



HAL
open science

**Être mère et médecin généraliste : la gestion de la
maternité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés
auprès de 18 femmes médecins généralistes installées
dans la région Rhône-Alpes**

Aline Cohen

► **To cite this version:**

Aline Cohen. Être mère et médecin généraliste : la gestion de la maternité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 18 femmes médecins généralistes installées dans la région Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01364080

HAL Id: dumas-01364080

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01364080>

Submitted on 12 Sep 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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

**ETRE MERE ET MEDECIN GENERALISTE : LA GESTION DE
LA MATERNITE**

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés
Après de 18 femmes médecins généralistes
Installées dans la région Rhône-Alpes

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Nice
Le jeudi 24 mars 2016

Par

COHEN Aline
Née le 10 Juin 1983 à Paris 12^{ième} arrondissement
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER
Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE
Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Madame le Docteur Roxane GUINHEU
Monsieur le Docteur Jean-Luc BALDIN
Monsieur le Professeur François BERTRAND
Monsieur le Professeur Jean-Pierre ZIROTTI

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse
Membre invité
Membre invité

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs **au 1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
 Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLES AKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique M. FONTAINE Denys Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRlich Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUI MY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais
Mme ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M. DARMON David	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Professeur Philippe HOFLIGER,

Merci d'avoir accepté de présider le jury. Votre présence m'honore.

Au Professeur Jérôme DELOTTE,

Merci pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à mon étude. C'est un plaisir de vous compter parmi les membres du jury.

Au Professeur Gilles GARDON,

Merci d'avoir accepté mon invitation avec autant d'enthousiasme.

Au Professeur François BERTRAND,

Merci pour votre accueil chaleureux.

Au Professeur Jean-Pierre ZIROTTI,

Merci pour votre sincère implication et pour vos précieux conseils.

Au Docteur Roxane GUIHNEU,

Merci pour ton accueil chaleureux et tes encouragements. Le temps a passé depuis notre rencontre, et tu ne m'as pas oublié. Merci.

Au Docteur Jean-Luc BALDIN,

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse malgré la distance. Je n'imaginai personne d'autre pour m'accompagner dans ce projet. Merci pour ta confiance, ta grande générosité, ta bonne humeur, tes paroles rassurantes et toujours encourageantes. Merci d'avoir cru en moi. Merci pour tout.

A vous mes Amours,

Travis, mon bébé, qui a inspiré mon sujet.

Sébastien, merci d'avoir été à mes côtés et surtout aux côtés de notre fils durant tous ces mois de travail. Je te suis très reconnaissante d'avoir mis tes projets entre parenthèses pour que je puisse réaliser le mien. Je vous aime.

A Sylviane et Georges,

Qui avez toujours été là pour moi. Merci pour votre affection, votre générosité et votre soutien à toute épreuve. Je vous dois beaucoup et vous en suis très reconnaissante.

A ma sœur Aurélie,

Merci pour ton soutien et ton amour. Après toutes les épreuves qu'on a traversées tu es toujours là à mes côtés. Merci de m'avoir permis de prendre un nouveau départ. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté toi, Raph, et les puces.

Je vous aime.

A Alexandra,

Ton amitié m'a sauvé. Sans toi je n'en serai pas là. Merci pour tout.

A mes Amies Niçoises,

Christelle, tu m'as guidé et soutenue depuis le début. Ton amitié m'a porté jusqu'ici. Merci d'avoir toujours été là, sincère et pétillante.

Eve C. et Laure, quelle bonheur de vous avoir rencontrées. Votre amitié a été mon oxygène à Nice. Eve, merci pour ta joie de vivre. Laure, merci pour ton petit grain de folie. Nos soirées « Favola » me manquent terriblement. Vous me manquez.

Irène, merci pour ta bonne humeur et ton franc parler. Il n'y en a pas deux comme toi.

Eve B., merci pour ton amitié sincère, ton extrême gentillesse et tes paroles réconfortantes et encourageantes.

A Sarah FONTANEL,

Pour ton aide précieuse, pour ta sensibilité, ta générosité. Grâce à toi des portes que je pensais fermées se sont ouvertes. Merci de m'avoir fait confiance.

Au Conseil départemental de l'Ordre des médecins des Alpes Maritimes,

Pour m'avoir reçue, écoutée et pour m'avoir accordée un délai supplémentaire pour soutenir ma thèse.

A Claude ESPAGNET, Anne BOULANT et Fred,

Qui forment la fine équipe que je m'apprête à rejoindre pour me lancer dans la folle aventure du libéral. Merci pour votre confiance et votre patience.

Aux 18 participantes de l'étude,

Sans vous rien n'aurait été possible. Merci de m'avoir permis d'entrer dans votre intimité de femme, de mère et de médecin. J'ai adoré mener les entretiens. Merci pour votre accueil chaleureux et vos encouragements.

J'aimerai remercier aussi les docteurs Christine MAGE et Karine CHOPARD-FERNANDEZ que j'ai eu la chance et le privilège de remplacer régulièrement pendant plus d'un an. Merci pour votre confiance et votre générosité et votre écoute.

J'aimerai remercier aussi le docteur Marie-Ange DESCOTTES, pour son soutien et ses bons conseils.

J'aimerai remercier le regretté docteur Christophe KHETTOU, un homme d'une extrême gentillesse et générosité que j'ai eu la chance de connaître et de remplacer.

J'aimerai remercier également les docteurs Slim ANDREA, et Erwan GENOUX, ainsi que leurs très charmantes secrétaires Annick et Viviane. Mon apprentissage a démarré avec vous dans votre cabinet. Merci pour votre enseignement d'une très grande qualité.

A toutes et tous, je vous dois ma réussite. Merci pour tout.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
METHODE	13
1. Le type d'étude et la méthode choisie	13
2. La population étudiée.	14
3. Le recrutement	14
4. Le guide et le déroulement des entretiens	15
4.1. Le guide d'entretien.	15
4.2. Le déroulement des entretiens.	17
4.2.1. Les techniques d'entretien.	17
4.2.2. Le lieu et la durée.	18
5. Le traitement des données.	18
5.1. La retranscription verbatim.	19
5.2. L'analyse des données qualitatives.	20
RESULTATS	21
I. La méthode et l'échantillon.	21
1. Le recrutement : un accueil enthousiaste et motivant	21
2. Le déroulement des entretiens.	22
2.1. Des lieux et des conditions d'enregistrement agréables.....	22
2.2. Une organisation parfois compliquée	23
3. Le profil des participantes	24
3.1. Des femmes jeunes en couple.	25
3.2. Des médecins installés jeunes, en collaboration ou en association.....	25
3.3. En majorité, enceinte moins d'1 an après l'installation.	26
3.4. Exerçant en groupe, en ville et à temps partiel.	27
II. Les retranscriptions	29
1. La place de la maternité dans le projet d'installation.	29
2. La grossesse	32
2.1. L'annonce.	32
2.2. Le vécu en tant que médecin.	35
2.3. Le comportement des patients.	38
2.4. L'organisation au cabinet.....	39
3. La préparation du départ en congé maternité.	42
3.1. Le remplaçant : une priorité.	42

3.2.	Mise à jour des dossiers patients.	46
4.	Les difficultés rencontrées pendant le congé maternité.	47
4.1.	Financières.	47
4.2.	La gestion du cabinet.	51
5.	Le retour au travail.	53
5.1.	Les motivations de la reprise.	53
5.2.	Allaitement et travail.	55
5.3.	La reprise du travail.	60
5.4.	Les changements apportés par la maternité.	62
	DISCUSSION	66
I.	La méthode de l'étude.	66
1.	Le choix de l'échantillon.	66
2.	Le choix de la méthode, le déroulement des entretiens et le guide d'entretien.	67
3.	Les limites de l'étude.	69
II.	Féminisation de la médecine générale : faits et implications.	69
	CONCLUSION	73
	ANNEXES	75
	BIBLIOGRAPHIE	79

ABREVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
CAF	Caisse d'Allocation familiale
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
PAMC	Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés
PTMA	Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire
PTMG	Praticien Territorial de Médecine Générale
RIB	Relevé d'Identité Bancaire
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociales et d'Allocations familiales

INTRODUCTION

Etre mère et médecin a été pendant longtemps un statut difficilement envisageable et difficilement acceptable par la société. Aujourd'hui, 43.5 % des médecins de France, toutes spécialités confondues, sont des femmes¹⁹ contre 30% en 1990³. Et cette tendance à la féminisation de la profession médicale se poursuivrait car selon un scénario tendanciel, en 2022 les femmes seront plus nombreuses que les hommes¹. Cette féminisation interroge bien sûr la place de la maternité dans l'organisation du travail. En 2015, la médecine générale se pratique toujours majoritairement en libéral¹⁹ mais dans des conditions radicalement différentes des générations antérieures. La féminisation de la médecine a conduit à une prise de conscience de la part des confrères masculins et à un souci d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, qui n'est plus désormais l'apanage des femmes⁶.

Etre une femme et médecin libérale aujourd'hui c'est se dire : j'aimerais avoir un enfant mais est-ce vraiment le bon moment ? Est-ce que je peux me permettre de m'arrêter plusieurs mois ? Qui va s'occuper de mes patients pendant mon congé maternité ? Seront-ils toujours là à mon retour ? Est-ce que je vais pouvoir continuer à payer mes charges ? Est-ce que j'aurai assez de revenus pour vivre ? Et si ma grossesse se passe mal et que je dois m'arrêter plus tôt ?

Les études montrent que concilier maternité et carrière en libéral est un vrai défi^{10, 13, 22}. La nécessité d'assumer les charges fixes d'un cabinet médical ne permet pas d'arrêter le travail facilement pour la grossesse. Cette situation rend peu attractif l'exercice libéral de la médecine générale auprès des femmes, et serait un des facteurs qui contribuerait à la désertification médicale et aux difficultés d'accès aux soins de la population¹⁷.

A partir de ce constat et de mon expérience personnelle de la maternité en tant que médecin généraliste, nous avons voulu identifier les difficultés mais aussi les points positifs de la gestion de la maternité chez les femmes médecins généralistes. A partir de recueil de données, nous avons voulu formuler des conseils et des solutions pour vivre au mieux la maternité en exerçant la médecine générale.

METHODE

1. Le type d'étude et la méthode choisie.

Pour répondre à notre objectif, nous avons choisi la recherche qualitative. Fondée sur l'étude du vécu, des expériences, des représentations, du comportement et des besoins des individus, elle permet de comprendre et d'interpréter un événement particulier, de façon plus approfondie que dans un sondage. Contrairement à la recherche quantitative, le but n'est pas d'être « statistiquement représentatif ». Les résultats ne sont pas des chiffres mais des données verbales qui ne peuvent être extrapolées à l'ensemble de la population étant donné que l'échantillon n'est pas représentatif.

Nous avons choisi la méthode par entretiens semi structurés individuels. La maternité est une période unique dans la vie d'une femme, avec ses joies, ses peines, ses angoisses, ses petits maux. Pour créer un climat de confiance propice à des révélations intimes et personnelles, il nous semblait naturel de mener nos entretiens de façon individuelle.

La discussion est guidée avec souplesse par une trame de questions appelée « guide d'entretien » élaborée par l'investigateur. Les participantes découvrent les questions en temps réel au fur et à mesure de l'entretien assurant la spontanéité, et l'authenticité des données.

Enfin, compte tenu du caractère individuel des entretiens, les participantes ont l'avantage de pouvoir choisir le jour, l'heure et le lieu du rendez-vous en fonction de leurs disponibilités (à la condition que l'endroit soit calme pour un enregistrement audio de bonne qualité). L'organisation des entretiens individuels est donc plus simple limitant les refus et les désistements.

La saturation des arguments conditionne le nombre d'entretiens à réaliser. En effet, la saturation est atteinte lorsqu'il n'y a plus de nouveaux arguments qui émergent lors des entretiens avec un échantillon donné, indiquant ainsi la fin de

l'étude. L'analyse des données en continu est donc nécessaire. Pour notre étude, un minimum de 15 entretiens nous semblait pertinent.

2. La population étudiée.

Pour participer à l'étude, il fallait être :

- une femme médecin généraliste libérale,
- installée dans la région Rhône-Alpes,
- seule ou en groupe sous le statut d'associée ou de collaboratrice,

Et

- avoir eu au moins un enfant après l'installation et après le 1^{er} juin 2006 pour tenir compte de l'impact de la réforme du congé maternité des médecins libéraux.

L'étude concernait une première comme une énième grossesse. La ou les maternités ciblées étaient celles vécues après l'installation. Les grossesses en cours étaient exclues car ni le congé maternité, ni l'accouchement, ni la reprise du travail n'étaient exploitables.

Les médecins remplaçantes ont été exclues. Leur mode d'exercice présente une plus grande souplesse dans l'organisation du travail et moins de contraintes financières en particulier l'absence de charges du cabinet pendant la cessation d'activité.

Les médecins salariées exclusivement ont été exclues.

3. Le recrutement.

Pour commencer, nous avons utilisé notre réseau de connaissances, c'est-à-dire les médecins rencontrés à l'occasion d'un ou plusieurs remplacements dans la région. Parmi eux, les médecins correspondant aux critères de l'étude ont été contactés directement par téléphone. Nous avons systématiquement demandé aux

autres médecins s'ils connaissaient des consœurs pouvant faire partie de l'étude et ainsi utilisé leur réseau de connaissances. Nous les avons contactées soit par téléphone soit par email (annexe 1).

Toutefois, cette méthode a été insuffisante pour recruter le nombre voulu de participantes. Nous avons donc poursuivi notre recrutement sur le site du conseil national de l'ordre des médecins pour obtenir la liste des médecins généralistes femmes de la région Rhône-Alpes. Nous avons ensuite sélectionné les médecins par rapport à leur année d'installation ou de création du cabinet. Pour obtenir cette information, nous avons utilisé le site des pages jaunes qui fournit en plus de l'adresse et du numéro de téléphone du cabinet, la date de création de l'entreprise. Les maternités ciblées étant celles survenues après le 1^{ier} juin 2006, nous avons sélectionné les cabinets créés après juin 2006.

Pour explorer la plus grande diversité et le plus de points de vue différents, il nous semblait important que l'échantillon représente les différents milieux d'exercice à savoir urbain, semi rural et rural. Les localités ont été choisies au hasard.

Les médecins ont été contactées par téléphone soit directement pour certaines soit par l'intermédiaire d'une secrétaire pour la plupart. Dans le deuxième cas, des relances téléphoniques étaient parfois nécessaires.

4. Le guide et le déroulement des entretiens.

4.1. Le guide d'entretien.

Le guide d'entretien permet de définir le déroulement de chaque entretien tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions. Au fur et à mesure de la progression de l'étude, il peut être modifié si besoin. Les questions sont ouvertes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Le but est d'obtenir un maximum d'idées et de réactions personnelles et les propos sont accueillis sans jugement.

Nous avons élaboré le guide en trois parties :

- ✓ La première est une courte introduction pour présenter l'étude et exposer clairement les « règles du jeu » : entretien consenti, enregistré et anonyme.
- ✓ La deuxième partie est un court questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon et démontrer sa pertinence. Il est anonyme aussi.
- ✓ Enfin, la trame de questions. Nous avons formulé les questions de manière à ancrer les réponses dans les expériences des participantes, à ne pas orienter les réponses et à ne pas pouvoir y répondre par oui ou par non. Pour plus de clarté, chaque question ne contenait qu'une seule idée.

A partir des études déjà menées, nous avons listé les problématiques liées à la pratique libérale au moment de la grossesse. Les grands thèmes abordés ont été : la recherche du remplaçant, la problématique financière, les modes d'organisation dans la vie professionnelle et la vie personnelle et l'allaitement.

Le guide a évolué au fil des entretiens. Un premier guide a servi aux trois premiers entretiens (annexe 2), puis nous avons apporté un certain nombre de modifications, en particulier des questions supplémentaires, suite notamment aux retranscriptions des enregistrements et aux remarques faites en fin d'entretien par les participantes. A partir du quatrième entretien, le guide est resté le même jusqu'à la fin (annexe 3).

Nous avons utilisé le vouvoiement pour tous les entretiens même si nous connaissions le médecin pour éviter trop de familiarité et les sous-entendus.

Nous avons sollicité le Professeur Jean-Pierre ZIROTTI, sociologue, qui a bien voulu nous donner son avis sur les thèmes abordés et la formulation des questions. Chaque modification apportée au guide a été soumise et validée par le directeur de thèse.

4.2. Le déroulement des entretiens.

4.2.1. Les techniques d'entretien.

Nous avons participé à une formation à la recherche qualitative proposée par la faculté de Nice, appelée « cellule d'aide méthodologique à la recherche qualitative » et lu les documents relatifs à la recherche qualitative disponibles sur le site du collège de médecine générale de Nice, afin de nous familiariser avec les techniques de l'entretien semi dirigé. Notre directeur de thèse nous a proposé plusieurs documents concernant les études qualitatives ^{4, 16, 18}.

Adopter une attitude souriante et détendue pour créer une atmosphère conviviale, ne pas être pressée, répondre de façon neutre sans exprimer son point de vue, respecter les temps de réflexion, de silence, mémoriser les grandes lignes de l'entretien afin de garder un contact visuel, ne pas hésiter à reformuler pour être sûre d'avoir bien compris et s'adapter aux réponses données en modifiant si besoin à la dernière minute l'ordre des questions, sont les principaux conseils pratiques qui nous ont été donnés.

Avant de démarrer le premier entretien, nous avons testé notre guide auprès de deux amies médecins : l'une, 29 ans cardiologue en cours d'installation en tant que collaboratrice et enceinte de trois mois ; l'autre 28 ans, médecin généraliste actuellement remplaçante avec le projet à court terme d'une maternité, et qui n'envisage pas de s'installer dans les années à venir. Bien qu'elles ne correspondent pas aux critères de l'étude, elles nous ont donné leur avis de jeunes femmes médecins libérales sur la pertinence des thèmes abordés. De même, elles nous ont aidées à reformuler les questions qui n'étaient pas assez claires. Nous avons pu ainsi nous entraîner afin de maîtriser les techniques d'entretien.

En cas d'interruption téléphonique ou d'une tierce personne, nous avons stoppé l'enregistrement pour une question de confidentialité et de respect.

Si un thème était abordé par la participante avant que la question ne soit posée, l'entretien n'était pas interrompu pour éviter de perturber la participante et le

récit de son expérience. La question était quand même posée mais sous une autre forme : « vous en avez parlé tout à l'heure, voulez-vous rajouter quelque chose concernant... ».

Toujours avec souplesse, nous nous autorisions à poser spontanément des petites questions supplémentaires ne figurant pas sur notre guide. Ces questions n'étaient pas préparées à l'avance, mais survenaient au cours de la discussion selon les propos et les attitudes des participantes. Pour éviter de perturber le fil de l'entretien et pour une question de temps, ces questions étaient en majorité volontairement fermées.

La maternité ciblée était surtout la première survenue après l'installation. Ce pouvait être une première grossesse comme une deuxième, une troisième ou plus. Nous laissons aux participantes la liberté d'évoquer des détails et souvenirs concernant les grossesses précédentes et suivantes quand il y en avait.

Au final, le premier entretien a eu lieu le 28 juillet 2015 et le dernier le 29 octobre 2015. Les congés d'été et la forte activité en période de rentrée scolaire expliquent que trois mois ont été nécessaires pour organiser et mener les entretiens.

4.2.2. Le lieu et la durée.

Nous proposons aux participantes de les rencontrer à leur cabinet car cette solution nous paraissait être la plus simple et la plus pratique pour elles. Si elles proposaient un autre lieu de rendez-vous, comme leur domicile, pour des raisons d'organisation et de préférence, nous acceptions bien sûr.

Au début du recrutement, nous avons annoncé une durée de 30 minutes. Pour chaque entretien, nous avons relevé la durée de l'enregistrement, ce qui nous a conduits dès les premiers entretiens à annoncer plutôt entre 30 et 45 minutes.

5. Le traitement des données.

Le recueil des données repose sur l'enregistrement des entretiens.

5.1. La retranscription verbatim.

Il s'agit de retranscrire mot à mot les enregistrements. Une retranscription rigoureuse et fidèle est fondamentale pour assurer la validité et la richesse des résultats.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur audio numérique classique. Nous avons choisi ce modèle pour sa simplicité d'utilisation, une connexion PC prête à l'emploi sans logiciel à installer et la qualité du son à l'écoute. Son coût était aussi très intéressant : 36 euros.

Via le câble USB fourni avec l'enregistreur, les fichiers audio ont été transférés sur le bureau de l'ordinateur. Nous avons retranscrits mot à mot chaque entretien sans aide matérielle ni autre logiciel que Microsoft Word pour le traitement de texte. Il fallait compter environ 1 heure et demie à 2 heures pour retranscrire 10 minutes d'enregistrement.

Nous avons réécouté chaque enregistrement et relus chaque retranscription correspondante une seconde fois pour être sûre d'être le plus fidèle possible.

Les interruptions sont signalées par des points entre parenthèses (...). Le non verbal comme, les rires, les silences, les hésitations, les soupires, le ton ironique, a été noté entre parenthèses. Nous avons souligné ce qui était dit avec conviction. Intentionnellement, nous n'avons pas corrigé les fautes de grammaire pour préserver le caractère oral et spontané des propos. Enfin, le nom des consœurs ou confrères parfois cités, les villes et les noms des établissements de soins ont été retirés des retranscriptions, remplacés par un double crochet [].

Nous avons retranscrits l'introduction du guide pour les 4 premiers entretiens seulement. Ensuite, les retranscriptions démarrent à la première question du questionnaire quantitatif : « Quel âge avez-vous ? ».

Nous avons appelé le premier entretien E1 et ainsi de suite jusqu'à E18 pour respecter l'anonymat des enregistrements. Nos questions et nos interventions sont écrites en gras. Le « non gras » correspond aux propos des participantes.

5.2. L'analyse des données qualitatives.

L'analyse qualitative est un processus évolutif et continu qui commence dès le premier entretien. Cela permet d'adapter le guide d'entretien et de déterminer le moment où on arrive à saturation d'idées. Pour nous aider dans ce travail d'analyse, nous avons téléchargé un logiciel qui fait référence en la matière : le logiciel N'Vivo, version 10 ²¹. Pour comprendre comment utiliser ce logiciel, nous avons dû télécharger plusieurs tutoriels, et malgré cela, nous n'avons pas réussi à exploiter correctement les fonctions d'N'Vivo. Finalement, nous avons choisi d'imprimer les retranscriptions et avons encodé les verbatim manuellement à l'aide d'un code couleur. Une couleur représentait une idée, sachant qu'il pouvait y avoir plusieurs couleurs pour un même passage du verbatim.

RESULTATS

I. La méthode et l'échantillon.

1. Le recrutement : un accueil enthousiaste et motivant.

Sur les quatre médecins que nous connaissions et que nous pensions correspondre à l'étude, nous en avons interrogées trois. Finalement l'une d'entre elle était remplaçante pendant sa grossesse. Nous l'avons su au début de l'entretien à l'étape du questionnaire à la question « Combien de temps après votre installation êtes-vous tombée enceinte ? ». Nous avons donc dû stopper l'entretien. La participante nous a confié être tellement intéressée par l'étude qu'elle n'avait pas fait attention aux critères requis et s'en est excusée. Cette mésaventure, nous a permis d'être plus vigilants afin d'éviter des déplacements inutiles et une perte de temps.

La méthode du « bouche à oreille » a très bien fonctionné puisque sur les 8 médecins qui nous ont été proposées par certaines participantes, leurs collègues ou leurs secrétaires, nous en avons interrogé sept et eu seulement un refus pour « manque de temps », la durée de l'entretien étant estimée trop longue par rapport à ses disponibilités.

Enfin, grâce à une méthode plus classique mais plus hasardeuse de recrutement sur le site du conseil de l'ordre et des pages jaunes, sur les vingt et un cabinets contactés, nous avons trouvé neuf médecins correspondant à l'étude. Parmi elles, seulement un médecin a refusé de participer pour « manque de temps ». Dans son cas, son bébé venait d'avoir 3 mois ; elle nous a expliqué qu'elle était trop « débordée » entre le cabinet et la maison. Nous n'avons pas insisté.

Nous avons été particulièrement bien accueillis par les médecins et les secrétaires. Le sujet était qualifié de très intéressant et celles qui ne pouvaient pas participer manifestaient leur déception. Les médecins, pour qui nous avons laissé un

message ou envoyé un email, ont toutes répondu même si la réponse était négative. Les rendez-vous ont été pris directement avec les médecins.

Au final, nous avons interrogé dix-huit médecins. Sur les trente-trois médecins que nous avons contacté, treize femmes ne remplissaient pas les critères : trois n'avaient pas d'enfants, deux étaient enceintes, huit avaient eu leurs grossesses en étant interne et/ou remplaçante. Seulement deux médecins ont refusé de participer pour « manque de temps » ; nous n'avons pas insisté.

2. Le déroulement des entretiens.

2.1. Des lieux et des conditions d'enregistrement agréables.

Nous avons réalisés douze entretiens dans les cabinets des médecins, au moment de la pause déjeuner, au plus tôt à 11h30 et au plus tard à 14h00. Les conditions étaient idéales : nous n'avons été dérangées qu'une fois par la secrétaire pour un entretien. Trois médecins nous ont proposé de réaliser les entretiens à leur domicile un jour de semaine non travaillé et sans la présence des enfants (deux à 10h00 et une à 15h00). L'entretien se déroulait à chaque fois autour d'un café et quelques viennoiseries. Pour une des trois médecins, elle n'avait finalement pas pu faire garder son bébé de 8 mois et l'entretien a été interrompu trois fois par les pleurs du nourrisson.

Nous verrons dans le paragraphe 3 que, trois médecins avaient une activité mixte, l'exercice libéral de la médecine étant majoritaire. Pour deux d'entre elles, nous les avons rencontrées sur leur lieu d'activité salariée : une à l'hôpital dans un service de consultation et une dans un centre de Planning Familial.

Enfin, nous avons dû rencontrer un médecin deux fois. La première fois, elle nous avait proposé de se rencontrer dans un petit restaurant proche de son cabinet pendant sa pause déjeuner. Malheureusement, l'endroit était trop bruyant, et nous avons préféré reporter l'entretien au risque qu'il ne soit pas exploitable ou pire au risque de devoir le refaire. Ce rendez-vous nous a toutefois permis de faire connaissance autour d'un bon déjeuner. Deux semaines plus tard, nous l'avons rencontré à son domicile, un jour de semaine non travaillé sans la présence des

enfants, où les conditions étaient plus favorables à un enregistrement de bonne qualité.

Notre étude étant réalisée sur la région Rhône-Alpes, nous avons dû parfois parcourir beaucoup de kilomètres. Le lieu de rendez-vous le plus proche se trouvait à 800 mètres de notre domicile et le plus éloigné à 115 kilomètres.

Tous les enregistrements ont été exploitables sans incident technique et de très bonne qualité audio.

2.2. Une organisation parfois compliquée.

Nous avons réalisé les dix-huit entretiens en trois mois répartis sur quatorze jours. Le premier a eu lieu le 28 juillet 2015, le dernier le 29 octobre 2015.

Nous avons regroupé les entretiens d'une même localité (surtout pour les plus éloignées) afin de limiter les frais de déplacements. Trois entretiens au maximum étaient programmés sur une même journée, en laissant 1 heure et demie minimum entre deux rendez-vous sachant que nous avons annoncé entre 30 et 45 minutes d'entretien, qu'il fallait prévoir les déplacements et d'éventuels retards. Les médecins nous ont reçus à l'heure prévue sauf pour deux, qui ont eu 30 et 45 minutes de retard.

L'enregistrement le plus court a duré 20 minutes et le plus long de 1 heure et 3 minutes ; la moyenne étant de 36 minutes et 30 secondes. Nous avons retranscrit un total de 111 566 mots, avec un maximum de 10 833 mots et une moyenne de 6 198 mots.

Les caractéristiques des entretiens sont reportées dans le tableau ci-dessous :

Entretiens	Date	Horaire	Lieu	Durée	Nombre de mots retranscrits
E1	28/07/2015	13h30	Cabinet/ville	20'10	2 971
E2	12/08/2015	13h00	Cabinet/ville	35'15	5 505
E3	25/08/2015	14h30	Domicile/ville	42'15	7 830
E4	08/09/2015	13h30	Cabinet/semi-rural	44'28	6 896
E5	15/09/2015	12h15	Cabinet/ville	35'34	4 667
E6	16/09/2015	12h15	Cabinet/ville	34'21	5 546
E7	22/09/2015	10h00	Domicile/semi-rural	55'35	9 995
E8	22/09/2015	11h30	Cabinet/semi-rural	1'02'56	10 833
E9	29/09/2015	13h00	Cabinet/ville	27'29	4 625
E10	06/10/2015	15h00	Domicile/ville	38'57	5 636
E11	08/10/2015	13h30	Cabinet/ville	52'16	8 163
E12	12/10/2015	14h00	Hôpital/ville	27'19	5 491
E13	13/10/2015	10h00	Domicile/ville	52'21	8 749
E14	13/10/2015	11h45	Planning Familial/ville	34'54	5 555
E15	13/10/2015	14h00	Cabinet/semi-rural	38'45	5 557
E16	28/10/2015	12h00	Cabinet/semi-rural	30'31	5 630
E17	29/10/2015	11h30	Cabinet/semi-rural	24'45	3 791
E18	29/10/2015	13h00	Cabinet/ville	23'39	4 126

Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens.

3. Le profil des participantes.

A partir des données du questionnaire quantitatif au début de chaque entretien et l'analyse partielle du verbatim, nous avons élaboré le profil des femmes médecins qui ont participé à notre étude.

3.1. Des femmes jeunes en couple.

L'âge moyen des participantes était de 35 ans. La plus jeune avait 31 ans et les plus âgées avaient 40 ans. Notre échantillon était homogène comme en témoigne la figure 1.

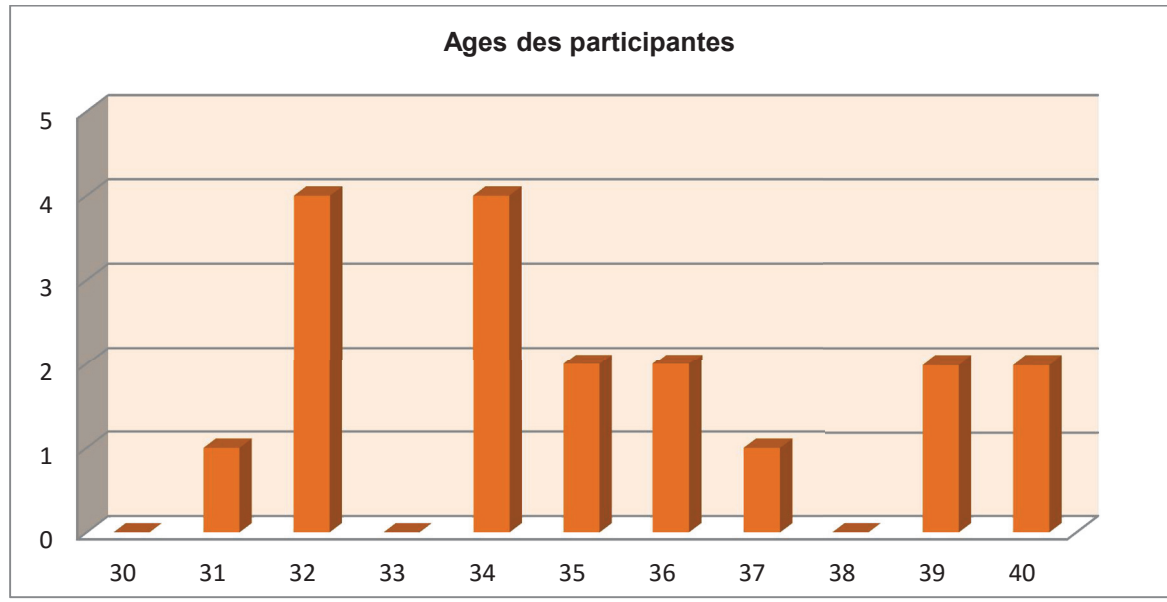


Figure 1 : Effectifs des participantes en fonction de leur âge au moment de l'étude.

Toutes les femmes étaient en couple au moment de l'installation et de la grossesse : quinze étaient mariées ; deux vivaient en concubinage et une était pacsée. A partir du quatrième entretien, nous avons demandé quelle était la profession du conjoint. Les conjoints de six médecins exerçaient une profession libérale et pour les neuf autres, le conjoint était salarié.

3.2. Des médecins installés jeunes, en collaboration ou en association.

Les participantes de notre étude se sont installées pour la première fois en moyenne à l'âge de 31 ans, sachant que l'âge moyen de première inscription à l'Ordre des Médecins en France en 2014 est de 33 ans pour les femmes (toutes spécialités confondues)⁸. Parmi les médecins interrogées, la plus jeune avait 28 ans, la plus âgée avait 37 ans au moment de leur installation (figure 2).

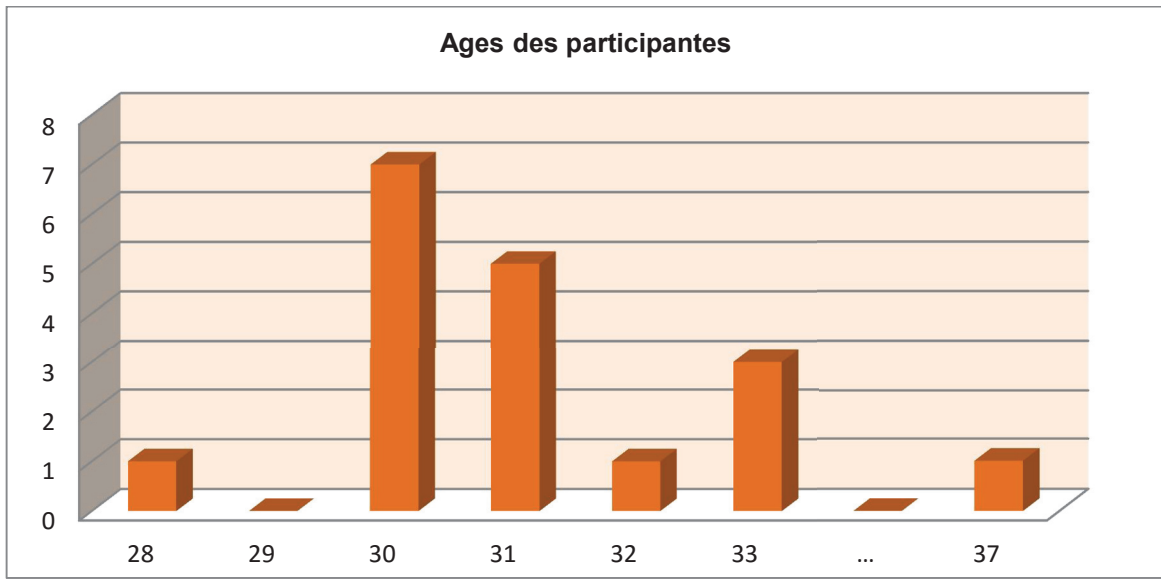


Figure 2 : Effectifs des participantes en fonction de leur âge au moment de l'installation.

Concernant leur statut dans le cabinet, de façon à peu près équivalente, dix étaient collaboratrices et huit étaient associées au moment de la grossesse.

3.3. En majorité, enceinte moins d'1 an après l'installation.

Comme l'indique la figure 3, la majorité des participantes ont eu une grossesse dans l'année qui a suivi leur installation en libéral.

Pour huit médecins, il s'agissait de leur première grossesse. Pour sept médecins, il s'agissait de leur deuxième grossesse avec donc un enfant à charge et pour trois médecins de leur troisième grossesse avec donc deux enfants à charge.

Cinq médecins étaient déjà enceintes au moment de signer leur contrat. Une grossesse était survenue dans un délai de 2 ans et demi.

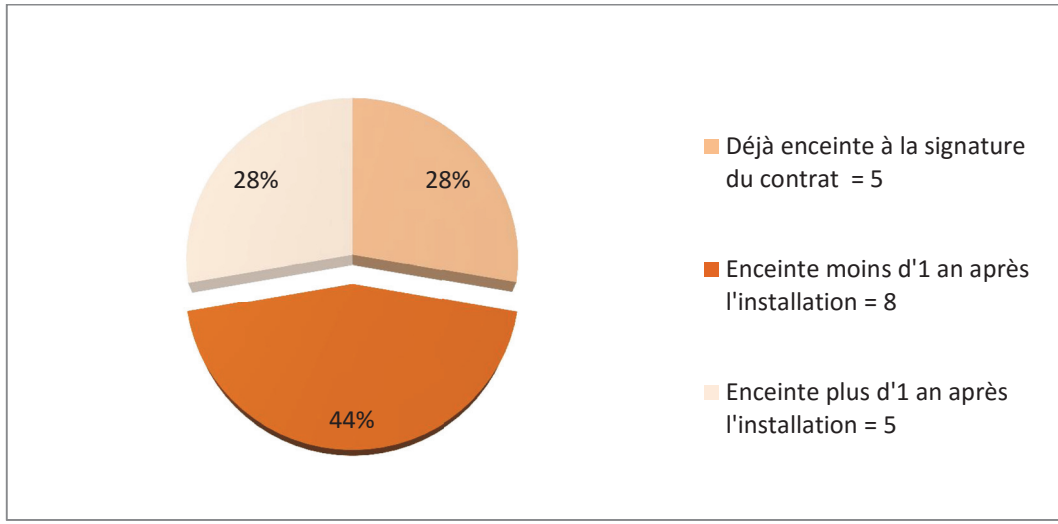


Figure 3 : Répartition des participantes en fonction du délai entre leur installation et leur grossesse.

3.4. Exerçant en groupe, en ville et à temps partiel.

Aucune participante était installée seule. Au minimum, il y avait déjà un médecin dans le cabinet et au maximum six. Une participante exerçait au sein d'une maison médicale, et deux étaient associées dans le même cabinet.

Lors du recrutement, nous n'avons trouvé aucune femme médecin correspondant aux critères de l'étude exerçant en milieu rural. La figure 4 indique qu'une proportion majoritaire de participantes exerçaient en ville et qu'un tiers exerçait en zone semi-rurale.

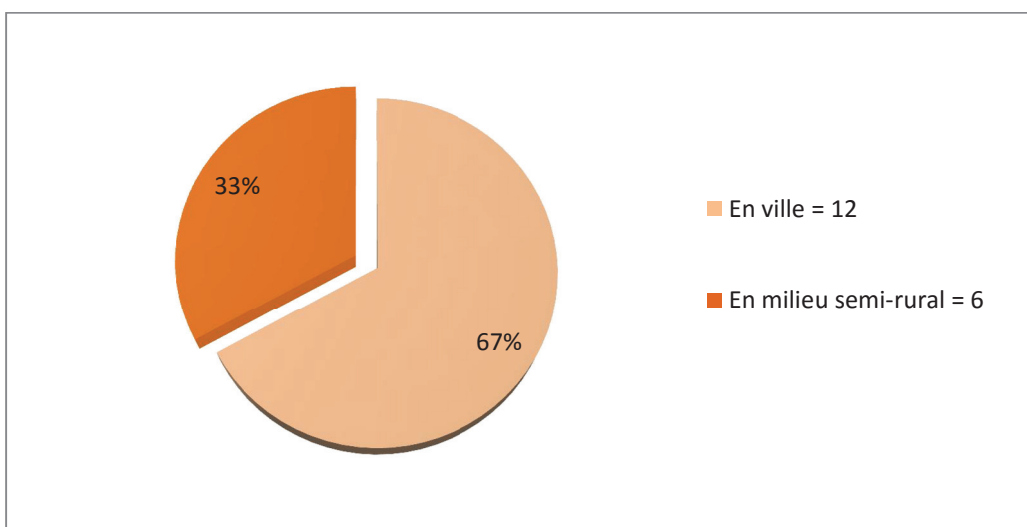


Figure 4 : Répartition des participantes selon leur lieu d'exercice.

Lors des entretiens, nous avons appris que trois médecins avaient une activité mixte : une faisait des consultations d'allergologie à l'hôpital une demi-journée par semaine ; une prenait une nuit de garde par semaine aux urgences à l'hôpital, et une consultait dans un centre de planning familial un jour par semaine. Comme l'exercice libéral était majoritaire, en temps et en revenus pour les trois, nous avons conservé et exploité leurs témoignages.

Enfin, aucun médecin ne travaillait cinq jours pleins par semaine. Elles travaillaient au minimum deux jours et demi et au maximum quatre jours et demi par semaine (figure 5). Elles avaient entre une demi-journée et deux jours et demi de repos hebdomadaire. Seulement deux médecins travaillaient le samedi matin (un samedi sur deux pour l'une et un samedi sur trois pour l'autre). La moitié des participantes ne travaillaient pas le mercredi. Enfin, quatre médecins participaient au tour de garde de leur secteur : de deux à quatre gardes par mois et pour deux d'entre elles, il s'agissait d'une semaine complète par trimestre.

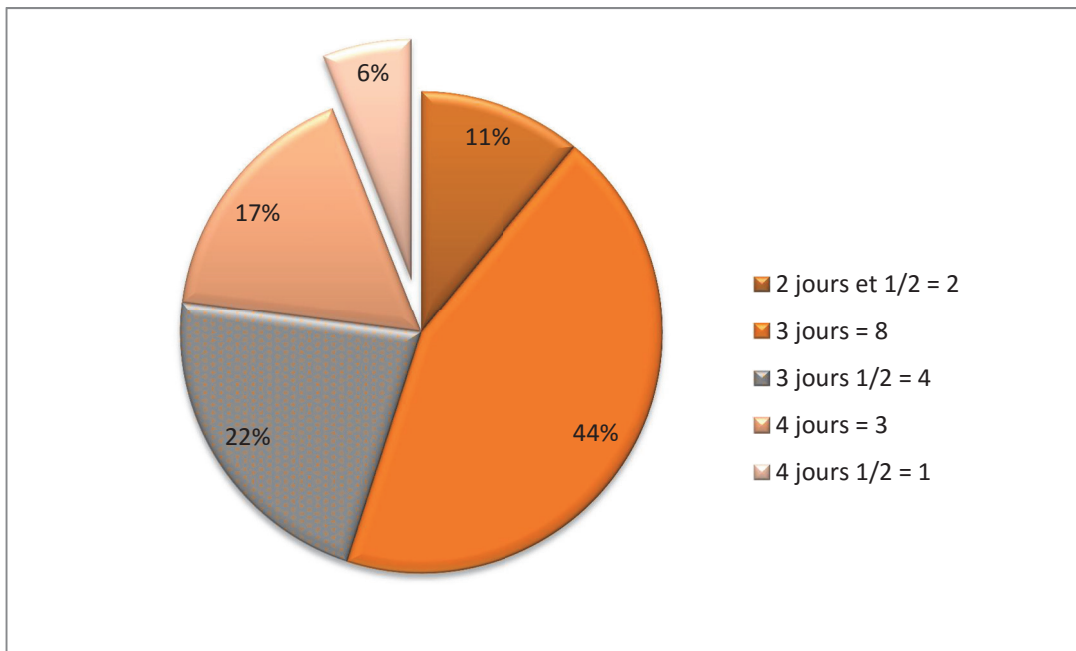


Figure 5 : Répartition des participantes en fonction du temps de travail hebdomadaire.

II. Les retranscriptions.

Depuis le jour où elles ont annoncé leur grossesse à leurs patients et à leurs collègues jusqu'à la reprise de leur activité, les dix-huit participantes nous ont livrés leurs souvenirs de vie professionnelle et personnelle. Entre satisfactions et regrets, voici comment elles ont géré chaque étape de leur maternité tout en exerçant en libéral.

1. La place de la maternité dans le projet d'installation.

Pour tous les médecins de notre étude, la maternité tenait une place aussi importante dans leur vie de femmes que la pratique de la médecine générale. C'est pourquoi, aucune n'avait envisagé ni d'être mère au foyer ni de travailler à temps plein. Dès le départ, dans leur projet d'installation, elles voulaient travailler à temps partiel et en groupe.

« C'était obligatoire. D'abord pour pas être seule, parce que je trouve que c'est tellement plus rassurant de s'parler entre deux portes. (...) Et puis pour le confort de travail. Y a toujours quelqu'un au cabinet pour les patients. (...) Du coup sur les 5, on est quand même 3 à travailler que 3 jours par semaine. » (E17)

« (...) j'suis pas faite pour être mère au foyer. Comme je disais à la fois faire un temps plein c'était inenvisageable et à la fois être mère au foyer c'est pas fait pour moi, j'm'épanouie pas. Donc voilà, faire un mi-temps c'est parfait. » (E15)

Certaines femmes voulaient d'abord se consacrer à leur métier et avoir une situation professionnelle bien établie. La maternité, soit ne faisait pas encore partie de leurs projets, soit ne représentait pas un frein à leur installation.

« Moi j'étais à fond dans mon boulot, donc moi l'important c'était mon boulot. (...) Voilà, mais j'étais pas accro des gamins en plus. Ouais voilà, c'était pas le but de ma vie. Le but de ma vie c'est vraiment mon métier. Du coup j'me suis installée, après j'me suis mariée et après les gamins sont venus. Et ça m'allait bien comme ça. » (E13)

« Pour moi, la grossesse, c'était bon bah, c'est pas une maladie. Donc au contraire, dès le départ, j'ai pas considéré que c'était un frein de quoi que ce soit (rires). » (E18)

Pour d'autres au contraire, il était évident qu'elles auraient d'abord leurs enfants avant de s'installer car envisager une grossesse après l'installation leur semblait trop contraignant et difficile à gérer.

« (...) j'm'étais dit que j'm'installerai pas avant parce que j'savais que j'aurai certainement un troisième enfant (...) j'm'étais dit j'ai pas envie de devoir me limiter dans le temps de congé maternité en m'disant oh la la, j'vais pas prendre autant parce que ma patientèle va m'attendre pendant 6 mois et mon dieu qu'est-ce qu'ils vont dire. » (E10)

« Moi, dans mon projet de vie idéal, j'm'étais toujours dit : « tu remplaceras le temps de faire tes enfants, qu'ils grandissent un peu, puis quand ils seront tous bien installés à l'école, euh tu décideras de penser à t'installer. » (E8)

Du coup, avant de devenir collaboratrices ou associées, elles avaient été remplaçantes, plus ou moins longtemps, et certaines avaient déjà eu 1 ou 2 enfants. Pour beaucoup, la perspective d'un emploi du temps stable et d'une libre organisation semblait finalement plus propice à avoir des enfants une fois installées qu'en étant remplaçantes. Donc pour certaines, c'est le projet d'une autre maternité qui avait motivé leur installation.

« (...) quand j'ai repris les remplacements en étant maman d'une petite fille, ça été très compliqué pour moi de m'organiser au niveau du mode de garde. Et c'est là où je me suis rendu compte que c'était quand même plus facile pour m'organiser au niveau de la garde, d'avoir des remplacements fixes, chose que j'ai cherché très rapidement. Et donc, de remplacements fixes, je suis partie sur la collaboration. Donc ça été finalement cette première grossesse qui m'a incité à m'installer. » (E1)

« (...) j'avais envie de m'installer pour avoir quelque chose de stable (...) parce que quand on est remplaçante ça peut être bien, mais quand on a un enfant, c'est pas un emploi du temps stable. Entre l'travail, la nounou, son bébé (...). Là en plus, on travaille à 3/4 temps, enfin j'ai un jour et demi par semaine où je ne travaille pas. Du coup, ça m'permet de me libérer du temps pour mon bébé, donc c'est bien. » (E11)

« (...) j'ai vraiment trouvé ça beaucoup plus confortable quand on est installée parce que on peut prévoir dès le tout début un remplaçant, on peut organiser son emploi du temps comme on veut, on est pas obligée de faire des semaines de rempla très intenses et puis après plus rien. On peut s'organiser, avoir du recul, enfin, anticiper énormément, moi je trouve ça beaucoup plus simple. (E4)

« On peut quand même aussi vachement s'occuper d'ses enfants en étant installée, chose qu'on pourrait pas faire, enfin qui est plus difficile à faire en salariat et qui est plus difficile à faire aussi quand on remplace. Parce qu'on a toujours l'impression d'avoir des comptes à rendre à la personne qu'on remplace. » (E8)

Au final, très souvent, c'était l'opportunité de conditions favorables d'installation qui les avaient décidées. Leur projet de maternité n'était pas pris en compte.

« (...) j'm'étais dit que je m'installerais pas avant d'avoir le troisième et en fait quand l'opportunité s'est présentée, donc c'était un cabinet que j'connais (...) j'me suis dit bon une collaboration quand même juste à côté de chez moi à temps partiel sans mercredi (...). J'me suis dit bon allez ça s'tente, j'vais pas refuser, faut tenter l'coup (rires). » (E10)

« (...) les conditions étaient idéales. J'avais des associés, j'avais une patientèle, j'avais un cabinet dans l'sixième, donc j'ai dit oui. Voilà, moi j'pense que seule j'me serai jamais installée. » (E6)

« Puis la vie a fait autrement, que j'suis tombée sur ce cabinet avec une place, enfin quelqu'un qui parlait à la retraite, et que j'me suis dit, j'me vois pas ailleurs qu'ici. Donc j'm'installe avant. » (E8)

Enfin, nous avons vu qu'un certain nombre de femmes étaient déjà enceintes au moment de leur installation. Certes source de stress au départ, la grossesse les avait finalement confortées dans leur décision.

« Et finalement, le fait d'être enceinte m'a conforté dans mon choix parce que je trouvais ça plus sécurisant pour moi de savoir où j'étais au bout de neuf mois avec un emploi sûr, plutôt que de repartir sur des remplacements où y a quand même une incertitude et une précarité dans le travail. » (E14)

Après l'internat, le statut de remplaçante est souvent considéré comme le plus confortable pour avoir des enfants entre autre parce qu'il n'engage aucune responsabilité si ce n'est envers le médecin remplacé. Etre remplaçante, c'est travailler au gré de ses envies et de ses besoins financiers. C'est aussi travailler intensément pendant les vacances scolaires et avoir beaucoup de temps libre le reste du temps. Enfin, c'est avoir peu de charges professionnelles. Les médecins interrogées qui comme moi ont fait l'expérience de la maternité en étant remplaçantes, se sont aperçu que finalement, c'était une situation professionnelle assez précaire et peu compatible avec l'arrivée d'un enfant principalement au niveau de l'organisation et de la gestion du mode de garde. Trouver des remplacements réguliers est compliqué et les conserver pendant une longue période l'est encore plus. Trouver une place à la maternité dans le projet d'installation n'a pas semblé être si compliqué pour les médecins interrogées. Si trouver le bon moment pour une grossesse semble difficile, le fait d'être installée « booste » le projet de maternité.

2. La grossesse.

2.1. L'annonce.

▪ **Aux collègues.**

Pour la plupart des médecins, même si elles s'entendaient très bien avec leurs collègues, leur annoncer leur grossesse avait été une étape stressante. Leur principale crainte était de ne pas trouver un remplaçant pour assurer le suivi des patients et éviter une surcharge de travail à leurs associés pendant leur absence. Très souvent, les collègues s'en doutaient. Certaines avaient abordé le sujet au moment de l'installation. Pour quelques-unes, la fatigue et les vomissements du premier trimestre avaient éveillé les soupçons.

La grossesse était en général annoncée avant la fin du premier trimestre, la première échographie confirmant la bonne évolution de la grossesse.

Quelques-unes ont attendu d'avoir trouvé un remplaçant pour l'annoncer plus sereinement. C'est d'ailleurs un conseil qu'elles avaient donné.

« (...) j'avais déjà cherché une remplaçante avant même d'avoir la première échographie du premier trimestre et ça m'a permis de dire sereinement les choses en fait. » (E4)

Dans l'ensemble, les collègues hommes et femmes étaient plutôt ravis à l'annonce de la nouvelle, aidant même leur consœur à trouver un remplaçant.

Pour une seule d'entre elle, l'annonce a été difficile.

« C'était difficile parce que je venais de leur dire quelques mois avant, que suite au départ d'un de leur confrère, je leur proposais de venir travailler avec eux, et là j'apprends que je suis enceinte, donc ça posait souci parce que il fallait s'réorganiser pour le congé maternité (...). Ils n'ont pas été très heureux d'apprendre la nouvelle et ils me l'ont fait sentir. C'est qui m'a fait même hésiter à m'installer je vais vous dire. » (E11)

▪ **Aux patients.**

Installées depuis moins d'1 an, la patientèle n'étant pas encore bien fidélisée, beaucoup de médecins s'étaient senties mal à l'aise vis-à-vis de leurs patients de partir en congé aussi rapidement.

« (...) venant de m'installer, je craignais qu'ils disent ben : « elle vient d'arriver et elle part déjà ». Donc voilà. Et j'avais un peu peur qu'ils se sentent abandonnés. » (E8)

Au contraire, pour quelques-unes, le fait d'être installées depuis peu de temps rendait l'annonce plus facile.

« J'avais pas vraiment de craintes vis-à-vis de mes patients parce que j'étais là depuis peu de temps. Donc, y avait pas forcément une relation longue avec les patients. » (E14)

Certaines avaient peur aussi que leurs patients ne reviennent pas à leur retour, qu'ils changent de médecin et quelques-unes s'inquiétaient de perdre le bon contact qu'elles avaient réussi à créer avec eux en quelques mois. La plupart d'entre elles, comme leurs confrères redoutaient de ne pas trouver de remplaçants pour assurer le suivi des patients.

« (...) la peur de si j'pars est-ce qu'ils vont m'aimer encore mes patients, voilà (rires). » (E6)

La majorité des médecins interrogées a attendu que leurs patients remarquent eux même la rondeur de leur silhouette, leur évitant de répondre à des questions parfois personnelles. Les patients n'osaient en général rien dire tant que ce n'était pas franc.

« J'ai pas annoncé très tôt aux patients, parce que j'avais pas trop qu'on m'pose tout le temps, c'est gentil, mais qu'on me pose tout l'temps la question de comment j'allais, si c'était un garçon ou une fille, des questions un p'tit peu personnelles. » (E5)

« J'voyais bien qu certains regardaient quand même le ventre d'un air interrogateur mais c'est qu'à partir de 5 mois qu'ils ont commencé à dire félicitations. » (E10)

Quelques médecins l'avaient annoncé plus tôt, seulement à certains de leurs patients.

« Pour certains j'ai annoncé, pour d'autres j'ai attendu qu'ils le voient parce que y en a certains avec qui j'avais pas envie de parler de tout ça, voilà...pi y a des patients qui s'intéressent pas vraiment à vous c'qui est normal et puis y en a d'autres qui s'intéressent à votre premier enfant, comment il va, donc j'annonçai ça, que j'allais avoir une petite sœur ou un p'tit frère...voilà. » (E6)

Quand les patients abordaient le sujet en consultation, elles leurs donnaient alors les précisions sur les dates de leurs absences et des détails sur le médecin remplaçant. Pour les patients chroniques, elles leur en parlaient au moment du dernier renouvellement d'ordonnance. 3 médecins avaient choisi de mettre en plus une affiche dans la salle d'attente, environ 1 mois avant leur départ.

« J'ai un de mes collègues qui m'a fait une réflexion très pertinente, (rires), qui m'a dit : « en fait, tes patients, ils pensent que tu pars et que tu reviens plus ». Parce qu'il y a un ou deux patients qui sont allés l'voir en disant : « non mais elle est enceinte, elle s'en va, elle va prendre un congé parental, donc je vous veux comme docteur ». Et du coup, mon collègue m'a dit tu devrais mettre un mot pour qu'ils comprennent que tu reviens. » (E8)

En général les patients étaient plutôt contents pour leur médecin. Quelques-uns n'appréciaient pas la nouvelle.

« (...) notamment une qui a dit : « oulala, mais ça fait la deuxième fois qu'elle nous fait l'coup, euh, j'vais voir ailleurs. » Donc, ça c'est assez vexant, hein, on se sent pas respectée en tant que femme, voilà. » (E4)

« (...) y a une patiente comme ça qui a vu ma collègue pendant mon congé et qui avait dit : « oh bah de toute façon je resterai avec vous parce que maintenant qu'elle a son bébé elle va tout l'temps être absente. » (E5)

Néanmoins, la plupart étaient inquiets de savoir si leur médecin reviendrait, quand et qui les remplacerait. Sans le vouloir, ils leurs mettaient une certaine pression, qu'elles avaient parfois du mal à gérer. Donc, par exemple, certains médecins avaient attendu d'avoir trouvé un remplaçant pour annoncer leur départ, principalement pour les rassurer.

« (...) bon certains me demandaient quand même déjà quand est-ce que je reprenais (rires), avant même que je m'arrête (rires). » (E5)

« (...) je savais que toute ma grossesse j'avais des remplaçants, et bah là c'était plus facile de leur dire j'me casse (rires) mais y a quelqu'un quoi, et vous inquiétez pas j'reviendrai. » (E7)

« (...) je me sentais obligée d'me justifier en disant mais je reviens après, j'pars pas longtemps, euh, comme si c'était pas légitime de s'arrêter pour l'accouchement enfin j'me sentais en tous cas obligée de justifier ce départ. » (E15)

L'annonce de la grossesse est plutôt bien accueillie par les collègues ce qui tendrait à prouver une certaine évolution des mentalités, plutôt positive avec un fléchissement des idées machistes. L'inquiétude des collègues vis-à-vis de l'impact d'un congé maternité sur leur charge de travail est légitime et compréhensible. Mais l'énorme avantage du libéral est de pouvoir se faire remplacer, permettant de limiter les répercussions sur le travail des autres. On constate dans notre étude qu'une fois le remplaçant trouvé, les craintes côté collègues et côté médecins avaient disparu. Un autre avantage du libéral est de pouvoir choisir les confrères avec qui on souhaite travailler. L'étude montre que bien s'entendre avec ses collègues permet d'annoncer sa grossesse plus sereinement.

Par contre du côté patients, on devine encore une inquiétude vis à vis de la « femme médecin » avec tous les problèmes que pourrait engendrer la grossesse et la maternité sur la poursuite d'une activité professionnelle normale. Les médecins interrogées avaient pris le temps de bien expliquer à leurs patients comment cela se passerait pendant leur absence, ce qui les avaient quand même rassurés.

2.2. Le vécu en tant que médecin.

- **Certaines étaient rassurées par leurs connaissances médicales, d'autres au contraire étaient très angoissées.**

Selon leur tempérament et leur caractère, elles avaient des réactions différentes.

« *J'suis quelqu'un de pas stressée de nature, ouais plutôt relax, pas angoissée. (...) je savais ce qui se passait, ce qui allait se passer. Voilà, si j'avais mal au ventre, j'savais que c'était, je sais pas, des douleurs ligamentaires ou autres (rires).* » (E10)

« *J'suis d'une nature plutôt pessimiste donc, dès qu'on fait une échographie, on raisonne médical et le risque de malformations plutôt que d's'épanouir devant l'image.* » (E14)

« *J'étais pas inquiète du tout, non non non pas du tout (éclat de rires). Je me disais : « oh là pour eux, une MAP c'est la routine. » (...) J'ai délégué ma santé et tous les problèmes. Je me suis dit : « bah pour une fois, c'est les autres qui vont se faire du souci et moi j'm'en fais pas pour moi » (rires).* » (E18)

Pour certaines, le fait d'être médecin leur permettait de relativiser certains symptômes et de raisonner de façon plus pragmatique.

C'était surtout le risque de prématurité et de fausse couche qui les angoissait. Pour d'autres, c'était l'accouchement. D'une façon plus générale, dès qu'il s'agissait de pathologies, elles s'imaginaient vite le pire.

« (...) *quand j'me suis mise à contracter alors que j'étais pas à 37 semaines (rires), là oui j'me disais : « ah mon dieu, un accouchement maintenant ». Voilà, enfin on imagine tout d'suite néonate etcétera.* » (E8)

« (...) *j'ai eu du sucre dans les urines, c'était l'été j'arrivais pas à joindre ma gynéco. Ça m'a mise dans un état de stress de dingue, ça m'a plus perturbée d'être médecin.* » (E13)

« (...) *on est quand même formée malgré tout pour voir des pathologies, donc j'imaginai à peu près toutes les pathologies du monde que j'avais quoi, inévitablement.* » (E7)

Indépendamment des connaissances médicales, les moins stressées étaient celles qui avaient déjà eu un enfant. Leur expérience de maman suffisait à les rassurer.

▪ **Elles voulaient être considérées comme une patiente lambda.**

En général, le fait d'être médecin perturbait leur rapport avec les professionnels de santé, pour qui elles étaient censées tout savoir et tout comprendre. Certaines étaient satisfaites de cette relation, d'autres au contraire en avaient souffert.

« Bah on est des femmes quoi, et euh, avant d'être des médecins en fait, et ça c'est difficile pour les soignants des fois j'pense. » (E7)

« (...) par rapport à la perte du premier bébé (...). Ça été très dur, j'aurai voulu juste en fait être une maman à ce moment-là et en fait j'aurai voulu qu'on me ménage et qu'on me dise pas toute la vérité, oui qu'on soit aussi empathique que quand on a une autre patiente (...) parce que moi on m'disait par exemple « euh bon bah normalement y a pas d'risque que ça s'reproduise, vous êtes médecin, on va pas vous cacher qu'c'est déjà arrivé, etcétera ». (...) Moi j'avais envie qu'on m'explique tout, qu'on m'rassure, qu'on m'cocoone comme tout l'monde quoi. » (E15)

« (...) y a un certain nombre de chose qu'elle m'a laissé gérer, alors que moi j'avais pas envie d'le gérer, mais je l'ai pas exprimé suffisamment tôt. (...) C'est exactement la remarque qu'elle m'a faite, c'est-à-dire que : « bah oui mais si vous posez pas la question j'peux pas vous y répondre. » (E7)

« J'aimais bien que ma sage-femme elle me réexplique comment ça s'passe un accouchement. Parce qu'on a beau avoir le côté docteur, le côté patiente c'est pas pareil hein. » (E17)

Parfois, elles hésitaient à signaler qu'elles étaient médecins, par exemple pour pouvoir poser des questions bêtes sans se sentir jugées, comme n'importe qu'elle femme enceinte.

« Et puis en tant que médecin, on n'a pas envie de passer non plus pour une nunuche, d'arriver et de devoir repartir parce qu'on était trop stressée. C'est vrai qu'on a envie un peu d'faire mieux que les autres peut-être. » (E11)

« Justement pour pas qu'on m'parle comme si j'étais médecin, pour qu'on m'parle comme si j'savais rien. » (E6)

Cependant dans certaines situations, être aussi médecin leur avait rendu service.

« Par exemple, j'ai fissuré sur la fin de ma grossesse. Je pense que je me serai pas forcément rendu en maternité si j'avais pas été médecin. (...) Elle m'a fait un test et c'est moi qui est rappelé en maternité parce qu'on m'avait pas rappelé, alors que mon test était positif. J'avais fissuré. Donc je pense que si j'avais pas des connaissances médicales, finalement, j'aurai pas sollicité pour que ça aille jusqu'au bout. » (E1)

- **Etre suivie par un gynécologue ou une sage-femme : les avis étaient partagés.**

Certaines, pour raisons médicales devaient être suivies par un gynécologue et cela leur convenait très bien.

Quand elles avaient le choix, celles qui avaient été suivies par un gynécologue pour leur(s) précédente(s) grossesse(s), s'étaient orientées vers une sage-femme principalement pour avoir une approche moins clinique, moins stressante et plus naturelle de la grossesse.

« (...) j'ai fait le choix de pas être suivie par un médecin mais par une sage-femme c'est qui permet de démedicaliser beaucoup et d'avoir une approche plus autour de la physiologie et ça m'a été très profitable (sourire). » (E14)

« Mon gynécologue avait toujours 2 heures de retard (rires), et à la fin j'me suis dit : « non, j'ai pas envie de perdre 3 heures à chaque fois qu'j'irai l'voir » et donc j'ai cherché une sage-femme près d'chez moi. » (E10)

« (...) c'est un anxieux de nature, et y avait rien qui allait jamais. A chaque consultation, y avait un souci, enfin, voilà tout le temps persuadé que j'allais accoucher avant, qu'j'avais une MAP. A 8 mois, il m'disait toujours vous irez jamais jusqu'au bout (rires). » (E10)

« Alors c'est vrai qu'avec la sage-femme, bon elle écoute le cœur du bébé, mais sinon elle examine pas. (...) ça m'a mieux convenu finalement. » (E10)

« Les gynéco c'est chiant. Ils vous écoutent pas (rires). Non parce que un gynéco c'est technique. (...) J'ai envie d'avoir une femme qui m'écoute et c'est ça une sage-femme. Elle, elle sait vous écouter. (...) aussi, l'accessibilité. Ma sage-femme, j'lui mettais des textos quand j'avais une question (sourire). Mon gynéco, j'ferai pas ça. » (E7)

Pour d'autres au contraire, le suivi médical classique fait par un gynécologue les rassuraient et leur convenait très bien, d'autant plus, lorsqu'il s'agissait d'un premier bébé.

« (...) ça m'astreignait à aller tous les mois chez lui, et à avoir mon suivi, voilà, mes écho. J'avais tout callé dès le premier rendez-vous les dates de suivi et tout. » (E8)

Ce chapitre pose le problème de la relation médecin soignant/médecin soigné. Sans entrer dans une polémique stérile, le médecin soigné a souvent l'impression qu'on lui laisse plus de liberté dans les décisions et qu'on néglige un peu le problème qui le préoccupe puisqu'il est censé avoir les connaissances médicales. Même médecin, celui-ci reste un patient comme les autres. Concernant le suivi de la grossesse, il ne s'agit pas d'être pour ou contre une sage-femme ou un gynécologue. Les attentes sont très différentes d'une femme à une autre comme en témoigne

l'étude. Ce que nous avons mis en évidence, c'est ce sentiment d'être négligée en tant que patiente du fait de la casquette de médecin, alors qu'on s'attend justement à plus de considérations. Difficile d'être juge et partie.

Ensuite, vis-à-vis de l'impact des connaissances médicales sur le vécu de la grossesse, sans surprise la pathologie inquiète d'avantage quand on sait les tenants et les aboutissants.

2.3. Le comportement des patients.

- **Beaucoup de médecins avaient constaté que les patients ne remarquaient pas qu'elles étaient enceintes.**

Au final, cela leur convenait très bien étant donné qu'elles n'avaient pas envie non plus de le leur annoncer avant que cela se voit vraiment.

« (...) les gens ne remarquent pas qu'on est enceinte alors que ça se voit de façon ostentatoire (...), ils sont pas là pour parler de ça. Moi j'ai eu très peu de remarques vis-à-vis de la grossesse, très peu de questionnements (...) c'est p't-être une certaine pudeur et puis une certaine retenue (...). C'est rassurant quelque part, on se sent moins regardée, moins analysée. (...) j'ai pas forcément envie qu'on m'pose des questions toute la journée. » (E4)

Une petite anecdote justement :

« J'ai un souvenir comme ça d'une situation cocasse où j'ai une dame qui a fait un malaise avec perte de connaissance au cabinet alors que j'étais enceinte jusqu'au cou. Quand elle s'est réveillée, elle m'a dit : « ah mais j'avais même pas vu que vous étiez enceinte (rires). » Voilà, j'ai trouvé ça très mignon. » (E1)

- **Elles trouvaient que leurs patients étaient plutôt bienveillants et compréhensifs.**

Notamment pour les demandes de visites à domicile et en cas de retard en consultations, car elles reconnaissaient être plus lentes sur la fin de la grossesse. Elles avaient trouvé cela très agréable.

« J'ai trouvé qu'il y avait des patients qui s'adoucissaient, et du coup, le ventre rond ça calme le jeu, (sourire), et ça c'était plutôt rigolo. » (E2)

« Et c'est fou, si vous dites à vos patients que vous pouvez pas venir à domicile, et ben ils se débrouillent de venir, c'est un truc de dingue en fait. » (E7)

Cependant, les patients avaient tendance à venir consulter juste avant le départ en congé maternité, surtout les chroniques, ce qui fait que la fin de grossesse était en général assez fatigante.

On dit souvent que les femmes enceintes ont une sorte d'aura autour d'elles qui rend les gens bienveillants à leur contact. Vivre cette relation avec ses propres patients semble être très agréable.

2.4. L'organisation au cabinet.

Comme la plupart travaillaient à temps partiel, et qu'elles débutaient leur activité depuis moins d'un an en général, elles avaient très peu modifié leur organisation pendant la grossesse. Elles trouvaient que leur activité était confortable et avaient géré le surcroît de fatigue engendré par la grossesse.

« (...) j'avais pas encore une patientèle très très importante. Donc du coup, c'est vrai qu'ça allait bien aussi. J'avais pas une surcharge de travail voilà, comme je l'ai actuellement, donc du coup voilà j'me suis pas sentie euh débordée d'appels et de devoir gérer des demandes de rendez-vous urgents. Ça été assez facile à organiser (...). » (E14)

« (...) par rapport à des remplacements que j'avais fait je travaillais moins là en étant en début d'installation. (...) je voyais entre 11 et 15 patients par jour c'est vraiment faible par rapport à notre activité habituelle. (...) Donc vous voyez j'travaillais peu. Donc c'est fait que j'étais pas épuisée spontanément quoi (rires). » (E11)

« Moi, j'ai choisi un mode d'exercice où je travaille que 3 jours par semaine. Donc, même si c'est des journées un peu dures, je sais que le lendemain j'me repose. » (E17)

- **En général, elles n'avaient pas diminué leur temps de travail ni changé leurs horaires de consultations.**

Beaucoup travaillaient en demi-journées. Sur les journées complètes, elles faisaient en moyenne 9 heures 12 heures puis 14 heures 19 heures.

Un certain nombre de femmes reconnaissaient qu'elles avaient continué à travailler en faisant comme si elles n'étaient pas enceintes.

« Moi franchement, j'ai rien changé. Enfin, j'veux dire ça a rien de bien fantastique hein franchement. La grossesse c'est pas non plus une maladie, moi j'étais en forme, j'étais pas fatiguée. » (E18)

« J'me suis pas rendue compte parce que j'allais très bien sur le plan obstétrical pur. J'ai fait comme si de rien était et j'ai pas du tout fait attention à la grossesse, voilà. (...) on s'rend pas compte qu'on a un rythme quand même extrêmement soutenu. On s'lève je sais pas combien, cinquante fois par jour euh, on va examiner vingt patients par jour, on se baisse, on se relève et on va s'asseoir dans la voiture pour aller faire des visites, pour faire des kilomètres, pour revenir, pour porter l'sac (...). » (E4)

Certaines n'avaient pas réduit leur activité simplement pour des raisons financières. Le fait d'être en libéral les avait poussées à aller au bout de leurs capacités physiques. D'autres, voulaient être présentes pour leurs patients. Pourtant, la plupart auraient bien aimé lever le pied surtout sur la fin de grossesse qui était souvent fatigante.

« (...) on venait d'acheter une maison concrètement et puis y avait un salaire qui devait rentrer. » (E12)

« (...) les 15 derniers jours où vraiment là j'en pouvais plus (rires), j'étais vraiment à bout mais je savais qu'la fin arrivait. Mais c'est vrai que j'pense que par contre, si j'avais pas été en libéral, je pense que les 15 derniers jours où j'ai travaillé, j'me serai fait arrêter. (...) Bon ça a pas été insurmontable non plus hein, si j'l'ai fait c'est parce que j'ai été capable donc. » (E15)

« (...) c'était vis-à-vis des gens en fait. J'me disais qu'il fallait que j'sois là parce qu'après je serai plus là. » (E4)

Bien que rarement évoqué, pour organiser leurs rendez-vous de suivi de grossesse, aucune n'avait rencontré de difficultés pour les intégrer dans leur planning. Toujours grâce au temps partiel, elles pouvaient les prévoir sur leurs journées de repos. Les cours de préparations à l'accouchement étaient par contre plus difficiles à organiser.

« Bah j'travaille pas l'mercredi, donc c'est plus facile ou les soirs tard, enfin j'me débrouillais en conséquence. » (E9)

« (...) les jours où j'avais mes rendez-vous, j'décalais mes consult euh voilà. » (E6)

« La préparation à l'accouchement alors qu'on travaille encore, ça j'ai trouvé ça compliqué. Autant le suivi médical, c'est pas beaucoup de consultations, ça peut s'mettre un samedi voilà. » (E8)

Quand elles étaient fatiguées ou malades, elles pouvaient compter sur le soutien des collègues et de la secrétaire. Malgré la fatigue, les nausées, les vomissements, les contractions, une varice vulvaire, des jambes gonflées, les viroses, aucune ne s'étaient mise en arrêt maladie. Elles avaient toutes tenues bon mais certaines avaient trouvé cela très difficile à vivre.

« Typiquement sur la fin, une consult qui s'rajoute ben évidemment il m'la mettait pas à moi, donc c'était quand même super sympa. J'ai été quand même très épaulée. J'pense que le cabinet de groupe, il aide vraiment dans ces conditions. Ouais, ouais ça m'a bien aidée, ouais. » (E8)

« Alors, j'avais d'la chance d'avoir des associés qui prenaient le surplus. C'est-à-dire que si j'avais pas eu un associé qui travaillais beaucoup et une associée qui était contente de travailler, j'pense que j'aurais pas pu. » (E7)

« (...) les secrétaires essayaient d'm'alléger le planning. » (E17)

Quelques-unes, quand même, avaient fait le choix de se faire remplacer de temps en temps pour récupérer un peu.

« Je prenais un p'tit peu plus souvent ma remplaçante quand j'étais un peu trop fatiguée. » (E3)

« J'ai plutôt pris des jours, voilà c'est ça, plutôt prendre trois quatre jours par ci par là, en étant remplacée pour vraiment pouvoir souffler un p'tit peu. » (E4)

Grâce à la disponibilité de leur conjoint, celles qui avaient déjà des enfants à charge, n'avaient en général pas eu à adapter leurs horaires sur le mode de garde. Pour d'autres au contraire, c'était un vrai casse-tête chinois.

« J'ai un mari qui était absent, qui faisait beaucoup de déplacements sur ma dernière grossesse où j'avais donc déjà deux enfants en bas âge et j'avais une activité d'associée qui était pleine. (...) j'avais trois modes de garde différents pour pouvoir y arriver. Donc, j'avais une crèche, j'avais une nounou et j'avais une jeune fille qui me faisait du périscolaire pour pouvoir récupérer tout le monde à 18h30 pour faire le pli jusqu'à 20h30. » (E1)

- **En revanche, presque toutes avaient augmenté leur temps de pause déjeuner pour s'allonger et se reposer.**

« (...) à partir de 6 mois à peu près, j'reprenais une heure plus tard l'après-midi. Donc, au lieu de refaire 14 heures 18 heures l'après-midi, j'faisais 15 heures 18 heures. (...) j'me suis sentie assez fatiguée pendant la grossesse et du coup j'm'étais dit voilà vers la fin, j'lève un peu l'pied. » (E10)

« J'me souviens entre midi et deux, je fermais puis j'm'allongeais sur la table d'examen. J'dormais, c'était bien (sourire). » (E17)

« (...) je prenais un temps plus long à midi pour faire une sieste, voilà...oui j'ai oublié ça effectivement, j'ai fait une sieste pendant toute la grossesse entre midi et deux. Ah bah, c'était vital, oui oui c'était vital. » (E4)

Quelques-unes avaient en plus rajouté des pauses au milieu des consultations pour prendre une collation ou simplement pour rattraper leur retard. En effet, un certain nombre de médecins consultaient plus lentement en étant enceintes. Pour autant, elles n'avaient pas rallongé volontairement leur temps de consultation sur le planning.

« (...) j'pense que quand on est enceinte, on est beaucoup plus lent parce qu'on se met dans un rythme différent, et le rythme de la grossesse est vraiment un rythme ralenti à la fois sur le plan intellectuel et sur l'plan physique. » (E4)

« Je pense que j'étais plus lente à la fin (rires). C'est sûr même (rires). Mais, j'ai pas volontairement doublé tous mes temps de consultations. (...) je rajoutais pas de consultation entre deux, des choses comme ça, j'ai allégé globalement le planning quoi, sur le dernier mois. » (E2)

- **Celles qui faisaient des visites, les avaient limitées en fin de grossesse.**

Que ce soit en zone urbaine ou en zone semi-rurale, les visites étaient rarement un problème puisque la plupart des médecins en faisaient très peu. Certains médecins les avaient même complètement arrêtées sur les dernières semaines de grossesse et les patients étaient compréhensifs.

« J'ai dû peut-être limiter un p'tit peu quand je savais que c'était par exemple des étages sans ascenseurs, ou des endroits euh, oui, où j'allais avoir p'être des difficultés. » (E5)

« J'ai dû en faire quelques-unes mais qui étaient vraiment proches du cabinet où je pouvais me rendre à pied. » (E14)

Le temps partiel semble être la clé de la réussite pour mener une grossesse en libéral. Grâce aux témoignages des médecins, on comprend pourquoi. Une autre évidence est qu'en libéral, on fait comme on veut. Ça tombe bien vu que prendre une pause déjeuner plus longue semble être indispensable quand on est enceinte et installée. Ensuite, le soutien apporté par les collègues confirme que travailler en groupe est confortable pendant la grossesse. Enfin, il semble que le lieu d'exercice (urbain ou semi-rural) n'est eu aucun impact sur leur qualité de vie pendant la grossesse. Aucune n'a fait référence ni à plus de facilités, ni à plus de pénibilités du fait de la localité. Notre étude sous-entend donc que les pratiques urbaine et semi-rurale sont identiques.

3. La préparation du départ en congé maternité.

3.1. Le remplaçant : une priorité.

Pour assurer le suivi des patients et éviter une surcharge de travail à leurs collègues, trouver un remplaçant était la principale préoccupation des médecins. Très souvent inquiètes de n'avoir personne, elles avaient commencé leur recherche très tôt dès le début de leur grossesse. Toutes disaient se sentir plus sereines pour partir une fois le remplacement assuré.

« Moi j'pense qu'effectivement assez rapidement après qu'on sache qu'on est enceinte, il faut vraiment trouver des remplaçants parce que pour moi ça été la libération en fait de s'dire euh oui je pars mais j'ai quelqu'un qui m'remplace. » (E7)

Quelques-unes avaient évoqué en plus des raisons financières.

« (...) après quand on fait les calculs d'URSSAF tout ça, c'est vite vu, euh...chaque journée on perd au moins trois cent euros, euh...ça coûte cher (rires). Euh...donc, c'était vite vu qu'il fallait trouver quelqu'un. » (E3)

« (...) trouver un remplaçant, c'était ça l'important (sourire). C'était avoir quelqu'un pour aider à payer les charges. » (E11)

Exceptionnellement, un médecin n'avait pas eu besoin de chercher un remplaçant. Parce qu'elle était en début d'activité avec une petite patientèle, elle s'était arrangée avec sa collègue qui avait pu prendre le relais pendant son absence.

« Alors à la limite ce serait maintenant, ce serait pas le même débat, parce que maintenant moi j'travaille 4 jours et elle 1 jour. Donc j'pourrais difficilement lui demander de me remplacer plusieurs mois donc là faudrait qu'j'trouve quelqu'un. » (E9)

Tous les médecins avaient fini par trouver quelqu'un. Le plus souvent, elles avaient utilisé leur réseau de connaissances ou celui de leurs collègues et le bouche à oreille. Quelques-unes s'étaient servies des sites internet, en général celui du conseil de l'Ordre, pour passer une annonce ou consulter une liste de remplaçants.

« (...) comme je suis jeune médecin, j'avais encore pas mal d'amies qui étaient pas installées. Donc j'les ai tout de suite contacté (sourire) (...) et j'ai trouvé assez facilement. » (E15)

« (...) une remplaçante s'arrêtant nous donne des fois les coordonnées d'une autre remplaçante. Bon après, on était dans un réseau nous-même en tant que remplaçantes avant, on avait gardé des contacts. » (E5)

Au final, beaucoup estimait avoir eu de la chance car selon la période, les remplaçants étaient plus ou moins disponibles.

« Alors, j'pense que j'ai eu d'la chance d'avoir eu un congé maternité qui débutait au quinze septembre. Du coup, c'était après l'été et enfin les remplaçants ils sont quand même très sollicités pendant l'été et moins à la rentrée. » (E8)

En majorité, les remplaçants étaient des remplaçantes ; le sexe n'était pas un critère de sélection.

- **La principale difficulté était de trouver une personne disponible pour toute la durée du congé.**

Pour le suivi et le confort des patients, tous les médecins souhaitaient avoir la même personne pour toute la période. Mais en général, plusieurs remplaçants s'étaient succédé car la plupart n'étaient pas disponibles pour une longue durée. Par ailleurs, certains médecins avaient dû s'arrêter prématurément pour raisons médicales. Et malheureusement, elles avaient dû faire appel à d'autres personnes en urgence parce que le remplaçant prévu n'était pas disponible avant le début du congé. La recherche en urgence avait été compliquée et source de stress car souvent elles n'étaient déjà plus au cabinet. Enfin, pour 2 médecins, la remplaçante était enceinte et n'avait pas pu finir le remplacement. Dans tous les cas, le fait d'avoir plusieurs remplaçants, était difficile à gérer pour les médecins, et assez inconfortable pour leurs patients qui étaient parfois pris en charge par 4 médecins différents en quelques mois.

« (...) les deux premiers mois où j'ai été arrêtée de façon inattendue, y a eu des remplacements successifs, au total quatre personnes qui se sont succédées sur des petits morceaux, ça c'était très pénible pour les patients. Ça vraiment, ils ont pas aimé du tout. » (E4)

« Deux mois avec la même personne c'est pas pareil qu'un mois avec l'une, un mois avec l'autre (...). Et ça a été un peu dommageable dans le sens où bah du coup c'était pas du tout le même suivi par rapport aux gens (...). » (E3)

« J'ai pas trouvé une qui me fasse tout, donc j'en ai eu 3. (...) L'organisation c'est quand même compliqué, ouais, parce qu'il faut...ben là c'était des remplaçantes qui connaissaient pas, donc ça veut dire qu'il faut venir plusieurs fois au cabinet pour expliquer comment fonctionne le cabinet. Faut bien expliquer au secrétariat, il faut bien expliquer aux patients, y a toute la comptabilité à faire pour chaque remplacement, les clés à donner, les clés à récupérer. Voilà euh, non c'est quand même pas du repos, repos. » (E18)

« J'ai eu plusieurs remplaçantes. En fait, je crois qu'il y a eu 3 remplaçantes. Enfin ça a été un peu compliqué pour moi au niveau administratif. » (E16)

- **Même si les patients étaient habitués à consulter des remplaçants, ils étaient rassurés quand ils les connaissaient déjà. Et les médecins aussi.**

« (...) c'était rassurant pour eux, et j'ai bien utilisé quand j'les rassurais, c'est que c'était l'même remplaçant qui avait fait jusque-là toutes mes vacances. Donc, ils le connaissaient. Et y en a beaucoup qui m'disaient « ah bah si c'est lui ça va » (rires). » (E8)

« (...) l'autre c'était une remplaçante que j'avais déjà eu plusieurs fois, que je connaissais bien, que les gens connaissaient déjà, du coup ils sont allés plus facilement vers elle. Un mois et demi c'est quand même un long remplacement. Donc si les gens ça colle pas... » (E3)

C'est pour cette raison, que certains médecins avaient anticipé le choix de leur remplaçant bien avant leur grossesse.

« (...) moi c'était un p'tit peu mon optique en fait, j'avais un peu cette arrière-pensée que ce soit le même qui ait fait toutes mes vacances pour qu'ce soit l'même qui me remplace. » (E8)

Quand le remplaçant n'avait jamais travaillé dans le cabinet, l'idéal était de pouvoir faire un essai avant.

« (...) c'est pour ça qu'on s'y était pris en avance, pour voir si ça collait, pour voir si le remplaçant se sentait bien aussi dans le cabinet parce que c'est important. » (E2)

« En général, j'essaie de rencontrer le remplaçant ou la remplaçante un peu avant, pour m'dire déjà de visu, est-ce que j'ai l'impression qu'ça va coller, quoi. » (E3)

Toutefois, tous les médecins avaient constaté qu'un petit nombre de patients avaient quand même refusé de consulter les remplaçants. Dans ces cas-là, ils étaient vus par leurs collègues.

« (...) je pense que mes collègues ont un peu plus trimé quand même quand j'étais pas là, parce que y a beau avoir une remplaçante, les anciens patients quand même retournent vers les anciens médecins. » (E17)

« Alors y a eu des patients, mais j'en avais parlé avec eux avant, qui avaient eu des diagnostics un p'tit peu lourds, notamment une dame, une jeune qui avait un cancer du côlon et elle avait besoin d'un suivi vraiment...régulier, par toujours la même personne. Elle avait pas envie de reprendre l'histoire avec, euh, avec toujours des remplaçants différents, donc ces quelques patients-là, j'les ai référé à mes collègues pour être sûre que voilà le suivi soit très stable. » (E4)

- **En général, le remplacement s'était bien passé.**

La plupart des médecins étaient satisfaites de leurs remplaçants. Elles avaient pu profiter sereinement de leur congé maternité même si certaines avaient été dérangées plus que d'autres. Et en général les patients avaient été contents.

« (...) je communiquais beaucoup avec ma remplaçante qui a été hyper, enfin parfaite, elle a été super dégourdie, elle m'a dérangé entre guillemets, mais ça m'dérangeait pas, quelques fois juste pour des problèmes extrêmement ponctuels. (...) elle était bien gentille, c'est elle qui venait me voir de temps en temps à la maison (rires) pour m'apporter les espèces et les chèques. » (E12)

« Le seul souci, c'est que la remplaçante était pas à l'aise forcément et du coup fallait que je fasse de la relecture avec elle régulièrement. Et du coup elle venait toutes les semaines à la maison et on reprenait deux trois cas. Il fallait que j'la supervise un peu. Ouais bon, ça m'a un peu gonflé (rires). » (E13)

« (...) elle a repris finalement les mêmes journées de consultations, à peu près les mêmes horaires que moi, donc ça a pas trop perturbé les patients. » (14)

Pour certaines, le remplacement s'était tellement bien passé qu'il avait abouti à une association ou une collaboration. A posteriori, la perspective d'intégrer le cabinet avait motivé le remplaçant qui s'était plus investi avec les patients.

Malheureusement, pour quelques médecins, le remplacement ne s'était pas très bien passé. Pour l'une d'elles, les patients n'avaient quasiment pas consulté le médecin remplaçant. Malgré tout, ça n'avait pas perturbé son congé maternité.

« *Alors j'avais la chance d'avoir un congé maternité pendant l'été. Du coup c'est vrai que comme l'été y a moins d'monde, ça n'a pas vraiment posé de problème. Comme j'venais de m'installer aussi, y avait pas de surcharge de travail encore, j'avais moi-même pas encore beaucoup de consultations (...).* » (E11)

Pour une autre, les patients avaient trouvé la remplaçante désagréable.

« *On essaie de limiter les dégâts en disant que bah on s'est trompée, qu'on essaiera de faire mieux la prochaine fois, et puis de pas dégoûter les gens des remplaçants parce que de toute façon, on n'a pas le choix hein.* » (E3)

La recherche et le choix du remplaçant est très important surtout pour la prise en charge des patients pendant tout le temps du congé maternité. On peut comprendre le mécontentement des patients d'avoir plusieurs remplaçants sur quelques mois. Les témoignages laissent sous-entendre que recruter un remplaçant dès le début de l'installation et le fidéliser auprès de la patientèle serait une bonne solution pour anticiper un congé maternité et éviter toutes ces tracasseries en particulier en cas d'arrêt brutal. Mais en pratique, un remplaçant régulier travaille souvent sur plusieurs cabinets. Il est donc pratiquement impossible d'avoir l'exclusivité pour une longue période.

3.2. Mise à jour des dossiers patients.

« (...) *du moment qu j'ai su que j'étais enceinte, j'ai fait attention d'essayer de bien mettre un compte-rendu, alors peut-être pas toutes les visites, mais des visites où j'échangeais quelque chose au traitement, d'essayer de mettre l'ordonnance de traitement dans le dossier enfin d'essayer de tenir le dossier à jour. (...) j'pense que dans la préparation j'étais beaucoup plus explicite dans mes dossiers sur mon raisonnement, de manière à m'dire si quelqu'un d'autre le lit euh voilà, il faut qu'il comprenne quelque chose.* » (E8)

« *Après sur la fin d'la grossesse du style les derniers mois, chaque fois qu j'partais j'me disais on sait jamais, il faut que mon bureau soit suffisamment rangé au cas où j'puisse pas revenir lundi prochain.* » (E8)

« (...) *et en pratique, c'était très compliqué parce que les papiers s'accumulent beaucoup.* » (E8)

La tenue du dossier est essentielle pour les remplaçants pour assurer un suivi de qualité, quel que soit le motif du remplacement, en particulier si l'absence est longue comme un congé maternité. Avant tout, c'est un service rendu aux patients, qui s'inquiètent souvent d'avoir à tout réexpliquer au nouveau médecin. Le mieux est de mettre à jour les dossiers régulièrement. C'est une question d'organisation qui est propre à chacun.

4. Les difficultés rencontrées pendant le congé maternité.

4.1. Financières.

- **Les indemnités versées par la sécurité sociale étaient jugées insuffisantes et inadaptées par la plupart des médecins.**

« (...) ce serait bien que les indemnités soient effectivement calculées un minimum en fonction des revenus et non pas les mêmes pour toutes. » (E10)

« C'est la cerise sur le gâteau, mais il manque le gâteau (rires). » (E13)

« (...) elles permettent peut-être de couvrir un p'tit peu les charges, mais elles permettent pas de vivre à côté. » (E14)

« (...) C'est mieux que rien mais c'est pas suffisant pour être à l'aise quoi. » (E11)

« (...) oui dans l'absolu effectivement, c'est évident qu'il n'est pas assez pour pouvoir, comme un salarié en fait, vivre pendant la totalité du congé maternité si on a pas un p'tit peu d'argent à la banque (rires). » (E10)

« (...) Moi, ça m'a payé 2 mois de prêts, puis 2 mois d' secrétariat mais par contre, ça vous paie pas l'URSSAFF, pas les impôts, ça vous paie pas à manger, ça vous paye pas votre loyer personnel voilà. » (E18)

Donc, selon leur statut (collaboratrice ou associée), selon le montant des charges sociales et/ou de cabinet, et selon leur train de vie, certains médecins avaient rencontré plus de difficultés pour pouvoir assumer leurs dépenses professionnelles pendant leur congé.

En général, les charges sociales de CARMF et URSSAF n'étaient pas le plus gros problème car étant installées depuis peu, les cotisations n'étaient pas encore trop élevées.

« (...) vu qu'il j'étais installée que depuis deux ans, j'avais pas trop d' frais. Actuellement j' paie beaucoup plus d'URSSAF et de CARMF qu'à l'époque quoi. » (E9)

C'était surtout les frais de cabinet qui posaient problème. Pour les médecins qui étaient associées dans un cabinet avec des charges importantes, les indemnités de maternité couvraient à peine les dépenses. Celles pour qui les charges étaient plus faibles, s'en sortaient un peu mieux.

« (...) en tant qu'associée, on paie des charges, nos charges continuent et pendant tout le congé maternité, mes charges étaient plus importantes que les indemnités que j'avais. Donc, j'ai perdu de l'argent pendant mon congé maternité. » (E1)

Finalement, c'était pour les collaboratrices que la situation était la plus confortable étant donné qu'elles n'avaient pas de frais de cabinet à payer, mais seulement leurs cotisations sociales.

Enfin, pour les médecins qui avaient des dépenses personnelles importantes (prêt immobilier entre autre), le manque à gagner était plus embêtant.

« (...) j'm'étais habituée à un train de vie correspondant. Donc c'était peut-être un p'tit peu le problème entre guillemets mais sachant qu'j'avais toujours la validation d'un expert-comptable sur c'que j'me versais, sur les dépenses qu'on a mises en œuvre. Peut-être que si j'avais eu moins de dépenses familiales j'aurais pu me permettre pendant quelques mois de pas être payée. » (E12)

« (...) on venait d'acheter un appart mais on avait été raisonnable dans le truc. Et puis enceinte, moi je restais tranquille donc, on avait pas des dépenses faramineuses non plus. » (E13)

Pour la plupart des médecins, l'activité du remplaçant avait apporté un complément qui permettait alors en plus des indemnités de couvrir leurs charges. Pour en être sûre, 1 médecin avait mentionné sur le contrat de remplacement une condition :

« (...) sur le contrat que j'ai signé avec ma remplaçante, c'était convenu que je devais pouvoir payer mes charges, voilà sans que ça me coûte de l'argent et qu'après tout le reste était pour elle. » (E6)

« (...) ma remplaçante, elle me payait mes charges du cabinet, parfois pas, ça fait pile hein, c'est 70/30 hein. Donc ça paie pas plus, sauf si elle bossait comme une dingue mais bon si tu bosses à peu près normalement ça paie les charges du cabinet. » (E16)

Au final, même si c'était mieux que rien, tous les médecins s'accordaient de dire que le montant actuel des indemnités ne leur permettait pas de vivre pendant leur congé maternité. Et pour beaucoup financièrement, cela avait été stressant.

« Moi je me souviens j'avais ma calculatrice et je regardais régulièrement mes entrées mes trucs, comment ça allait se ficeler quoi. » (E13)

- **Pour le reste, elles avaient utilisé leurs économies et pour certaines, le conjoint avait été d'une grande aide.**

Certaines avaient économisé en prévision de la grossesse, d'autres avaient des économies bien avant de penser à leur maternité. Au final, toutes avaient utilisé leur réserve d'argent. Pour elles, c'était obligatoire de mettre de l'argent de côté en prévision d'une maternité aujourd'hui.

« (...) j'avais quasiment vingt mille euros sur mon compte courant pro (...) et du coup, c'était vingt mille euros qui étaient un bon coussinet rassurant, en me disant voilà tu peux avoir une grossesse, tu peux attendre un bébé, y a au moins vingt mille euros de liquidités qui sont là. (...) Donc voilà, aujourd'hui, j'ai plus vingt mille euros on est d'accord » (E7)

« J'mettais 50% de c'que j'gagnai de côté. » (E16)

« (...) quand j'ai repris j'étais vraiment à zéro. J'avais plus rien. J'avais mis de l'argent de côté depuis mon installation, ça c'est tout de suite parti. (...) j'suis sûre d'avoir mis au moins 10 000 euros de côté, exprès pour ça. » (E12)

Pour d'autres, leur conjoint avait pris le relais.

« C'est-à-dire qu'c'est mon mari qui nous a fait vivre quoi. J'pouvais même pas payer le prêt d'la maison. Non mais c'est l'enfer hein. Bah oui parce que là j'payais juste les charges du cabinet. Et en fait en gros je gagne rien. Donc, c'est-à-dire que pendant ton congé mat, tu n'as pas d'argent. Donc oui c'est la merde ouais. » (E16)

« Financièrement, c'était une période où mon mari avait une situation qui permettait de compléter. » (E1)

1 médecin avait eu tellement de difficultés, qu'elle nous avait confié que pour la prochaine grossesse, s'il y en avait une, elle ferait un emprunt.

« J'm'embêterai pas à mettre de côté, parce que du coup j'ai énormément travaillé, donc j'ai eu énormément à cotiser l'année d'après (rires) du coup et on a eu énormément d'impôts sur le revenu à payer par ailleurs pour mes 10 000 euros que j'ai réussi à me dégager en plus. (...) j'ai beaucoup de mal à me refaire une trésorerie encore maintenant. Donc, là mon petit a 1 an et demi, j'ai toujours pas ma trésorerie de refaite, donc (rires). J'ai eu à négocier un p'tit découvert avec ma banque parce que du coup, ouais, j'avais vraiment plus rien. » (E12)

- **Tous les médecins conseillaient de souscrire un contrat de prévoyance car pour beaucoup, les indemnités avaient été un bon complément de revenus.**

Sauf quelques-unes, elles avaient souscrit un contrat de prévoyance soit quand elles étaient remplaçantes, soit en prévision de la grossesse et dans ce cas, certaines avaient dû attendre le délai prévu par le contrat avant de tomber enceinte

pour pouvoir bénéficier des indemnités de maternité. Le plus souvent, c'est leurs collègues ou leur entourage qui le leur avait conseillé.

« C'est important de la mettre en place quand on est jeune et en bonne santé parce qu'après les exclusions ça va très, très, vite et notamment la grossesse (...). » (E4)

« Alors mon mari est assureur mais j'ai pas remplie comme tout bon médecin qui se respecte, j'ai pas fait mon dossier de prévoyance comme il fallait (rires), j'ai pas fait la prise de sang. Donc il a essayé d'se battre mais je n'ai pas touché d'indemnités de prévoyance. » (E6)

- **Quelques-unes s'en étaient très bien sorties financièrement.**

Les plus chanceuses avaient bénéficié d'une tontine. Pour les autres, grâce aux indemnités de congé pathologique et pour 2 médecins, du complément de maternité de l'ARS, elles avaient pu largement couvrir leurs dépenses.

« Ça c'est entre guillemets une chance (...). Donc le fait d'être en arrêt pathologique m'a permis de toucher la prévoyance jusqu'à l'accouchement et de couvrir très largement les frais. » (E4)

« Une tontine, alors en fait c'est un groupement de médecins, c'est euh, tous les médecins du tour de garde qui cotisent pour une personne qui est arrêtée. (...) j'crois qu'le premier mois où j'ai été arrêtée j'ai du toucher trois mille cinq cent euros de la part de cette tontine. » (E7)

« (...) grâce au plus du praticien territorial qui m'a apporté, j'sais plus 6 000 euros ou un peu plus quoi. (...) voilà donc j'étais pas inquiète spécialement pour ça. » (E11).

- **Certaines auraient aimé avoir plus d'informations concernant les démarches et les aides disponibles au moment de leur installation.**

Les avis étaient partagés concernant les démarches à faire et les informations disponibles en matière de maternité et profession libérale. Certaines trouvaient qu'elles étaient inexistantes et peu accessibles. D'autres au contraire, avaient trouvé facilement ce qu'elles cherchaient soit en appelant la CPAM, soit en consultant les sites améli.fr et MG France.

« Faut aller chercher les informations, on vous les donne pas spontanément. (...) c'est vrai que c'est pas très accessible. (...) Mais c'est vrai que des fois, on découvre à posteriori qu'on peut avoir des abattements, des décalages de paiements. Les informations y sont, après si par exemple par le conseil de l'ordre, on avait une p'tite feuille bah tiens en cas de maternité voilà tout c'que vous pouvez faire, un peu comme ils font à l'installation, ce serait sympa. » (E18)

« (...) on m'a baladé de service en service » (E14)

« (...) c'est plus en discutant avec des collègues et des copines qui étaient installées. » (E2)

« J'trouve qu'c'est des tracasseries administratives qui étaient par contre vraiment inutiles. » (E12)

Bien que la réforme de 2006 fût une grande avancée, notre étude montre malheureusement que l'indemnisation du congé maternité est insuffisante pour permettre aux médecins généralistes de vivre pendant toute la durée du congé. Pour limiter l'impact financier de l'arrêt d'activité et compenser la perte de revenus, les médecins sont contraintes d'utiliser toutes leurs économies. On comprend pourquoi financièrement, l'installation fait peur quand on veut avoir des enfants. Le statut de collaboratrice était conseillé par tous les médecins. Ce mode d'exercice permet en effet d'allier le confort d'un emploi du temps fixe, sans l'engagement que représente l'association. La revalorisation des indemnités est la prochaine étape indispensable pour inciter les jeunes médecins à s'installer plus sereinement.

Tous les médecins s'accordent pour dire que la prévoyance est indispensable. Hors, il y en a encore qui oublient ou qui négligent de souscrire un contrat d'assurance privée, comme en témoigne notre étude, alors que les difficultés financières sont connues et bien réelles. Il semble que les informations ne soient pas assez accessibles. Il serait donc primordial que toutes ces informations soient données par une personne compétente en matière de maternité avant la fin de nos études, lors d'un séminaire dédié à l'installation et pourquoi pas en rattrapage, lors du fameux rendez-vous à la CPAM au moment du changement de situation professionnelle.

4.2. La gestion du cabinet.

Malgré la présence des remplaçants, quasiment tous les médecins, qu'elles soient collaboratrices ou associées, s'étaient préoccupées du fonctionnement du cabinet pendant leur congé maternité. Très peu, avaient réussi à se détacher complètement des patients, des collègues et de la gestion administrative.

La plupart avaient gardé un contact régulier avec leurs remplaçants et leurs collègues, par téléphone le plus souvent. Quelques-unes étaient revenues au cabinet.

Pour certaines, c'était juste pour le plaisir de les revoir.

« Ça empêchait pas que tous les jeudis midi, on mangeait ensemble (rires). (...) Ça permettait de voir mon remplaçant, de discuter avec lui, de voir mes collègues. Mais c'était cool. Mais j'étais pas là pour savoir qu'est-ce qu'il avait fait avec mes patients. Et c'était pas, comment dire, une corvée. (...) On discutait de plein d'autres trucs. Si il me racontait des histoires de patients, c'était rigolo, mais j'lui disais pas ah t'aurai dû faire ça. » (E7)

Pour d'autres, c'était pour avoir des nouvelles des patients et surtout pour être à jour de leurs papiers, pour éviter d'être débordées à leur retour.

« J'venais quand même tous les quinze jours au cabinet pour lire mon courrier ou l'prendre et l'emporter à la maison et euh, pour faire ma comptabilité avec le remplaçant. Donc la comptabilité c'était le prétexte finalement. (...) Mais en fait, j'emportais mon courrier. » (E8)

« Quand vous être titulaire du cabinet, de toute façon, il faut avoir un œil sur la comptabilité, il faut quand même continuer à payer les factures et tout. Il y a des choses que vous pouvez pas déléguer à vos remplaçants. (...) Du coup, en fait le suivi, il s'est fait avec les remplaçantes, j'avais beaucoup de contacts. Mais c'était bien parce que du coup quand j'suis revenue, y avait pas de panique au cabinet. (...) c'était c'que je voulais, tout à fait. » (E18)

« J'ai regardé une ou deux fois des dossiers de patients par curiosité, euh, pour voir comment ils allaient, mais voilà. » (E2)

Quelques-unes avaient quand même réussi à faire abstraction du cabinet en s'organisant différemment par exemple.

« J'ai pu régler de la paperasse à distance aussi, en prenant la main sur l'ordinateur. J crois qu'ça j'ai dû le faire 3 fois dans le congé maternité, ce qui était bien pratique, ça m'obligeait à pas y aller du coup. » (E12)

Celles qui étaient associées avaient en général, en plus, des réunions de cabinet avec leurs collègues concernant la gestion de la société. Mais, même en congé, elles avaient souhaité continuer à y participer.

« (...) parce qu'on se réunit au moins un vendredi tous les deux mois et là j'suis venue à chaque fois. Même le premier vendredi, j'devais être sortie de la maternité depuis une semaine, enfin voilà (rires). Donc ouais, quand même, j'ai pas laissé le cabinet de côté. » (E8)

Pour tous les médecins sauf pour un, les coups de téléphone et les allers retours ne les avaient pas perturbées plus que ça. C'était même avec plaisir qu'elles avaient aidé leurs remplaçants en cas de besoin. Elles le leur avaient d'ailleurs proposé. C'était pour certaines une façon de se rassurer, de savoir que tout allait bien.

« J'ai plusieurs images qui m'reviennent en train de faire quelque chose avec le bébé, et d'avoir l'téléphone qui sonne, quoi voilà (rires). Mais euh, c'est même, j'me disais ah c'est bien d'savoir qu'il s'en occupe, quoi voilà. » (E8)

« J'avais pas bien le temps de profiter de ma grossesse et c'est d'ailleurs un regret. Mais bon, c'est comme ça, c'est comme ça. Mais oui, oui, j'ai à peine le souvenir d'avoir été enceinte ouais. » (E18)

Au final, en majorité, quel que soit leur statut, elles avaient vraiment eu du mal à lâcher prise, encore plus celles qui étaient parties prématurément pour raison médicale.

« (...) j'étais en menace d'accouchement prématuré, j'suis partie du jour au lendemain. (...) Ç'a été très difficile pour moi. J'ai dû appeler tous les patients un à un, parce que j'avais besoin d'le faire hein, pour leur dire « j'suis désolée, j'vais pas revenir ». (...) J'y ai passé 3 jours mais ça m'a fait du bien. » (E16)

« (...) le lendemain de ma MAP, j'étais avec ma perf sur internet dans ma chambre là, à répondre au truc du secrétariat (rires) ouais, ouais. » (E18)

« (...) ça, ç'a été compliqué pour moi psychologiquement et j'pense que j'ai mis un mois à couper, et euh (rires), même la première semaine d'arrêt, donc j'étais couchée dans mon lit, j'avais le droit de rien faire, et j'ai appelé j'pense cinquante pourcent d'mes patients (rires) tellement j'étais gênée, donc pour leur expliquer la raison d'mon absence et du fait que bah voilà j'allais revenir (rires). » (E4)

Quelles qu'en soient les raisons, il semble que gérer le cabinet pendant le congé maternité soit plus un choix qu'une obligation. Partant de ce constat, concilier maternité et installation ne paraît pas si compliqué.

5. Le retour au travail.

5.1. Les motivations de la reprise.

Presque toutes reconnaissent qu'elles auraient aimé s'arrêter plus longtemps mais entre les difficultés financières, l'envie de retourner travailler, les patients et les collègues qui attendaient leur retour avec impatience, la plupart des médecins avaient repris leur activité à la fin du congé légal. Quelques-unes avaient quand même voulu et pu prolonger leur congé de quelques semaines, ce qui leur avait permis de profiter et d'allaiter plus longtemps leur bébé. Dans tous les cas, elles s'accordaient de dire qu'il fallait bien reprendre un jour.

- **Souvent évoquées en premier, beaucoup avaient repris à la fin du congé légal pour des raisons financières.**

Comme nous avons pu le constater plus haut, malgré leurs économies, financièrement il était difficile de tenir plus longtemps que le congé légal.

« (...) j'avais plus de revenus (rires). » (E12)

« Ah c'était économique. Ah oui, oui, oui, uniquement. Economique ouais. Ah ouais, quand vous venez d'monter le cabinet, il faut quand payer les prêts de la banque, faut tout payer quoi, le secrétariat. » (E18)

« Alors, la rétrocession de la remplaçante seule ne suffisait pas à couvrir les charges fixes du cabinet, (...) mais avec le complément de ce que m'a versé la sécu, ça a pallié aux charges fixes du cabinet. Mais après moi, j'me suis pas versé de salaires en gros pendant la période de mon arrêt. » (E2)

- **Beaucoup souhaitaient revenir travailler : leur vie professionnelle leur manquait.**

« (...) en même temps, j'étais contente de reprendre le travail parce qu'à un moment donné, on est bien avec son bébé, on est bien de retourner voir ses patients. Voilà. Ça aussi, c'est important de retrouver sa vie. Bah on est mère pendant un mois non-stop après avoir accouché, on a oublié qu'on était autre chose. Après on s'redit tiens on est épouse, et puis ah oui j'suis aussi femme active dans la société, et c'est un travail que j'aime Enfin voilà, j'suis heureuse dans mon travail donc fallait qu'j'y retourne pour avoir un équilibre (sourire). » (E7)

« (...) moi j'suis pas faite pour rester à la maison (rires). Et puis comment dire, c'métier c'est un peu une vocation, donc quand j'reste trop longtemps en vacances, c'est pareil, au bout d'un moment ça m'manque. » (E3)

« (...) j'étais contente de reprendre le travail aussi et de faire autre chose, pas d'être tout le temps à la maison. » (E2)

- **D'autres se sentaient gênées de s'absenter longtemps vis-à-vis de leurs patients et de leurs collègues.**

Certaines avaient eu l'impression d'avoir abandonné leur patientèle.

« (...) j'aurai pu prendre cinq mois, six mois, mais j'me sentais pas de dire à mes patients j'pars six mois. » (E7)

« (...) j'avais honte par rapport aux autres médecins qui disaient : « ah mais moi j'ai repris au bout de 2 mois », comme si c'était une fierté de presque pas s'arrêter en fait. » (E15)

« (...) c'était convenu aussi comme ça avec mes collègues. Donc, j'voulais pas en rajouter en prenant une prolongation. » (E11)

- **Quelques-unes craignaient de perdre leurs compétences après plusieurs mois d'arrêt.**

« Ce qui m'a motivé à reprendre, c'est le fait que j'avais peur d'oublier la médecine. Vous voyez de m'être arrêtée trop longtemps, en fait d'avoir oublié. En fait, c'est bête parce que ça revient vite mais j'avais peur d'être un peu perdue si j'm'arrêtais trop longtemps. » (E15)

« (...) reprendre une activité professionnelle, comment dire, pour réactiver un p'tit peu les neurones (rires). » (E14)

- **Pour 2 médecins, le retour avait été lié, entre autre, au remplaçant.**

« (...) en plus j'savais que la deuxième remplaçante c'était moyen. J'me disais faut que je reprenne avant qu'elle fasse trop de catastrophes aussi. Puis, quand c'est comme ça en plus, quand y'a une remplaçante qui est pas terrible, les gens l'aiment pas trop, ils vous attendent en masse quand vous revenez. Donc, j'avais pas envie non plus de me retrouver, avec trop de monde après quoi. » (E3)

« (...) j'aurai peut-être bien prolongé un p'tit peu mais ma remplaçante, elle avait déjà entrepris de travailler ailleurs. J'ai pas eu envie déjà d'faire la démarche et j'me suis dit qu'pour mes patients c'était pas super non plus. » (E6)

Pour l'ensemble des médecins le retour à l'activité professionnelle était vécu positivement. Elles étaient assez satisfaites de la durée de leur congé. A priori, aucune s'était sentie coupable de reprendre le travail.

5.2. Allaitement et travail.

La grande majorité des femmes de l'étude avaient allaité leur bébé et avaient souhaité poursuivre l'allaitement plus ou moins longtemps à leur retour de congé maternité (jusqu'à 1 an pour l'une d'elles). Certaines avaient réussi, d'autres non mais avec la satisfaction d'avoir essayé et la conviction que poursuivre l'allaitement en travaillant était tout à fait possible si l'envie et la motivation étaient présentes. Pour toutes, allaiter et travailler avait été difficile principalement à cause de la fatigue due à la reprise du travail ; fatigue qui avait d'ailleurs entraîné inévitablement une diminution de la lactation. Toutefois, la plupart avaient pu conserver et, de façon très satisfaisante, la tétée du matin et du soir pendant plusieurs mois. Rares étaient celles pour qui la reprise avait stoppé complètement la lactation. Et au final, elles ne l'avaient pas mal vécu.

« (...), le premier, l'allaitement s'est arrêté assez vite à ma reprise. J'ai trouvé ça dommage mais en même temps j'étais tellement chaos que voilà. » (E13)

« (...) voilà bah l'allaitement qui s'est un peu du coup tari un peu tout seul, parce que dès qu'on commence à plus allaiter dans la journée, que plus que matin et soir à 2 mois et demi ça a pas tenu quoi. Cela dit comme j'vous disais c'était un peu du coup plus facile, déculpabilisant d'arrêter parce que ça marche plus, ça marche plus hein, plutôt que de dire je décide de plus allaiter, voilà. » (E17)

Parce qu'elles n'en avaient pas envie tout simplement, 3 femmes n'avaient pas allaité. Pour des raisons médicales, 1 participante aurait bien voulu mais n'avait

pas pu et finalement sans regrets. Enfin, 2 femmes avaient choisi d'arrêter d'allaiter avant la reprise du travail.

« Je n'imaginai pas pouvoir allaiter tout en travaillant. (...) Il avait des tétées longues donc c'était fatigant pour moi de l'allaiter et j'ai pas eu un énorme plaisir à l'faire. J'étais assez fatiguée, donc j'ai pas voulu faire tout mon possible pour continuer quoi. » (E11)

« La dernière, j'ai allaitée une semaine. (...) j'me suis dit, elle c'est bon, une semaine, j'recommence à dormir sur le canapé parce qu'elle dort pas, c'est bon, hop, biberon. » (E3)

Nous souhaitons préciser que lors du premier entretien, ce thème ne faisait pas encore partie du guide et la participante n'en a pas parlé non plus.

- **Grâce au libéral, les femmes avaient pu organiser leur planning librement pour continuer à allaiter.**

« Non, au contraire, j'pense que ça a été presque plus facile qu'en étant interne parce que j'pouvais organiser mes rendez-vous comme je voulais si j'avais besoin par exemple de tirer mon lait. » (E15)

« On peut travailler comme on veut. En tous cas si on a envie on peut l'faire quoi. » (E16)

La plupart des femmes avaient anticipé la reprise en diminuant le nombre de tétées à 3 par jour. Elles s'étaient organisées pour pouvoir faire la tétée du matin, parfois en décalant un peu l'horaire de la première consultation, et la tétée du soir, avec le souci quand même de ne pas finir trop tard pour respecter le rythme du bébé et éviter l'engorgement.

« (...) alors le problème c'est ça je rentre tard. Je rentre plutôt vers vingt heures (...). Ça tient (rires), je tiens jusqu'à vingt heures. Faut pas qu'je rentre trop tard parce que sinon j'en peux plus. » (E7)

« J'pense que c'qui est important c'est d'avoir des horaires qui soient pas trop compliquées parce que si la tétée ne reste pas une vraie tétée l'matin et l'soir euh l'allaitement a plus beaucoup de sens. » (E4)

Le plus souvent, elles tiraient leur lait en milieu de journée sur la pause-déjeuner, qu'elles avaient rallongée pour prendre le temps de bien manger et tirer leur lait tranquillement. Quelques-unes en profitaient pour rentrer chez elle quand elles n'habitaient pas trop loin pour faire une vraie coupure et manger en famille. La conservation du lait au cabinet ne posait pas de problèmes. En général, il y avait un frigo à disposition.

Certaines avaient mis une pause « tire-lait » supplémentaire dans la matinée vers 10h et dans l'après-midi vers 16h avec des collations. Trop fatiguant et trop

contraignant, elles sont rapidement passées au rythme de la pause unique en milieu de journée.

Toutefois quelques-unes trouvaient que tirer le lait entre 2 patients était trop contraignant en termes d'organisation (amener le tire-lait), de temps, et trop stressant. Sans tirer leur lait, elles avaient pu maintenir et de façon satisfaisante, la tétée du matin et du soir pendant plusieurs mois.

« Les plus durs c'est les premiers mois. Après c'est top, on allaite que matin et soir c'est trop bien parce que du coup y a plus à tirer le lait, y a plus d'ontées laiteuses, c'est merveilleux quoi. » (E16)

Une participante avait d'ailleurs informé sa secrétaire et certains collègues de ses pauses « tire-lait » pour être sûre de ne pas être dérangée. C'est un conseil qu'elle a donné.

« Les secrétaires, elles savaient bien qu'il était comme un rendez-vous, qu'elles pouvaient mettre personne sur cette pause-là. » (E8)

Si 20 minutes de pause semblaient idéales pour tirer son lait, en pratique il était parfois difficile de tenir le rythme des consultations.

« (...) quand la consultation durait un peu plus longtemps où au lieu d'avoir tranquillement 20 minutes pour tirer, on s'retrouve avec 10 minutes voir 5 minutes, donc du coup on s'dit mince faut qu'ça aille vite, donc là forcément ça marche pas bien. » (E8)

« (...) J'pense que c'est important aussi peut-être de s'prévoir plus de plages que c'qu'on fera en fait. (...) parce que quand on tire son lait bah ça prend du temps. Et puis, pareil j'me disais de toute façon j'rentre à midi, mais en fait sur une reprise du travail, on est tellement sollicitée par certaines choses que des fois, on rentre pas forcément l'midi et voilà » (E8)

- **Etre libérale, c'était pouvoir choisir de revenir plus tard pour allaiter plus longtemps par exemple.**

« Alors les raisons d'un congé plus long ont été que j'allaitais et j'avais un p'tit de mal et je voulais absolument continuer à allaiter (rires) et que j'envisageai difficilement la reprise et l'allaitement (...) je pensais que ça allait forcément s'arrêter si je reprenais. » (E5)

« Je tire mon lait, voilà, juste le midi, parce que je peux pas tirer plus dans la journée, ça devient trop contraignant. (...) Après c'est aussi un choix, c'est-à-dire que je pourrai aussi décider de m'arrêter plus longtemps, travailler à mi-temps, heu voilà. J'ai trouvé ce compromis-là. Après ça, c'est des choix de vie, y a des choix de fonctionnement de travail. » (E2)

- **Le cabinet était un lieu propice à tirer son lait en toute intimité.**

« Le côté simple et facile c'est que quand on s'enferme dans son bureau, on est tranquille voilà, on sait qu'c'est propre, on sait qu'on peut poser nos affaires. Je sais qu'j'ai un frigo après pour mettre mon lait. Tout c'côté technique est finalement facile. » (E8)

« J'pense que ça s'y prête quand même plus que quand on est à l'hôpital ou quand on est dans un boulot de bureau où tous les bureaux sont ouverts les uns sur les autres. C'est sûr que j'serai pas allée tirer mon lait dans les toilettes à l'hôpital, non ça c'est sûr. Non, j'trouve que ça s'y prête bien le libéral pour ça. » (E4)

- **Etre en début d'activité et reprendre sur une période plus calme permettaient d'avoir du temps pour son allaitement au début.**

Nous avons vu que la majorité des participantes avait eu leur enfant dans l'année qui avait suivi leur installation. De ce fait, le temps de constituer la patientèle, parfois l'activité n'était pas tout à fait pleine. D'ailleurs, certaines n'auraient pas continué si leur activité était pleine comme aujourd'hui par exemple.

« J'ai repris, heureusement c'était le début d'mon activité donc j'bossais pas à fond comme j'bosse maintenant donc, je tirais mon lait à 10 heures, midi (...) et à 4 heures.. » (E16)

« Au mois de juillet effectivement y avait du travail, mais c'était calme donc j'ai pu prendre le temps qui m'fallait pour tirer mon lait etcétera, donc ça c'était chouette (sourire). » (E7)

- **Le travail n'était pas le seul responsable. D'autres facteurs avaient influencé le bon déroulement de l'allaitement au moment de la reprise.**

L'âge du bébé à la reprise.

Certaines avaient repris à la fin du congé légal, et trouvaient que travailler et allaiter alors que leur bébé n'avait que 2 mois et demi était plus difficile à gérer et finalement peu encourageant pour allaiter. Celles qui avaient pu prolonger un peu ou pour qui il s'agissait d'un 3^{ième} enfant, avaient eu plus de temps pour instaurer un bon rythme et cela leur avait permis de reprendre plus sereinement.

« Et en plus, je savais qu'justement j'devais reprendre pas très longtemps après et j'me sentais pas de devoir tout caller l'allaitement. Euh, si ça s'passait comme pour ma fille, ça avait mis presque un mois et finalement 15 jours après de devoir ré-envisager le sevrage, donc je l'ai pas fait. J'ai pas allaité. (...) j'l'ai vraiment pas regretté parce que j'étais pas très fatiguée, j'étais épanouie. » (E15)

« Après, voilà, c'est vrai que j'ai repris tôt donc, voilà à 2 mois l'allaitement commence tout juste à vraiment bien s'passer, à s'mettre en place. » (E14)

Le tempérament de la maman et la gestion du stress.

« (...) j'me dis l'allaitement faut être cool pour que ça coule et en effet. » (E13)

« (...) j'm'étais pas non plus mis la pression, ah la la faut absolument qu' ça marche. J'm'étais dit bah oui j'vais allaiter puis on verra si ça m' plaît, si ça m'plait pas. Si ça marche, si ça marche pas, voilà. » (E10)

« (...) j'ai envie d'dire inchallah c'est-à-dire que tant qu'j'allaiterai, très bien c'est des moments sympas. Après quand, soit j'ai plus d'lait, soit il veut plus, ben c'est pas grave on arrêtera. (...) faire la part de toutes choses, c'est-à-dire que oui euh ça m'intéresse de faire ça. Qu'est-ce que j'peux faire et comment c'est organisable dans mon travail, et arriver à faire l'équilibre entre tout ça et chacun trouvera sa solution en fait adaptée à ce qu'il est. » (E7)

« (...) dès la reprise finalement ça s'est très vite amenuisé (...) j'me disais mais comment tu vas faire, maintenant t'as deux p'tits qui t'attendent à la maison, s'remettre dans l'bain, les patients, tout ça. J'pense que j'ai un peu stressé pour ma reprise ouais. » (E8)

Le vécu des allaitements précédents.

« (...) mon premier allaitement s'était super bien passé, bah que après quand tout s'passe bien pour l'premier enfant, on a plus envie de recommencer pour l'deuxième. » (E9)

« Pour la première grossesse, premier allaitement ç'a été compliqué pour moi, euh bah parce que j'étais interne et que allaiter et travailler en tant qu'interne c'était vraiment difficile. Donc j'ai dû arrêter mon allaitement avant la date que j'aurai souhaité, c'que j'ai un peu mal vécu. Du coup, pour la deuxième grossesse, le deuxième allaitement j'ai essayé de mieux le préparer et l'intégrer. Et bon, ç'a été quand même compliqué, mais j'ai tenu plus longtemps et j'étais plus satisfaite de l'allaitement après. » (E14)

Le comportement du bébé.

« C'était prévu que je continue à l'allaiter en fait et que j'tire mon lait une à deux fois par jour au travail comme j'avais fait pour les autres d'ailleurs. Mais en fait, elle a jamais voulu bien prendre les biberons chez la nounou. (...) du coup j'tire plus mon lait. » (E10)

Les aides financières.

« Bah moi j'ai pris à chaque fois plus comme j'avais l'aide de l'ARS (...) j'ai pris plus pour allaiter (...) sans l'aide de l'ARS financièrement j'aurai pas pu l'faire. » (E16)

« J'pense que si financièrement, j'avais pas dû reprendre tout de suite, j'aurai certainement repris un peu plus tard et ça m'aurait permis d'allaiter mon bébé complètement. Après, j'ai pas de regrets. » (E14)

La proximité avec le mode de garde.

« A midi, j'allais apporter mon lait à la nounou qui était à côté. Des fois, j'allaitais ma petite. Et à 4 heures. Et le soir j'rapportais l'lait pour l'lendemain 10 heures. » (E16)

Le manque de motivation.

« (...) peut-être plus envie aussi, parce que quand on s'remet l'pied un peu à l'étrier, on passe à autre chose aussi. J'étais contente aussi de reprendre le boulot parce que c'est vrai qu'faire les couches et les bébés toute la journée, on est contente de retrouver une vie autre. (...) on culpabilise toujours d'arrêter d'allaiter. Là du coup, bah voilà, c'est un peu hop j'y peux rien, ça marche plus c'est trop compliqué, euh voilà. C'est comme ça. » (E17)

Inspirée d'un livre que lui avait conseillé sa sage-femme, 1 participante résumait assez bien finalement comment concilier le travail et l'allaitement :

« Et vraiment le message dans c'bouquin c'était faites-vous confiance, y a aucune façon d'faire qui ne soit meilleure que l'autre, c'est vraiment, faites un truc qui vous corresponde et avec lequel vous serez en paix quoi. En gros c'est ça. Et la relation avec votre bébé elle est primordiale. La relation avec votre mari aussi ou votre conjoint, c'est-à-dire que c'est pas allaiter qui va prendre toute la place dans votre vie sinon vous allez pourrir le reste de votre vie quoi. En gros c'est ça. » (E7)

Pour finir, voici une petite anecdote amusante :

« (...) j'me suis fabriquée une brassière avec mon tire-lait électrique et euh j'tirais l'lait en faisant mes papiers. (...) comme ça tu fais tes papiers et en même temps tu tires ton lait comme ça tu fais deux trucs à la fois, et c'est parfait. Et euh alors c'est pas hyper pratique on est bien d'accord. » (E7)

Etre en libéral a au moins l'avantage d'établir un planning plus adapté à l'allaitement. Donc, celles pour qui l'installation représenterait un frein à l'allaitement, notre étude prouve le contraire.

5.3. La reprise du travail.

▪ Les principales difficultés étaient la fatigue physique et le rythme.

Tous les médecins avaient repris le rythme de travail qu'elles avaient avant leur départ, pour beaucoup pour raisons financières. Comme nous l'avons vu plus haut, à la fin du congé, la plupart n'avaient plus d'argent.

« Si à la reprise, je sais pas, la CARMF ou la sécu m'avaient dit : « bah on vous donne euh 1000 euros par mois pour qu'vous puissiez vous alléger de quelques consultations par jour », ça c'est un truc que j'aurai vraiment apprécié. » (E18)

La difficulté, c'était surtout tenir le rythme des consultations et du quotidien : gérer les enfants, les impératifs horaires selon le mode de garde, la maison, en plus du cabinet. Pour les médecins qui prenaient des gardes, les premières étaient

vraiment difficiles physiquement et elles auraient aimé pouvoir les reprendre plus tard.

« (...) d'arriver à se libérer à temps pour aller récupérer les enfants chez la nounou (...). » (E9)

« C'est difficile, c'est aujourd'hui de rentrer tôt l soir. (...) J'suis rentrée une fois à 21 heures, il dormait et ça c'est juste impossible. Ça ça a été le drame de ma rentrée de septembre et j'me suis dit plus jamais ça » (E7)

« J'consulte toutes les vingt minutes et ça m'demande une énergie importante pour être à l'heure et puis pour garder le rythme des consultations. Et ça quand on s'est arrêté longtemps et pi qu'on a encore le cerveau bourré de prolactine (rires), c'est compliqué d'avancer. » (E4)

Pour beaucoup, leur conjoint et leur entourage avait été d'une aide très précieuse pour gérer le quotidien et le travail.

« (...) le fait que ce soit mes parents qui le garde, j'avoue que souvent je finis ce que j'ai à faire au cabinet. Alors que j'pense que s'il était en crèche je laisserai tout tomber, je partirai comme ça, t'as pas le choix, j'vais pas le laisser dehors (rires). J'ai ce confort de m'dire, mes parents, bon je sais très bien qu'ils me voient pas arriver, bon ils vont pas rester bras ballants, ils vont lui donner le bain, ils vont faire quelque chose à manger. Non, j'ai énormément de chance, ça je sais. » (E5)

Grâce au temps partiel, même si elles étaient fatiguées, elles savaient qu'elles avaient au minimum 1 jour de repos dans la semaine pour récupérer, ce qui leur semblait du coup moins insurmontable. La fatigue provenait le plus souvent des nuits incomplètes qui allaient parfois de pair avec l'allaitement, et aussi des petites maladies pour les bébés nés l'hiver.

« (...) si j'sais qu'j'ai pas bien dormi, je sais que j'aurai une journée fatigante, mais voilà. Après le lendemain, j'peux trainer à la maison, faire la sieste. » (E17)

« Parce que quand il faut aller au boulot, qu'on n'a pas dormi, euh...c'est très dur. C'est beaucoup moi qui me levais. J'ai essayé plusieurs fois d'faire lever mon mari, il y allait, mais ça marchait jamais (rires), puis surtout il abandonnait au bout d'un quart d'heure donc voilà. » (E3)

Certaines avaient pris des jours de congé quelques semaines après leur reprise. C'est un conseil qu'elles avaient donné pour éviter l'épuisement.

« (...) j'sais plus par quel concours d'circonstances, mais j'ai eu des vacances cinq ou six semaines après avoir repris et ça c'est très bien enfin c'était indispensable quoi. C'est un conseil que j'donnerai. De s'prévoir les prochaines vacances à la reprise vraiment pas loin d'la reprise» (E8)

- **Grâce aux remplaçants, la reprise du suivi des patients s'était bien passée.**

« (...) ma remplaçante m'avait bien briffée (...) pour certains patients qui ont des suivis un peu compliqués du coup fallait un p'tit peu s'y retrouver, savoir où ils en étaient, ce qui s'était passé dans l'intervalle etcétera. Mais bon, ça s'fait naturellement en fait, au début de chaque consultation, mis à part qu'il me faut quelques minutes de plus pour un p'tit peu tout reconstituer (rires). » (E10)

- **Elles étaient toutes contentes de revoir leurs patients qui les attendaient avec impatience.**

Elles avaient toutes été très bien accueillies par leurs patients.

« La discrétion des patients, c'était chouette aussi. Et ben ouais, parce que finalement, ils attendaient la fin d'la consultation pour savoir : « vous avez accouché ? C'est une fille, un garçon ? Ça s'est bien passé ? ». (E7)

« (...) les premières consult ont été toutes plus longues parce que il fallait montrer les photos d'la p'tite et euh voilà. Mais j'ai été accueillie, vraiment ça m'a touchée et rassurée dans ma pratique parce que j'ai été hyper gâtée pour la p'tite. Ah ça tous les jours ça n'arrêtait pas, c'était vraiment agréable. » (E6)

Pour gérer la fatigue à la reprise du travail, on comprend que le temps partiel et le soutien du conjoint soient indispensables. Contrairement à nos attentes, nous n'avons pas établi de lien entre le mode d'exercice du conjoint (salarié ou libéral) et sa capacité à se rendre disponible.

Même si c'est un conseil, prévoir des congés peu de temps après la reprise semble peu réalisable compte tenu de l'attente des patients et des besoins financiers.

5.4. Les changements apportés par la maternité.

Pour toutes les femmes de notre étude, la maternité avait enrichie leur pratique en particulier en pédiatrie et en gynécologie, notamment pour le suivi des grossesses et l'allaitement (pour celles qui avaient allaité). Elles consultaient avec beaucoup plus de plaisir et du coup, l'une d'entre elles avait eu envie de se former d'avantage en pédiatrie en passant un diplôme universitaire de médecine générale de l'enfant. Pour autant, elles n'avaient pas orienté volontairement leur exercice dans ces domaines.

- **Elles se sentaient plus à l'aise, plus confiante et plus compétente.**

Pour les consultations de pédiatrie, notamment pour parler aux enfants, manipuler les nourrissons et pour donner des conseils pratiques aux mamans surtout en matière de puériculture, d'allaitement et d'alimentation. Et elles en tiraient une vraie satisfaction.

« (...) j'pense que ça affine nos connaissances aussi de devenir maman, parce que quand on apprend en théorie à deux mois il fait ça, à trois mois il fait ça, à six mois il mange ça. Tant qu'on l'a pas vécu en pratique, c'est un peu compliqué d's'en souvenir quand même (rires). » (E8)

« (...) je me sens peut-être encore plus crédible aussi. » (E9)

« (...) les p'tites choses du quotidien, les p'tits bobos du quotidien, les conseils sur le sommeil, l'alimentation, que je donnais un p'tit peu comme un livre et pas comme une maman c'est-à-dire avec des choses très abstraites et là forcément, on a des conseils beaucoup plus concrets de par notre expérience. Ça m'a beaucoup aidée. » (E5)

- **Elles se trouvaient aussi plus à l'écoute et plus en empathie avec les patients.**

Surtout avec les femmes enceintes, et les parents et souvent, elles leurs parlaient de leur propre expérience pour les rassurer.

« (...) j'arrête beaucoup plus les femmes enceintes (sourire), beaucoup plus tôt, beaucoup plus vite pour beaucoup moins de symptômes. » (E4)

« (...) je peux parler de mon expérience également en dédramatisant les choses, parfois c'est plus facile quand y a des mamans qui sont un p'tit peu surmenées ou voilà de pouvoir dire : « oh mais moi aussi vous savez etcétéra » (...). » (E15)

« (...) je sais c'que c'est d'avoir peur quand ton enfant est malade. Donc, je sais comment rassurer les gens. » (E16)

« (...) la consultation du nourrisson du premier mois, je la vois plus du tout pareil depuis qu'j'suis maman et que j'ai eu un premier bébé qui dormait pas du tout la nuit et qu'j'étais vraiment épuisée (sourire), et du coup ma consult du premier mois, alors certes, y a tout c'qu'il faut pour l'nourrisson, mais maintenant j'ai une partie du temps vraiment axé sur la maman (...). Et en fait, j'ai l'impression qu'ça aide vachement les mamans rien qu'de leur poser la question. » (E8)

« (...) depuis l'premier accouchement, j'pense que moi j'avais jamais eu mal de ma vie avant (rires). (...) Là maintenant, j'ai vraiment compris que la douleur c'est une urgence (...), ça a vraiment changé ma vision d'la douleur. » (E8)

« J'essaie d'être la plus douce possible quand je fais des TV ce genre de chose. (...) J'explique plus aussi, notamment la première consultation de grossesse, parce que moi ça m'a manqué. Ça me prend beaucoup plus de temps mais je m'en fous, j'trouve que c'est important. » (E3)

Pour certaines, l'expérience de la maternité avait modifié leur attitude vis-à-vis des patients. La relation qu'elles avaient avec eux avait changé aussi.

« Un patient m'a dit une fois : « depuis qu'vous êtes maman, vous êtes beaucoup plus douce docteur » (éclat de rires). (...) Effectivement, j'suis beaucoup moins rigide parce que j'vois bien qu'dans la vie, on fait c'qu'on peut tous et que oui, j'étais certainement très comme ça (geste avec les mains) au début de mon installation (éclat de rires), et puis voilà. Mais parce qu'on a nos idées reçues sur plein d'choses et puis voilà. » (E16)

« Et puis les gens, ils ont confiance en nous, ils savent qu'on est maman. » (E16)

« (...) j'ai un regard sur les personnes qui est différent parce que j'arrive plus à les inscrire dans une histoire familiale qu'ce soit des gens qui ont eu des enfants ou pas d'ailleurs. (...) j'suis beaucoup plus sensible aux liens familiaux dans la prise en charge globale des patients. » (E14)

« (...) j'arrive mieux à dire non maintenant que le congé maternité est loin, qu'au début quoi (...) pour la demande des patients parce que des fois y a pleins de choses qu'on peut différer pour s'protéger et qu'on peut dire ben, par exemple les demandes en fin d'consultation ou les papiers qu'ils nous amènent à remplir...non là ça y est, j'dis : « bah non, ça fera l'objet d'une autre consultation, vous reviendrez la prochaine fois. » voilà. » (E8)

1 médecin avait réalisé qu'elle s'était laissé envahir par ses patients. Elle se préoccupait beaucoup de ce qu'ils pouvaient penser d'elle. Sa maternité et en particulier son congé, lui avait permis de mettre de la distance avec ses patients à son retour.

- **Certaines s'étaient organisées différemment au cabinet.**

Elles avaient ajusté leurs horaires de consultations selon le mode de garde : certaines par nécessité, d'autres par envie. Dans la majorité des cas, grâce à la disponibilité du conjoint et de l'entourage, elles avaient conservé leurs horaires surtout ceux du soir, car c'était en général le papa qui récupérait les enfants. Mais le plus souvent, elles essayaient de rentrer le moins tard possible pour pouvoir profiter un peu de leur bébé.

« (...) c'est mon mari qui va le chercher le soir parce sinon moi je ne pourrai pas le faire à cause de mes horaires. Juste ça, mais comme mon mari est là pour aller l'chercher, ça va. (...) et puis j'ai choisi de prendre également le matin à 9 heures 20. Donc c'est moi qui m'en occupe le matin pour l'emmener. » (E11)

« J'essaie juste d'être plus rapide dans mes consult (...) j'essaie de cadrer les choses, de dire aux gens : « ah bah vous reviendrez pour ça parce que sinon on va pas pouvoir s'en sortir » et voilà. Et d'éviter d'avoir une et demi de retard quoi, ce qui est très régulièrement mon cas. (...) depuis qu'j'suis maman, je vais droit à l'essentiel (...). » (E7)

« (...) j'essaie de rentrer assez vite le soir après mon dernier patient, et de faire mes papiers plutôt l'matin. Donc j'arrive tôt l'matin et là, j'fait mes papiers, j'regarde mes biologiques, j'lis mon courrier. » (E8)

Et pour finir, une anecdote surprenante.

« (...) je mets moins de jupes qu'avant, moins de talons hauts (éclat de rires). Je mets plus des jeans et des baskets (rires). Ouais c'est vrai. Moi c'est qui a changé c'est le côté pratique. Alors qu'avant j'étais hyper coquette. » (E18)

On peut voir ici apparaître un principe d'interchangeabilité entre hommes et femmes : partage dans la répartition des tâches familiales (et pourquoi pas domestiques) et donc la perspective d'un changement à priori déjà bien engagé permettant aux femmes de mieux se consacrer à leur activité professionnelle.

DISCUSSION

Les résultats qualitatifs dans la partie précédente ont été présentés suivis de leurs commentaires analytiques. Dans cette discussion, nous reviendrons seulement sur la méthodologie et les limites de notre étude. Puis, dans une seconde partie, dans une démarche plus engagée personnellement, nous discuterons de la valeur de nos résultats comparée aux études déjà menées.

I. La méthode de l'étude.

1. Le choix de l'échantillon.

Les enquêtes qui ont étudiées le déroulement des grossesses chez les médecins montrent que ce sont les femmes installées qui éprouvent le plus de difficultés à concilier maternité et exercice professionnel^{5,15}. Nous avons choisi d'interroger des médecins généralistes installées car ce sont sur elles que pèsent le plus de contraintes financières et organisationnelles.

Ces mêmes enquêtes^{5,15} montrent que les contraintes financières sont un réel facteur limitant la qualité de vie pendant le congé maternité. Pour notre étude, il était essentiel de prendre en compte le décret qui a changé l'histoire du congé maternité en France pour les femmes médecins libérales (le décret n°2006-644 du 1^{er} juin 2006⁹), et d'évaluer si 10 ans après, son impact avait changé. De ce fait, nous avons recherché des médecins qui s'étaient installées après 2006. Nous nous attendions donc à interroger des médecins qui avaient entre 30 et 45 ans et la moyenne d'âge de 35 ans de notre population d'étude correspond à nos attentes.

Rappelons que du fait même du type d'étude, il n'y a pas de représentativité statistique, mais seulement une appréciation subjective de l'échantillon.

L'échantillon de notre étude représente la jeune génération de femmes médecins généralistes d'aujourd'hui. Le mode d'exercice choisi par les médecins

interrogées confirme la tendance actuelle vers une pratique de la médecine générale plutôt urbaine, en groupe, et à temps partiel¹².

Si retarder l'installation est une des stratégies de régulation du temps au profit d'une vie familiale plus épanouie⁷, dans notre étude, on ne retrouve pas ce phénomène. Les médecins interrogées se sont installées en moyenne à l'âge de 31 ans.

2. Le choix de la méthode, le déroulement des entretiens et le guide d'entretien.

Si on regarde les précédents travaux réalisés sur l'organisation des femmes médecins généralistes pendant leur grossesse, la méthode quantitative par questionnaire est le plus souvent utilisée. C'est le cas par exemple de l'enquête menée par Marie PICHON-PAWELSKI auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine en 2007²¹. Au final, elle a recueilli beaucoup de commentaires et de témoignages en plus des réponses au questionnaire. *« Ces réactions nous font penser a posteriori qu'une enquête basée sur des entretiens individuels ou de groupe aurait été très intéressants dans ce contexte. »*

Grâce à la méthode par entretiens individuels, nous avons pu recueillir des témoignages d'une grande richesse et atteindre ainsi nos objectifs : identifier les difficultés et les points positifs de la gestion de la maternité en médecine générale et proposer des conseils.

Nous souhaitons préciser que l'analyse qui suit concernant le déroulement des entretiens repose sur notre propre interprétation des évènements.

Nous sommes étonnés et agréablement surpris de l'aisance des médecins lors des entretiens qui se sont vraiment prêtées au jeu de l'interview. L'enregistrement ne les a pas gênées ni mises mal à l'aise. Sans doute, avaient-elles déjà participé à d'autres études similaires ou bien, elles-mêmes, avaient-elles réalisé leur thèse selon la même méthode. De notre côté, une fois l'angoisse de la première fois dépassée, pouvant d'ailleurs expliquer que le premier entretien soit le plus court de la série, nous nous sommes aussi prêtés au jeu de l'interview et nous sommes beaucoup amusés dans notre rôle d'enquêteur.

Le lieu semblait avoir une influence sur le déroulement de l'entretien. D'abord, selon le lieu d'exercice du médecin : les médecins qui exerçaient en ville menaient l'entretien avec un certain dynamisme, répondant souvent du « tac au tac » aux questions, avec peu de temps d'hésitations, et un débit de paroles assez rapide. Les médecins que nous avons interrogés en zone semi-rurale, nous ont semblées plus posées et moins pressées, se laissant aller à revivre leurs souvenirs avec parfois de longs temps de réflexion et souvent, avec elles, le guide se déroulait tout seul, au fil du récit de leur histoire. Souvent, ces entretiens étaient plus longs que ceux menés en ville. Ensuite, selon le lieu des entretiens : ceux que nous avons réalisés au domicile des médecins étaient parmi les plus riches en informations concernant le vécu de la grossesse et de l'allaitement. Sans doute que, le fait d'être chez elles, leur rappelait d'avantage de souvenirs.

Notre guide d'entretien final peut paraître long et très détaillé. Nous avons constaté qu'avec le premier guide, les médecins nous demandaient de reformuler certaines questions car elles ne les trouvaient pas assez précises et avaient des difficultés à répondre. Lire l'incompréhension des questions sur le visage des médecins était pour nous assez déstabilisant. C'était le cas par exemple de la question concernant le rôle du conjoint « S'il était présent que lui diriez-vous ? », question que nous avons donc supprimé. Ainsi, dans un souci de plus de clarté, et aussi pour aborder tous les thèmes de notre étude, nous avons fait le choix d'un guide assez structuré expliquant qu'une durée de 30 à 45 minutes soit nécessaire. Le fait qu'aucun médecin n'ait trouvé l'entretien trop long témoigne du vif intérêt qu'elles ont porté à notre étude.

Nous avons vraiment apprécié l'accueil des médecins qui étaient d'une extrême gentillesse envers nous. La qualité de nos échanges était inespérée. Avant de commencer l'étude, nous appréhendions que le caractère personnel et intime du sujet, puisse mettre les médecins mal à l'aise et limiter la qualité des entretiens. En réalité, pas du tout. D'abord, si le fait de ne pas être sociologue pouvait être un frein à la réalisation productive d'entretiens semi-dirigés, au final, le fait d'être médecin avait ses avantages, notamment celui de la proximité sociale et du fait de l'âge, de la proximité générationnelle. Se sentant comprises, les médecins pouvaient exposer leurs convictions intimes. Ensuite, de la même façon que les médecins percevaient

que leurs patients semblaient avoir plus confiance en elles depuis qu'elles étaient mamans, nous pensons que notre expérience de la maternité a créé naturellement un lien de proximité et de confiance entre elles et nous.

3. Les limites de l'étude.

On peut penser qu'un certain biais de mémoire est à prendre en compte. Mais la maternité étant probablement la période la plus importante dans la vie d'une femme, l'affect lié à cette période tend à corriger ce biais, en ce sens qu'un souvenir ancien de plusieurs années mais très marquant comme un accouchement par exemple (dans un bon comme dans un mauvais sens), peut s'avérer être aussi précis qu'un souvenir datant de quelques semaines.

Le recrutement de proche en proche, c'est-à-dire en sollicitant certaines participants pour qu'elles proposent des noms d'autres personnes pouvant intégrer l'étude, a l'avantage d'entraîner un taux de refus extrêmement bas et une bonne participation lors des entretiens : nous avons rencontré des médecins motivées et enthousiastes. Il existe un biais de recrutement avec le risque de ne pas recueillir tous les points de vue mais seulement celui d'un groupe.

Enfin, l'absence de médecins exerçant en zone rurale dans notre échantillon affecte selon nous la qualité de celui-ci. Il aurait été souhaitable de recueillir un ou deux témoignages pour pouvoir évaluer l'impact de la zone d'exercice sur la qualité de vie pendant la maternité.

II. Féminisation de la médecine générale : faits et implications.

La médecine se féminise, c'est un fait, en témoigne la proportion de jeunes femmes dans les amphithéâtres des facultés de médecine¹¹. Si autrefois, les femmes étaient mal accueillies par leurs confrères masculins dans la profession, on assiste aujourd'hui à une évolution des mentalités, comme en témoigne dans notre étude le soutien qu'apportent les collègues masculins aux médecins pendant leur congé maternité. Ceci tient en partie au fait que la féminisation de la profession a conduit à

une prise de conscience de la part des confrères masculins qui cherchent également à réguler leur temps de travail en essayant de trouver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée²⁰. Les études montrent qu'au fond ce sont plus des enjeux de la société dans laquelle nous vivons aujourd'hui que des enjeux de femmes². Dans un contexte de désertification médicale dont souffre notre pays aujourd'hui, je trouve dommage que la féminisation de la profession soit pointée du doigt. A l'heure actuelle, aucune étude ne prouve que la Santé en France soit en danger à cause des femmes.

La féminisation de la profession soulève de nombreuses questions, en particulier celle du temps de travail qui, encore une fois dans un contexte de pénurie de médecins, focalise de fait beaucoup l'attention. Si les femmes médecins généralistes travaillent aujourd'hui moins que leurs confrères masculins⁵, ces dernières années montrent une tendance au rapprochement des temps de travail des hommes et des femmes généralistes²³. Et, si le nombre de jours travaillés est moindre chez les femmes, leur temps de travail reste tout de même élevé. La plupart des médecins de notre étude font en trois jours et demi un équivalent temps plein salarié. En contrepartie de ne pas travailler tous les jours de la semaine et pour répondre aux besoins de santé des patients, elles acceptent de faire de longues journées de travail, au prix que leur enfant soit déjà endormi quand elles rentrent le soir. Si dans notre étude, les médecins interrogées manifestent leur épanouissement aussi bien dans leur vie personnelle que professionnelle grâce à ce mode d'exercice, certaines études montrent que les femmes ressentent une certaine frustration dans leur rôle de mère¹². Il ne faudrait pas qu'apparaisse une insatisfaction de ne pas se consacrer aux enfants et à sa famille, et donc aboutir à une population médicale en souffrance. Selon moi, c'est une chance qu'en libéral, on puisse choisir son mode d'exercice en fonction de ses ambitions et de ses aspirations à une vie personnelle, de couple et de famille.

Si les femmes peuvent se consacrer d'avantage à leur activité professionnelle, c'est entre autre parce que le rôle des hommes au sein de la famille a évolué. Tout comme dans l'enquête menée en Pays-de-la-Loire en 2010¹⁴, dans notre étude le soutien du conjoint est un élément déterminant dans la qualité de vie des femmes médecins installées. « *Très distincts dans les décennies d'après-guerre, les rôles*

masculins et féminins au sein de la famille ont évolués vers plus d'indifférenciation. » a écrit la sociologue, Marie-Agnès BARRERE-MAURISSON². Les médecins que nous avons interrogées semblent être bien soutenues par leur conjoint. Cependant, je doute que cette situation soit une généralité car malgré les efforts faits entre les hommes et les femmes vers un plus grand partage des tâches familiales, force est de constater qu'il persiste des inégalités. Si les hommes tendent à se rendre plus disponibles pour leurs enfants, les tâches domestiques restent réservées en majorité aux femmes qui reportent leur temps libéré sur le domestique.

Concernant le mode de garde, c'est plus la difficulté de finir à l'heure que la contrainte de l'heure elle-même car les horaires des crèches et des nounous sont finalement assez bien adaptés aux horaires de travail avec la possibilité d'une grande amplitude horaire de garde. J'en ai fait l'expérience. Tenir le rythme des consultations pour ne pas accumuler trop de retard et partir à l'heure est à la fois difficile et épuisant physiquement. Les médecins de notre étude l'ont exprimé aussi, c'est pourquoi la plupart ont mis en place une stratégie d'organisation mettant à contribution leur entourage comme les grands-parents. Ainsi, concilier le travail et le mode de garde tient autant au soutien de l'entourage qu'aux possibilités d'adaptation du temps de travail.

Si l'exercice libéral de la médecine est aujourd'hui « boudé » par la jeune génération de femmes, c'est surtout à cause des contraintes financières. Selon mes attentes, ce thème a été largement abordé par les médecins et c'est sans doute pour cette raison qu'elles ont répondu positivement à notre invitation. Selon moi, le constat est alarmant. Comment donner envie de s'installer à une jeune femme médecin quand il faut mettre plus de dix milles euros de côtés pour vivre pendant son congé maternité ? Normal que le libéral n'ait pas la cote auprès des femmes qui veulent avoir des enfants. Il y a encore quelques semaines, j'aurai souligné l'absolue nécessité de revaloriser les indemnités de maternité pour inciter les femmes médecins généralistes à s'installer. Aujourd'hui, c'est chose faite. Le 14 février dernier, lors de l'ouverture de la grande conférence de santé, le premier ministre et la ministre de la santé ont annoncé la mise en place dès 2017 d'une Allocation Supplémentaire pour la Maternité des femmes libérales installées en secteur 1, d'un peu plus de 3000 euros par mois pendant 3 mois en complément des mesures

existantes. Il sera intéressant d'en évaluer l'impact d'ici quelques années, comme cela a pu être fait concernant la réforme du congé maternité de 2006⁸.

Comme nous l'espérons, notre étude est plutôt encourageante pour nos jeunes consœurs qui hésitent à s'installer. Il reste toutefois des progrès à accomplir comme la possibilité d'un remplaçant unique pour un meilleur confort des patients en l'absence de leur médecin et une plus grande égalité au sein de la famille, sans quoi l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes ne pourra se faire. L'évolution des mentalités, de la profession et des pouvoirs publics doit se poursuivre pour permettre aux femmes médecins généralistes de vivre au mieux cette période.

CONCLUSION

Grâce à la grande richesse des témoignages que nous avons recueillis, nous avons été en mesure d'apporter des réponses aux questions que nous nous étions posées.

Notre étude a montré qu'il y a beaucoup de points positifs à être enceinte en libéral. La liberté de pouvoir organiser son temps de travail en est un essentiel, surtout pour gérer la fatigue pendant la grossesse et à la reprise du travail, pour gérer le mode de garde, et pour l'allaitement. Le libre choix de travailler à temps partiel et à plusieurs en est un autre. Notre étude montre que ce mode d'exercice, en plus d'être une motivation à l'installation, offre le confort nécessaire pour réussir à concilier la maternité et l'exercice de la médecine générale.

Si les femmes que nous avons interrogées se sentent épanouies dans leur rôle de mère et de médecin, leurs patients, eux, manifestent une certaine inquiétude concernant la qualité de leur suivi médical au moment du congé maternité. Les résultats de notre étude sont assez rassurants. Les patients restent fidèles à leur médecin et s'adaptent finalement assez bien à leur pratique.

Les rôles des hommes et des femmes au sein de la famille ont évolué vers plus d'indifférenciation, permettant une répartition plus équilibrée des tâches familiales et domestiques. Notre étude montre que grâce à l'implication du père dans la vie familiale et à la disponibilité dont il fait preuve, les femmes peuvent s'impliquer d'avantage dans leur activité professionnelle, réelle source d'épanouissement personnel et ainsi mieux répondre aux besoins de santé de leurs patients.

Notre étude a aussi pointé du doigt une réalité bien triste : en 2015, l'indemnisation du congé maternité, quand elle suffit à couvrir les dépenses professionnelles, ne permet pas, à une femme médecin généraliste, de vivre pendant toute la durée de l'arrêt. Cette situation, valable surtout en association, impose d'avoir un minimum d'économies pour pouvoir prendre la durée légale du congé maternité et pour compenser la perte de revenus, ce que les médecins de l'étude ont fait. C'est pourquoi, selon les médecins interrogées, la collaboration était le statut d'installation conseillé car le moins contraignant financièrement pour mener une

grossesse. On comprend pourquoi dans ces conditions, l'exercice libéral de la médecine générale est peu attractif pour les jeunes femmes.

Toutefois, les espoirs d'une meilleure qualité de vie pour les femmes médecins pendant leur maternité sont grands depuis que la ministre de la santé a annoncé en février 2016 la mise en place d'un Avantage Supplémentaire Maternité, accordant un peu plus de 3000 € par mois pendant trois mois en plus des prestations maternité actuelles.

Notre étude est plutôt encourageante : les médecins interrogées conseillent à leurs futures consœurs « d'oser » un métier passionnant, à condition de s'organiser convenablement pour que ce ne soit pas au détriment de la vie privée.

ANNEXES

Annexe 1 : Mail de recrutement.

Annexe 2 : Guide d'entretien initial.

Annexe 3 : Guide d'entretien final.

Annexe 1 : Mail de recrutement.

Chère consœur,

Je suis une jeune femme médecin généraliste remplaçante à Saint-Priest (Rhône) et je réalise ma thèse à propos d'un sujet qui nous concerne, nous les femmes : la maternité. Pas n'importe quelle maternité puisque nous sommes aussi des femmes médecins, de plus en plus nombreuses dans la profession, qui exerçons la médecine en libéral.

Je suis maman d'un petit garçon de 2 ans et demi, j'ai mené ma grossesse après mon internat, en tant que remplaçante. Je considère la maternité comme une période unique dans la vie d'une femme, faite de joies mais aussi d'angoisses. Concilier vie privée et vie professionnelle n'a pas toujours été simple.

Un certain nombre de travaux ont été réalisés visant à analyser en quoi l'exercice libéral pouvait représenter un frein à la maternité.

L'objectif de ma thèse est de formuler des solutions et des conseils pour faire face aux différentes difficultés liées à l'installation (difficultés financières par exemple, aménagement des horaires, etc..) afin de vivre plus sereinement sa grossesse.

Votre expérience de femme médecin devenue mère m'intéresse.

J'ai contacté votre secrétariat qui m'a gentiment communiqué votre adresse mail.

Ou

Le docteur « machin » que vous connaissez m'a gentiment communiqué votre adresse mail.

Je recherche des femmes médecins généralistes qui ont eu un bébé (pas forcément le premier) après Juin 2006, date de la réforme du congé maternité qui donne droit à des indemnités journalières, et qui étaient déjà installées en cabinet au moment de la grossesse (seule ou en groupe).

Je réalise des entretiens individuels et anonymes d'environ 30 à 45 minutes à l'endroit qui vous convient (Comptez une heure en tout si possible, c'est plus confortable).

Si mon étude vous intéresse et que vous remplissez les critères d'inclusion (grossesse après juin 2006 et installée) merci de me contacter soit par mail, soit par téléphone.

Je m'appelle Aline Cohen.

A bientôt je l'espère.

PS : si vous connaissez des consœurs qui sont susceptibles de faire partie de l'étude, n'hésitez pas à me communiquer leurs coordonnées. Merci.

Annexe 2 : Guide d'entretien initial.

Bonjour,

Merci de me recevoir aujourd'hui.

Nous nous rencontrons aujourd'hui pour discuter d'un sujet qui me tient à cœur : le vécu d'une grossesse menée par une femme médecin généraliste qui s'est installée en libéral. La maternité en libéral est souvent appréhendée avec beaucoup d'inquiétude, comme « qui va s'occuper de mes patients ? Comment faire face à toutes mes dépenses pendant mon congé maternité ? Et si ma grossesse se passait mal ? ».

L'objectif de mon étude est simple : proposer des conseils aux futures mamans médecins, qui gèrent aussi un cabinet médical, pour vivre plus sereinement leur grossesse.

Comme convenu, notre entretien est enregistré et anonyme.

Tout d'abord, quelques questions vous concernant :

- Quel âge avez-vous ?
 - En quelle année vous êtes-vous installée ?
 - Combien de temps après votre installation êtes-vous tombée enceinte ?
 - Exerciez-vous seule ?
 - Exerciez-vous en milieu rural, semi-rural ou urbain ?
 - Quelle était votre situation familiale au moment de la grossesse ?
1. Quelles craintes ou hésitations aviez-vous avant d'annoncer votre grossesse à vos patients et collègues et comment les avez-vous gérées ?
 2. Comment s'est déroulée votre grossesse ?
 3. En tant que femme et médecin, comment avez-vous vécu votre grossesse ?
 4. Comment vous êtes-vous organisée pour concilier votre travail et votre grossesse ?
 5. Quel impact a eu votre départ sur le fonctionnement du cabinet et le suivi de vos patients ? Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette période de transition ?
 6. Quel rôle votre conjoint a-t-il joué pendant cette période ? S'il était présent que lui diriez-vous ?
 7. Combien de mois de congé maternité aviez-vous pu prendre ? Quelles ont été les raisons de votre reprise ?
 8. Comment avez-vous fait face à vos dépenses professionnelles pendant votre congé maternité ?
 9. Que pensez-vous du fait que la grossesse représente un frein à l'installation en médecine générale ?
 10. Quels ont été vos meilleurs et pires souvenirs en tant que médecin enceinte ?
 11. Quels changements votre grossesse a-t-elle engendrée dans votre exercice et dans votre relation médecin/patient ?
 12. Qu'auriez-vous fait autrement ?
 13. Si vous aviez 3 conseils à donner à une femme médecin installée et qui envisage une grossesse, quels seraient-ils ?

Merci.

Annexe 3 : Guide d'entretien final.

(Les modifications apportées au guide sont indiquées en caractères gras)

Bonjour,

Merci de me recevoir aujourd'hui.

Pour mon travail de thèse, je m'intéresse à la maternité des femmes médecins généralistes installées en libéral. En effet, la maternité en libéral est souvent appréhendée avec beaucoup d'inquiétude, comme « Qui va s'occuper de mes patients pendant mon absence ? Comment faire face à mes dépenses professionnelles ? Ou encore « Et si ma grossesse se passe mal ? ».

L'objectif de mon étude est simple : **formuler des conseils aux femmes médecins généralistes qui veulent s'installer et vivre au mieux leur maternité.**

Comme convenu, notre entretien est enregistré et anonyme.

- Quel âge avez-vous ?
- En quelle année vous êtes-vous installée ?
- Combien de temps après votre installation êtes-vous tombée enceinte ?
- **Combien d'enfants avez-vous et quel âge ont-ils ?**
- Exerciez-vous seule ?
- Exerciez-vous en milieu rural, semi-rural ou urbain ?
- Quelle était votre situation familiale au moment de la grossesse ?
- **Quelle était la profession de votre mari ou conjoint au moment de la grossesse ?**

1. Quelles craintes ou hésitations aviez-vous avant d'annoncer votre grossesse à vos patients et collègues? **Des conseils ?**
2. **Comment avez-vous préparé votre départ en congé maternité ? Des conseils ?**
3. Comment s'est déroulée votre grossesse ?
4. **Vos connaissances médicales ont-elles eu un impact sur le vécu de votre grossesse ?**
5. **Que pensez-vous de votre suivi de grossesse en tant que patiente un peu particulière car aussi médecin ?**
6. Comment vous êtes-vous organisée pour concilier votre travail et votre grossesse ? **Des conseils ?**
7. Quel impact a eu votre départ sur le fonctionnement du cabinet et le suivi de vos patients ? **Des conseils ?**
8. Combien de mois de congé maternité aviez-vous pu prendre ?
9. Quelles ont été les raisons de votre reprise ?
10. Comment avez-vous fait face à vos dépenses professionnelles pendant votre congé maternité ? **Des conseils ?**
11. Que pensez-vous des indemnités versées par la sécurité sociale ?
12. Quel rôle votre conjoint a-t-il joué pendant cette période ?
13. **Avez-vous allaité ? Pourquoi ?**
14. **Si oui, la reprise vous a-t-elle conduit à arrêter l'allaitement et pourquoi ? Quels conseils donneriez-vous à une consœur qui souhaite allaiter ?**
15. Quelles difficultés avez-vous rencontrées à votre retour de congé maternité ?
16. **Que pensez-vous des informations disponibles en matière de maternité et profession libérale ? Des conseils ?**
17. **Qu'est-ce que la maternité a changé dans votre pratique médicale ?**
18. Que pensez-vous du fait que la grossesse représente un frein à l'installation en médecine générale ?

Merci.

BIBLIOGRAPHIE

1. Attal-Toubert K., Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. [internet] DREES Dossier Solidarité et Santé 2009, N°12. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>
2. Barrère-Maurisson M-A, L'évolution des rôles masculin et féminin au sein de la famille. La Documentation Française, 2012, numéro spécial des Cahiers Français : "Comment va la famille ?" (371).
3. Bienvault P. Les femmes sont l'avenir de la médecine [Internet]. La Croix. [cité 14 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/Les-femmes-sont-l-avenir-de-la-medecine- NP -2013-02-28-916181>
4. Blanchet A., Gotman A. L'entretien. 2th ed. Paris : Armand Colin, 2015. 126p
5. Claustrat L. La maternité des femmes médecins généralistes libérales depuis le 1er juin 2006. Etude descriptive en région Rhône-Alpes. Th : Med : Lyon ; 2010. 69p
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La féminisation : une chance à saisir. [internet] 2009. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>
7. Conseil National de l'Ordre des médecins. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Les cas de médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse, janvier 2006.
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Qui sont les jeunes médecins? [internet] 2014. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2014-06/www/index.php#/page-2
9. Décret n° 2006-644 du 1er juin 2006 relatif aux prestations maternité des professionnelles de santé relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et modifiant le code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets) Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000790570&dateTexte=20060602>
10. Difficile d'être à la fois médecin et maman [Internet]. Famili.fr. [cité 14 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.famili.fr/difficile-d-etre-a-la-fois-medecin-et-maman.436600.asp>
11. Etudiants inscrits en université par discipline en 2014 – INSEE [Internet] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natnon07136
12. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire Volume 3, numéro 2, Février 2007
13. Fromont-Sergent D. Organisation professionnelle et suivi des femmes médecins généralistes libérales pendant leur(s) grossesse(s) depuis 2006. [Thèse]. Université Bordeaux 2. UFR des sciences Médicales. 2013. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00954633>
14. Geffroy M., Baron C., Moulévrier P., Bouquet E., Fanello S. Les femmes médecins généralistes et leur grossesse. Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire. Médecine. 2010;6(5):236-240. doi:10.1684/med.2010.0565 Disponible sur : www.jle.com/fr/print/e-docs/00/04/58/D0/article.phtml
15. Godard D. Etre femme, mère et médecin généraliste en Franche-Comté. [Thèse.] Besançon .2010. 146p
16. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. 3th ed. Paris : Armand Colin, 2014, 126p
17. La désertification médicale : plusieurs causes pour une même conséquence. [Internet]. La voix du nord. Disponible sur : http://www.lavoixdunord.fr/Locales/Maubeuge/actualite/Secteur_Maubeuge/2011/11/13/article_la-desertification-medecale-plusieurs-ca.shtml
18. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter. 1th ed. Louvain-la-Neuve, 2015, 149p

19. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits de Femmes, traitements DREES, Disponible sur:
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf
20. Mizzi M, Frappe P, Roullière-Le Lidec C, Bouet P, Rapport de la commission jeunes médecins. Session du Conseil national de l'ordre des médecins de juin 2007.
21. NVivo-QSR International. Disponible sur:
<http://download.qsrinternational.com/Resource/NVivo10/NVivo-10-Overview-French.pdf>
22. Pichon-Pawelski M. Etre mère et médecin généraliste est-ce compatible? Enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine. [Thèse]. Faculté de médecine de Nancy. 2007. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2007_PICHON_PAWELSKI_MARIE.pdf
23. ROBELET MI LAPEYRE, ZOLESIO E. Féminisation et pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins. (Janvier 2006).

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

RESUME DE LA THESE

Contexte : La médecine se féminise et concilier vie de famille et vie professionnelle est un vrai défi pour les femmes médecins installées.

Objectifs : Identifier les difficultés mais aussi les points positifs de la gestion de la maternité chez les femmes médecins généralistes et formuler des conseils et des solutions pour vivre au mieux la maternité.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 18 médecins généralistes installées dans la région Rhône Alpes.

Résultats : Ce sont surtout les possibilités d'adaptations de l'activité qui conditionnent la qualité de vie pendant la grossesse et à la reprise du travail. Les médecins interrogées trouvent que le libéral se prête bien à poursuivre l'allaitement et que, contrairement au statut de remplaçante, l'installation assure un emploi du temps stable permettant de mieux s'organiser pour gérer le mode de garde. Le travail en groupe permettant de travailler à temps partiel fait l'unanimité. Il permet d'avoir un soutien mutuel et d'organiser son temps de travail afin d'assurer une offre de soins correspondant à la demande des patients tout en préservant son temps personnel. Les médecins de l'étude trouvent que leur activité est confortable pour gérer le surcroît de fatigue. La principale inquiétude reste le remplacement. Rarement disponibles pour toute la durée du congé, la succession de plusieurs remplaçants est inconfortable pour les patients et lourd à gérer pour les médecins. Enfin, les indemnités de maternité jugées insuffisantes et la lourdeur des charges de cabinet, obligent les médecins à utiliser leurs économies pour compenser la perte de revenus.

Discussion : Certains points restent à améliorer comme la possibilité d'un remplaçant unique pour un meilleur confort des patients et une plus grande égalité au sein de la famille, sans quoi l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes ne pourra se faire.

Conclusion : Les médecins interrogées conseillent « d'oser » un métier passionnant, à condition de s'organiser convenablement pour que ce ne soit pas au détriment de la vie privée.

Mots-clés : médecine générale, femme médecin, exercice libéral, grossesse, protection maternité, organisation du temps de travail, féminisation, recherche qualitative.