HAL
open science

# Les femmes remplaçantes dans la Somme face à une installation en médecine générale libérale. Attentes et réticences

Claire Huon-Wojtarkowski

## To cite this version:

Claire Huon-Wojtarkowski. Les femmes remplaçantes dans la Somme face à une installation en médecine générale libérale. Attentes et réticences. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01279468

**HAL Id: dumas-01279468**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01279468**

Submitted on 26 Feb 2016

**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 de Picardie Jules Vernes
Faculté de Médecine d'Amiens

Année 2015 N° 2014 – 49

# LES FEMMES REMPLACANTES DANS LA SOMME FACE A UNE INSTALLATION EN MEDECINE GENERALE LIBERALE. ATTENTES ET RETICENCES.

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Médecine Générale

**Claire HUON-WOJTARKOWSKI**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Mai 2015

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Juges : Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT
Madame le Professeur Catherine LOK
Monsieur le Professeur Vincent GOEB

Directrice : Madame le Docteur Claire GODARD-MARTINS

A mon président de jury,

## Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Responsable du service de Rhumatologie Pôle « Autonomie »

*Monsieur le Professeur, vous me faites l'honneur de présider mon jury.*

*Soyez assuré de mon immense reconnaissance et de ma plus profonde considération.*

A mon juge,

**Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Gynécologie obstétrique)

*Monsieur le Professeur, vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous remercie.*

*Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

A ma juge,

## Madame le Professeur Catherine LOK

Professeur des Université-Praticien Hospitalier

(Dermatologie-Vénéréologie)

Assesseur du 3éme cycle

Chef du Service de Dermatologie

Chef du Pôle des 5 sens

*Madame le Professeur, vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury.*

*Recevez à l'occasion de ce travail mes sincères remerciements et mon profond respect.*

A mon juge,

## Monsieur le Professeur Vincent GOEB

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

*Monsieur le Professeur, vous me faites l'honneur de juger mon travail. C'est un grand honneur que vous me faites.*

*Recevez à l'occasion de ce travail toute ma gratitude et mon profond respect.*

A ma Directrice de thèse,

**Madame le Docteur Claire GODARD-MARTINS**

Docteur en Médecine

(Médecine générale)

*Claire, ce travail n'aurait jamais été si agréable à réaliser sans ta disponibilité et ta bonne humeur. Tu as une telle énergie, tu es ma « wonderwoman » ! Je te remercie pour ces 11 années d'amitié : je suis fière d'être ton amie et fière d'avoir une amie comme toi. J'espère pouvoir te garder auprès de moi le plus longtemps possible.*

A mon mari, **Julien**,

*Mon éternel âme sœur, je te remercie d'être à mes côtés depuis déjà 11 ans. Merci de m'avoir donner toute la motivation qu'il fallait durant nos études longues et difficiles et tout ton soutien dans la réalisation de ce travail. Je suis fière d'être ta femme et tellement fière d'avoir un mari comme toi. Tu es également un père exemplaire de bientôt trois enfants, merci pour la présence que tu leur accordes malgré ton travail très prenant. Merci de tout l'amour que tu peux nous donner chaque jour qui passe.*

A mes enfants, **Victorine** et **Augustin**,

*Vous êtes, avec votre papa, ce que j'ai de plus précieux au monde. Vous êtes ma fierté. Je fais mon possible pour réussir mon rôle de maman auprès de vous. Je vous aime très fort.*

A notre **future fille**,

*Tu es arrivée dans mon ventre peu de temps après le début de ce travail. Tes petits coups de pieds m'ont certainement donné l'énergie qu'il fallait au bon moment lors de son écriture. Tu es déjà tellement impliquée dans ma vie et bientôt dans celle de ton papa, de ton frère et de ta sœur. Nous avons hâte de voir ta petite bouille...*

A **mes Parents**,

*Je vous remercie de votre présence à mes côtés, de votre disponibilité permanente pour nous, de votre écoute, de votre soutien et de votre amour. Je suis fière d'être votre fille, vous avez participé à faire de moi une femme comblée aujourd'hui, je vous en suis très reconnaissante.*

A **mes frères et sœurs et leurs moitiés**,

*Je vous remercie de votre tolérance vis-à-vis de mon caractère non sans faille et d'être encore à mes côtés après toutes ces années. Vous avez tellement de qualités différentes, propres à chacun, que ce mélange éclectique rend cette famille si liée. Je vous aime très fort.*

A ma **Mamie**,

*Je te remercie de ton écoute et de ta franchise. Je suis tellement fière d'avoir une mamie comme toi, tu as fait preuve d'un tel courage devant les épreuves que la vie a mises sur ton chemin. Je suis fière de ta persévérance devant l'apprentissage de la nouvelle technologie afin d'être en perpétuelle communication avec la famille. En toi, j'aime voir la femme que je deviendrai peut être un jour. J'espère pouvoir continuer de partager nos déjeuners lillois encore très longtemps.*

A mes **défunts Grands-parents**,

*Je regrette votre présence aujourd'hui. Mes pensées vont souvent vers vous Mamie Saint Quentin et Grand-Père. Ainsi que Bernard dont la vie ne m'a pas permis de rencontrer.*

A ma **Belle-famille**,

*Je vous remercie de m'avoir acceptée avec mes qualités mais surtout avec mes défauts. Je vous remercie de votre accueil et de votre bonne humeur dans n'importe quelles circonstances. Philippe, je vous remercie d'avoir soutenu votre fils dans toutes les épreuves de sa vie, il ne serait probablement pas l'homme si extraordinaire qu'il est aujourd'hui sans votre présence à ses côtés.*

A mon amie de toujours, ma témoin, **Anne-So**,

*Je te remercie d'être toi, d'être l'amie la plus complémentaire pour moi, de ne pas avoir à te parler pour que tu me comprennes. Je te souhaite d'être une épouse et une maman comblée. Et j'espère que nos enfants pourront vivre, un jour, une amitié aussi forte que la nôtre.*

A mon ancienne colocataire adorée, ma témoin, **July**,

*Je te remercie de la joie que tu me procures à chaque rencontre et de tes éclats de rires qui sont communicatifs. Malgré les épreuves que tu as pu rencontrer, tu es toujours restée dans mon cœur et tu le resteras à jamais.*

A mon amie, ma « chef », mon témoin, **Emilie**,

*Je te remercie d'être toujours présente à mes côtés, d'avoir toujours une attention pour moi même à l'autre bout du monde !*

A tous **mes amis**,

*Je vous remercie de votre présence et de votre amitié qui, je l'espère, perdureront longtemps. Et surtout à mes plus belles rencontres de ces dernières années :* ***Milou*** *et* ***Astrid****.*

A toutes **les femmes remplaçantes**,

*Je vous remercie d'avoir accepté de vous livrer à moi lors de mes entretiens avec un tel entrain et une telle bonne humeur.*

**Sommaire**

**Abréviations** ..... 12

**I. Introduction** ..... 13

**II. Matériel et méthode** ..... 15

1) **Choix de la méthode** ..... 15
   a. **Une étude qualitative** ..... 15
   b. **Une étude par entretiens semi-dirigés** ..... 15
2) **Présentation de la population étudiée** ..... 15
3) **Déroulement des entretiens** ..... 16
4) **Elaboration d'un guide d'entretien** ..... 16
5) **Analyse des données** ..... 17

**III. Résultats** ..... 18

1) **Description de l'échantillon** ..... 18
2) **Retranscription des entretiens** ..... 18
3) **Analyse du contenu informationnel des entretiens** ..... 18
   3) 1) Motivations en faveur d'une installation ..... 19
      *3) 1) a. Avantages et aspects séduisants de l'installation* ..... 19
      *3) 1) b. Envies, projet professionnel* ..... 20
      *3) 1) c. Inconvénients des remplacements* ..... 22
   3) 2) Motifs expliquant le choix du remplacement plutôt que d'une installation ..... 23
      *3) 2) a. Craintes face à l'installation* ..... 23
      *3) 2) b. Avantages du remplacement* ..... 25
      *3) 2) c. Autres explications* ..... 26
   3) 3) Différences hommes et femmes médecins ..... 27
      *3) 3) a. Maternité* ..... 27
      *3) 3) b. Atouts femmes médecins versus hommes* ..... 27
      *3) 3) c. Craintes spécifiques aux femmes* ..... 28
      *3) 3) d. Représentation des hommes par les femmes* ..... 28
      *3) 3) e. Pas de différence homme-femme* ..... 28
   3) 4) Evolution des mentalités des médecins ..... 29
   3) 5) Axes d'amélioration pour optimiser l'installation ..... 29
      *3) 5) a. Aide pour franchir le cap de l'installation* ..... 29
      *3) 5) b. Solutions : optimiser la formation des médecins sur l'installation* ..... 30
      *3) 5) c. Solutions : aides financières* ..... 31

*3) 5) d. Solutions : limiter la charge administrative* ..... **32**
*3) 5) e. Solutions : éducation des patients, changement des mentalités*..... **32**
*3) 5) f. Solutions : exercer dans de bonnes conditions* ..... **32**
*3) 5) g. Solutions : arrêter les nouvelles réformes* ..... **33**
*3) 5) h. Solutions : diversifier son activité* ..... **33**
*3) 5) i. Solutions : suivre un médecin partant en retraite* ..... **33**
**IV. Discussion** ..... **34**
**1) Choix du sujet** ..... **34**
**2) Choix de la méthode** ..... **34**
**3) Choix de la population** ..... **35**
**4) Déroulement de l'enquête** ..... **35**
**5) Biais** ..... **36**
**6) Interprétation des résultats** ..... **36**
6) 1) Les femmes veulent-elles s'installer ? OUI ..... **36**
6) 2) Une installation : OUI MAIS A CERTAINES CONDITIONS ..... **38**
*6) 2) a. Exigences quant aux conditions d'exercice* ..... **38**
*6) 2) b. Evolution des mentalités des médecins* ..... **40**
6) 3) Peu de différence homme-femme médecin ..... **40**
6) 4) Le congé maternité des femmes médecins généralistes libérales ..... **41**
*6) 4) a. Historique du congé maternité* ..... **41**
*6) 4) b. Durée du congé maternité en 2015* ..... **42**
*6) 4) c. Rémunération du congé maternité en 2015* ..... **42**
*6) 4) d. Sentiment d'injustice devant l'inégalité de la rémunération du congé maternité des médecins* ..... **43**
*6) 4) e. Obligation d'écourter la durée du congé maternité pour les femmes généralistes installées* ..... **44**
*6) 4) f. Obligation des femmes installées d'adapter son projet professionnel au désir de grossesse* ..... **44**
6) 5) Les solutions ..... **45**
**V. Conclusion** ..... **47**

**VI. Bibliographie** ..... **49**
**VII. Annexes** ..... **53**
*Annexe 1 : Guide d'entretien* ..... **53**
*Annexe 2 : Retranscription des entretiens sur CD ci-joint* ..... **54**

## ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de la Santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAPIR-IMG : Syndicat Autonome Picard Représentant les Internes de Médecine Générale

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

# I. INTRODUCTION

Le taux d'installation en médecine générale tend à diminuer depuis une trentaine d'années dans la Somme, comme le montre une étude du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Somme sur la démographie médicale en Picardie [1].

Lors de ma recherche bibliographique, j'ai constaté qu'il existait une évolution des mentalités au sein même de la profession de médecins généralistes pouvant expliquer ce phénomène de diminution du taux d'installation. En effet, la nouvelle génération ne chercherait non plus à s'installer aussitôt après la fin des études de médecine, mais à prioriser un équilibre entre vie personnelle et professionnelle [2].

Un autre phénomène décrit massivement dans la littérature scientifique est celui de la féminisation. En effet, plusieurs études témoignent de l'augmentation de la proportion de femmes au sein de la population de médecins généralistes [3].
La Picardie est particulièrement concernée par la féminisation de la médecine générale. En effet en 2013 plus de 50% des généralistes picards de moins de 44 ans étaient des femmes et ce pourcentage ne cesse de croître [4].

Quelle femme n'a jamais rêvé de réussir sa vie de mère et sa vie professionnelle ? [5]

Moi même en tant que femme, remplaçante depuis trois ans dans la Somme, ayant un mari médecin généraliste installé récemment, et bientôt trois enfants, je me pose actuellement la question d'une installation. Or cette perspective éveille en moi des craintes concernant la difficulté à concilier vie personnelle d'une mère de famille (maternité, contraintes logistiques et domestiques) d'une part, et vie professionnelle d'un médecin installé d'autre part.
Aussi, je me demande si ces craintes me sont propres ou si mes consoeurs les partagent.
Jusqu'alors, mon expérience ne m'a pas permis de répondre à cette question : je n'ai pas d'exemple de médecin installé dans mon entourage et mes maîtres de stage étaient tous des hommes.

C'est pour cela que, par ce travail, je m'attellerai à évaluer les attentes et les réticences spécifiques aux femmes concernant une installation en médecine générale.

Par cette étude, je tenterai, dans un premier temps, de mettre en évidence les craintes et les souhaits des femmes remplaçantes en médecine générale quant à une éventuelle installation.
Et dans un deuxième temps, je décrirai les éventuelles pistes d'amélioration proposées par les femmes remplaçantes pour optimiser leur installation en médecine libérale.

# II. MATERIEL ET METHODE

## 1) Choix de la méthode

### a) Une étude qualitative

Pour répondre à l'objectif de cette recherche, j'ai retenu la méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés. Celle-ci permettait la libre expression, le recueil des faits mais surtout le recueil du vécu, et du ressenti des femmes interrogées. Ce mode d'investigation permettait une compréhension riche et profonde du sens que les participants donnent aux phénomènes étudiés. La recherche qualitative est particulièrement adaptée quand « les facteurs observés sont subjectifs donc difficiles à mesurer » [6].

### b) Une étude par entretiens semi-dirigés

L'entretien semi-dirigé permettait de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable et consignés dans un guide d'entretien. Cette technique avait pour but, tout en étant centrée sur le sujet interrogé, de garantir l'étude de l'ensemble des questions qui nous intéressaient. Cette technique assurait aussi la comparabilité des résultats [7].
La méthode de l'entretien semi-dirigé a été étudiée selon un livre qui proposait un apprentissage de la technique de l'entretien : L'enquête et ses méthodes : l'entretien [8].
Le nombre d'entretiens réalisés n'était pas défini au préalable. Il serait arrêté après obtention d'un niveau de saturation des données, c'est-à-dire après un seuil où les informations listées lors des entretiens ne seraient plus des informations nouvelles.

## 2) Présentation de la population étudiée

L'échantillonnage des femmes médecins interrogées a été réalisé selon les critères décrits dans L'enquête et ses méthodes [8] afin d'obtenir une population ciblée.
Les seuls critères de sélection étaient qu'elles soient des femmes médecins généralistes, remplaçantes, exerçant dans la Somme. L'âge et le fait d'être thésée ou non n'étaient pas un critère de sélection.

Les coordonnées des femmes interrogées ont été obtenues de deux façons :

- à partir d'une liste des médecins généralistes à la recherche de remplacements qui ont laissé leurs coordonnées téléphoniques publiques pour pouvoir être contactées par des médecins installés. Cette liste a été fournie par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Somme.
- à partir de coordonnées fournies de proche en proche par les interviewées à l'issue des entretiens.

Au total, ce sont quinze femmes volontaires correspondant au profil de la population ciblée qui ont été retenues. Je les ai contactées par téléphone exclusivement. Après avoir réalisé dix entretiens, je n'ai pas relevé d'élément nouveau. J'ai organisé un onzième entretien qui a vérifié que j'avais bien atteint la saturation de données.

**3) Déroulement des entretiens**

J'ai donc conduit onze entretiens sur l'année 2014. Ils ont été réalisés soit à mon domicile soit au domicile des femmes interrogées.
Avant chaque entretien, j'ai demandé à la personne interrogée son consentement libre et éclairé, en mentionnant le caractère anonyme de l'enregistrement par dictaphone et en garantissant son utilisation à des fins de recherche.
L'enregistrement a débuté à partir de la première question et non dès le début de la rencontre afin de créer une atmosphère détendue et de mettre la personne en confiance.
A chaque fois que les personnes interrogées semblaient rencontrer des difficultés pour répondre aux questions posées, j'ai utilisé les techniques de relance et de reformulation habituelles.
J'ai effectué les enregistrements jusqu'à obtenir un niveau de saturations des données.

**4) Elaboration d'un guide d'entretien (Annexe 1)**

Un guide d'entretien a été élaboré au préalable à partir des différents thèmes que je souhaitais aborder.
Le script d'entretien comportait sept questions.

La première question était une question de présentation centrée sur le parcours professionnel depuis la fin d'internat et sur leur situation personnelle et familiale. Elle permettait de mettre à l'aise la personne interrogée.
La seconde question visait à connaître les raisons de leur choix du remplacement plutôt que d'une installation et de nous expliquer leur projet professionnel.
La question suivante s'intéressait à leurs attentes face à une éventuelle installation du point de vue du médecin et de celui de la femme médecin.
En parallèle, la quatrième question concernait leurs réticences face à une éventuelle installation d'abord en tant que médecin puis en tant que femme médecin.
Ensuite, je leur demandais des éventuelles solutions pour dédramatiser leurs craintes et, au contraire, pour optimiser leurs attentes.
Enfin, l'entretien se terminait par une question visant à proposer des actions concrètes.

## 5) Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot sur un support informatique sans chercher à corriger les erreurs ou familiarités de langage. Les hésitations et les interruptions au milieu d'une phrase ont été notées ainsi « ... ». Les entretiens sont disponibles en Annexe 2.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative N'Vivo 10.1.2. avec l'aide précieuse d'un médecin expérimenté. Les contenus de retranscription ont été encodés et regroupés par thèmes et sous thèmes de façon hiérarchique afin de permettre une analyse approfondie et une comparaison des contenus entre les différents entretiens.
Les items ont été regroupés dans cinq grandes catégories.

# III. RESULTATS

## 1) Description de l'échantillon

L'enregistrement de 11 femmes médecins remplaçantes a permis d'atteindre un niveau de saturation des données.
L'échantillon se composait de femmes âgées de 28 à 45 ans.
La moitié était mariées ou pacsées, un quart était en concubinage et 2 étaient célibataires.
5 d'entre elles n'avaient pas d'enfant.
Un quart était non thésées.
5 d'entre elles avaient des journées hebdomadaires fixes dans des cabinets et une d'entre elles avait une activité salariée un jour par semaine en médecine du travail en plus de ses remplacements fixes.
Une avait un réel projet d'installation à court terme.

## 2) Retranscription des entretiens

Annexe 2.

## 3) Analyse du contenu informationnel des entretiens

5 axes thématiques se sont dégagés de l'analyse du contenu informationnel de chaque entretien.

1. Motivations en faveur d'une installation.
2. Motifs expliquant le choix du remplacement plutôt que d'une installation.
3. Différence entre médecins hommes et femmes.
4. Evolution des mentalités des médecins.
5. Pistes d'amélioration pour optimiser l'installation.

Nous allons développer chacun de ces axes sachant que chaque chiffre se rapportera au numéro de l'entretien correspondant.

3) 1) Motivations en faveur d'une installation

*3) 1) a. Avantages et aspects séduisants de l'installation*.

La plupart des femmes interrogées étaient attirées par une installation pour pouvoir avoir un **suivi de leurs patients** *« Suivre plus les patients. A chaque fois que je fais un remplacement, je suis obligée d'attendre le prochain pour aller dans l'ordinateur et regarder ce qui s'est passé avec les patients que j'avais laissé en suspens »* (10), *« pour avoir le suivi au long cours des gens, des enfants »* (1), *« cela permet vraiment de prendre les patients du début à la fin, les suivre sur l'évolution, des fois suivre la famille »* (4) et **d'avoir sa propre patientèle** *« ...d'avoir ma propre patientèle au long terme »* (6), *« ...que ce soit mes propres patients et qu'on fasse un bout de chemin ensemble »* (11), *« c'est le fait d'avoir une patientèle qui te connaît »* (1).

D'autres relevaient la notion de **confiance et de respect** qui se crée entre un médecin référent et son patient *« une confiance qui s'installe plus quand tu es vraiment le médecin de famille »* (1), *« ils te respectent plus quand tu es le médecin installé »* (1).

Certaines évoquaient le côté confortable d'avoir des **horaires réguliers** lorsqu'on est médecin installé *« c'est le côté tranquillisant d'avoir une activité régulière »* (3), *« j'aime bien avoir quelque chose de bien cadré dans ma vie et je pense que, ..., l'installation m'intéressera par rapport à ça aussi »* (11) et de pouvoir plus facilement **aménager son emploi du temps pour sa vie de famille** *« en tant que femme, je pense qu'il est plus facile d'aménager ses horaires pour récupérer son enfant quand on est médecin installé »* (3), *« par exemple, je veux déjeuner avec eux le mercredi midi, c'est plus facile à organiser quand on a son propre cabinet que quand on remplace »* (9). Cela pourrait leur apporter une certaine **stabilité organisationnelle** *« pour une certaine stabilité quand même parce que là, malgré tout, on est quand même dans une situation instable »* (7), *« après au niveau organisationnel, cela peut avoir des avantages aussi »* (5), mais également une **stabilité financière** *« Sur le plan financier, je pense qu'on peut plus faire de projet. L'installation, cela à un côté un peu rassurant avec un chiffre d'affaire équivalent d'une année sur l'autre, plutôt régulier »* (3) et une d'entre elles pensait que l'installation serait **plus lucratif** que le remplacement *« et financièrement, je pense que c'est plus intéressant que le remplacement » (*5).

Les femmes interrogées s'accordaient toutes sur la notion d'**indépendance dans le mode d'exercer** lorsqu'on était médecin installé, qu'il s'agisse de la **pratique médicale** *« contrairement aux remplacements où finalement on doit se calquer sur les habitudes du médecin qu'on remplace »* (4), *« pas dépendre de ce que le médecin fait »* (11), *« Au niveau du suivi des patients, de la prise en charge, ne pas être dépendant des habitudes et des*

*pratiques des médecins qu'on remplace, qui changent à chaque fois. »* (2), ou de **l'organisation de l'emploi du temps** *« Si on veut bosser à mi-temps, en alternance avec un autre,..., on peut le faire. Si on veut bosser, au contraire, comme un fou toute la semaine, on peut le faire aussi. Je pense qu'on peut faire encore ce qu'on veut contrairement aux remplacements »* (4).

Quelques unes avaient souligné que l'installation leur permettrait de pouvoir travailler sur **l'éducation des patients** *« je pense qu'une fois que tu as habitué ta patientèle à être toujours disponible, tu es obligée de l'être tout le temps »* (1), *« donc de faire un peu plus ce que je veux avec eux. Travailler sur l'éducation du patient... »* (5).

Certaines femmes interrogées ont reconnu comme aspect séduisant de l'installation la possibilité de **diminuer la durée des trajets** *« on se dit qu'avoir son lieu de travail à 10 minutes de chez soi cela pourrait quand même être un gros plus pour la vie future »* (4), *« après je fais énormément de route car je n'habite pas non plus sur mon lieu de remplacement »* (7), *« j'aurais moins de route »* (2).

Enfin une des femmes était intéressée par la formation de jeunes médecins et disait qu'être médecin installé lui permettrait **d'être maître de stage** *« j'aimerai faire des cours à la fac ou être maître de stage pour avoir un certain dynamisme, pouvoir être informée, ne pas rester dans la routine et être forcée d'aller à des FMC. Et ça, on ne peut pas quand on est remplaçant »* (2). Et une autre évoquait le fait qu'il était plus simple de **faire connaître ses connaissances** quand on est médecin installé *« j'ai fait un DU de gynécologie, j'essaie de m'en servir en tant que remplaçante mais c'est pas toujours facile de faire sa « pub ». Les gens ne sont pas forcément au courant. Et là, je pourrais montrer de quoi je suis capable en tant que médecin installé »* (11).

### *3) 1) b. Envies, projet professionnel*

Nous avons interrogé ces femmes sur leurs souhaits, leurs désirs quant à une éventuelle installation.

Quel projet professionnel envisageaient-elles ?

Plusieurs femmes interrogées envisageaient une **installation** en libéral à plus ou moins court terme *« ...donc m'installer mais dans au moins 2-3 ans je pense, pas tout de suite »* (11), *« je pense m'installer d'ici 2 à 5 ans »* (2), *« une installation à mi-temps après 35-40 ans, je pense que ce serait plus envisageable que maintenant »* (6).

D'autres évoquaient l'envie de **s'installer en Picardie** or les autres ne s'étaient pas prononcées sur ce sujet *« je resterai dans la région »* (1).

Elles évoquaient certains critères pouvant influencer leur lieu d'installation.
Certaines désiraient travailler en **zone urbaine ou semi-urbaine** *« je ne veux pas être en campagne profonde »* (10), *« pratique urbaine ou péri-urbaine »* (1) alors que d'autres se voyaient plutôt en **rural** *« donc je me vois plutôt exercer en campagne »* (5).

Les femmes attirées par l'installation ont évoqué **plusieurs aspects pratiques susceptibles de leur faciliter le quotidien**.
Elles voulaient avoir une certaine **proximité entre leur lieu d'exercice et leur domicile** *« J'aimerais habiter à pas plus de 10 minutes de mon lieu de travail »* (5), *« j'ai peur de travailler loin du lieu où j'habite »* (1), *« ne pas travailler trop loin de chez soi »* (11). Certaines ne désiraient **pas s'installer dans un lieu déserté par les médecins** *« dans un endroit où on n'est pas en grand manque de médecins, pas isolé. »* (5), *« Et ne pas s'installer dans une zone complétement déserte »* (2).
Ces médecins remplaçantes désirant s'installer, à plus ou moins court terme, avaient une idée bien précise de leurs envies concernant leurs conditions d'exercer.
Elles s'accordaient toutes sur le fait de vouloir exercer en **cabinet de groupe** *« si je m'installe je ne me vois pas travailler toute seule, j'ai toujours travaillé en groupe »* (7), *« donc je pense qu'il faut être en cabinet de groupe »* (9), *« être en groupe, être en association »* (10) et pour plusieurs d'entre elles il était indispensable d'**avoir un secrétariat** *« Avoir une secrétaire c'est primordial »* (11), *« je trouve que c'est indispensable d'avoir un secrétariat »* (3).
Une minorité envisageait de **limiter les visites à domicile** *« Essayer de ne pas faire trop de visites car ça fait quand même perdre pas mal de temps »* (4), de ne **pas faire de garde le week-end** *« de pas avoir de garde ou d'astreinte le week-end »* (6) et deux d'entre elles préféraient **succéder un médecin partant en retraite** *« prendre la place d'un médecin que je remplace qui part en retraite »* (11), *« de reprendre une patientèle à un médecin »* (6).
Certaines étaient plutôt attirées pour **exercer à mi-temps** *« en tant que femme, si je m'installe ce serait à mi-temps »* (2), *« Avant je disais que je travaillerai tout le temps du lundi au samedi et depuis que j'ai mon fils je dis que je ferais plus un mi-temps »* (9) ou alors s'octroyer **un jour ou un jour et demi de libre dans la semaine** *« je m'imposerai vraiment une rigueur d'horaires : un jour off par semaine et des vacances »* (1), *« un gros temps partiel, moi, j'aimerai bien avoir une journée et demi par semaine de repos, maximum deux journées »* (9). Le fait d'être en cabinet de groupe leur permettraient d'avoir plus facilement un **roulement de leurs horaires** ainsi qu'un **roulement le samedi matin** *« Essayer de s'arranger avec les autres pour que ce ne soit pas toujours le même qui commence tôt et finit tard »* (4), *« d'où l'importance d'avoir un cabinet avec qui on s'entend bien et sur qui on peut se reposer si besoin »* (9). Une des femmes interrogées expliquait sa vision de la médecine,

selon elle, **sa patientèle ne serait pas la sienne mais plutôt celle d'un cabinet** *« ...enfin une patientèle pas comme ma patientèle propre mais une patientèle d'un cabinet où on se soutient tous les uns les autres. »* (9).

Nombreuses étaient celles qui insistaient sur le désir de privilégier leur vie personnelle. Elles mettraient toutes les chances de leur côté afin de **préserver une qualité de vie personnelle** *« Avoir un boulot qui me plaît mais à côté garder une qualité de vie »* (3), *« d'avoir beaucoup de temps pour soi et pour la famille »* (6). Pour cela elles voulaient **se garder du temps libre et des vacances,** *« se garder du temps libre pour des vacances »* (4), *« d'avoir beaucoup de temps pour soi et pour la famille »* (6) et elles retrouveraient dans l'installation la possibilité de pouvoir **choisir leurs vacances** et **d'avoir des horaires réguliers pour leur vie de famille** *« tu peux fixer tes horaires, ton emploi du temps, tes vacances »* (1), *« Donc j'imagine qu'en tant que femme médecin, il va falloir peut être aménager plus les horaires. Car commencer à 8h et finir à 20h, la place de la famille c'est peu. »* (10).

Une seule d'entre elle évoquait plutôt une **collaboration** qu'une installation *« ...le système de collaboration, ça je pourrais sauter le pas tout de suite, du jour au lendemain sans problème. Car on peut se retirer facilement et cela permet de travailler à mi-temps »* (10).

Une seule également envisageait continuer les **remplacements et avoir une activité salariée** en parallèle *« plutôt travailler 50% en salariat, pourquoi pas dans un planning familial en PMI ou la médecine scolaire quelques jours par mois. »* (6).

Enfin, certaines femmes interrogées n'envisageaient absolument **pas d'installation** *« De continuer comme ça, pas d'installation... le confort du médecin installé je pense que je l'ai déjà en tant que remplaçante »* (8), *« pour le moment je n'envisage pas du tout d'installation »* (7), *je n'envisage pas de m'installer »* (6). Elles considéraient être assez comblées par le remplacement.

### *3) 1) c. Inconvénients des remplacements*

Les principaux inconvénients du remplacement évoqués par les femmes interrogées étaient l'**absence de suivi des patients** *« Quand on commence quelque chose, quand on est remplaçant, on connaît rarement la fin de l'histoire. »* (4), **l'irrégularité des horaires** *« quand tu es remplaçant, tu n'as pas une activité carrée, régulière... »* (1), *« parce que l'organisation change de semaine en semaine quand on est remplaçant et c'est difficile de gérer du coup les gardes d'enfants »* (2), le fait de **travailler pendant les vacances scolaires et le mercredi** *« ...quand elle sera à l'école j'aurais envie d'être les mercredi et les vacances avec ma fille donc cela va coincer en tant que remplaçante. »* (6), de **faire beaucoup de route** *« ...le problème c'est la route. »* (7), *« Parce que là je fais des remplacements qui ne*

*sont pas tout près, donc ...faire une heure de route le matin pour aller bosser, pareil le soir...à la longue je trouve ça fatiguant et je ne pourrais pas faire ça toute ma vie. »* (4), d'être toujours la « **seconde main** » (1) *« On n'est pas le vrai docteur. »* (4), d'être **dépendant de la façon d'exercer du médecin remplacé** *« ...contrairement aux remplacements où finalement on doit se calquer sur les habitudes du médecin qu'on remplace ...ce n'est pas évident de récupérer des mauvaises habitudes qu'on peut voir... »* (5).

3) 2) Motifs expliquant le choix du remplacement plutôt que d'une installation

*3) 2) a. Craintes face à l'installation*

La plus grande crainte des femmes interrogées qui ressortait de ces entretiens était la **peur d'être submergée par le travail** *« j'ai peur de me faire complétement manger par mon travail...que mon travail devienne ma vie. »* (1), *« c'est plutôt la gestion du temps de travail de médecin installé qui me fait peur »* (5), *« je suis quelqu'un qui s'investit quand même pas mal...Je ne compte pas mes heures...étant célibataire sans enfant,..., je n'ai rien qui me dit de rentrer...»* (7), (8).

Nombreuses étaient celles qui craignaient la **difficulté d'affirmer son autorité** *« la peur de pas savoir dire non »* (1), *« j'ai du mal à dire non voilà ! Donc le fait d'être remplaçante ça me permet de me dire il y a des jours où je ne travaille pas, alors que je pense que si j'étais installée, j'aurai du mal à me décrocher du truc. »* (8) devant l'**exigence des patients** *« les gens attendent tout de toi, être en disponibilité constante »* (1), *« les patients sont de plus en plus exigeants, de plus en plus demandeurs et je trouve qu'on les conforte un peu la dedans. ... Je trouve que, par exemple, les gens qui exigent des visites à domicile, encore aujourd'hui, pour des queues de cerises, moi ça me refroidit. »* (3).

Certaines évoquaient la crainte de la **charge administrative et de la gestion d'un cabinet** *« la charge administrative fait peur aussi. »* (2), *« j'ai encore du mal à faire ma compta de remplaçant donc la gestion d'un cabinet cela me paraît encore un peu compliqué. »* (5), *« ce qui me freine un peu c'est les charges fixes d'un cabinet »* (3), *« en tant que médecin remplaçant, on n'a pas à s'occuper de tout ça et c'est quand même un petit luxe, un petit confort. »* (11). Une remplaçante disait que le côté **administratif était une contrainte mais pas un frein** à une installation pour elle *« Evidemment c'est une contrainte mais c'est pas ça qui va me bloquer sur l'installation, du tout. »* (10).

**L'aspect financier** lors d'une installation était soulevé par quelques unes des femmes interrogées *« j'ai peur aussi que sur le plan économique, j'ai peur de ne pas m'en sortir »* (1), *« ...de se dire, est ce que je vais réussir à assumer mes charges. »* (3).

L'une d'entres elles évoquait de **ne pas savoir ce qu'il faut faire pour s'installer** *« L'installation, c'est pas clair du tout. ...aujourd'hui si je me dis voilà je veux m'installer là, je sais pas du tout comment il faut faire. »* (4)

Une autre mentionnait la peur de **regretter leur choix**, la peur d'un **engagement irréversible** car, pour certaines, un **désengagement** représenterait un **abandon de leurs patients** *« De trouver un lieu d'installation qui me plaise plus au bout de quelques années...J'ai l'impression qu'une fois que tu t'engages auprès d'une patientèle, tu ne peux pas vraiment faire marche arrière...j'ai l'impression que je vais les laisser tomber si je m'en vais... »* (1), *« peur de l'engagement au long terme...C'est aussi se dire que si on le fait c'est pour un long moment, pour la vie. C'est l'implication que cela a dans le temps. »* (2)

Les femmes interrogées ont déclaré qu'elles craignaient les **responsabilités** que l'installation engendrerait *« ...ce qui me fait peur, c'est aussi les responsabilités qu'en tant que médecin installé. »* (3), *« Les responsabilités médicales aussi, les urgences qui ne sont pas évidentes à gérer. »* (6), *« oui la peur de passer à côté de certaines choses. »* (8), et donc la **peur du manque d'expérience** *« ...peur de ne pas savoir faire »* (5), *« je ne me sens pas prête, trop jeune, pas assez d'expérience sur le plan professionnel. »* (6), *« je ne me sentais pas de prendre la responsabilité de voir plein de patients comme ça tout de suite. »* (2).

Nombreuses étaient les femmes qui soulignaient la crainte de **manquer de temps libre** une fois installées *« ...en tant que couple, ne plus avoir autant de moments libres pour voyager...installé, on ne peut pas partir 3 à 4 semaines d'affilée comme on fait en ce moment. »* (11), *« peur de ne plus avoir de temps libre »* (1), *« J'ai aussi plus de temps pour m'occuper des enfants en tant que remplaçante »* (2). Pour certaines d'entre elles, cette crainte engendrait la peur **d'être indisponible pour la famille** *« J'ai aussi plus de temps libre pour m'occuper des enfants en tant que remplaçante »* (2), *« ...pouvoir me dégager du temps pour pouvoir m'occuper des enfants. »* (3), *« ...mais il me semble que la vie de famille risque d'être un peu compliquée par une installation »* (5). Et par conséquent, elles pensaient qu'une installation était **difficile à concilier avec la maternité** *« ...par choix familial pour concilier la vie avec un bébé. »* (11), *« car j'aimerai avoir des enfants avant de m'installer »* (5), *« je ne voulais pas m'installer sans avoir fait d'enfant...Parce que je pense qu'avoir ses grossesses une fois qu'on est installé, c'est très compliqué...comme je n'ai pas d'enfant, je n'arrive pas à me projeter dans un lieu d'installation alors que je n'ai pas encore fondé ma famille. »* (1), *« par rapport à un congé pathologique donc un arrêt de travail, c'est assez compliqué quant on est médecin installé de bénéficier d'un arrêt. »* (6).

Une seule exprimait la **peur de la routine** et donc **de s'ennuyer** *« J'aurais peur de m'ennuyer, d'être toujours au même endroit, de voir toujours les mêmes têtes. Peur de*

*m'installer dans une routine. »* (7), « *Ca me fait plus plaisir de voir un patient tous les 3 mois plutôt que de me dire « encore lui dans un mois et encore dans un mois... » »* (8).

Beaucoup de ces femmes craignaient **la solitude** *« je n'aime pas du tout les cabinets quand je suis toute seule. »* (1), *« Avoir ses propres patients et se dire c'est moi le médecin et je ne vais pas pouvoir lui dire de revenir la semaine prochaine pour que son problème soit géré par le médecin que je remplace »* (5), *« Et puis le fait d'être seule, ce serait une réticence. »* (10). Et deux d'entre elles auraient **peur des agressions «** *Peur des méchants patients. Je ne me sentirai pas forcément à l'aise d'aller dans un quartier très défavorisé. »* (2), *« La peur d'une agression »* (6).

Parfois certaines remplaçantes étaient découragées par **les nouvelles réformes gouvernementales** *« J'attends un peu de voir ce que ça donne la réforme de la santé »* (2), *« Et puis c'est vrai qu'avec les nouvelles lois qui s'amorcent, là on n'est pas forcément très encouragé à s'installer en cabinet de médecine générale... car le nouveau projet de loi réduit le médecin généraliste à quelqu'un qui fait des paperasses et qui va passer sa vie à appeler les mutuelles pour se faire rémunérer. »* (3) ainsi que le **manque de liberté dans leurs prescriptions** *« ...les prescriptions contrôlées par la sécurité sociale »* (6).

Pour finir, certaines n'avaient **pas de réticences** spécifiques face à une éventuelle installation *« Je n'ai pas non plus de réticences finalement. »* (8), *« Je n'ai pas de craintes enfin je sais pas. »* (9).

### *3) 2) b. Avantages du remplacement*

La plupart des femmes interrogées déclaraient avoir une **liberté** en tant que remplaçante *« c'est aussi un confort de vie, on peut aussi dire de liberté ... travailler quand on le souhaite, pouvoir être en vacances quand on le souhaite... vivre au jour le jour»* (11), *« j'aime la liberté... ayant 2 enfants, je me sens plus libre à travailler comme ça que d'être installée »* (8) ce qui leurs permettaient également de garder du **temps de libre pour leurs loisirs ou leur famille** *« avoir les loisirs que je souhaitais »* (11), *« et puis cela me convient car j'ai du temps libre entre deux. »* (7), *« J'ai aussi plus de temps libre pour m'occuper des enfants en tant que remplaçante. »* (2), *« J'ai des copains qui bossent depuis des années, qui galèrent pour avoir des vacances. Moi j'ai souvent beaucoup de temps libre, je vois vraiment ça comme un luxe. »* (5). Une d'entre elles se disait être **comblée avec le remplacement** *« En fait, je suis comblée en tant que remplaçante »* (10) et une autre n'envisageait pas d'installation car elle n'y trouvait **pas plus d'avantage que dans le remplacement** *« C'est juste que j'ai le choix actuellement entre m'installer et pas m'installer. Donc rester comme ça me plaît, m'installer donc ne me plairait pas plus. »* (8). En tant que remplaçantes, certaines trouvaient qu'elles

n'avaient **pas besoin de plus d'argent** car elles avaient **beaucoup de travail** étant donné la demande en Picardie et donc **pas de craintes de ne pas avoir de remplacement** *« on était dans un creux démographique donc on avait énormément de boulot...On a du boulot donc financièrement je n'ai pas de soucis. »* (7), *« Au niveau du confort financier, je suis très satisfaite en tant que remplaçante »* (5), *« on ne s'embête pas en Picardie avec la question « est-ce que j'aurais du travail » car on a ce qu'il faut en Picardie en terme de travail... On peut se faire un carnet de contacts facilement. »* (11)

Nombreuses étaient celles qui appréciaient la **diversité de leur exercice,** ainsi elles pouvaient **observer les différentes pratiques possibles en médecine générale** *« J'ai besoin de changer, de changer d'air, de bouger, de ne pas toujours faire la même chose. »* (7), *« j'aime bien côtoyer des différents médecins, différents patients...varier les plaisirs...pour avoir une vision globale et différente de mon activité. »* (8), *« pour voir un peu différentes pratiques dans un premier temps...voir ce que moi j'aurais envie en cas d'installation... »* (1), *« je voulais essayer différents modes d'exercices en rural, en urbain voir semi-rural. »* (2).

*3) 2) c. Autres explications*

Certaines femmes interrogées n'envisageaient pas d'installation pour le moment pour des raisons plus personnelles comme le fait de **ne pas être thésées** *« la question ne se posait pas vraiment car je n'étais pas encore diplômée. »* (3) et par conséquent être remplaçante permettait **d'avoir du temps pour la travailler** *« pour travailler ma thèse qui est indispensable pour que je puisse m'installer aussi. »* (5).
D'autres ne s'installaient pas car elles n'avaient **pas eu d'opportunité** *« j'attendais d'avoir une opportunité qui se présenterait... »* (3), *« je n'ai jamais eu aucune proposition à part une collaboration. »* (6) ou elles n'avaient **pas trouver d'endroit plaisant** pour une installation *« j'ai pas encore trouvé d'endroit où je veux être. »* (10), *« le deuxième frein ce serait de trouver un cabinet qui me plaît... »* (9).
Enfin certaines remplaçantes expliquaient ne pas pouvoir s'installer car elles devaient **s'adapter à la profession de leur conjoint** *« je ne vais pas lui imposer le mien sans qu'il est, pour l'instant, une idée de ce qu'il fera lui plus tard... »* (1), *« Et attendre aussi où mon mari allait travailler... je le suivrais s'il décide de partir. »* (2), *« on se fixera plus sur un endroit où lui il a un avenir... »* (9).

3) 3) Différences entre hommes et femmes médecins

*3) 3) a. Maternité*

Pratiquement toutes les femmes interrogées s'accordaient sur une différence évidente entre elles et leurs homologues masculins. Il s'agissait de la maternité**.** Elles pensaient que **la maternité** était une **difficulté pour les femmes médecins installées** notamment en ce qui concernait la **rémunération du congé maternité** des médecins installées *« tu n'es pas rémunérée à hauteur de ce que te coûtent tes charges de fonctionnement du cabinet ... on a le même congé maternité qu'un médecin installé donc je ne trouve pas ça normal pour les femmes installées. »* (1), *« ... en tant que femme je trouve complétement anormal qu'on n'ait pas un congé maternité correct ... quand on fait un enfant quand on est installé, on est obligé de payer les charges du cabinet mais on a quasiment aucun revenu. »* (3).
Une remplaçante, ayant remplacé un médecin en congé maternité, exprimait la difficulté de la **gestion de la charge administrative lors d'un congé maternité** d'un médecin installé *« Tu as tout le côté administratif que ne gèrent pas forcément les remplaçants ... tu rentres de congé mater, c'est un peu l'horreur. »* (1). Elle évoquait également la **difficulté pour trouver un remplaçant unique pendant toute la durée du congé** *« c'est compliqué sur le plan de l'organisation car tu n'as pas forcément un même remplaçant qui te remplace toute la durée du congé mater. »* (1).
Certaines femmes citaient également **la nécessité de gérer la famille** à un plus haut degré que leurs confrères masculins *« cela peut être une réticence pour une femme mère de s'installer ou en tout cas il faut gérer plus qu'un homme »* (10), *« en tant que médecin installé, c'est difficile ne serait-ce que d'aller chercher ses enfants à l'école, même une ou deux fois par semaine, cela me paraît impossible. »* (3), *« ayant 2 enfants, je me sens plus libre à travailler comme ça que d'être installée. »* (8).
Une seule femme considérait que la **maternité n'était pas un obstacle à l'installation** *« La vie de famille n'est pas un obstacle pour moi puisque je sais que derrière il y a quelqu'un qui assume. Donc pour moi il n'y a pas de soucis. »* (8).

*3) 3) b. Atouts femmes médecins versus hommes*

Pour une minorité des femmes interrogées, le fait d'être une femme médecin leur conférait une **prédisposition à la réalisation de certains actes** comme la pratique d'actes de gynécologie ou de pédiatrie *« Je trouve qu'il y a des choses qu'on fait en cabinet que les hommes ne font pas. J'ai l'impression que le suivi pédiatrique, on en fait plus quand on est*

*une femme... gynéco aussi, j'ai l'impression que les hommes n'en font pas. »* (1), *« Les hommes que je remplace font moins de pédiatrie moins de gynéco. »* (10).
L'une d'entre elles considérait que le fait d'être une femme **facilitait la relation de confiance avec les patients** *« Peut être la relation de confiance, d'intimité qu'on peut avoir avec certains patients, de complicité, qu'un homme n'a pas forcément. »* (6).

*3) 3) c. Craintes spécifiques aux femmes*

Certaines femmes évoquaient des craintes relatives à **l'inégalité physique entre un homme et une femme** « *la peur d'une agression* » (6), *« peur des méchants patients » (2).*

*3) 3) d. Représentation des hommes par les femmes*

Elles ont émis l'hypothèse que les **hommes étaient moins préoccupés par les horaires** *« Parce que je pense que les hommes sont moins prêts à faire des concessions là dessus, ça les dérange moins de finir hyper tard. »* (1), *« j'ai quand même pas mal d'amis, qui pour gagner leur vie, me montrent que c'est quand même le papa qui fait le choix de travailler plus. »* (11). Une remplaçante soulignait que les **hommes avaient davantage besoin d'avoir un rythme régulier** *« que les hommes ont peut être plus besoin d'être installés, d'avoir leur patientèle, leur rythme, d'être un peu les chefs... et travailler du lundi au samedi... que nous nous avons besoin plus de bouger, de diversifier notre activité. »* (6).
Certaines considéraient les **hommes plus carriéristes** *« je ne pense pas qu'un homme médecin se pose la question de s'installer ou pas à cause des enfants. »* (10), *« si j'étais un homme, j'aurai beaucoup moins cherché d'autres options à l'installation que ce que je fais là... »* (3).
Enfin une des femmes interrogées signalait que **les hommes n'avaient pas à se poser de question sur le congé maternité lors d'une installation** *« Que les hommes eux ils s'en fichent. »* (2).

*3) 3) e. Pas de différence homme-femme*

Au contraire, une majorité des remplaçantes s'accordaient sur le fait qu'elles considéraient qu'il n'y avait **pas de différence entre elles et leurs homologues masculins** *« Je ne me vois pas, obligatoirement, comme étant la femme, étant celle qui travaille le moins et que mon compagnon travaille plus. »* (5), *« Homme ou femme, je travaillerais de la même façon »* (8),

*« les hommes sont aussi attachés aux enfants que les femmes donc je ne vois pas de différence. »* (9).

3) 4) Evolution des mentalités des médecins

Concernant la pratique des médecins d'aujourd'hui, certaines femmes interrogées remarquaient une certaine **évolution des mentalités** *« ... les plus jeunes médecins changent leur pratique. »* (1), *« je pense que même les hommes maintenant veulent leur liberté et leur confort de vie. Ils ne veulent plus faire du 8h-20h. »* (11), *« Je trouve, personnellement, qu'il y a beaucoup moins de différence qu'avant homme-femme. »* (9), *« Mon compagnon se voit bien aussi à mi-temps avec des enfants... »* (5).
Parmi celles-ci, certaines avaient une **vision moderne du couple** *« ...au niveau de la place du papa dans l'éducation des enfants, il y a du changement... »* (1), *« La vie de famille n'est pas un obstacle pour moi puisque je sais que derrière il y a quelqu'un qui assume. »* (8).
Tandis qu'une majorité gardait une **vision plus traditionnelle du couple** *« Ils sont peut-être moins attendus à la maison car ils ont leurs femmes qui font le travail.* (1), *« Car l'homme médecin a sa femme pour s'occuper des enfants (rires)...je pense que la femme c'est quand même la mère de famille, c'est un rôle qu'elle gardera même si elle est médecin...je ne pense pas qu'un homme médecin se pose la question de s'installer ou pas à cause des enfants. »* (10), *« ...mais ce sont les femmes qui s'occupent plus des enfants. »* (2), *« ce qui me différencie surtout de mon mari, c'est les enfants, la maternité. De bien aimer m'occuper de mes enfants...je me vois plus, en tant que femme, faire ça que mon mari... »* (3).

3) 5) Axes d'amélioration pour optimiser l'installation

*3) 5) a. Aide pour franchir le cap de l'installation*

Certaines pourraient s'installer si **une opportunité** venait à elles *« si il me propose par contre un mi-temps demain, je dirais oui, en collaboration... »* (10), *« Parce qu'on s'est dit que c'était une opportunité, qu'on était pas sûre que cela se reproduise une 2ème fois. ».*
D'autres femmes envisageraient une installation si elles étaient **sûres d'avoir du travail** *« ...on a pas mal de chose autour pour faire venir les patients. »* (4), *« il y a plein de médecins qui partent en retraite et qui ne sont pas forcément tous remplacés. Donc c'est peut-être le bon moment pour s'installer, parce qu'on sait que partout où on ira, on aura du boulot. »* (4).
Une des médecins interrogés, qui remplace depuis plus de 18 ans, s'installerait si, un jour, elle n'avait **plus de travail en tant que remplaçante** *« ...ça serait difficile de redémarrer, à mon*

*âge, un autre remplacement. Si le groupe se dissout, débuter à nouveau comme remplaçante autre part, là je pense que je passerai le cap...Parce que quitte à recommencer quelque chose autant repartir sur l'installation. »* (7).

Une autre franchirait le cap si on devait lui **imposer son lieu d'installation** *« Je pense que si demain on me dit « tu t'installes en zone profonde du Santerre ». Alors là je me dirais non je m'installe avant qu'on me l'impose. »* (8).

Enfin, certaines pourraient envisager de s'installer si elles avaient un **changement dans leur vie personnelle** *« ...je ne veux pas me dire, voilà, professionnellement je vais là et puis après être obligée de bouger, ça me paraît assez compliqué. »* (10), *« ...peut être une modification de ma vie personnelle ou familiale... »* (8).

*3) 5) b. Solutions : optimiser la formation des médecins sur l'installation*

Une remplaçante proposait d'avoir de **l'aide de la part d'organisme comme l'ARS ou CPAM** *« Que l'installation soit facilitée, que ce soit par l'ARS, la CPAM ou le conseil régional ou je sais pas trop qui. Mais il faudrait qu'on soit un peu plus épaulé parce que finalement on est tout seul. »* (4).

Une autre évoquait le **manque de formation des médecins sur le plan administratif** *« faire de l'administratif lors des stages chez le praticien ou en SASPAS »* (2).

Une des femmes interrogées pensait qu'il serait intéressant de créer **une journée de formation sur l'installation tous les ans** *« ...il y a une journée sur l'installation qui a été faite il y a un an mais ils ne la font plus...Les gens qui n'étaient pas intéressés l'année où elle a été faite, peuvent être intéressés l'année suivante. »* (4) et des **FMC spécifiques aux remplaçants** *« faire des FMC avec que des médecins remplaçants et faire du coup des sujets qui nous intéressent. »* (2)

Certaines remplaçantes soumettaient l'idée de **créer un « pack installation** » (4) ou encore de **faire un « guide de l'installation »** *« comme le guide du remplaçant que l'on avait. D'avoir toutes les démarches listées »* (2), *« éditer une sorte de guide avec ce qu'il faut faire, qui contacter, comment, à quel moment... »* (4).

La **création d'une liste de contact locale** pourrait, pour certaines, être utile pour envisager une installation *« ...de faire un truc local en fait. Par exemple, si vous cherchez une société de ménage pour votre cabinet, vous pouvez vous adresser là. »* (4).

Enfin une seule évoquait la nécessité d'avoir une **formation sur la gestion d'un cabinet** *« Qu'ils nous expliquent car on fait vachement de clinique mais pas de gestion de cabinet. Les dossiers médicaux, le choix d'un logiciel, la gestion des déchets...et des trucs administratifs avec la CPAM, les différentes assurances... »* (2).

Nombreuses étaient celles qui pensaient qu'il fallait mettre en place **un interlocuteur pour toutes les démarches concernant l'installation** *« ...avoir une structure entre deux, pour vraiment avoir la liste des démarches à faire, être guidé... »* (2), *« ...des listes de contacts comme un carnet d'adresse pour savoir où s'adresser... »* (4), *« ...ça pourrait être bien d'avoir un conseiller financier, un conseiller pour le matériel, pour les charges administratives, un conseiller sécu, un conseiller pour une secrétaire, pour le logiciel informatique, pour toute la logistique. »* (6).

*3) 5) c. Solutions : aides financières*

Certaines proposaient de **diminuer les charges financières d'un cabinet** et de **diminuer le loyer d'un cabinet au début** *« ...si demain on nous dit qu'on diminue nos charges de 50%, c'est évident que cela donnerait beaucoup plus envie de s'installer. »* (3), *« une mairie qui fasse un loyer vraiment très bas pour un cabinet médical ou une maison médicale, pour au moins aider à démarrer. »* (4). Et certaines d'entres elles insistaient sur le besoin **d'avoir des aides financières pour la première année d'installation** *« Peut être que les collectivités puissent pallier à cette perte de revenu pendant au moins 2 ans. »* (3), *« ...dès qu'on met en route, il y a le loyer, l'eau, l'électricité, le secrétariat, le ménage... Tout ça c'est un coût donc ce serait peut être bien qu'il y ait une aide du conseil régional ou autres comme ça pour aider les jeunes qui s'installent, au moins la première année... »* (4).

D'autres femmes interrogées aimeraient la **création d'un congé maternité spécifique et adapté aux médecins installés** *« je trouve que le congé mater pour les femmes installées devrait être différent que quelqu'un de remplaçant car on n'a pas du tout les mêmes charges mensuelles. »* (1), *« ...mettre en place un congé maternité digne de ce nom pour les femmes médecins installés. »* (3).

Une seule soumettait comme solution la **reprise d'un cabinet sans apporter de financement** *« Après si le médecin me dit « je te donne tout ce que j'ai » »* (10).

Selon une des médecins, la **création « de partenariat avec un secrétariat à distance »** (4) pourrait être atout pour l'installation.

Enfin, une autre remplaçante proposait de **revoir le tarif du C** « *On sait qu'en France, on est un des pays les plus taxé en général et à l'inverse, on est celui dont la consultation est la plus faible en Europe...Quand on voit le montant net qu'on touche à la fin d'une consultation pour les responsabilités qu'on a, c'est dérisoire. »* (3).

*3) 5) d. Solutions : limiter la charge administrative*

Nombreuses étaient celles qui désiraient que **la charge administrative soit diminuée** *« Tout cet aspect administratif qui peut être non attractif, qui peut nous faire renoncer à une installation. Si c'était simplifié, je pense que cela faciliterait les choses. »* (3), *« limiter le travail administratif. »* (5). Une seule proposait même que **d'avoir aucune charge administrative** *« ...si un jour quelqu'un vient me voir en disant « voilà, on vous propose un cabinet où tout est pris en charge, vous faites votre journée et vous repartez le soir à telle heure avec aucune contrainte en faisant rien que de la médecine, avec les mêmes avantages financiers qu'un remplaçant » je pense que je dirais oui sans problème »* (6).

*3) 5) e. Solutions : éducation des patients, changement des mentalités*

Certaines femmes espéraient un **changement des mentalités** de la part des patients *« ...peut être que les patients commencent à accepter que leur médecin ne peut pas consulter tous les soirs jusque 20h, qu'il a aussi une vie de famille. »* (5). Et ce changement devait commencer, selon elles, par **l'éducation de leur patient** *« ...une fois que tu as habitué ta patientèle à être toujours disponible, tu es obligée de l'être tout le temps. »* (1), *« ...les gens qui exigent des visites à domiciles, encore aujourd'hui, pour des queues de cerises...être encore plus stricte par rapport à ça...Je crois que les médecins et les patients ont fait un effort, fût un temps, pour les visites à domicile et je ne suis pas sûre que ce soit toujours le cas actuellement. »* (3), *« Habituer les patients à se rendre compte que le médecin, c'est quelqu'un comme un autre, qui peut avoir envie d'avoir des horaires réguliers. »* (5).
Une insistait sur le besoin de **valoriser la profession de médecin** *« Parce qu'en ce moment je trouve qu'il a besoin d'être plus valorisé que ce qu'il n'est. »* (3).

*3) 5) f. Solutions : exercer dans de bonnes conditions*

Pour beaucoup des femmes interrogées, l'installation **« en cabinet de groupe »** (2) (5) était primordiale pour avoir de bonnes conditions d'exercice. Elles insistaient souvent sur l'importance **d'une relation de qualité avec leurs associés** *« Il faut que je m'installe avec des gens que j'apprécie. »* (1), *« ...le fait d'être associer avec quelqu'un...avec qui on s'entend bien. »* (7), *« D'où l'importance d'avoir un cabinet avec qui on s'entend bien...Avoir une bonne entente au travail.* (9). Et pour certaines, il faudrait qu'il y ait une **mixité générationnelle au sein du cabinet** *« ...s'installer avec des gens qui n'ont pas forcément ton*

*âge ou de différents âges car je me dis que si il y en a plusieurs qui partent en retraite, c'est horrible. »* (1), *« il faudrait une mixité dans les cabinets. »* (11).
D'autres femmes évoquaient qu'elles pourraient s'installer si on leur proposait de **travailler à « mi-temps »** (10) (6).
Certaines remplaçantes insistaient sur l'intérêt de la **compétence du secrétariat** *« de passer par un secrétariat absolument. »* (8), *« une bonne secrétaire qui gère bien le planning, qui scanne le courrier pour le mettre dans l'ordinateur... »* (9).

*3) 5) g. Solutions :* ***arrêter les nouvelles réformes***

Une des médecins interrogés revendiquait le fait *« d'arrêter de pondre des lois qui compliquent la vie des médecins généralistes »* (3).

*3) 5) h. Solutions : diversifier son activité*

Certaines femmes soumettaient, comme solution à la crainte d'une routine une fois installée, la possibilité de **diversifier son activité** ou encore de **faire du salariat** *« de proposer un système de remplacement 2 ou 3 jours dans un cabinet pour faire de la médecine libérale et après de faire une journée dans un autre centre, à la maison de retraite, en PMI...»* (6), *« ...est ce que je penserais à partir faire un peu de PMI, des choses plus tranquilles on va dire...pour me rendre plus disponible au final. Oui c'est une question que je me suis posée. »* (11), *« la question du salariat, je n'y suis pas opposée non plus...après il faut voir sous quelle forme...sous quelles conditions. »* (5).

*3) 5) i. Solutions : suivre un médecin partant en retraite*

Une remplaçante trouvait qu'il serait plus facile de s'installer si elle avait la possibilité de *« suivre un médecin quelques mois avant qu'il parte en retraite, pour connaître les patients, l'organisation... »* (6).

# IV. DISCUSSION

## 1) Choix du sujet

De nos jours, il peut être difficile de concilier sa vie professionnelle et sa vie personnelle. Je tenais à m'intéresser exclusivement aux femmes car il y a une différence non négligeable entre carrière féminine et masculine notamment liée à la maternité, c'est-à-dire aux grossesses, au congé maternité, à l'allaitement et à l'éducation des enfants. L'éthos de la profession de médecin généraliste libéral laisse peu de place aux femmes [9].
Plusieurs travaux ont montré que ce sont pour ces raisons que les femmes médecins exercent davantage en tant que salariées (notamment à l'hôpital) que leurs homologues masculins [10].
Or la féminisation de la médecine générale est un sujet d'actualité [3] ainsi que la diminution du taux d'installation des médecins généralistes en libéral [1].
Ainsi, si les femmes généralistes privilégient le salariat comme mode d'exercice de leur profession, nous pourrions nous questionner sur le devenir de la profession du médecin généraliste libéral.

En tant que femme médecin généraliste remplaçante, bientôt mère de trois enfants, un projet d'installation pourrait m'intéresser, mais non sans crainte. En effet, comment réussir à concilier la pratique d'un médecin installé et ma vie de famille ?
J'ai donc tenu à m'intéresser au ressenti de mes consoeurs remplaçantes face à une éventuelle installation afin de savoir si ces craintes étaient partagées ou non par celles-ci. Par cette étude, je voulais tenter de dédramatiser l'installation en libéral chez les femmes médecins généralistes.

## 2) Choix de la méthode

La méthode qualitative m'a paru évidente pour répondre à mon enquête. Grâce à celle-ci, les suggestions étaient apportées par les personnes interrogées. A l'inverse, une méthode quantitative par questionnaire avec des questions fermées aurait été orientée par le ressenti de l'enquêteur et, par conséquent, les résultats de l'étude auraient été biaisés.
*« L'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal. Ces faits concernent les systèmes de représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits-expériences). »* [8].

Ainsi, par l'analyse qualitative, j'ai pu recueillir le ressenti des interviewées. Elles ont pu apporter des idées nouvelles étant donné que l'entretien était basé sur des questions ouvertes.
Le recours aux entretiens semi-dirigés a permis à chaque femme de se livrer en toute liberté, de raconter son vécu, son histoire, sans retenue et de façon spontanée.

### 3) Choix de la population

Toutes les femmes contactées correspondaient aux critères d'inclusion et aucune n'a refusé de participer à l'étude. Au total quinze femmes correspondant au profil étudié ont été sélectionnées, ce qui montre l'intérêt de mes consoeurs concernant ce sujet.
La population cible concernait les **femmes** exclusivement **remplaçantes**, ayant soutenu leur thèse ou pas. J'ai voulu m'intéresser aux femmes remplaçantes pour confronter mon ressenti à leurs hésitations et interrogations face à une éventuelle installation en médecine générale libérale.
Résidant et travaillant dans la **Somme,** je me suis sentie concernée par la démographie médicale de ce département dont le taux d'installation en médecine générale libérale tend à diminuer depuis une trentaine d'années [1].

### 4) Déroulement de l'enquête

J'ai d'abord contacté les femmes sélectionnées par téléphone. Après avoir obtenu leur aval quant à leur participation, je leur ai expliqué brièvement le thème de mon travail. Elles paraissaient plutôt enthousiastes et intéressées par ce sujet.
Les entretiens se sont déroulés dans un climat de discussion propice aux confidences, peut être parce qu'ils ne se déroulaient pas sur un lieu de travail mais soit à mon domicile soit au leur.
Ces entretiens variaient en fonction de la personnalité de chacune. En effet, la durée et la richesse de ceux-ci étaient variables d'une personne à l'autre. J'ai dû avoir recours à des questions de relance de façon plus ou moins fréquentes selon les femmes interrogées.
Au fur et à mesure des entretiens, j'ai pu tester mes questions de relance et les améliorer pour les rendre plus compréhensibles.

## 5) Biais

Je suppose que le fait d'avoir écrit personnellement le guide d'entretien ai pu constituer un biais. Le sujet me tenant à cœur, j'ai donc peut être orienté les entretiens en fonction de ma propre opinion.
Par ailleurs, le recrutement de proche en proche des femmes interrogées peut être considéré comme un biais de sélection. En effet, des femmes qui se connaissent peuvent avoir la même façon de penser.

## 6) Interprétation des résultats

### 6) 1) Les femmes veulent-elles s'installer ? OUI

Mon étude est plutôt rassurante pour l'avenir de la médecine générale libérale. En effet, contrairement à ce que je pouvais penser, la plus grande majorité des remplaçantes interrogées a un désir d'installation, dans un futur plus ou moins lointain, et plutôt en libéral.
Ceci est plutôt étonnant dans le contexte actuel avec une démographie médicale qui reflète une diminution du taux d'installation depuis quelques années, notamment dans la Somme.
Il est d'autant plus surprenant de constater que les femmes remplaçantes sont favorables à une installation future en libéral, que mes recherches bibliographiques tendraient plutôt à démontrer le phénomène inverse [12].
En effet, depuis quelques années, le nombre de médecins généralistes remplaçants en Picardie a augmenté, et la période des remplacements en médecine générale avant l'installation s'est allongée.
Au 1er janvier 2010 en France, le Conseil National de l'Ordre des Médecins rapportait une augmentation de 74% du nombre de remplaçants en 30 ans [11]. D'après cette enquête, 32% des médecins généralistes remplaçants thésés déclarent ne pas vouloir s'installer et celle-ci conclut à une « professionnalisation de la médecine de remplacement ».
Par ailleurs, une étude d'un confrère sur le remplacement au long cours en Picardie montre qu'un tiers des remplaçants interrogés déclare vouloir rester remplaçant au long cours et n'a pas de projet d'installation [12].
Au vu de ces contradictions entre mon étude et la bibliographie, il est légitime de s'interroger sur les raisons que l'on peut attribuer à ces discordances. Les attentes des médecins remplaçants ont-elles évolué en si peu de temps ? Ou le fait d'être réticent à l'installation est-il plus spécifique aux hommes ?

Pour répondre à ces questions, il serait intéressant de mener une étude similaire à la mienne, en interrogeant cette fois exclusivement des hommes remplaçants.
Le travail de mémoire de Monsieur Arnaud DUBOC, sur le remplacement au long cours en Picardie, semble aller dans ce sens : dans son étude, il retrouve une majorité d'hommes réticents à l'installation [12].

Avant de réaliser ce travail, j'avais émis l'hypothèse qu'il pouvait y avoir une corrélation entre la féminisation de la profession médicale et la diminution du taux d'installation.
En effet, la féminisation est souvent mise en cause dans la diminution de l'offre de soins. L'étude de l'URML de Rhône-Alpes confirme que l'activité moyenne des femmes médecins n'est pas équivalente à celle des médecins de sexe masculin et qu'on ne peut considérer comme valide sur le plan quantitatif qu'une femme égale un homme [13]. Cependant, le travail de thèse des Dr Laumon en 2014 et Dr Krohn-Bayen en 2009 met en évidence que ce sont plutôt le rajeunissement de la population médicale et les changements des mentalités qui feraient diminuer l'offre de soin et non la féminisation [14] [15]. Le Dr Desseur, Président du Conseil Départemental de Seine et Marne, déclare que l'arrivée des femmes a permis à l'ensemble de la profession de prendre conscience que la vie professionnelle n'est pas un tout [9]. Ainsi, la féminisation de la médecine a favorisé une prise de conscience de la part des confrères masculins qui ne travailleront plus dans les mêmes conditions que les générations antérieures. En effet, l'exercice professionnel s'est assoupli et tout se passe comme s'il y avait un effet induit par la féminisation de la médecine en tant que telle [16]. De nos jours, les jeunes médecins ne se projettent plus dans le mode de vie associé à l'éthos professionnel classique du médecin, marqué par une disponibilité permanente pour les patients et une faible présence auprès de sa famille. Ceci est autant valable pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes. En janvier 2006, l'étude du CNOM sur les pratiques professionnelles de jeunes générations de médecins montre les arbitrages complexes entre aspirations professionnelles et privées [17].
Contrairement à ce que je pouvais penser, la diminution du taux d'installation semble plutôt être lié à ce phénomène et non à la féminisation de la profession médicale.

D'ailleurs, mon étude démontre bien que beaucoup des femmes médecins généralistes ne sont pas contre une installation en libéral. La féminisation de la profession ne semble donc pas mise en cause.
La tendance à retarder l'installation évoquée plus haut [11] ne serait, ainsi, pas exclusivement féminine : le Dr Monique Carton a mis en évidence au cours de son enquête que la plupart des

nouveaux thésards, hommes et femmes confondus, ne s'installaient pas immédiatement et réalisaient des remplacements durant de longues périodes [9].
Notons que l'étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact va dans ce sens également [13].
De plus, celle-ci montre que la tendance des femmes à s'installer plus tardivement que les hommes tend à disparaître dans les générations les plus jeunes [13].

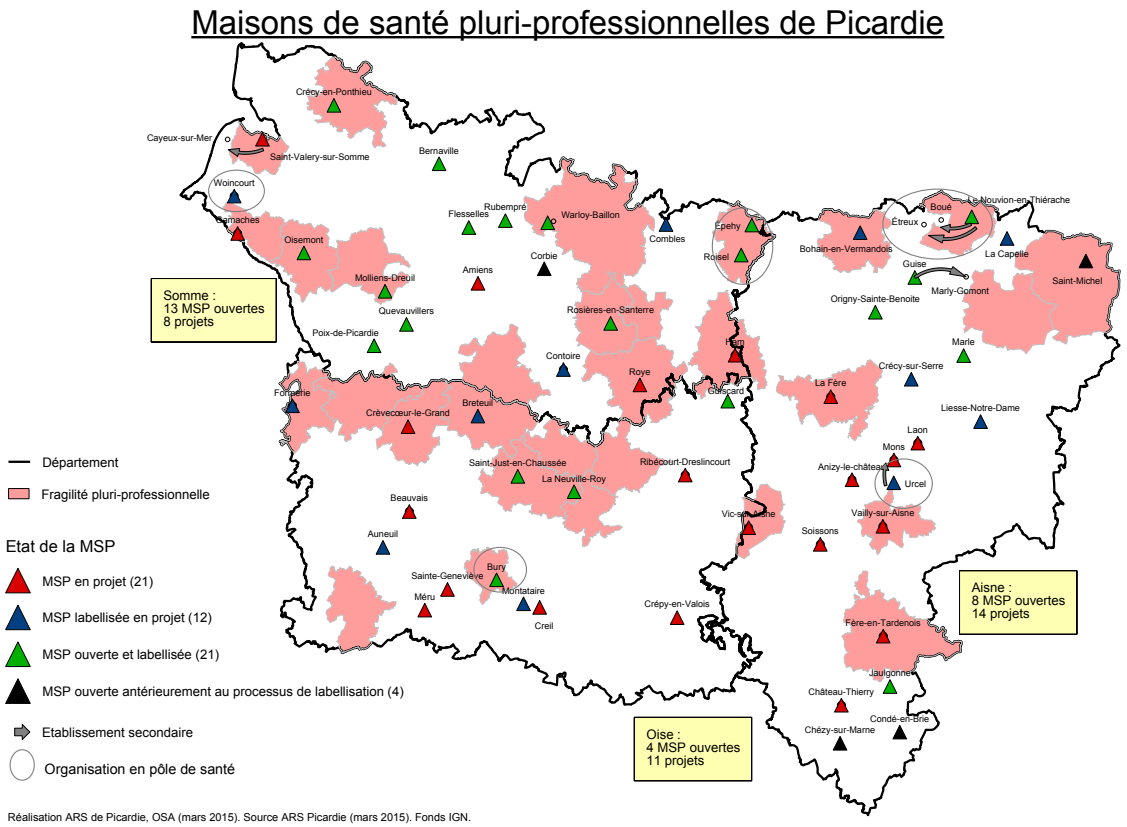
A contrario, dans mon étude, j'ai pu constater que certaines remplaçantes se disent, malgré tout, comblées par leur statut de remplaçante. Leur exercice en tant que remplaçantes leur apporte une sensation de liberté et une grande qualité de vie, certaines ne voyant pas plus d'avantages dans l'installation que le remplacement. Ce sont ces mêmes femmes qui avaient certaines craintes face à l'installation. Dans un premier temps, la plus grande crainte qui ressort de mon étude est celle de la peur d'être submergée par leur travail et, dans un second temps, la charge administrative qu'ont les médecins installés. On peut retrouver ces mêmes données dans le travail d'Arnaud DUBOC [12].

### 6) 2) Une installation : OUI MAIS A CERTAINES CONDITIONS

#### *6) 2) a. Exigences quant aux conditions d'exercice*

Si les femmes sont plutôt favorables à l'installation, elles émettent toutefois des exigences quant à leur mode d'exercice. Elles s'accordent toutes sur le fait de vouloir **exercer en cabinet de groupe** avec un secrétariat. Aussi, certaines trouvent dans l'association l'opportunité **d'exercer à mi-temps**. L'exercice en groupe est un mode privilégié par tous les jeunes médecins : en 2008, parmi les médecins qui se sont installés, trois sur quatre exerçaient à la même adresse qu'un ou plusieurs autres médecins généralistes [18]. L'étude du Dr Irène Kahn-Bensaude va également dans ce sens : en 2005, 90% des jeunes femmes interrogées souhaitaient exercer en groupe [16].

Les pouvoirs politiques semblent avoir bien compris ce souhait des jeunes médecins, et pensent pouvoir combler les déserts médicaux en finançant des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) dans les régions sous dotées en médecins et autres professionnels de santé.
Sur la carte ci dessous, nous pouvons remarquer qu'il y a déjà 13 MSP ouvertes, la plupart dans une zone fragilisée par les professionnels de santé, et 8 sont en projet dans la Somme.




D'après mon étude, l'installation en cabinet de groupe faciliterait, selon les femmes interrogées, la **possibilité d'aménagement de leurs horaires** afin de garder une certaine **liberté dans leur agenda** et donc de **préserver leur qualité de vie personnelle**. Ces mêmes raisons sont retrouvées dans l'étude de l'URML Rhônes-Alpes : l'aménagement des horaires (74%), la qualité de vie (64%), la possibilité de dégager du temps libre (58%) et la sécurité (26%) [13].

Ensuite, un autre point important est soulevé par les femmes interrogées dans mon étude, il s'agit de la **lourdeur de la charge administrative et comptable** et de la charge financière qu'engendre une installation. Ainsi, elles désirent que l'on trouve des solutions pour **soulager ces charges lors de leur future installation**. Cette lourdeur des charges administratives et comptables liées au cabinet et les contraintes liées à la patientèle reviennent également comme des freins majeurs à l'installation dans le travail de mémoire du Dr Duboc [12]. Le Dr Legmann, en 2010, retrouve chez les médecins interrogés dans son étude, une dénonciation d'une « bureaucratisation » de leur métier, source d'insatisfaction et de craintes [19]. En effet, une étude réalisée par l'IRDES en 2009 montre que les médecins généralistes installés effectuent entre 4,5 et 6,5 heures de travail administratif par semaine [20].

Les femmes interrogées insistent sur le coût de l'installation. En effet, une installation coûte en général, suivant la solution retenue, entre 15 000 et 50 000 euros [21].

*6) 2) b. Evolution des mentalités des médecins*

Nous sommes donc loin de l'image du médecin de famille installé pour quarante ans seul dans son cabinet, consacrant tout son temps à son travail. Tout comme le reste de la population, les médecins semblent aujourd'hui désirer profiter de temps libre : il s'agit probablement d'une évolution sociétale et non spécifique aux médecins. Une étude du CNOM de 2006 montre que les médecins déploient des stratégies de régulation de leur temps de travail. Ces stratégies seraient plus explicites et plus souvent mises en œuvre dans la pratique chez les femmes mais elles existent également chez les hommes qui disent vouloir « libérer » du **temps pour leur loisirs et leur famille** [17].
Peut-on pour autant parler d'une **diminution du dévouement** du médecin généraliste ?
Il serait intéressant d'interroger médecins et patients pour connaître leur opinion sur ce sujet.

Malgré tout, la notion de **vocation** de médecin généraliste chez les femmes subsiste comme le montre le travail de mémoire de Madame Joanna Thomas Lo Presti en 2003 [22]. Cette idée est encore retrouvée dans le travail du Dr Aurélie Laumon en 2014 : *« le désir d'exercer la profession de médecin est apparu, pour la plupart des femmes de notre travail, avant le lycée, ..., par vocation de soigner, par goût des relations humaines et par intérêt scientifique le plus souvent. »* [14].

Si les femmes interrogées au cours de mon étude sont majoritairement favorables à une installation, elles décrivent souvent **une lassitude face à l'exigence et au manque de reconnaissance de certains patients** de nos jours. Leur installation nécessiterait la mise en place de certaines modalités, notamment en terme d'éducation de leur patientèle.

6) 3) Peu de différence homme-femme médecin

Contrairement à ce que je pouvais penser, les femmes interrogées ne décrivent que très peu de freins spécifiques aux femmes concernant une éventuelle installation en libéral.
En effet, elles se considèrent égales à leurs homologues masculins sur le plan professionnel et elles ne pensent pas avoir plus de contraintes qu'eux face à une installation.

D'ailleurs, les avantages, qu'elles retrouvent dans l'installation, ne sont pas spécifiques aux femmes mais aux médecins tous sexes confondus, comme le fait d'avoir sa propre patientèle, le suivi de leurs patients, la confiance et le respect, la stabilité organisationnelle et financière... Les hommes médecins remplaçants pourraient en dire de même. Il serait intéressant de réaliser cette même étude avec des jeunes médecins masculins afin de confirmer ou non cette hypothèse.

Deux des femmes interrogées ont fait part de leur sentiment d'insécurité en tant que femme médecin par rapport aux hommes. Cette crainte est d'autant plus légitime qu'il existe une hausse du taux de violences chez les médecins généralistes comme le montre une étude de l'Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 et le Nord fait parti des départements les plus touchés [23].

Enfin le dernier frein pour lequel elles s'accordent toutes est la maternité. Cette notion revient souvent quand elles veulent trouver ce qui les différencie de leurs homologues masculins face à une éventuelle installation. Elles jugent que les hommes médecins sont avantagés par le fait de ne pas avoir à se poser la question de la maternité quand il s'agit de s'installer.

### 6) 4) Le congé maternité des femmes médecins généralistes libérales

La maternité semble constituer la seule réelle différence entre les hommes et les femmes médecins généralistes et être un des seuls freins à l'installation commun à toutes ces femmes interrogées.
Elles ont un sentiment d'injustice en ce qui concerne essentiellement la rémunération du congé maternité entre un médecin installé, un médecin remplaçant et un médecin salarié.
En effet, le montant des indemnités varie en fonction du type d'activité et sous certaines conditions.

#### *6) 4) a. Historique du congé maternité*

**Avant 1982**, les femmes médecins libérales n'avaient droit à **aucune indemnité** en cas de maternité : le métier de médecin était un métier d'homme [24].

Le **10 juillet 1982**, 2 types d'allocations se mettent en place : **l'allocation de repos maternel** et **l'indemnité de remplacement** qui sont en fait attribuées aux épouses

d'hommes médecins tout comme aux épouses des artisans. Par extension les femmes médecins pourront en bénéficier [24].

Le **premier Juin 2006,** un décret rétablit **l'équilibre quant à la durée du congé maternité** des professionnelles de santé libérales. Ainsi, **la durée de versement de l'indemnité journalière s'aligne sur celle des femmes salariées**. Cette indemnité est versée à condition de cesser toute activité pendant cette période et pendant au moins 8 semaines consécutives dont 2 avant l'accouchement [25].

Le **cinq Mars 2007,** le congé maternité devient **modulable**, sauf pour les médecins affiliés au régime des PAMC (Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés).

*6) 4) b. Durée du congé maternité en 2015*

La **durée actuelle des congés maternité** d'un médecin est **identique à celle de la population générale** [26]. Or, selon le travail de thèse du Dr Aurélie Laumon, les femmes médecins prennent en général un congé maternité plus court que le congé auquel elles ont droit légalement. L'étude de l'URML Rhônes-Alpes retrouve des résultats similaires : 51% des femmes médecins qui ont été enceintes affirment avoir dû, au moins une fois, écourter le repos réglementaire pré et post natal. Cette proportion atteint 69% chez les femmes exerçant la médecine libérale [13].

*6) 4) c. Rémunération du congé maternité en 2015*

Si depuis 2006, la durée du congé maternités des libérales s'est alignée sur celle des salariées, il n'en va pas de même pour les montants.

En effet, la **rémunération du congé maternité** varie en fonction du type d'activité :

- Les **généralistes libérales installées** ont une **allocation de repos maternel de 3170 euros** (au 1er Janvier 2015, il est revalorisé chaque année) versée en deux fois : la moitié au 7éme mois, l'autre moitié à l'accouchement. Elles bénéficient également **des indemnités journalières forfaitaires**, soumises à une cessation totale d'activité pendant au moins huit semaines dont deux avant la date prévue d'accouchement. Son

montant journalier est de **52,10 euros** au 1er Janvier 2015. En cas d'arrêt maladie lié à la grossesse, la CARMF verse une indemnisation après un délai de carence de 90 jours.

- Les **généralistes remplaçantes** doivent avoir justifié de 30 jours d'exercice libéral et être à jour de leurs cotisations d'assurance maladie pour relever du régime d'assurance maladie des PAMC. Les **indemnités journalières maternité sont les mêmes que pour les médecins installées**. Si elles sont thésées, et donc affiliées à la CARMF, elles bénéficient aussi d'un congé maladie en cas d'arrêt prématuré après un délai de carence de 90 jours. En cas de remplaçante non thésée et d'arrêt maladie précoce, aucune indemnité ne sera versée avant la date du congé pathologique.
- Les **généralistes praticiennes hospitalières** perçoivent **l'intégrité de leur salaire** suivant les durées du congés maternités.
- Les **généralistes exerçant en tant que salariées** ont une **indemnité journalière calculée sur la moyenne des salaires des trois derniers mois qui précédent le congé prénatal**, dans la **limite de 3170 euros** (plafond de la Sécurité Sociale). A noter que les internes, considérées comme salariées, bénéficient des mêmes droits et que ceux-ci perdurent un an après la fin de l'internat.

*6) 4) d. Sentiment d'injustice devant l'inégalité de la rémunération du congé maternité des médecins*

La plupart des femmes de mon étude ne prévoient pas d'installation avant d'avoir eu leurs grossesses. Elles craignent de ne pas faire face aux charges d'un cabinet pendant leur congé maternité. Comme le montre le travail de thèse du Dr Aurélie Laumon, les femmes installées prennent des congés plus courts en grande partie parce que le congé maternité leur occasionne des problèmes financiers. Les indemnités de maternité ne sont pas suffisantes pour tout le monde. Si les salariées estiment conserver le même niveau de vie, les femmes installées les considèrent généralement insuffisantes en regard des charges qu'elles ont à assumer [14]. L'étude de l'URML Rhône-Alpes [13] confirme cette tendance : 50% des femmes généralistes libérales mettent en avant les difficultés économiques, soit presque deux fois plus souvent que pour les spécialistes libérales ou les salariées. En 1998, dans le travail du Dr Chavanne-Coulon [27], les indemnités étaient déjà considérées comme insuffisantes car forfaitaires, sans aucune relation avec le revenu, ne permettant souvent pas d'assumer les charges et surtout injustes par rapport aux indemnités des salariées qui sont proportionnelles au salaire donc adaptées à chaque cas. De plus, les salariées bénéficient encore et surtout d'un arrêt maladie rémunéré, ce qui n'est toujours pas le cas pour les médecins libéraux avant 3 mois d'arrêt (carence de 90 jours et versement des indemnités le 120éme jour).

Les femmes remplaçantes non thésées sont indemnisées comme les médecins installées, voire même moins bien car elles ne touchent pas les indemnités de la CARMF ; or elles paraissent moins inquiètes que les médecins installées dans l'étude du Dr Laumon [14]. La différence vient certainement du fait qu'une remplaçante a beaucoup moins de charges qu'un médecin installé.

#### *6) 4) e. Obligation d'écourter la durée du congé maternité pour les femmes généralistes installées*

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les femmes médecins généralistes installées doivent, la plupart du temps, écourter leur congé maternité. Dans les travaux des Dr Laumon en 2014 [14] et Dr Thomas Lo Presti en 2003 [22], certaines généralistes installées travaillent même jusqu'à l'accouchement. Selon ces études, les femmes ayant pu bénéficier des congés les plus longs seraient les remplaçantes ou les internes en disponibilité.
Cette durée est souvent écourtée à cause de la perte pécuniaire que le congé maternité engendre chez les femmes médecins installées.
Par ailleurs, les femmes remplaçantes interrogées dans mon étude expriment les mêmes craintes financières mais également la difficulté de gestion de la charge administrative lors d'un congé maternité ou encore la difficulté de trouver un remplaçant sur toute la période du congé. Ces craintes sont fondées sur le vécu de celles-ci lors de remplacement de congé maternité de femmes installées. Ainsi, toutes ces raisons peuvent engendrer une diminution de la durée du congé maternité d'une femme généraliste installée.
Par conséquent, la maternité et la pratique médicale en libéral paraissent donc plus difficiles à gérer qu'un mode d'exercice salarié.
Parviendrons-nous un jour à obtenir une rémunération de congé maternité égale aux autres médecins salariés ?

#### *6) 4) f. Obligation des femmes installées d'adapter son projet professionnel au désir de grossesse*

En effet, la plupart des femmes remplaçantes interrogées désirent avoir leurs enfants avant d'envisager une installation en libéral. Ainsi, celles qui auraient l'opportunité de s'installer, repousseraient donc cette installation si elles désiraient avoir encore des grossesses. On peut donc facilement en conclure que les femmes médecins généralistes doivent adapter leur projet

professionnel à leur maternité devant la difficulté d'allier les deux en 2015. Le travail de thèse du Dr Laumon [14] confirme cette idée : la grande majorité des femmes estiment avoir planifié leur grossesse, certaines en la différant pour attendre d'être indépendantes financièrement ou de passer leur thèse, et d'autres par anticipation, pour avoir leurs enfants avant de s'installer. C'est également ce que retrouve le travail du Dr Hosdez sur les grossesses pendant l'internat : la majorité est planifiée [28]. Par ailleurs, le Dr Laumon explique que si certaines des femmes de son étude n'ont pas eu l'impression d'anticiper leur désir, elles avouent qu'une fois installées, elles n'auraient pas pu envisager une grossesse aussi sereinement.

### 6) 5) Les solutions

Les remplaçantes de mon étude ont proposé beaucoup de solutions pour optimiser l'installation en médecine générale libérale.

La plupart des femmes interrogées regrettent de ne pas être plus informées sur les démarches à suivre lors d'une installation. Pour pallier à ce manque, certaines proposent d'obtenir de l'aide de la part d'organisme comme l'ARS ou la CPAM afin de créer un « guide de l'installation ». J'ai donc cherché à savoir si un tel guide existait : en effet **l'ISNAR-IMG en a créé un, intitulé « Aides à l'installation »** et il est visible en ligne sur http://www.isnar-img.com [29].
En ce qui concerne la charge administrative qu'engendre l'installation, certaines femmes de mon étude regrettent leur manque de formation sur ce sujet lors de leur cursus. Selon elles, cette formation pourrait les aider à diminuer leur temps de travail administratif.
Certaines proposent donc de créer une journée annuelle de formation sur l'installation et des FMC spécifiques aux remplaçants. Il se trouve qu'une **telle journée a été organisée par l'URPS médecins libéraux de Picardie et le SAPIR-IMG**. Après m'être renseignée par téléphone auprès de l'URPS de Picardie, celle-ci sera renouvelée tous les ans et cette année, le département de médecine générale fait partie des organisateurs également.
Le fait que les femmes interrogées ignoraient l'existence de ces aides pratiques à l'installation peut mettre en lumière une carence dans la communication auprès des jeunes médecins.

Ensuite, en ce qui concerne les charges financières d'un cabinet, certaines proposent de **diminuer ces charges au moins la première année de l'installation** (diminuer le loyer du cabinet, l'eau, l'électricité, le secrétariat, le ménage...). Actuellement, il existe beaucoup

d'aides financières à l'installation mais seulement pour une installation dans les zones déficitaires spécifiques [30].
Les remplaçantes interrogées ont bien sûr remis l'accent sur l'injustice de la rémunération du congé maternité d'un médecin installé. Il leur paraît donc important de **réévaluer le montant des indemnités de ce congé maternité**.

L'enquête a montré que la charge administrative était un frein important pour la plupart des femmes interrogées, celles-ci désirent donc une diminution de ces charges voire même la suppression de celles-ci. Or elles ne proposent pas vraiment de solutions.

Certaines femmes de mon étude se sont plaintes du manque de reconnaissance des patients actuels, elles espèrent un changement des mentalités de ceux-ci. Certaines pensent que cela doit commencer par une **revalorisation de la profession de médecin généraliste** en arrêtant les nouvelles réformes gouvernementales, par exemple, et par une meilleure **éducation des patients** face à leur médecin. On peut imaginer des campagnes de communication pour promouvoir le respect des patients envers leur médecin généraliste. On pourrait expliquer aux patients la journée type d'un médecin généraliste sur un blister afin qu'ils deviennent plus indulgents avec leur médecin, comprenant par exemple l'attente qu'il peut y avoir parfois dans les salles d'attentes.

# V. CONCLUSION

Les femmes généralistes remplaçantes de la Somme de mon enquête ont, en majorité, exprimé un désir d'installation en libéral dans un futur plus ou moins lointain. Elles veulent souvent s'installer, à condition de trouver des solutions qui leur permettraient de préserver une qualité de vie personnelle. Pour cela, elles souhaitent exercer en cabinet de groupe. Dans ce mode d'installation, elles voient la possibilité d'adapter plus facilement leurs horaires en fonction de leurs collègues et, pour certaines, de pouvoir travailler à mi-temps. La multiplication de la création des maisons de santé pluridisciplinaires pourrait-elle aider à remplir ces conditions ?

Or certaines émettent toutefois des craintes quant à la charge administrative et comptable qu'engendre une installation, et à la peur d'être submergée par leur travail. Il s'agit notamment des femmes interrogées qui se disent être comblées par le remplacement, celui-ci leur apportant indépendance et une grande qualité de vie.

Concernant la féminisation de la profession médicale, celle-ci est un fait depuis quelques années et elle est donc souvent mise en cause dans la diminution de l'offre de soin ; mon étude et d'autres travaux ne vont pas dans ce sens. Selon certains, la féminisation aurait juste permis à l'ensemble de la profession de prendre conscience que la vie professionnelle n'est pas tout. Ainsi les confrères masculins ne travaillent plus dans les mêmes conditions que les générations antérieures.
Les jeunes médecins, hommes et femmes confondus, ne se projettent plus dans le mode de vie associé à l'éthos professionnel classique du médecin ; marqué par une disponibilité permanente pour les patients et une faible présence auprès de sa famille. Ils sont attirés par la possibilité de pouvoir se dégager du temps pour leurs loisirs et leur famille. Il serait intéressant de réaliser une étude similaire à la mienne avec exclusivement des hommes remplaçants. Peut-on pour autant parler d'une diminution du dévouement du médecin généraliste ? Il serait intéressant d'interroger médecins et patients pour connaître leur opinion sur ce sujet. Néanmoins, la notion de vocation de médecin généraliste chez les femmes subsiste.

La diminution du taux d'installation semble être liée à cette évolution des mentalités des jeunes médecins et non à la féminisation de la profession médicale.

Les mentalités ont également changé du côté des patients. La plupart les femmes de mon étude exprime une crainte quant au manque de reconnaissance et de respect des patients envers leur médecin généraliste. Elles aimeraient une revalorisation de la profession de médecin généraliste libérale.

Le domaine de la maternité reste une préoccupation spécifique aux femmes médecins, qui y trouvent l'unique différence face à leurs homologues masculins. Le problème du congé maternité est souvent abordé par les femmes interrogées. Elles ont un vrai sentiment d'injustice face aux calculs de la rémunération des indemnités journalières du congé maternité d'un médecin généraliste installé en libéral par rapport à celui d'un médecin salarié.
De 1982 à 2007, les modalités du congé maternité des femmes médecins ont évolué mais celles-ci n'ont porté que sur la durée de celui-ci et sa flexibilité. Or le montant des indemnités journalières reste insuffisant si on le compare avec le congé maternité des médecins salariés.
Ainsi, les femmes installées se voient reprendre leur exercice bien plus précocement que la durée autorisée légalement afin de ne pas avoir de perte pécuniaire importante. Et les femmes remplaçantes sont dans l'obligation d'adapter leur projet professionnel à leur désir d'enfant. Ces craintes ne sont, bien sur, pas envisagées chez les hommes médecins.
Un grand nombre des femmes de mon étude n'envisagent donc pas d'installation en libéral avant d'avoir eu leurs enfants. Elles considèrent que la période de remplacement est plus propice à la maternité. Ceci peut être une autre explication à l'allongement de la période de remplacement en médecine générale avant l'installation.
Une revalorisation du congé maternité permettant aux femmes de bénéficier d'indemnités en rapport avec leurs revenus et leurs cotisations ne favoriserait-elle pas une installation plus rapide chez les femmes médecins ? Ne seraient-elles pas plus enclin à mener leur maternité dans de meilleures conditions ?

Enfin, les femmes interrogées ont proposé quelques pistes pour amélioration leur installation or certaines existaient déjà. N'y aurait-il pas une carence dans la communication auprès des jeunes médecins remplaçants ?

# VI. Bibliographie

[1] Rault JF, Le Breton-Lerouvillois G. Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Somme [en ligne]. [consulté le 10 mars 2015]. Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdff.

[2] Soulier E, Grnier C, Lewkowicz M. Ordre National des Médecins France – Conseil National. Evolution du métier de médecin. Rapport de la commission nationale permanente, 2001. La crise du médecins généraliste: une approche cognitive de la profession. Revue médicale de l'assurance maladie, 2006, 37 : 99-107.

[3] Bessière S, Breuil-Genier P, Darrine S. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections an niveau national. DREES, Etudes et Résultats, Novembre 2004, N°352.

[4] Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. DREES [en ligne], Document de travail, Séries statistiques, avril 2013 ; 179 [consulté le 11 mars 2015]. Disponible sur http://www.drees.sante.gouv.fr.

[5] Saint Léger I. Femmes médecins généralistes libérales du Finistère en 2005. Conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée. Faculté de médecine de Brest, thèse, 2005.

[6] Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84 : 142-5.

[7] Gavard-Peret M-L, Helme-Guizon A. Méthodologie de la recherche. Techniques d'analyse qualitative. Pearson France ; 2008 ; Chapitre 7 : 247-279.

[8] Gotman A, Blanchet A. L'enquête et ses méthode : l'entretien. Paris : Armand colin (1ére éd. 1992) ; 2006.

[9] Carton M, De Kervasdoué A, Segnac-Slawinski R, Carpentier B, Genisson C, Marry C, et al. Dix-neuvième Jeudi de l'Ordre Les filles d'Hippocrate : quand la médecine se féminise [en ligne]. Ordre national des médecins [consulté le 20 mars 2015]. Mis à jour le 25 septembre 2003. Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr.

[10] DREES [en ligne]. Mise à jour le 11 avril 2014. Données sur les médecins au 1er janvier issue de l'exploitation statistique du RPPS. Sources et définitions. [consulté le 20 mars 2015]. Disponible sur http://www.drees.sante.gouv.fr.

[11] Atlas de la démographie médicale en France « Situation au 1er Janvier 2010 ». CNOM, Paris : 2010 : disponible sur le site : http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873.

[12] Duboc A. Etre remplaçant au long cours en Picardie. Un choix de vie ? Amiens. 2012.

[13] Romestaing P, Berlier P, Berthet P, Caton J, Dusserre I, Eglinger E, et al. Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact, approche qualitative et quantitative. Enquête auprès de médecins en exercice. Lyon : URML Rhône-Alpes Editions ; 2003. P.1-107.

[14] Laumon A, La maternité de la femme médecin généraliste en Picardie : Obstacles, avantages et conséquences. Thèse de médecine générale, Université d'Amiens. Amiens. 2014.

[15] Krohn-Bayen S. La féminisation de la Médecine Générale. Face à la crise démographique un atout pour la Picardie ? Thèse de médecine générale, Université d'Amiens. Amiens. 2009.

[16] Kahn-Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir. Conseil National de l'Ordre des Médecins, décembre 2005.

[17] Robelet M, Lapeyre-Sagesse N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles de jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Conseil National de l'Ordre des Médecins, note de synthèse, janvier 2006.

[18] URCAM Picardie [en ligne]. L'offre de soins libérale en Picardie [consulté le 9 avril 2015]. Mis à jour le 23 septembre 2009. Disponible sur http://urpspicardie.com.

[19] Legmann M. Président du Conseil de l'Ordre des Médecins. [en ligne]. Mis à jour le 13 Avril 2010. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. CNOM, 2010. [consulté le 13 Avril 2015]. Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr.

[20] Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. [en ligne]. Le temps de travail des médecins généralistes, une synthèse des données disponibles. IRDES, Questions d'économie de la santé. Juillet 2009 : n°144. [consulté le 13 Avril 2015]. Disponible sur http://www.irdes.fr.

[21] Les frais d'installation et de fonctionnement. [en ligne]. Site internet « solutionsmédicales.fr ». [consulté le 13 Avril 2015]. Disponible sur http://solutionsmediclaes.fr.

[22] Thomas Lo Presti J, Conciliation de la vie personnelle et de la vie professionnelle chez les femmes généralistes en Picardie. Mémoire de médecine générale, Université d'Amiens. Amiens, 2003.

[23] Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne] Sécurité des médecins : persistance d'un niveau élevé des violence. [consulté le 13 avril 2015] Mis à jour le 10 avril 2015. Disponible sur http://conseil-national.medecin.fr.

[24] MG France [en ligne]. Historique de la lutte pour la couverture maternité des femmes médecins [consulté le 12 avril 2015]. Mis à jour le 27 Février 2014. Disponible sur http://mgfrance.org.

[25] 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. [en ligne] Journal Officiel, 2 Juin 2006 ; 127, p. 8341 ; n° 26 [consulté le 13 Avril 2015] Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr.

[26] Ordre National des Médecins [en ligne]. Maternité-Paternité [consulté le 13 Avril 2015]. Mis à jour le 6 juin 2013. Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr.

[27] Chavanne-Coulon F. La maternité chez la femme médecin libérale : à propos d'une enquête menée dans la Rhône auprès de 451 femmes médecins libérales généralistes et spécialistes. Thèse de médecine générale, Unviersité de Lyon, 1998.

[28] Hosdez M. La grossesse chez les internes de médecine générale et de spécialité : enquête auprès de 399 internes de la faculté de Nancy. Thèse de médecine générale, Université de Nancy. 2006.

[29] ISNAR-IMG. [en ligne]. Aides à l'installation. Guide pratique à l'usage de Administrateurs de l'ISNAR-IMG. [consulté le 13 Avril 2015]. Avril 2013. Disponible sur http://isnar-img.com.

[30] Fiche n°2 Comment inciter les médecins à s'installer en zones sous médicalisées ? [en ligne]. [consulté le 13 Avril 2015]. Disponible sur http://sante.gouv.fr.

## Annexe 1

**GUIDE D'ENTRETIEN**

**1) Je vais d'abord te demander de te présenter en quelques mots : âge, parcours professionnel depuis l'internat et situation personnelle**.

**2) Pourquoi as-tu fait le choix de ne pas t'installer jusqu'alors ? Comment envisages-tu ton activité professionnelle dans le futur ?**

**3) Quelles seraient tes attentes face à une installation en tant que médecin ? et en tant que femme ?**

*Question de relance n°1 : Qu'est ce qui te séduirait dans le fait d'être un médecin installé ? Quels avantages en tirerais-tu ?*

*Question de relance n°2 : En tant que femme, qu'est ce qui te motiverait, à plus forte raison qu'un homme, à t'installer ?*

**4) Quelles seraient tes réticences face à une installation en tant que médecin ? et en tant que femme ?**

*Question de relance n°1 : Qu'est ce qui te freinerait, qu'est ce que tu craindrais, dans le fait d'être un médecin installé ?*

*Question de relance n°2 : En tant que femme, qu'est ce qui te freinerait à plus forte raison qu'un homme ?*

**5) Concernant tes éventuelles craintes face à l'installation, comment faudrait-il les dédramatiser ?**

*Question de relance : Qu'est ce qui pourrait être amélioré et/ou modifié pour lutter contre tes craintes ?*

**6) Concernant tes attentes face à l'installation, comment faudrait-il les optimiser ?**

*Question de relance : Qu'est ce qui t'aiderait à franchir le cap de l'installation ?*

***7)*** **Enfin, quelles actions concrètes proposerais-tu ?**

**Annexe 2**

**Retranscription des entretiens sur CD ci-joint sur la 3ème de couverture.**

## Les femmes remplaçantes dans la Somme face une installation en médecine générale libérale. Attentes et réticences.

**RESUME**

**Introduction :** Le taux d'installation en médecine générale dans la Somme diminue. La profession médicale se féminise et les jeunes médecins aspirent à un équilibre entre vie personnelle et professionnelle. En tant que femme remplaçante en médecine générale, je me suis intéressée aux attentes et aux réticences des remplaçantes face à une installation.

**Matériel et méthode :** J'ai mené une étude qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés. Onze femmes médecins généralistes remplaçant dans la Somme ont accepté d'y participer.

**Résultats :** La plupart des femmes souhaitaient s'installer à moyen terme, et privilégieraient un équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Elles étaient attirées par un mode d'exercice en cabinet de groupe, avec un secrétariat, et des horaires adaptés aux contraintes familiales. Elles décrivaient une évolution des attentes des médecins en général, en rapport avec une évolution sociétale des mentalités. Beaucoup de femmes restaient frileuses face à une installation avant d'avoir eu leurs enfants, en raison d'un congé maternité qu'elles jugeaient inadapté et injuste.

**Discussion :** La féminisation de la profession ne semble pas en cause dans la diminution de l'offre de soin dans la Somme. Les attentes des femmes interrogées face à une installation sont celles de tout jeune médecin de nos jours. Peu de différences sont décrites entre les femmes interrogées et leurs homologues masculins, si ce n'est la maternité et les contraintes qu'elle impose. Une réévaluation des modalités du congé maternité pourrait optimiser l'installation des femmes en libéral dès l'obtention de leur diplôme.

**Conclusion :** Une installation : oui, mais après les grossesses et avec un mode d'exercice moderne adapté à la vie personnelle.

**Mots-clés :** Médecine générale, Installation, Femme remplaçante, Somme, Etude qualitative.

## Women successor in the Somme facing installation in liberal general practice. Expectations and reservations.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The installation rates in general practice in the Somme decreases. The medical profession is feminized and young doctors aspire to a balance between personal and professional life. As a female successor in general medicine, I was interested to expectations and the reluctance of successor face an installation.

**Material and method:** I conducted a qualitative study in the form of semi-structured interviews. Eleven women GPs replacing the Somme agreed to participate.

**Results:** Most of the women wanted to settle in the medium term, and would favor a balance between professional and personal life. They were attracted by a mode of exercise in group practices, with a secretariat and schedules adapted to family constraints. They described a changing expectations of doctors in general, in relation to a societal change in attitudes. Many women remained cautious facing installation before having children, because of maternity leave they considered inappropriate and unfair.

**Discussion:** The feminization of the profession does not seem involved in the reduction of care offers the Somme. The expectations of the women interviewed face installation are those of young doctor today. Few differences are described between the women surveyed and men, exepted motherhood and constraints it imposes. A reassessment of the terms of maternity leave could maximize women's installation Liberal upon graduation.

**Conclusion**: Installation: yes, but after pregnancy and with a modern way of exercise adapted to the personal life.

**Keywords :** General Practice, Installation, Liberal, Successor women, Somme, Qualitative Study.