1)*	**100%**	**75%**	**33%**	*50%*

(1) 16 semaines jusqu'au 2ème enfant, 26 semaines a partir du 3ème enfant.

6.5. Congé maternité et grossesse pathologique

Les sept femmes ayant souffert d'une grossesse pathologique ont eu en moyenne un congé maternité de même durée que l'ensemble des femmes de l'étude: 14.9 semaines en moyenne dont 5.2 en pré natal et 9.7 en post natal.

Si l'on regarde la durée du congé en fonction du rang de l'enfant, deux femmes ont pris l'ensemble de leur congé.

Tableau 9 : Durée du congé maternité (en semaines) en cas de grossesse pathologique et taux de congé inférieur à la durée indemnisée. Moyenne, [min-max].

	Grossesses pathologiques n=7	*Ensemble des grossesses n=24*
Congé pré natal	**5.2** [0-12]	*4.6*
Congé post natal	**9.7** [4-13]	*10*
TOTAL	**14.9** [8-25]	*14.6*
Taux de congé maternité inférieur à la durée indemnisée *(1)*	**71%**	*50%*

(1) 16 semaines jusqu'au 2ème enfant, 26 semaines a partir du 3ème enfant, 2 semaines supplémentaires en prénatal en cas de grossesse pathologique.

6.6. Congé supplémentaire pendant la grossesse

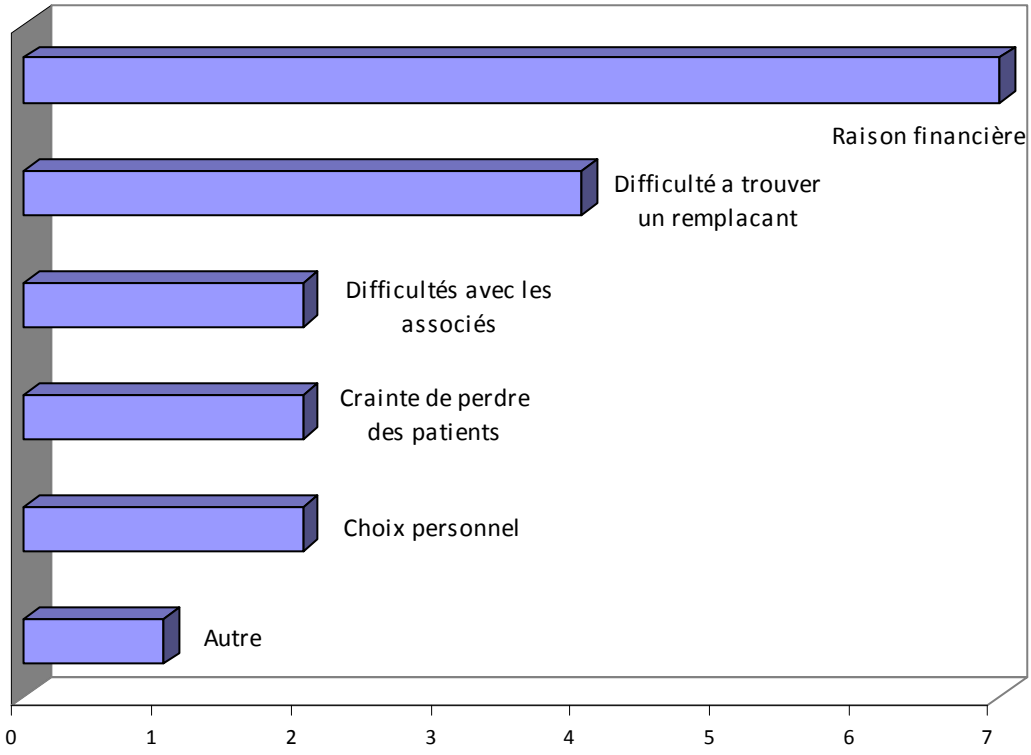
Dans 75% des cas (n=18) les femmes n'ont pas pris de congé supplémentaire en plus de leur congé maternité.

6.7. Les raisons d'une durée de congé maternité inférieure à 16 semaines

Dans cette étude, 50% des femmes ont eu un congé inférieur à 16 semaines.

Les raisons financières concernent 58% de ces femmes qui ont eu un congé écourté, les difficultés à trouver un remplaçant 33%.

Fig.14 : Les motifs d'un congé maternité inférieur à 16 semaines.



11 femmes ont répondues sur 12 concernées. Plusieurs réponses étaient possibles.

Chez les femmes exerçant en milieu urbain, 80% évoquent des raisons financières, 40% la crainte de perdre des patients.

Chez les femmes exerçant en milieu semi rural, 25% évoquent des raisons financières.

Chez les femmes exerçant en milieu rural, 66% évoquent des raisons financières, 66% la difficulté à trouver un remplaçant.

6.8. Type de congé du conjoint :

24 réponses. Plusieurs réponses étaient possibles.

Un congé paternité a été pris dans 62% des cas (n=15), un congé annuel dans 17% des cas (n=4).

Dans 30% des cas le conjoint n'a pas eu de congé (n=7).

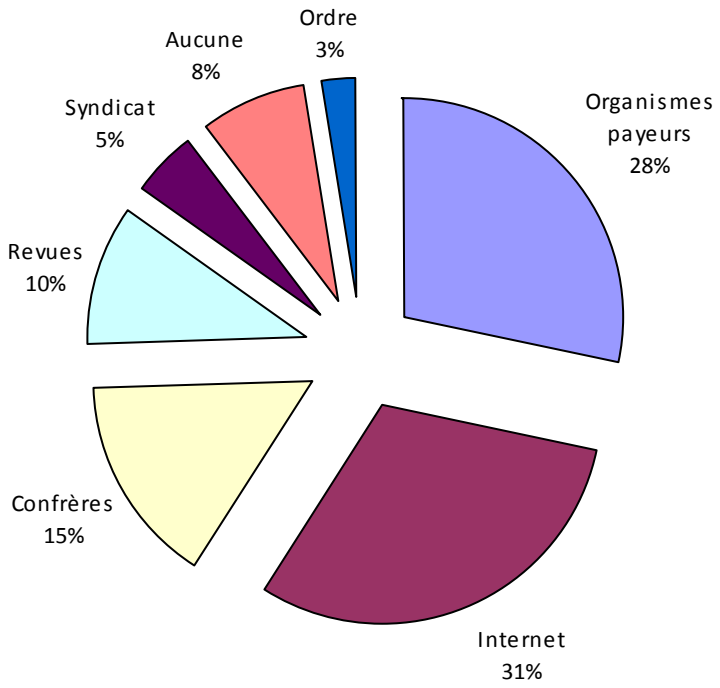
6.9. Remplaçant pendant le congé maternité

58% des médecins ont été remplacé pendant la totalité de leur congé maternité (n=14), 12% ont été remplacé pendant une partie de ce congé (n=3) et 30% n'ont pas été remplacé (n=7).

6.10. Par quels biais les médecins sont-ils informés de la législation sur le congé maternité ?

36 réponses ont été données, plusieurs réponses étaient possibles.

Fig.15 : Les sources d'information pour la protection maternité des femmes médecins.



6.11. Assurance grossesse pathologique

82% des médecins avaient souscrit à une assurance pour la grossesse pathologique (n=18).

7. Les prestations sociales

Dans 91% des cas les médecins ont touché les indemnités journalières pendant leur congé maternité (n=21).

En théorie, l'Allocation Forfaitaire de Repos Maternel est versée pour la première moitié au 7ème mois de grossesse et pour la deuxième moitié après l'accouchement.

Dans 30% des cas les versements ont été effectués après ces délais (n=7).

Les démarches ont été jugées lourdes à réaliser par 25% des femmes interrogées (n=6).

8. La reprise du travail

54% des médecins ont rencontrés des difficultés lors de la reprise de leur activité professionnelle (n=13).

Deux femmes ont rencontré des difficultés physiques avec asthénie et troubles sphinctériens.

Au niveau professionnel, deux femmes ont été confrontées à une surcharge de travail et une femme a été inscrite sur le tableau de garde le week-end suivant sa reprise.

Trois femmes ont rencontré des difficultés pour organiser la garde de leur enfant, trois femmes ont eu des difficultés à concilier l'allaitement avec les horaires de travail et une femme signale sa culpabilité de ne pas être assez avec son enfant.

Une femme n'a pas justifiée sa réponse positive.

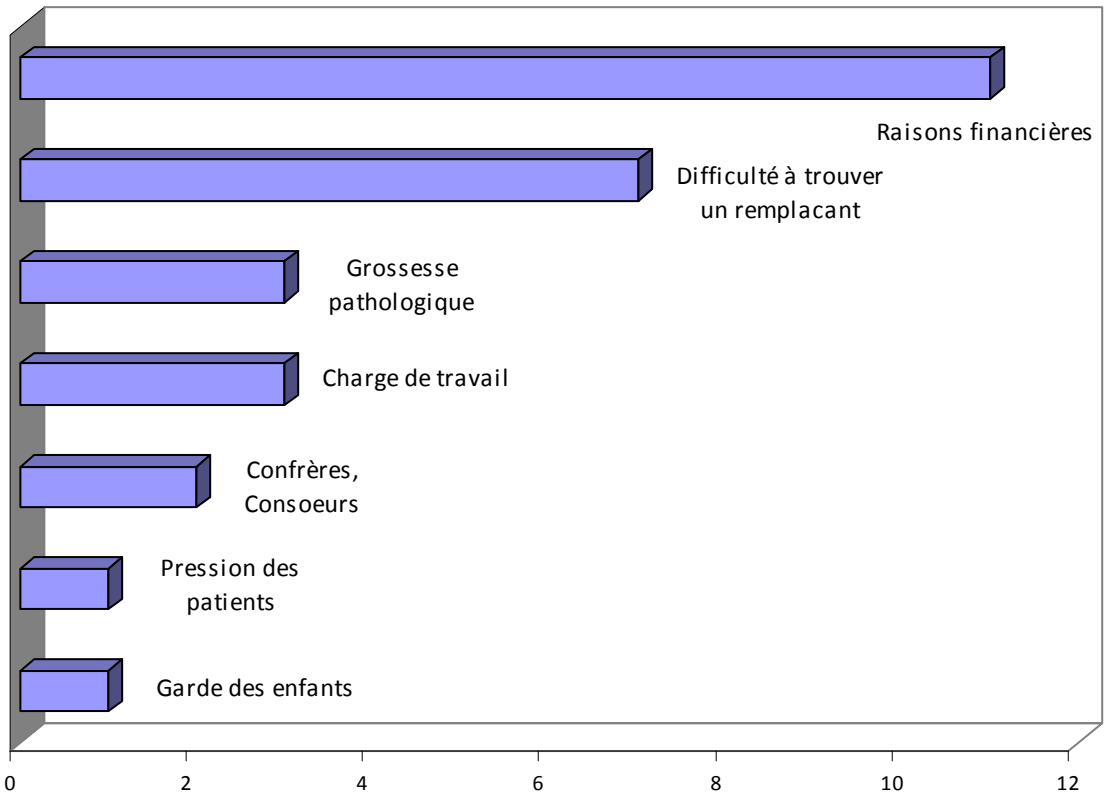
9. Le statut libéral est-il un frein à la maternité ?

68% des femmes interrogées considèrent que le statut libéral est un frein à la maternité (n=15) *(plusieurs réponses étaient possibles).*

En première position vient la question financière, avec des charges lourdes et des indemnités jugées insuffisantes, qui a été mentionnée par 52% des femmes interrogées et par 73% des femmes qui considèrent que le statut libéral est un frein à la maternité (n=11). Ensuite, la difficulté à trouver un remplaçant a été un obstacle pour 33% des femmes interrogées et pour 47% des femmes qui considèrent que le statut libéral est un frein à la maternité (n=7).

Les difficultés de couverture du risque de grossesse pathologique ont été mentionnées par 20% des femmes qui considèrent que le statut libéral est un frein à la maternité (n=3), tout comme la charge de travail. Les difficultés d'organisation avec les confrères ont été mentionnées 2 fois. La pression de la patientèle, l'impossibilité de prendre d'autre congé que le congé maternité pendant l'année qui suit la grossesse et la garde des enfants ont également été citée.

Fig.16 : Les contraintes du statut libéral pour les médecins qui considèrent que ce statut est un frein à la maternité.



DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Sélection de la population

Nous avons choisi de sélectionner une population homogène des femmes médecins installées car ce sont sur elles que pèsent le plus de contraintes financières et organisationnelles. Les enquêtes précédentes ayant étudiées le déroulement des grossesses chez les médecins montrent que ce sont les femmes installées qui éprouvent le plus de difficultés à concilier maternité et exercice professionnel[13 14].

Nous avons inclus les médecins collaborateurs car ce statut est principalement adopté par des femmes jeunes et nous a permis d'observer les caractéristiques de ce statut récent.

Les critères d'inclusions reposaient sur des données personnelles confidentielles puisqu'ils concernaient le statut des médecins et la date de leur(s) grossesse(s).

Afin d'obtenir ces renseignements nous avons contacté l'Assurance Maladie qui ne pouvait communiquer que le nombre de grossesses qu'elle avait indemnisées pour les 24 mois précédents mais ses services n'étaient pas en mesure de donner le nombre total de grossesses indemnisées depuis 2006 chez les médecins installés. Les bases de l'assurance Maladie ayant un historique de 2 années «glissantes », il n'était pas possible de trouver trace des remboursements pour les femmes médecins au titre de la maternité avant mai 2011.

Par ailleurs, les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins ne pouvaient communiquer aucune donnée personnelle sur les praticiens inscrits.

La taille réelle de l'échantillon n'était donc pas connue.

1.2. Critères d'exclusions

Cette étude n'a pas interrogé les médecins généralistes remplaçants. Leurs moindres contraintes financières avec l'absence de charges de cabinet médical et la plus grande souplesse dans l'organisation du travail ne permettent pas de comparer leur organisation professionnelle pendant la grossesse avec les médecins installés. De plus, l'écart de revenu entre la période du congé maternité et les périodes activent étant moindre, la contrainte financière de la maternité est plus faible.

Ceci est confirmé par les résultats des enquêtes précédentes qui montrent que les médecins remplaçants rencontrent moins de contraintes professionnelles pendant leur grossesse et peuvent bénéficier d'un congé maternité proche des durées indemnisées[13 14].

1.3. Diffusion du questionnaire

Les conseils départementaux des Pyrénées Atlantiques et des Landes n'ont pas pu diffuser l'enquête car ils ne disposaient pas des adresses mails des médecins inscrits. Ce déficit de diffusion a été un des obstacles à la constitution d'un plus grand échantillon.

L'extension de l'enquête aux départements du Lot-et-Garonne et de la Dordogne n'a pas permis d'augmenter de façon significative l'échantillon.

Le Conseil de l'Ordre de Gironde n'a pas pu effectuer de relance devant les nombreuses sollicitations de diffusion d'enquête auxquelles il doit répondre.

1.4. Taux de réponse

En comparaison avec les thèses similaires, l'étude descriptive de 2010 de L. Claustrat sur « La maternité des femmes médecins généralistes libérales depuis le 1er juin 2006 en région Rhône Alpes » se basait sur un échantillon de 24 questionnaires[14].

L'enquête qualitative de 2009 de M. Geoffroy sur « L'organisation des femmes médecins généralistes libérales pour leur qualité de vie pendant leur maternité en Pays de la Loire » analysait 17 questionnaires[15].

L'étude descriptive 2010 de D. Godard, « Etre femme, mère et médecin généraliste en Franche-Comté » analysait 7 grossesses ayant eu lieu après 2006 [13].

La taille de notre échantillon est faible mais du même ordre que celle des études précédentes. Le taux de réponse moyen d'enquête en ligne lorsqu'elle est adressée à une population non ciblée est évaluée à 10%, ce qui correspond au taux de réponse de notre enquête.

La petite taille de la population cible, l'absence de relance et la longueur du questionnaire étaient des obstacles à la constitution d'un plus grand échantillon.

La puissance de l'étude étant faible, les résultats demeurent une description importante de la période de la grossesse chez les femmes médecins interrogées mais ils ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population des femmes médecins généralistes.

2. Biais de l'étude

2.1. Biais de mémoire

Le biais de mémoire est à prendre en compte dans ce type d'étude. Ce bais concerne les données chiffrées pouvant remonter jusqu'à six années antérieures.
On peut penser que les chiffres liés aux grossesses sont moins touchés par ce biais de par l'affect lié à cette période et de par leur caractère relativement récent.

2.2. Biais de sélection

On peut penser que les femmes qui ont souhaité participer à l'étude ont eu un vécu plus négatif de leur grossesse.

3. La population de l'étude est elle comparable avec la population des femmes médecins généralistes ?

3.1. Caractéristiques démographiques

Dans notre étude, nous avons sélectionné des femmes mères de famille en âge de procréer et installées en libéral, ce qui explique une moyenne d'âge inférieure à la moyenne nationale des femmes médecins généralistes (38.4 ans vs 49 ans)[1], une plus grande proportion de femmes vivant en couple[16] et un nombre d'enfant par femme faiblement supérieur à l'indicateur de fécondité de l'INSEE en 2011 (2,14 vs 2,01)[17].

La proportion de femmes mariées est inférieure aux données de l'INSEE concernant les femmes entre 35 et 40 ans. Par contre, la proportion de Pacs est supérieure à celle de la population générale[18].
La répartition des catégories socioprofessionnelles des conjoints est comparable avec celle de l'étude de 2009[15].

Par rapport à l'étude similaire de 2010 concernant la maternité des femmes médecins généralistes libérales en Rhône-Alpes, ces données démographiques sont comparables[14] .

3.2. Exercice professionnel

L'âge moyen d'installation est similaire à celui observé en Aquitaine en 2008 (32,5 vs 33,4 ans)[19] et concerne en majorité une activité en groupe comme dans l'enquête nationale du Baromètre Santé Médecins Généralistes de 2009[20].

En ce qui concerne le milieu d'activité, la proportion de médecin généraliste exerçant en milieu urbain est plus faible que la moyenne nationale (36% vs 60%)[20] du fait de la prise en compte dans ces données des médecins urbains de la région parisienne et du fait de la ruralité des départements de la Dordogne et du Lot-et-Garonne inclus dans notre étude.

Ceci se traduit par une activité importante avec un nombre d'actes quotidiens (24 vs 22,5 pour les femmes)[20] et de visites hebdomadaires supérieur alors que le nombre de congés annuels est inférieur aux données nationales (6,3 semaines vs 7 semaines pour les femmes)[20]. En comparaison avec l'enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux en Rhône-Alpes, le nombre de demi-journées travaillées est similaire (7,8 vs 7,6 demi-journées pour les femmes généralistes libérales)[21]

Les caractéristiques de notre population sont donc cohérentes avec les données nationales et avec les données de l'étude de 2010 en Rhône-Alpes[14]. A noter une part plus importante de médecins ruraux qui se traduit par une activité légèrement supérieure aux données nationales.

L'analyse de l'activité en fonction du mode et du lieu d'exercice montre que les médecins associés exerçant en milieu rural ont la plus forte activité.

Les médecins collaborateurs ont une activité condensée, c'est-à-dire à temps réduit mais avec une activité journalière importante.

Les femmes installées seules ont une activité plus étalée sur la semaine avec une activité journalière plus faible répartie sur un nombre de demi-journées travaillées plus important.

4. Le congé maternité

4.1. Une durée totale du congé maternité inférieure à la durée indemnisée

Dans notre étude, la durée moyenne du congé maternité est de **14,6 semaines** réparties en 4,6 semaines de congé pré natal et 10 semaines de congé post natal.

La thèse réalisée en 2010 auprès de femmes médecins généralistes installées en Rhône-Alpes retrouvait, pour les 14 grossesses survenues avant le 1er Juin 2006 et pendant l'exercice libéral, une durée moyenne du congé maternité de 14.4±6.7 semaines[14].
En comparaison, pour les 24 grossesses qui se sont déroulées après le 1er Juin 2006 la durée moyenne du congé maternité était de 16.5±6.9 semaines, réparties en 3.7 ± 4 semaines de congé pré natal et 12.8 ± 5.2 semaines de congé post natal[14].
Ces chiffres supérieurs peuvent être expliqués par le fait que notre étude n'étudiait pas la même population. Notre étude a exclue les grossesses en dehors de l'installation contrairement à l'étude en Rhône-Alpes où certaines grossesses pouvaient avoir eu lieu en dehors de l'installation, lors de l'internat ou des remplacements où les femmes prennent un congé maternité plus long.

La thèse réalisée en 2010 auprès de femmes médecins généralistes installées en Franche-Comté analysait 83 grossesses ayant eu lieu avant 2006 et retrouvait une durée moyenne du congé maternité de 9 semaines et 1 jour.
En comparaison, pour les 7 grossesses ayant eu lieu après 2006 la moyenne du congé maternité était de 15 semaines et 5 jours[13].

La durée moyenne du congé maternité reste inférieure à la durée maximale d'indemnisation même si elle semble s'être allongée depuis 2006. Dans notre étude, 50% des femmes ont eu un congé maternité inférieur à la durée indemnisée de 16 semaines.

A noter que la réduction de la durée du congé maternité affecte essentiellement le congé pré natal, la durée du congé post natal étant conforme aux dix semaines indemnisées. Devant les difficultés à prendre l'ensemble de leur congé, les femmes privilégient le temps passé avec leur nouveau-né plutôt que le repos avant l'accouchement.

Notre étude a mis en évidence les causes de cette carence de congé.

4.2. La contrainte financière comme cause majeure de réduction de la durée du congé maternité

La raison financière reste la première cause de congé maternité écourté même si elle est moins fréquemment évoquée que dans l'étude de 2010 en Rhône-Alpes[14] (58% vs 94%).

Par ailleurs, la difficulté à être remplacé est une cause importante de réduction du congé avec seulement la moitié des médecins qui ont été remplacés pendant l'ensemble de leur absence. Cette problématique concerne l'ensemble des médecins mais elle est accrue pour les remplacements de longue durée où l'impossibilité d'être remplacé représente un grand manque à gagner.

Dans une proportion non négligeable, ce sont les difficultés avec les associés qui ont réduit le congé maternité.

A noter que la réduction de la durée du congé maternité n'était un choix personnel que pour deux femmes.

4.3. L'imprévu d'une grossesse pathologique

Dans notre étude, la durée du congé maternité en cas de grossesse pathologique n'a pas été plus longue que pour l'ensemble des grossesses de notre étude (14.9 vs 14.6).
Le pourcentage de congé maternité inférieur à la durée indemnisé a été élevé dans cette population. Ceci témoigne de la précarité de cette situation qui impose une adaptation rapide face à un congé plus précoce ou plus long que prévu.

Pourtant, 82% des femmes avaient souscrit à une assurance en cas de grossesse pathologique afin de prendre en charge le délai de carence de 90 jours pour les versements de la CARMF et d'avoir un complément d'indemnisation.
Ce chiffre est deux fois supérieur à celui de l'étude de 2010 en Rhône-Alpes (82% vs 42%)[14] ce qui montre que les femmes médecins sont en majorité informées de la nécessité de couvrir ce risque. En effet, la Sécurité Sociale indemnise au maximum 8 semaines avant la date théorique d'accouchement et le délai de carence pour l'indemnisation de la CARMF est de 90 jours, rendant indispensable la souscription à une assurance complémentaire en cas d'arrêt précoce pour grossesse pathologique.

4.4. L'impact du nombre d'enfant

L'analyse de la durée du congé maternité en fonction du nombre d'enfant montre que les femmes ayant plus de deux enfants ne peuvent pas bénéficier d'un congé maternité plus long, comme le prévoit la législation. Pourtant, ce sont elles qui ont le plus de charges familiales. L'écart avec le statut de salarié est plus important pour les femmes ayant une famille d'au moins trois enfants.

La contrainte financière et la plus faible proportion de médecins collaborateurs dans cette population peuvent expliquer la forte proportion de congés maternité écourté dans cette sous population.

4.5. L'influence du mode et du lieu d'exercice

Le mode d'exercice a également une influence sur la durée du congé maternité.

Les trois quarts des femmes installées seules n'ont pas pris l'ensemble de leur congé contre seulement 22% des collaboratrices.

Le profil des femmes collaboratrices est celui de femmes qui exercent une activité temps réduit mais avec un nombre d'acte journalier élevé. Ce statut permettrait une période d'arrêt plus longue grâce à des contraintes professionnelles moindres.

Le lieu d'exercice a aussi une influence sur la durée du congé maternité.

Sur l'ensemble de femmes de l'échantillon, les femmes exerçant en milieu semi rural ont eu la plus grande proportion de congé maternité conforme à la durée légale. Ce chiffre peut s'expliquer par la grande proportion de femmes collaboratrices dans ce sous-groupe.

A l'inverse, l'ensemble des femmes exerçant en milieu rural n'a pas pu bénéficier d'un congé complet.

En milieu urbain, les femmes rencontrent des difficultés pour prendre l'ensemble de leur congé notamment en pré natal avec une forte proportion de femme n'en ayant pas bénéficié.

Ces disparités s'expliquent par le fait que les contraintes professionnelles sont fortes en milieu rural avec une charge de travail importante et des difficultés à se faire remplacer alors que ce sont les contraintes financières qui priment en milieu urbain avec une activité de base plus faible. En milieu urbain, la crainte de perdre des patients est également un facteur important de congé écourté.

4.6. Un écart encore important avec les femmes salariées

Au total, si l'on compare la durée moyenne du congé maternité des femmes de notre étude avec celle des femmes salariées, il apparaît que l'égalité n'est pas encore atteinte. En effet, les femmes salariées ayant un ou deux enfants ajoutent en moyenne 38 jours de repos aux 16 semaines de congé indemnisées et celles qui ont plus de deux enfants ajoutent 21 jours aux 26 semaines du congé.

Ces jours supplémentaires sont constitués de congés pathologiques pour sept mères sur dix, de congés annuels et de congés spécifiques prévus par les conventions collectives[22] pour trois femmes sur dix.

Si l'amélioration de l'indemnisation de la maternité des femmes médecins a certainement allongé la durée de leur congé, elles restent moins bien protégées que les femmes salariées, notamment pour leur troisième enfant et en cas de grossesse pathologique.

4.7. Par quels biais les médecins sont-ils informés de la législation sur le congé maternité ?

Les femmes s'informent auprès des organismes payeurs (CPAM, URSSAF, CARMF) dans un tiers des cas. Pour un autre tiers ce sont leurs recherches personnelles qui leur ont permis d'obtenir des précisions.

Seule une faible proportion de femmes n'a reçu aucune information sur la législation du congé maternité.

Les médecins semblent bien informés sur leurs droits en matière de protection de la maternité mais une information en amont de l'installation serait néanmoins bénéfique pour éclaircir les conditions d'une grossesse en tant que médecin installé. On peut souhaiter une participation plus importante du Conseil de l'Ordre au niveau national mais aussi régional et départemental ainsi que des syndicats médicaux à l'information des praticiens sur le déroulement de la grossesse pendant l'installation.

5. Un suivi de grossesse moindre mais sans conséquences sur la périnatalité

Dans cette étude, les femmes généralistes ont été moins bien suivies pendant leur grossesse que la population générale avec un nombre moyen de consultations médicales et un nombre moyen d'échographie pendant la grossesse légèrement inférieure à la moyenne de l'enquête nationale périnatale de 2010 (8.3 consultations versus 9.9 et 4.5 échographies versus 5)[23].

Cependant, les femmes de notre étude ont bénéficié du suivi obligatoire de la grossesse et n'ont donc pas présenté de déficit de suivi médical.

En ce qui concerne le taux de grossesse pathologique, il était de 29% dans notre étude, de 21% dans l'étude de 2010 en Rhône-Alpes[14] et de 39.8% dans l'étude de 2010 en Franche-Comté[13]. Les pathologies regroupées sous ce terme étant différentes, ces chiffres ne peuvent pas être comparés.

Dans la littérature, le cadre des grossesses pathologiques n'est pas bien défini car il regroupe différentes pathologies ou complications en fonction des publications. Il est donc difficile de trouver des chiffres comparables avec ceux de notre étude.

L'analyse séparée du taux d'hypertension artérielle gravidique de notre étude à 4.2% est similaire au données de la littérature (4.9%)[23].

Le taux de menace d'accouchement prématuré de notre étude est supérieur (12.5% contre 6.5%)[23] mais la faible puissance de l'étude ne permet pas de conclure à une augmentation du risque chez les femmes médecins.

Le taux d'accouchement prématuré (< 37 SA) est comparable a celui de la population générale[23].

Le taux de césarienne retrouvé dans notre étude est inférieur à la moyenne de l'enquête nationale de 2010 (8% contre 21%)[23] et à celui de l'enquête de 2010 en Franche-Comté (19.6%)[13].

Le pourcentage de femmes allaitantes reste élevé avec des chiffres supérieurs à ceux de la moyenne nationale de 2010 (71% contre 60.2%)[22] mais inférieurs à celui de l'étude de 2010 en Rhône-Alpes (87.5%)[14] et de 2010 en Franche-Comté (72.6%)[13]

Par ailleurs, l'activité professionnelle des femmes est resté stable pendant leur grossesse avec près de 80% qui n'a ni réduit le nombre de jours travaillés dans la semaine, ni le nombre de consultations par jour. Ce chiffre est plus élevé que celui de l'enquête de 2010 en Rhône-Alpes où 54% des femmes avaient gardé une activité constante pendant leur grossesse[14].

Elles ont fait des visites à domicile jusqu'à un terme avancé de leur grossesse (7 mois). En ce qui concerne la permanence des soins, les femmes ont continué d'assurer des gardes même si elles ont arrêté leur participation assez tôt pendant leur grossesse (3.6 mois).

Cette activité professionnelle soutenue pendant la grossesse est en rapport avec les difficultés rencontrées par les femmes pour se dégager du temps pour leur suivi. Même si il en résulte une fréquence de suivi moindre par rapport à la population générale, il n'est pas possible de faire un lien avec une augmentation du nombre de complications lors de la grossesse ou de l'accouchement.

Le suivi médical de grossesse est cependant à prendre en compte car il génère des difficultés d'organisation supplémentaires qui nécessitent de la flexibilité dans l'organisation du travail. Les femmes souffrant de grossesse pathologique où le suivi médical est plus intense, les femmes exerçant seules, les femmes exerçant en milieu rural ou avec une activité importante subissent d'autant plus la difficulté à concilier travail et grossesse. Par ailleurs, les femmes associées ou collaboratrices doivent pouvoir compter sur la compréhension de leur(s) confrère(s)/consœur(s).

Le statut libéral est désavantageux face au statut salarié en ce qui concerne le déroulement du suivi de grossesse notamment pour les femmes qui nécessitent un suivi fréquent.

6. Une reprise du travail difficile

Plus de la moitié des médecins ont rencontré des difficultés lors de la reprise de leur activité professionnelle.

Lors de la reprise de leur activité, les femmes médecins libérales doivent assumer les éventuelles conséquences physiques de leur grossesse alors que la charge de travail est importante. L'impossibilité d'arrêt supplémentaire dans les mois qui suivent la reprise est à prendre en compte dans le ressenti de la charge de travail.

Au niveau familial elles doivent organiser l'allaitement et la garde de leur enfant en fonction des contraintes professionnelles avec parfois la sensation d'avoir des difficultés à remplir leur rôle de mère.

La qualité des relations avec les confrères conditionne également la qualité de la reprise du travail. La notion centrale de confraternité est ici plus que jamais nécessaire si nous voulons que les femmes médecins puissent s'épanouir dans leur profession et dans leur maternité.

7. Des démarches qui s'ajoutent aux charges administratives

25% des femmes ont jugé les démarches lourdes à réaliser. C'est deux fois moins que dans l'étude de 2010 en Rhône-Alpes[14], bien que ces procédures n'aient pas diminué. La grande proportion d'exercice à temps réduit peut expliquer le ressenti moins négatif des femmes composant notre étude.

En comparaison avec les femmes salariées, les femmes médecins libérales doivent faire la demande auprès de leur caisse d'assurance maladie de versement des prestations. En plus de la déclaration de grossesse qui est commune avec les salariées, elles doivent adresser à la CPAM une déclaration sur l'honneur attestant de la cessation de l'activité professionnelle et un arrêt de travail pour les indemnités journalières ainsi qu'un certificat d'accouchement pour l'allocation forfaitaire de repos maternel.

Afin de bénéficier des avantages accordés par la CARMF, un extrait d'acte de naissance ou la photocopie du livret de famille est demandé.

Ces démarches, peu contraignantes prises isolément, s'ajoutent aux lourdent charges administratives que supportent déjà les libéraux.

A noter que les prestations sociales ont été versées dans les délais légaux pour deux fois plus de femmes que dans l'étude en Rhône-Alpes de 2010[14].

8. Le statut libéral est-il un frein à la maternité?

La grande majorité des femmes de notre étude considèrent que le statut libéral est un frein à la maternité (68%).

L'analyse des commentaires libres, appuyés par les résultats de notre enquête, permet de synthétiser les différents obstacles que les médecins de notre étude ont rencontrés. Les commentaires rejoignent pour beaucoup les causes qui ont amenés à réduire la durée du congé maternité.

8.1. La question financière face à la lourdeur des charges professionnelles

La question des charges professionnelles est centrale.

Pour les médecins libéraux les charges se répartissent en deux catégories : les charges de fonctionnement du cabinet médical et les cotisations sociales (URSSAF, CARMF).

Les charges propres au cabinet sont fixes et prévisibles. Elles dépendent du niveau d'équipement et du lieu du cabinet.

Les cotisations sociales sont, elles, calculées sur les revenus de l'année n-2. Elles ne sont pas ajustées à la baisse de revenus consécutive à la maternité. Pendant le congé maternité, alors que les charges du cabinet restent stables, les cotisations sociales demandées restent calquées sur des revenus antérieurs plus élevés, entrainent une hausse relative des charges professionnelles. Ce phénomène est une source de difficultés financières et impose aux femmes de prévoir leur grossesse. Il renforce l'idée que les indemnités versées pendant la grossesse sont insuffisantes.

Il existe actuellement un seul cas où les charges sociales peuvent être abaissées: pour les femmes installées depuis plus de 2 ans, la CARMF exonère les cotisations du régime complémentaire vieillesse pour le trimestre où se déroule la grossesse en cas d'arrêt de 90 jours. Cette exception ne diminue que faiblement les contraintes financières, d'autant que les cotisations URSSAF restent elles inchangées.

Ceci s'ajoute au fait que les charges sociales sont proportionnellement plus importantes pour les petits revenus.

En ce qui concerne la CARMF, le tableau des cotisations montre bien ce phénomène *(cf. tableau 10):*

Tableau 10 : Exemples de cotisations CARMF en 2012 pour le secteur 1 en fonction des revenus de 2010.

Régimes	20 000 €	60 000 €	80 000 €	181 860 €
Base	1 720 €	3 124 €	3 444 €	5 074 €
Complémentaire	1 840 €	5 520 €	7 360 €	11 712 €
Allocation supplémentaire vieillesse (ASV) Part forfaitaire :	1 433 €	1 433 €	1 433 €	1 433 €
Part proportionnelle	17 €	50 €	67 €	152 €
Invalidité-décès	Classe A	Classe B	Classe B	Classe C
	604 €	720 €	720 €	836 €
Allocation De Remplacement de revenu (ADR)	7 €	21 €	28 €	64 €
Total	**5 621 € soit 28%**	**10 868 € soit 18%**	**13 052 € soit 16%**	**19 271 € soit 10%**

Comme nous l'avons vu, notre étude comportait une part importante de médecins collaborateurs. Ce statut prévoit le versement d'un pourcentage des recettes perçues par le médecin collaborateur au médecin titulaire. Financièrement, ce mode d'exercice reste intéressant pour une petite activité alors qu'il devient déséquilibré en cas de revenus importants. Il est donc adopté par des jeunes médecins, en majorité des femmes, souhaitant travailler à temps partiel.

Dans notre étude, ce sont les femmes collaboratrices qui ont eues le moins de difficultés financières et qui ont eu la plus grande proportion de congé maternité conforme à la durée indemnisé. Ceci peut se comprendre par le fait que leurs revenus étant moindre, l'écart entre les revenus perçus pendant le congé maternité et les revenus perçus pendant les périodes activent est moins important. Ce statut se rapproche de celui des médecins remplaçants qui, en échange de revenus inférieurs aux médecins installés, comporte moins de contraintes professionnelles.

Malgré l'amélioration notable de l'indemnisation du congé maternité en 2006, l'obstacle financier reste bien présent dans le déroulement des grossesses des femmes installées en libéral, de par la différence de revenus qu'il génère.

Si il paraît souhaitable mais difficile, aux vues du bilan économique et de la récente augmentation des prestations, de demander une revalorisation directe de l'indemnisation par l'Assurance Maladie, il paraît légitime de vouloir les revaloriser de façon indirecte.

Adapter les cotisations sociales à la baisse des revenus pendant le congé maternité permettrait de réduire l'importance des charges pendant cette période.

Défiscaliser les prestations maternité pourrait également être un moyen indirect de revaloriser l'indemnisation de la grossesse.

8.2. Le risque de ne pas être remplacé

La difficulté à trouver un remplaçant est une source d'incertitude importante. Elle impose aux femmes médecins de prévoir leur grossesse pour appréhender l'éventualité d'un remplacement incomplet ou de l'absence de remplacement. Ceci est une cause majeure de congé maternité écourté et amplifie les contraintes financières.

Cette problématique n'est pas spécifique aux femmes et concernent l'ensemble des médecins dans cette période de baisse de la démographie médicale. Cependant, les conséquences sont d'autant plus importantes pour les femmes installées souhaitant réaliser leur désir de grossesse. Elles doivent assurer la pérennité d'une patientèle pendant plusieurs mois, sans perturber le fonctionnement d'un éventuel cabinet de groupe, tout en recouvrant leurs charges. Le non remplacement représente donc un déficit de revenus pendant la durée du congé maternité, mais également par la suite avec le risque de perte de patientèle.

Pour augmenter les chances de rencontre entre remplaçants et installés, un système d'annonce spécifique pour les remplacements dans le cadre de congé maternité pourrait être mis en place. On pourrait imaginer une zone d'annonce dédiée aux congés maternités sur les sites Internet des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins.

8.3. La précarité en cas de grossesse pathologique

La grossesse pathologique reste une grande source d'incertitude pour les médecins installés.

Dans cette étude, les femmes ayant souffert d'une grossesse pathologique n'ont pas pris un congé plus long que l'ensemble des femmes de notre étude et la grande majorité n'a pas pu en bénéficier en totalité (71%).

La nécessité d'être assurée ne permet donc pas d'augmenter la durée du congé maternité. De plus, elle ne garantit pas toujours une couverture sociale de qualité. En effet, certaines assurances privées imposent des clauses d'exclusions, refusant ainsi de couvrir ce risque en cas d'antécédents de grossesse pathologique ou de grossesse à risque. D'autre n'indemnisent que les pathologies graves c'est-à-dire celles qui sont susceptibles de mettre

en jeu la vie de la mère et/ou de l'enfant, en excluant les situations les plus fréquentes où l'arrêt est considéré comme une «convenance personnelle».
Les situations où le risque de grossesse pathologique n'est pas couvert sont donc fréquentes.

Afin de réduire l'écart avec les femmes salariées et de rendre l'installation plus attractive, deux axes sont exploitables : augmenter la durée d'indemnisation en cas de grossesse pathologique par la CPAM qui est actuellement de deux semaines et abolir le délai de carence de la CARMF dans ce cas précis. Cette dernière évolution est d'autant plus envisageable que le bilan financier de la CARMF pour 2012 est excédentaire[24].

L'information des médecins en amont de la souscription d'une prévoyance est fondamentale afin d'éviter les situations très difficiles d'arrêt de travail non indemnisés. L'Ordre des Médecin, les syndicats pourraient avoir un rôle plus important à jouer.

L'amélioration de la protection des femmes médecins libérales face au risque de grossesse pathologique est fondamentale pour réduire les contraintes de l'installation lors de cette période déjà humainement difficile.
La protection de ce risque relève en grande partie des assurances privées, qui, comme nous l'avons vu, ne remplissent pas toujours ce rôle. Un transfert de la protection de ce risque des assureurs privés vers l'Assurance Maladie ou la Caisse de Retraite rendrait la grossesse pendant l'exercice libéral moins incertaine et permettrait de lutter contre la préférence actuelle des jeunes médecins de réaliser leur grossesse pendant une activité salariée.

8.4. La flexibilité dans l'organisation du travail et la confraternité

Une autre source de difficulté est l'impossibilité pour certaines femmes d'aménager leur temps de travail. Par exemple : réduire l'activité lors d'une grossesse éprouvante mais ne relevant pas de la prise en charge d'une grossesse pathologique ou lorsqu'un suivi médical rapproché est nécessaire.

Ceci rentre dans le cadre de la question de la flexibilité de l'exercice libéral. En théorie, ce mode d'exercice permettrait plus de liberté dans l'organisation de son activité, or il s'avère que pour une large partie des médecins cet exercice ne permet pas une modulation au quotidien.

Dans notre étude, les femmes collaboratrices ont été moins confrontées à ce problème car elles travaillent en majorité à temps partiel dans une structure de groupe. Ceci explique le succès de ce statut qui permet aux jeunes installées de se dégager du temps pour leur vie familiale tout en ayant une activité professionnelle quotidienne soutenue.

La notion de confraternité est centrale sur le point de la maternité. La compréhension, par l'ensemble des médecins, des contraintes inhérentes à la grossesse et la volonté de s'y adapter est indispensable pour concilier maternité et activité libérale.

En effet, l'encadrement légal de la grossesse chez les femmes médecins libérales ne suffit pas à répondre à l'ensemble des problématiques complexes des médecins installés puisque, comme le montre notre étude, accorder une revalorisation de la protection de la maternité ne garantit pas sa pleine exécution. Améliorer la conciliation ente développement professionnel et vie familiale nécessite de connaitre les contraintes liées à la maternité chez les médecins installées pour pouvoir les anticiper. Il s'agit d'adapter le fonctionnement de la médecine générale libérale aux contraintes et aux souhaits des jeunes médecins afin de promouvoir ce mode d'exercice.

8.5. La féminisation et l'évolution sociétale des jeunes médecins

La problématique de la conciliation de la maternité et de l'exercice de la médecine générale libérale se pose d'autant plus que la qualité de vie intervient de manière prépondérante dans le choix d'exercice des jeunes médecins. Une synthèse de la littérature à propos des motivations et des freins à l'installation des médecins généralistes libéraux montre bien que la sphère extra-professionnelle compte tout autant que les considérations professionnelles dans leur choix d'exercice[25].

Ceci provient de l'évolution récente de la profession médicale qui est à intégrer dans une évolution sociétale, les jeunes médecins ne souhaitant plus exercer comme leurs aînés.
« L'Ethos professionnel », c'est-à-dire les manières de faire, d'être et de penser propres à la profession de médecin, s'est modifié. Il est passé de la notion de « disponibilité permanente » impliquant un temps de travail submergeant tous les autres temps sociaux à une configuration « maîtrisée » de l'activité professionnelle avec des stratégies d'aménagement du temps de travail et des contraintes professionnelles[2].

Cette évolution tient des modifications de la structure familiale où l'homme n'est plus le seul pourvoyeur des revenus du ménage. Il est désormais nécessaire de concilier deux carrières professionnelles au sein du couple tout en assurant la gestion de la vie familiale alors que le temps dédié aux loisirs est devenu incompressible[2].

Ainsi, devant le désir de consacrer plus de temps à leur vie privé, les jeunes médecins adoptent des stratégies de régulation de leur temps de travail[25]. Tenir compte de ces aspirations dans la réflexion pour l'évolution de la médecine générale libérale est un facteur important de l'attractivité de cet exercice.

CONCLUSION

L'amélioration récente de la protection maternité des médecins libéraux ne peut qu'être une avancée vers une plus grande attractivité de l'exercice libéral. Elle a permis aux médecins libéraux de bénéficier d'un congé maternité plus long.
Cependant, des difficultés importantes persistent et participent à la complexité de concilier maternité et installation.

Différentes pistes ont été mise en évidence afin de faciliter cette conciliation.
En premier lieu, réduire les contraintes financières qui pèsent encore sur la maternité des médecins libéraux. Ceci passe par l'adaptation des charges sociales à la baisse de revenus perçus pendant le congé maternité et par la défiscalisation des prestations sociales de la grossesse.
Réduire le risque de ne pas être remplacée pendant le congé maternité en favorisant la rencontre entre remplaçants et remplacé par le biais d'annonces spécifiques.
Améliorer la couverture du risque d'une grossesse pathologique pour répondre aux difficultés financières qui s'ajoutent à cette situation déjà humainement et professionnellement difficile. Abolir les délais de carence des versements d'indemnités dans ce cas paraît essentiel.

Toutes ces améliorations ne peuvent être efficientes que si l'activité libérale s'organise autour de la flexibilité de l'exercice et de la confraternité.
L'enjeu étant de promouvoir l'exercice libéral de la médecine générale en permettant aux praticiens d'avoir un développement professionnel et personnel satisfaisant.

ANNEXE

1. Annexe 1 : Les témoignages

1.1. Sur la question des difficultés rencontrées lors de la reprise du travail

- «J'ai eu un problème sphinctérien avec une durée d'autonomie vésicale limitée et très gênante pour les visites. J'ai repris à temps plein pour permettre à mes associés de prendre du repos. J'ai eu une surcharge de travail administratif (même si le remplaçant a bien bossé!), une asthénie importante++ et des difficultés à assumer sans culpabiliser mon absence le soir auprès de mon bébé ...»

- «J'ai eu des difficultés à concilier allaitement et horaire de travail.»

- «Un confrère en charge des gardes m'a positionnée de garde le Week end suivant ma reprise... »

- « La difficulté tenait au fait que mon congé pour un quatrième enfant était trop court et que j'ai repris en hiver alors que j'avais 40 ans passés .... »

- « La garde des enfants et la nécessité d'adapter son rythme de travail pour qu'il soit compatible avec la vie de famille. »

- "Indisponibilité pour les rendez vous médicaux du 2ème enfant qui ont été délégués au père. Difficulté pour concilier le mode de garde des enfants avec contraintes horaires"

- « Dégager du temps pour l'allaitement et organiser de la garde des enfants (le soir et les samedis matins). »

1.2. Sur la question : le statut libéral est-il un frein à la maternité ?

- « Pas dans mon cas étant collaboratrice de mon mari et travaillant à temps partiel. »

- « Oui, car il est difficile de trouver des remplaçants pour de longues périodes d'arrêt et les patients n'apprécient pas que leur médecin soit longtemps absent. »

- "Je n'ai pas considéré mon exercice comme un frein : je travaille trois jours complets (de 8h30 à 21h) + samedi matin et me dégage deux journées hors cabinet (le matin pour boulot administratif et après-midi libre). J'apprécie cette liberté de fonctionnement et cela m'a donné un confort lors de ma grossesse. Ceci est possible car l'une de mes associées complète les jours ou je ne suis pas là...Avec le recul, le frein essentiel a été pour moi de m'accorder ""que"" les congés mat en repos soit 16

semaines. Sur cette année de grossesse je n'ai pas cumulé d'autres vacances (pour raison financière et pour maintenir clientèle étant jeune installée depuis 1 an et demi lors de ma grossesse). J'aurais rêvé pouvoir m'arrêter au 1er trimestre (asthénie +++ et nausées ++ en période d'épidémies hivernales et de surcharge de travail!). A noter aussi quand même des difficultés concernant les gardes et le manque de flexibilité des médecins du secteur en majorité âgé et homme pour soutenir leur jeune consoeur...Pour la petite histoire, ma collègue actuellement enceinte à son tour est positionnée de garde le 25 décembre (accouchement prévu fin décembre) malgré avoir signalé son congé avant les plannings. Réponse de l'association des médecins: débrouillez vous!...sachant que moi même je suis positionnée la veille et mon collègue le lendemain. Difficile de se dépanner entre associés du même cabinet et de trouver un remplaçant à cette date! Bref c'est un détail mais être une femme médecin libérale et enceinte n'est pas facile et les freins les plus difficiles à supporter sont souvent le manque de compréhension de nos propres confrères..."

- « Oui, les charges professionnelles sont lourdes lors de l'arrêt et difficultés pour trouver un remplaçant. »

- "Non je ne pense pas que le statut libéral soit un frein à la maternité. Par contre la maternité quand on est en libéral est un choix ++ car presque un luxe.
  Avantage: on s'organise comme on veut, inconvénient: on est ""payés"" en fonction de ce qu'on travaille et ce ne sont pas les indemnités (pourtant bien meilleures que pour mes deux autres grossesses dans mon exercice libéral) qui vont y changer quelque chose. Les charges courent même pendant le congé maternité...
  Hormis le côté financier, on se heurte à la ""pénurie"" de remplaçants, qui sont peu motivés par des remplacements longs.
  Pendant la grossesse se pose le problème de l'état de santé, j'ai eu de la chance de pouvoir mener mes grossesses à terme malgré un exercice jusqu'à 15 jours avant le terme (afin de reprendre le plus tard possible).
  Enfin après la grossesse se pose le mode de garde, les horaires étant parfois difficilement compatibles avec ceux des crèches ou autres assistantes maternelles."

- "Le statut libéral est un vrai problème: financier car les indemnités perçues et les remplaçants ne suffisent pas à assurer les revenus. J'ai due épargner en vue de cette grossesse et malgré tout je ne peux pas bénéficier du congé maternité complet auquel j'ai droit.
  2ème problème: trouver un remplaçant fiable pour un congé de 3 mois ou plus et retrouver les patients en revenant...
  Il faut augmenter les indemnités journalières et/ou prévoir des exonérations de charges sur la période du congé sans perdre ses droits à la retraite."

- « Oui Les indemnités congés maternités ne sont pas satisfaisantes et couvrent à peine le coût mensuel de fonctionnement de la SCM. Afin de pouvoir rester 16 semaines à domicile il est nécessaire de puiser financièrement dans une réserve car même avec un remplaçant nous arrivons à peine à couvrir les cotisations URSSAF et CARMF donc plus rien pour vivre ????? »

- « Oui, par l'absence de système de remplacement adapté, peut être avec les résidents stagiaires .... »

- "Oui. La protection de la femme libérale. Refus des assurances de prendre des grossesses à risque.»

- "Oui cela peut être un frein. Trouver facilement un remplaçant, être mieux indemnisée."

- « Oui allègement charge de travail temps partiel."

- « Oui sur le plan financier. »

- Ce n'est pas un frein mais il faut tout de même prévoir une avance financière puisque les indemnités versées ne suffisent pas pour continuer à payer les charges qui continuent à tomber

- « Oui »

- « Oui, les cotisation URSAFF et CARMF sont lourdes alors qu'on ne perçoit au très peu et que le remplaçant permet tout juste d'absorber les charges du cabinet (secrétaires, SCM...). »

- « C'est un frein si on a une grosse activité ou qu'on est seul (ça dépend aussi de la tolérance de l'associé).
  J'ai "programmé " mes grossesses pour pouvoir financer les charges même en n'étant pas remplacée (j'ai attendu d'avoir assez de réserves).
  Problème des assurances qui ne prennent pas en charge les grossesses pathologiques si on a déjà eu un problème (j'ai eu entre mes 2 grossesses un arrêt de travail avec alitement pour grossesse pathologique qui s'est soldée par une fausse couche donc après, tout arrêt pour problème de grossesse pathologique était exclu du contrat!).
  Il faudrait être sure de pouvoir être remplacée le temps de l'arrêt (qui n'est pas prévisible, puisque j'ai accouché 1 mois plus tôt que prévu pour ma 2ème grossesse, et que je travaillais encore...). Le financement de toutes les charges aussi mais le financement seul ne suffit pas pour prendre en charge les patients. »

2. Annexe 2 : Questionnaire

2.1. Lettre associée au questionnaire

Chères Consœurs,

Interne en dernier semestre de médecine générale, j'ai choisi de m'intéresser pour ma thèse à la question de l'**organisation professionnelle des femmes médecins généralistes libérales pendant leur(s) grossesse(s) depuis 2006.**

En Juin 2006, a été votée une loi permettant d'aligner la durée du congé maternité des femmes libérales sur celle des femmes salariées et de revaloriser son indemnisation. Cependant, la maternité reste un obstacle à l'installation des jeunes femmes en libéral alors qu'elles sont de plus en plus nombreuses sur les bancs de la faculté.

Cette enquête s'adresse aux femmes médecins généralistes installées ou collaboratrices ayant eu au moins une grossesse après juin 2006 ET pendant leur exercice libéral.

Les informations sont recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne de 41 questions d'une durée de remplissage d'une dizaine de minutes.

Ce questionnaire concerne :
- votre situation personnelle
- votre exercice professionnel
- votre (vos) grossesse(s)
- vos commentaires.

Je sollicite donc votre participation afin de continuer à améliorer nos conditions d'exercice et la qualité de notre vie familiale.

2.2. Questionnaire

INFORMATIONS PERSONNELLES

1. **Quelle est votre année de naissance?**

/ /

2. **Quelle est votre situation matrimoniale?**

- ☐ Marital
- ☐ Concubinage
- ☐ Célibataire
- ☐ Divorcée
- ☐ Veuve

3. **Quelle est la catégorie socio professionnelle de votre conjoint?**

- ☐ Profession médicale, paramédicale
- ☐ Cadre
- ☐ Employé
- ☐ Ouvrier
- ☐ Commerçant, Artisan
- ☐ Retraité
- ☐ Inactif
- ☐ Autre

4. **Combien d'enfant(s) avez vous?**

5. **Pour les enfants nés après le 1er Juin 2006, précisez leur date de naissance.**

Enfant 1

/ /

Enfant 2

/ /

Enfant 3

/ /

CONDITIONS D'EXERCICE

6. **En quelle année vous êtes vous installée?**

7. **Quel est votre mode d'exercice?**

- ☐ Installée seule
- ☐ Collaboratrice
- ☐ Associée

8. **Quel est votre lieu d'exercice?**

- ☐ Rural
- ☐ Semi rural
- ☐ Urbain

9. **Si vous travaillez en cabinet de groupe, combien avez-vous d'associé(s)/collaborateur(s) médicaux?**

10. **En moyenne, combien de demi journées travaillez vous dans la semaine (1 à 14)?**

11. **En moyenne, combien de consultations assurez vous par jour (10 à 40 et +)?**

12. **En moyenne, combien de visite(s) à domicile assurez vous par jour (0 à 10 et +)?**

13. **En moyenne, combien de garde(s) assurez vous par an? (semaine et week-end) ?**

14. Combien de semaine(s) de congé vous accordez vous par an (1 à 15)?

DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

CONCERNANT SEULEMENT LES GROSSESSES AYANT DÉBUTÉE APRÈS LE 1er JUIN 2006 ET PENDANT VOTRE EXERCICE LIBÉRAL

15. Avez vous des antécédents médicaux?

- ☐ Non
- ☐ Diabète
- ☐ HTA

16. Combien de consultation(s) médicale(s) avez vous eu pendant votre grossesse?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :

17. Combien d'échographie(s) avez vous eu pendant votre grossesse?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :

18. Avez vous eu des difficultés pour vous dégager du temps pour le suivi de votre grossesse?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

19. Avez vous eu une grossesse pathologique?

Grossesse 1 :

☐ Non
☐ Menace d'accouchement prématuré
☐ Retard de croissance intra utérin
☐ Hypertension artérielle gravidique
☐ Placenta prævia
☐ Autre

Grossesse 2 :

☐ Non
☐ Menace d'accouchement prématuré
☐ Retard de croissance intra utérin
☐ Hypertension artérielle gravidique
☐ Placenta prævia
☐ Autre

Grossesse 3 :

☐ Non
☐ Menace d'accouchement prématuré
☐ Retard de croissance intra utérin
☐ Hypertension artérielle gravidique
☐ Placenta prævia
☐ Autre

20. A quel terme, en semaine d'aménorrhée (SA), avez vous accouché (avant 30 SA jusqu'à 41 SA)?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :

21. Quel a été votre mode d'accouchement?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :
☐ Voie basse ☐ Césarienne	☐ Voie basse ☐ Césarienne	☐ Voie basse ☐ Césarienne

22. Avez vous allaité?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

23. Votre enfant a t-il eu des complications dans le premier mois de vie? Lesquelles?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :

24. Avez vous eu des complications dans le premier mois du post partum? Lesquelles?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :

AMÉNAGEMENT DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL PENDANT LA GROSSESSE

25. À un moment de votre grossesse, avez vous réduit le nombre de demi journées travaillées dans la semaine?

Grossesse 1

- ☐ Non
- ☐ Oui, de 1 demi journée
- ☐ Oui, de 2 demi journées
- ☐ Oui, de plus de 2 demi journées

Grossesse 2

- ☐ Non
- ☐ Oui, de 1 demi journée
- ☐ Oui, de 2 demi journées
- ☐ Oui, de plus de 2 demi journées

Grossesse 3

- ☐ Non
- ☐ Oui, de 1 demi journée
- ☐ Oui, de 2 demi journées
- ☐ Oui, de plus de 2 demi journées

26. À un moment de votre grossesse, avez vous réduit le nombre de consultations assurées par jour?

Grossesse 1

- ☐ Non
- ☐ Oui, de 1 à 5 consultations
- ☐ Oui, de plus de 5 consultations

Grossesse 2

- ☐ Non
- ☐ Oui, de 1 à 5 consultations
- ☐ Oui, de plus de 5 consultations

Grossesse 3

- ☐ Non
- ☐ Oui, de 1 à 5 consultations
- ☐ Oui, de plus de 5 consultations

27. Jusqu'à quel terme (en mois de grossesse) avez vous fait des visites à domicile (0 à 9 mois) ?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :

28. Jusqu'à quel terme (en mois de grossesse) avez vous fait des gardes (0 à 9 mois) ?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :

29. Aviez vous pris des congés supplémentaires en plus de votre congé maternité?

Grossesse 1	Grossesse 2	Grossesse 3
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

CONGÉ MATERNITÉ

30. De combien de semaine(s) de congé prénatal avez vous bénéficié (0 à 15 semaines) ?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :

31. De combien de semaine(s) de congé post natal avez vous bénéficié (0 à 30 semaines)?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :

32. Si vous avez pris au total moins de 16 semaines de congé maternité, qu'est ce qui vous a limité?

- ☐ Choix personnel
- ☐ Raisons financières
- ☐ Crainte de perdre des patients
- ☐ Pression des patients
- ☐ Difficultés avec les associés
- ☐ Méconnaissance de vos droits
- ☐ Difficulté à trouver un remplaçant
- ☐ Autre

33. Votre conjoint a t-il pris des congés pendant votre grossesse ou autour de l'accouchement ?

Grossesse 1	Grossesse 2	Grossesse 3
☐ Non ☐ Congé paternité ☐ Congé annuel ☐ Congé maladie	☐ Non ☐ Congé paternité ☐ Congé annuel ☐ Congé maladie	☐ Non ☐ Congé paternité ☐ Congé annuel ☐ Congé maladie

34. Aviez vous un(e) remplaçant(e) lors de votre congé maternité?

Grossesse 1

- ☐ Oui, pendant la totalité de mon congé
- ☐ Oui, pendant une partie de mon congé
- ☐ Non

Grossesse 2

- ☐ Oui, pendant la totalité de mon congé
- ☐ Oui, pendant une partie de mon congé
- ☐ Non

Grossesse 3

- ☐ Oui, pendant la totalité de mon congé
- ☐ Oui, pendant une partie de mon congé
- ☐ Non

35. Par quel biais êtes vous informée de la législation sur le congé maternité des femmes médecins libérales?

- ☐ Aucune information
- ☐ Recherche personnelle sur Internet
- ☐ Syndicats
- ☐ Organismes payeurs (CPAM, CARMF, URSSAF)
- ☐ Conseil de l'Ordre
- ☐ Consoeurs, Confrères
- ☐ Revues

36. Avez vous une assurance personnelle en cas de grossesse pathologique?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

37. En théorie, l'Allocation Forfaitaire de Repos Maternel est versée pour la première moitié au 7ème mois de grossesse et pour la deuxième moitié après l'accouchement. Quand avez vous perçu ces versements?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :

38. Avez vous perçu des Indemnités Journalières Forfaitaires?

Grossesse 1 :	Grossesse 2 :	Grossesse 3 :
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

39. Jugez vous que les démarches administratives pour la grossesse sont lourdent à réaliser?

- ☐ Oui
- ☐ Non

REPRISE DU TRAVAIL

40. Si vous avez rencontré des difficultés lors de la reprise de votre travail, quelles sont elles?

SATISFACTION

41. Pensez vous que le statut libéral soit un frein à la maternité? Quelles sont les mesures qui pourraient faciliter l'étape de la grossesse pendant votre exercice?

BIBLIOGRAPHIE

[1] Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Atlas de la démographie médicale en France.
Situation au 1er Janvier 2012-Tome 1 et 2 [en ligne] [réf Du 18 Octobre 2012]
http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-2012-1245

[2] Lapeyre N, Le Feuvre N.
« Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé »
Revue française des affaires sociales 1/2005 (n°1), p. 59-81.
www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-59.htm.

[3] Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale.
2010. [en ligne] [réf Du 12 Avril 2010]
http://www.conseil-national.medecin.fr/article/conclusions-de-la-mission-legmann-definition-d-un-nouveau-modele-de-la-medecine-liberale-970

[4] Site de service publique de la diffusion du droit
Décret n° 2006-644 du 1er juin 2006 relatif aux prestations maternité des professionnelles de santé relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et modifiant le code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets) [en ligne]
www.legifrance.gouv.fr

[5] Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
Droits et démarches de Praticiens et Auxiliaire Médicaux Conventionnés [en ligne] [réf Du 10 Février 2012]
http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticien-ou-auxiliaire-medical.php

[6] Média Santé
Couverture maternité [en ligne]. [réf Du 29 Juin 2012]
http://www.media-sante.com

[7] Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
Vous êtes enceinte: votre congé maternité [en ligne] [réf Du 11 Septembre 2013]
http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-conge-maternite/duree-du-conge-maternite.php

[8] MG France.
La Maternité [en ligne]. [réf Du 16 Mai 2013]
http://www.mgfrance.org

[9] Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France.
Calcul des cotisations [en ligne]. Disponible sur :
www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/coti/coti-vos_cotis.htm

[10] Mutualité Sociale Agricole
Maternité, Paternité, Adoption [en ligne] [réf Du 31 Octobre 2013]
Disponible sur http://www.msa.fr/lfr/maternite-paternite-adoption

[11] Régime Social de Indépendants
Chefs d'entreprise, droits à allocations [en ligne] Disponible sur:
http://www.rsi.fr/sante/naissance-et-adoption/allocations-maternite/chefs-dentreprise.html

[12] Caisse Primaire d'Assurance Maladie
Ameli.fr-Statistiques et publications- Données statistiques- Professionnels de santé libéraux-Démographie des professionnels de santé- Répartition par âge et sexe par département. Année 2010 [réf Du 19 Novembre 2012]

[13] Godard D.
Etre femme, mère et médecin généraliste en Franche-Comté.
Th / Med : Besançon ; 2010. 146p

[14] Claustrat L.
La maternité des femmes médecins généralistes libérales depuis le 1er juin 2006. Etude descriptive en région Rhône-Alpes.
Th : Med : Lyon ; 2010. 69p

[15] Geffroy M.
Organisation des femmes médecins généralistes libérales pour leur qualité de vie pendant leur maternité: enquête qualitative en pays de la Loire.
Th : Med : Angers ; 2009. 51p

[16] Breuil-Genier P, Sicart D.
La situation professionnelle des conjoints de médecins.
Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
Études et Résultats. Septembre 2005 ; N°430

[17] Institut National de la Statistique et des Études Économiques
Évolution et structure de la population : Bilan démographique 2011.
Disponible sur http://www.insee.fr [réf Du 15 Janvier 2013]

[18] Institut National de la Statistique et des Études Économiques
Naissances et fécondité en 2011.
Estimations de population et statistiques de l'état civil.
http://www.insee.fr

[19] Conseil Régionale de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine
La démographie médicale. Les aspirations des jeunes médecins. 2008. P 6

[20] Gautier A.
Baromètre santé médecins généralistes 2009.
Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé [en ligne].
http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/depistage-VIH.asp

[21] Union Régionale des Médecin Libéraux de Rhône-Alpes.
Étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact : Approche quantitative et qualitative: Enquête auprès des médecins en exercice.
Grenoble: CAREPS; 2003. 418 A

[22] Penet S.
Le congé maternité
Études et Résultats. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. N°531. Octobre 2006. Page 1

[23] Blondel B, Kermarrec M.
Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants. INSERM-U.953.

[24] Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France.
Guide du cotisant 2013. [en ligne]
www.carmf.fr/doc/documents/guides/guide-du-cotisant.pdf

[25] Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine
Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. Synthèse de la littérature. Décembre 2011.7p

FROMONT-SERGENT Dorothée
Thèse soutenue à Bordeaux, le 02 Décembre 2013

Organisation professionnelle et suivi des femmes médecins généralistes libérales pendant leur(s) grossesse(s) depuis 2006

Résumé

La Médecine Générale souffre d'une désaffection pour son secteur libéral. Dans le cadre d'une féminisation croissante de la profession médicale, la protection de la maternité est un facteur important de l'attractivité de ce mode d'exercice.
Dans ce sens, la loi du 1er Juin 2006 a revalorisé la durée et l'indemnisation du congé maternité des médecins libéraux en les calquant sur les femmes salariées.

A travers une enquête descriptive chez 22 femmes médecins généralistes installées Aquitaine, nous avons observé que 50% des femmes ont eu un congé inférieur à la durée indemnisée. La contrainte financière représente la première cause de congé écourté. Dans les situations où la législation prévoit un congé plus long, les femmes n'ont pas pu bénéficier de leurs avantages sociaux, notamment en cas de grossesse pathologique.
La maternité en libéral reste une période complexe au niveau professionnel. La contrainte financière demeure importante, les difficultés à être remplacé, la crainte de la grossesse pathologique et la charge de travail rendent difficile la conciliation entre maternité et installation.

Face à ces difficultés, nous proposons une revalorisation de l'indemnisation de la maternité. La baisse des cotisations sociales pendant le congé maternité, la défiscalisation des prestations et l'indemnisation de la grossesse pathologique dès le premier jour d'arrêt de travail réduiraient les contraintes d'une grossesse pendant l'installation. Organiser l'exercice de la médecine générale libérale autour de la flexibilité de l'exercice et de la confraternité semble également primordial pour répondre aux contraintes actuelles de cet exercice.

Mots-clés
Médecine générale, Exercice libéral, Protection maternité, Féminisation, Congé maternité, Installation, Femme médecin, Démographie, Conciliation vie professionnelle-vie familiale.