



HAL
open science

Le retentissement de la profession de médecin généraliste libéral sur la vie de son conjoint : étude qualitative auprès de conjoints de médecins généralistes

Carolane Michel

► **To cite this version:**

Carolane Michel. Le retentissement de la profession de médecin généraliste libéral sur la vie de son conjoint : étude qualitative auprès de conjoints de médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01926917

HAL Id: dumas-01926917

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01926917>

Submitted on 19 Nov 2018

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 PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE : 2017

N° 2017-121

**LE RETENTISSEMENT DE LA PROFESSION DE MEDECIN
GENERALISTE LIBERAL SUR LA VIE DE SON CONJOINT**

Etude qualitative auprès de conjoints de médecins généralistes

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT) SPECIALITE
MEDECINE GENERALE PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 6 OCTOBRE 2017

PAR

MICHEL Carolane

Née le 11 mars 1990

Le Président de Jury : **Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE**

Les Juges : **Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT**

Monsieur le Professeur Thierry CAUS

Monsieur le Professeur Raphaël SINNA

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Le directeur de thèse : **Monsieur le Docteur Yan ZBOROWSKA**

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Recevez à cette occasion l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Maladies infectieuses et tropicales)
Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Thierry CAUS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Chef du service de chirurgie cardiaque

Pôle "Cœur - Thorax - Vaisseaux"

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Raphaël SINNA
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Chirurgie plastique et reconstructrice)

*Vous avez bien volontiers consenti à participer à ce jury. Je vous adresse pour cela mes
sincères remerciements.*

A Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur de Médecine générale
Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de siéger parmi les membres de ce jury. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Yan ZBOROWSKA

Médecin généraliste

Maître de Stage Universitaire – Enseignant au Département de Médecine Générale

Merci de m'avoir orienté et suivi dans ce travail. Merci également de m'avoir accueilli en stage, des moments qui figurent parmi les plus enrichissants de mon parcours. C'est toujours un plaisir d'échanger avec vous.

Au terme de ce parcours, je remercie enfin celles et ceux qui me sont chers et que j'ai quelque peu délaissés ces derniers mois pour achever cette thèse. Leurs attentions et encouragements m'ont accompagnés tout au long de ces années.

A Julien, pour qui j'essaierai d'appliquer toutes les leçons tirées de cette thèse. Merci pour ton soutien, ton amour, ta patience et tes petits plats. Mu.

A ma famille, mes parents, je vous remercie de m'avoir encouragé dans cette voie ainsi que pour votre soutien physique et matériel. Je suis heureuse de vous rendre fiers aujourd'hui.

A ma belle-famille, qui a largement contribué à l'élaboration de cette thèse, merci pour votre accueil au sein de votre famille et votre bienveillance.

A Alex, Lucie et Marie-Po, merci d'être des amies au top. J'espère vous avoir à mes côtés encore de nombreuses années.

A tous les amis,

Florent, Guigou, Sylvain, Damien, Harmony, Arnaud, Lara, Jeanne, Juliette, Octave, Mez, Aurélie, Marc, Céline, Lucie, Pierre, Jeannot, Romain, Julie, Chouby, Pauline, Keumar, Chachi, Juliette, Gaby, Boise, Anne-So, Axelle

Merci pour les bons moments, les apéros et les vacances partagées !

A tous les chefs, maitres de stage et collègues rencontrés au cours de ces neuf dernières années et qui ont réussi à me faire aimer encore davantage la médecine.

Table des matières

I. PREAMBULE	18
II. INTRODUCTION	20
III. MATERIEL ET METHODE.....	22
1. Type d'étude.....	22
2. Elaboration du guide d'entretien	22
3. Recrutement	23
4. Déroulement des entretiens.....	23
5. Analyse des données.....	23
IV. RESULTATS	24
1. Les entretiens.....	24
2. Caractéristiques de l'échantillon	24
3. Analyse des résultats.....	25
A. Le médecin généraliste vu par son conjoint.....	25
a. Représentation de la profession	25
b. Les avantages.....	28
c. Les inconvénients.....	29
d. Evolution des pratiques.....	31
B. Retentissement sur la vie du conjoint	32
a. Impact sur la vie professionnelle	33
b. Impact sur la vie personnelle	35
c. Impact sur la vie de couple	39
d. Impact sur la vie familiale.....	45
e. Impact sur la vie sociale.....	53
C. Particularités des couples de médecins	54
D. Les conseils.....	56
a. Sur le plan professionnel.....	56
b. Sur le plan personnel.....	58
E. En bonus : quelques idées reçues.....	60
V. DISCUSSION	62
1. Forces et faiblesses de notre travail.....	62
A. La méthode.....	62
B. La population étudiée.....	63
2. Discussion des résultats	64
A. Une « belle profession contraignante ».....	64
B. Des carrières professionnelles entre parenthèses	65
C. Vie personnelle : Du bon comme du mauvais	66
D. Vie de couple : un équilibre fin.....	67
E. Vie de famille : les femmes et les conjoints d'abord	69
F. Une gestion de la santé avec parcimonie	70
G. Une vie sociale satisfaisante sous certaines conditions	71

H.	Particularité des couples de médecins.....	72
I.	Un milieu rural hostile aux conjoints.....	73
J.	Des paradoxes	74
K.	L'évolution des pratiques.....	74
L.	Conseils avisés.....	76
3.	Ressenti personnel.....	77
VI.	CONCLUSION.....	78
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	80
VII.	ANNEXES	82
1.	Annexe 1 : Script d'entretien.....	82
2.	Annexe 2 : Retranscription des entretiens et cartes heuristiques (CD-ROM)	83

I. PREAMBULE

« Je travaillais beaucoup : j'ai travaillé six jours sur sept. Ça, ça a été difficile. Jusqu'au moment où mes enfants m'ont dit : peut-être que tu pourrais ralentir un petit peu et pas travailler le samedi... mais j'ai mis heu... près de 30 ans à le faire... À un moment donné, cela a saturé dans la famille : il y a eu une menace de rupture et j'ai changé complètement. »

« J'ai beaucoup de confrères aussi dont les ex n'ont pas compris : il y a un décalage entre les amoureux du début et la réalité du terrain ensuite quand on est installé. Quand les responsabilités fusent, on n'est plus très présent à la maison et les épouses ne sont pas très contentes (...). Celle qui est venue ensuite, dans ma vie, elle m'a pris comme je suis donc forcément il y a eu moins de problèmes. »

« Mon premier mari ne supportait plus cette situation, il n'a pas tenu le coup (...). Le deuxième, il fait un boulot un peu similaire (...) Ma sœur m'a dit qu'en fait, je passais beaucoup plus de temps avec mes patients qu'avec mes proches – ce que j'ai très mal pris, ce que j'ai trouvé très con, heu..., très désagréable et tout (ton bas). Et en fait, elle avait raison – et ça, ouais, c'était un truc douloureux. »

Extrait d'entretiens d'une étude menée en 2007 sur les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux.(1)

II. INTRODUCTION

La profession de médecin généraliste demande une grande disponibilité du praticien pour ses patients. Elle est connue comme chronophage comme le montrent les chiffres avec une moyenne de 57 heures par semaine accordées à l'activité professionnelle (2). Il s'agit donc d'un investissement personnel quantitatif mais souvent aussi, qualitatif. En effet, étant face à des êtres humains, l'affect est régulièrement pris à partie.

Les médecins généralistes ont souvent été interrogés sur la manière dont ils organisaient leur emploi du temps, géraient leur vie personnelle ou sur ce qu'ils pensaient de leur situation. Il en ressort, d'une part, que 57% d'entre eux préféreraient travailler moins (3). D'autre part, le retentissement de la profession sur la sphère familiale est souvent un regret, les médecins expriment un manque de temps passé au sein de leur famille, ils ont le sentiment de ne pas avoir su trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée (4).

Partant de cette constatation, il nous semble déterminant de connaître le ressenti de la personne la plus proche du médecin, celle qui partage sa vie quotidienne : son conjoint. En effet, 87% des médecins généralistes libéraux sont en couple (5) et à ce jour personne ne s'est encore réellement penché sur l'avis de leurs conjoints. De plus, la plupart des conjoints de médecins (73%) sont actifs et parmi ceux-là, 17% sont également médecins (5). Il incombe donc à chacun de trouver sa place afin d'articuler carrière professionnelle, vie personnelle et vie familiale.

Notre étude a pour but de s'intéresser aux sentiments de ceux qui partagent la vie de ces praticiens. Il s'agira également de se soucier de l'état de santé de leurs conjoints, santé au sens large, selon la définition de l'OMS, c'est à dire « un état de bien-être total, physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ». Il est question de regarder de l'autre côté du miroir et de se demander si, effectivement, la profession de médecin généraliste a un impact significatif sur la vie de famille. Et si oui, comment cette situation est-elle vécue par le conjoint ? Cette situation est-elle plutôt délétère ou, au contraire, bénéfique pour l'autre ? La plupart des médecins pensent peut-être pouvoir répondre à cette question mais dans un couple, il existe souvent des choses dites, des choses sous-entendues et des choses tues.

Ce travail a également pour but de répondre à des préoccupations personnelles en tant que médecin. En effet, un « bon médecin » est aussi un médecin épanoui tant dans son travail que dans sa vie personnelle. Dans sa thèse interrogeant les médecins généralistes de la Somme, le docteur Carole Granier met en évidence un lien significatif entre l'insatisfaction du conjoint et une mauvaise qualité de vie du médecin, soulignant la place prépondérante du conjoint pour l'équilibre du médecin. Elle cite également l'anthropologue Anne Vega : « un individu en

situation difficile qui ne reçoit pas le soutien de son entourage verra cet état s'aggraver » (6). Plus concrètement, les médecins généralistes sont particulièrement exposés au syndrome d'épuisement professionnel, presque la moitié (47%) selon une étude bourguignonne de 2001 (7). Parmi les facteurs d'influence identifiés, à côté de l'âge, on retrouve le statut matrimonial. Ainsi vivre en couple semble constituer un élément protecteur puisque 51% des médecins en couple se sentent menacés contre 66% des médecins célibataires (8). Le partenaire a souvent un rôle de soutien et de modulateur qui prend toute son importance dans ce genre de situation. Entendre ses revendications c'est également se protéger soit même.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le retentissement de la profession de médecin généraliste libéral sur la vie de son conjoint sur le plan professionnel, personnel et social.

Par ailleurs, l'objectif secondaire est de recueillir le point de vue du conjoint du médecin généraliste concernant la profession de son partenaire. Ces éléments pourraient-ils être utilisés afin d'améliorer le quotidien du conjoint, du couple ainsi que le vécu d'une profession parfois astreignante ?

Tout l'enjeu de notre étude est d'acquérir la confiance des participants afin qu'ils acceptent de se livrer sur les aspects aussi bien positifs que négatifs que leur impose la vie de « conjoint de médecin ».

III. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de conjoints (mariés, pacsés ou en concubinage) de médecins généralistes libéraux installés depuis au moins trois ans en Hauts-de-France.

La recherche qualitative est une technique issue des sciences humaines. Elle permet de recueillir des données par l'entretien puis d'analyser ce matériel par thème. Elle a pour but d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensées et des représentations. Elle permet de cerner la réalité d'une situation particulière (9). Le choix de cette méthode nous a paru évident, puisqu'il ne s'agissait non pas de quantifier un processus, mais plutôt de percevoir un sentiment.

2. Elaboration du guide d'entretien

Notre script d'entretien comportait quelques questions de présentation puis six questions ouvertes qui étaient les suivantes :

- La première, assez générale, était : on entend souvent que le médecin généraliste est marié à ses patients, qu'en pensez-vous ?
- Les quatre suivantes se présentaient sous cette forme : en quoi la profession de votre conjoint a-t-elle eu un impact sur votre vie professionnelle / vie familiale / vie de couple / vie personnelle et sociale ?
- Enfin la dernière : quels conseils donneriez-vous aux jeunes médecins généralistes au vu de votre propre expérience ?

Ces questions ouvertes permettaient au participant de s'exprimer librement. Plusieurs sous-questions étaient prévues pour relancer l'entretien au besoin, celles-ci pouvaient être réajustées au fil des différents entretiens. Ce type d'étude nous permettait d'établir une grille de questions qui n'était jamais figée afin d'enrichir au mieux notre travail.

Deux entretiens tests ont été menés et ont permis de modifier légèrement la formulation et l'ordre des questions. Le script d'entretien définitif est disponible en annexe 1.

3. Recrutement

Nous avons cherché à recruter des profils les plus variés possibles afin d'avoir la plus grande diversité dans nos résultats. Nous avons contacté les participants par mail ou par téléphone parmi nos contacts personnels ainsi que par du bouche à oreille. Pour certains, nous disposions uniquement des coordonnées du médecin, nous le contactons d'abord afin qu'il nous oriente vers son conjoint. Le thème de notre travail était rapidement expliqué ainsi que les modalités de l'entretien puis un lieu et un horaire de rendez-vous étaient fixés à la convenance du participant.

4. Déroulement des entretiens

La mise en condition du participant était un temps essentiel pour assurer un entretien productif. L'intervieweur commençait tout d'abord par se présenter et rappeler succinctement le thème du travail. Les participants étaient informés de l'anonymisation totale des données.

Les entretiens ont été enregistrés par l'application dictaphone du smartphone de l'intervieweur avec accord du participant.

5. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot. Les pauses et les expressions non-verbales ont été notées entre parenthèses. Afin de garantir l'anonymat, les participants ont été identifiés par des numéros (de P1 à P13). L'ensemble des entretiens est disponible en *annexe 2 (CD-ROM)*.

Le codage des entretiens a été réalisé grâce au logiciel N'vivo® par la méthode de théorisation ancrée qui consiste à collecter les données, sans a priori pour ensuite y chercher un sens (10).

Les entretiens ont été découpés en groupes de mots, appelés verbatims, puis codés en différentes catégories selon la signification du verbatim.

Les entretiens ont été analysés au fur et à mesure et poursuivis jusqu'à saturation des données. Nous avons procédé à une comparaison continue des précédents verbatims à chaque nouvelle analyse de façon à ne pas omettre de codes.

Afin de limiter au maximum les biais de préconception nous avons réalisé une triangulation des données avec une autre enquêtrice.

IV. RESULTATS

1. Les entretiens

Au total dix-neuf conjoints de médecins généralistes ont été contactés sur une période de six mois. Un conjoint a refusé de participer par manque de temps, quatre ont accepté initialement mais n'ont pas donné suite et un n'a pas répondu.

Treize entretiens ont été nécessaires afin d'arriver à saturation des données. Les entretiens se sont déroulés du 9 janvier 2017 au 26 juin 2017.

Neufs entretiens ont eu lieu au domicile du participant ; deux entretiens (E6, E11) se sont déroulés au cabinet du directeur de thèse en son absence ; un entretien (E11) s'est déroulé au cabinet du conjoint de la participante, et enfin un entretien (E7) s'est déroulé au domicile de l'interviewer. Le lieu de rendez-vous a toujours été établi selon la demande du participant.

2. Caractéristiques de l'échantillon

PARTICIPANT	Sexe	Age (ans)	Profession	Age du médecin (ans)	Mode d'exercice du médecin	Temps de travail actuel du médecin (par semaine)	Longévité du couple	Nombre d'enfants ensemble	Durée de l'entretien (min)
P1	H	64	Auteur, ancien infirmier	60	Rural Cabinet de groupe	40 h	35 ans	3	24'
P2	F	62	Médecin généraliste (conjointe de P5)	66	Semi-rural Un collaborateur	25 h	37 ans	3	15'
P3	F	45	Médecin généraliste	59	Urbain Cabinet de groupe	40 h	15 ans	2	14'
P4	F	64	Retraîtée, ancienne sage-femme, femme au foyer et aumônière	65	Urbain Cabinet de groupe	65 h	41 ans	4	47'
P5	H	66	Médecin généraliste (conjoint de P2)	62	Semi-rural Un collaborateur	30 h	37 ans	3	30'
P6	F	48	Délégué médical	56	Urbain Cabinet de groupe	40 h	8 ans	0	16'
P7	H	44	Conseiller technique dans la restauration scolaire	44	Rural Cabinet de groupe	50 h	20 ans	3	39'
P8	F	54	Retraîtée, ancienne agent des finances publics	54	Semi-rural Cabinet de groupe	60 h	38 ans	3	19'
P9	H	47	Infirmier anesthésiste	40	Semi-rural Un collaborateur	40 h	18 ans	2	21'
P10	F	55	Avocate	56	Urbain Individuel	50 h	35 ans	3	44'
P11	F	39	Adjointe administrative dans un CCAS	54	Semi-rural Cabinet de groupe	45 h	16 ans	0	38'
P12	H	55	Cadre en entreprise	51	Semi-rural Cabinet de groupe	40 h	33 ans	3	28'
P13	H	33	Kinésithérapeute	33	Semi-rural Cabinet de groupe	35 h	9 ans	2	16'
MOYENNE	6H/7F	52		54		43 h	26 ans	2,4	27'

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon et durée des entretiens

3. Analyse des résultats

Afin de faciliter la lecture, nous avons choisi de rendre compte ici uniquement des extraits des verbatims les plus explicites. Néanmoins, pour chaque code, il sera mentionné l'ensemble des entretiens dans lequel le code apparaît. L'entretien 1 sera ainsi noté E1, ... Les propos prononcés par le participant 1 seront précédés de P1, ...

La première question était la suivante : « on entend souvent que le médecin généraliste est marié à ses patients, qu'en pensez-vous ? ». Cette question permettait un premier abord de notre sujet sans s'introduire directement dans la vie privée du participant. Elle permettait souvent de répondre à notre objectif secondaire concernant la représentation du médecin généraliste par son conjoint.

A. Le médecin généraliste vu par son conjoint

a. Représentation de la profession

Un engagement

Pour neuf participants sur treize, la profession représentait un réel engagement personnel que faisait le médecin envers ses patients, parfois même un dévouement (E1, E2, E3, E5, E7, E9, E10, E12, E13).

P1 : « ... c'est à dire une disponibilité pleine et entière. »

P10 : « Il me dit : qu'est-ce que tu veux que je fasse ? Ils sont là, ils comptent sur moi (...) il est dans l'aide des autres »

P13 : « Etant médecin libéral, elle a un devoir de présence envers ses patients, pas toute sa vie non plus mais un minimum »

Une passion

Parfois, plus qu'un métier, il s'agissait avant tout d'une passion pour la médecine (E4, E8, E10).

P4 : « Bon, marié avec je ne sais pas mais je dirais plutôt que c'est une passion. »

P8 : « Alors c'est sa passion donc je pense qu'il faut le comprendre. »

Humanité de la profession

La place de la relation humaine qui se créait entre le médecin et le malade était très importante (E2, E3, E4, E7, E10, E11, E12, E13).

P12 : « il doit être là pour les écouter, pour les aiguiller que ça soit par des traitements ou des conseils ou autres. C'est quand même le premier contact quand les gens ne vont pas bien. »

P13 : « Elle s'occupe de la personne et pas de la pathologie. Un investissement vrai. »

Implication affective

Les conjoints témoignaient du retentissement affectif, parfois important, que peut avoir cette relation singulière avec le patient (E3, E4, E11, E12, E13).

P2 : « Quand on a un patient qui est mourant on ne peut pas ne pas y penser. »

P3 : « il a arrêté parce qu'il pense qu'on s'attache trop. Il pense qu'on ne devrait pas suivre les patients pendant trente ans parce qu'il pense qu'on s'y attache trop et qu'il y a trop d'affecte. »

Une responsabilité

La notion de responsabilité médicale était surtout mise en avant par les participants eux-mêmes médecins (E2, E5).

P2 : « Ceux sont des êtres humains dont on a la responsabilité et qu'on ne peut pas mettre sur le côté »

P5 : « il a ça sur les épaules et il est obligé de se démerder tout seul »

Un héritage

Dans certaines familles, la médecine se transmettait de père en fils, pour le meilleur et pour le pire (E4).

P4 : « Je comprenais parce que de toute façon c'était culturel, son papa qui était lui-même médecin, avait cette culture. Donc ça aurait été un choc, je n'ai pas su casser le rythme, lui faire comprendre (...) P. (leur fils) a fait une formation pour être réanimateur et urgentiste et puis d'autres choses... il a hérité de la boulimie du travail de son père. »

Un métier respecté

Pour certains, le médecin était une personne respectée voir même, idéalisée dans l'esprit collectif (E4, E11).

P4 : « dans le temps, les médecins étaient admirés et respectés »

P11 : « dans la tête des gens, lorsqu'on est médecin on n'est jamais malade, à la limite il ne va pas aux toilettes, il ne boit pas. Ils ont une image, c'est impressionnant »

Un métier difficile

Pour plusieurs participants, il s'agissait d'une profession difficile, que ça soit sur le plan physique ou psychologique (E1, E2, E5, E12, E13).

P1 : « A l'époque elle était seule à gérer son cabinet dans le village. Ça c'est des moments difficiles pour une femme généraliste installée. »

P12 : « D'un point de vue psychologique, pour vous, ça ne doit pas être toujours simple. »

Un beau métier

Le fait qu'il s'agisse d'un « beau métier » était mis en avant pour contre balancer certains aspects négatifs (E9, E10).

P9 : « Non mais c'est un très beau métier mais je pense qu'il est mal reconnu. »

P10 : « Non, bon c'est un beau métier, c'est un métier qu'il vit bien et que j'apprécie. »

Un métier comme un autre

En fait pour plusieurs participants, il s'agissait d'un métier comme un autre (E1, E6, E9, E11, E12).

P11 : « Après médecin pour moi c'était comme s'il était bûcheron, il a une profession, je ne vis pas à travers ça. »

P12 : « pour moi quand vous vous engagez à faire un job vous vous y mettez à fond, c'est normal. Donc là, elle accompagne les gens c'est normal. »

Une spécialité sans avenir

Pour un participant, lui-même médecin, l'avenir laissait peu de place aux médecins généralistes (E5).

P5 : « C'est pour ça que je pense que généraliste c'est foutu on est à peu près mort. Dans quelques années y en aura plus. »

Une corporation sociale

L'image du médecin était associée à un niveau socio-économique élevé (E1, E4, E11).

P1 : « Nous ne sommes pas du tout dans le schéma de ces gens qui se considèrent comme des notables et qui se fréquentent entre notables par le biais d'un Rotary ou trucs comme ça. »

P4 : « J'ai même des amis qui n'ont pas de métier prestigieux, enfin je ne sais pas comment dire... »

Source de convoitise

Pour certains, la profession médicale était une source de jalousie (E4, E10, E11).

P4 : « Je trouve qu'au lieu d'être respecté, le côté médical est jaloué. »

P10 : « Et puis les gens qui se plaignent aussi, il ne faut pas qu'on arrête ! C'est : encore des vacances ! »

b. Les avantages

Libération de temps libres

Pour de nombreux conjoints, la liberté concernant la gestion de l'emploi du temps était un avantage majeur de la profession (E1, E2, E3, E6, E11, E13).

P3 : « Les vacances ça se passe bien, il prend la moitié des vacances scolaires, donc à la limite plus qu'un salarié. »

P13 : « elle a la possibilité de prendre une journée, de moins travailler et elle est présente avec ses enfants très souvent. »

Un temps de travail raisonnable

Pour quatre participants, le temps consacré au travail par leur conjoint était correct. Certains soulignaient néanmoins qu'il n'en avait pas toujours été ainsi (E2, E3, E6, E1).

P2 : « Actuellement c'est bien. Pour moi ce n'est pas excessif. »

P6 : « Pour moi c'est une journée de travail classique. A dix-neuf heures c'est son dernier rendez-vous, à dix-neuf heures trente il est à la maison quoi. »

Une profession intéressante

Les participants appréciaient de voir leur partenaire s'épanouir au travers de leur profession (E1, E8, E10, E11).

P8 : « de le voir s'épanouir dans sa profession c'est très bien. »

P11 : « Et lui se sent bien parce qu'il fait ce qu'il aime faire et c'est important aussi. »

c. Les inconvénients

Des études contraignantes

Pour beaucoup, la difficulté commençait tout d'abord par des études longues et difficiles (E7, E9, E10, E12).

E9 : « Quand elle (leur fille) a vu le nombre d'années d'études que sa mère a fait pour arriver aux horaires qu'elle fait aujourd'hui... »

E12 : « c'est vrai qu'au moment de l'internat, c'était assez... (hésitation) assez compliqué. »

Difficultés d'installation

Pour certains, il a pu être difficile de s'installer ou bien de déménager une fois l'installation faite (E1, E5, E7).

P1 : « C'était l'époque où les vieux médecins étaient en place et empêchaient que les autres s'installent, c'est ceux-là qui protégeaient leur pré carré... »

P7 : « S'il avait fallu que je sois muté quelque part, là en effet ça aurait pu poser problème parce que refaire une clientèle, refaire son trou quelque part ça n'aurait pas été évident pour elle. »

Les contraintes du libéral

L'exercice libéral était souvent vu comme une contrainte notamment en cas de grossesse, de maladie ou de par les cotisations (E1, E5, E7, E13).

P1 : « quand elle était enceinte des jumeaux, elle a travaillé jusqu'au dernier jour et bien qu'elle ait fait une septicémie suite à l'accouchement, elle a repris très vite (...) Ça c'est des moments difficiles pour une femme généraliste installée. »

P13 : « de par le statut de libéral qui impose des cotisations à l'année, les grosses différences de chiffre d'affaire vont s'impacter financièrement donc c'est quelque chose à anticiper. »

Un métier chronophage

Tous les participants sauf un (E6) se plaignaient du temps que leur conjoint accordait au travail et notamment du fait qu'il rentrait souvent tard à la maison.

E3 : « Il ne travaillait pas quarante heures par semaine à cette époque-là, il travaillait genre soixante heures avec des gardes, enfin la vraie vie du médecin d'avant quoi. »

E8 : « soit il n'était pas là, soit il rentrait tard »

E10 : « C'est complètement excessif... Heu... Si on n'a pas une santé de fer comme il a la chance d'avoir, on ne peut pas tenir. Il rentre à des heures impossibles »

Des loisirs restreints

Le planning souvent chargé du médecin laissait assez peu de place aux activités personnelles (E4, E5, E6, E7, E10).

P5 : « On ne peut pas être médecin et faire le reste à côté hein. »

P10 : « Il a le temps de rien quoi ! Il n'a pas le temps de dépenser quoi que ce soit, il est bloqué de neuf heures du matin à vingt et une heure le soir. »

Le manque de médecins

La pénurie de médecins généralistes était souvent difficile à assumer, d'autant plus en milieu rural (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E10, E11).

P6 : « Je dirais que les moments difficiles c'est plus en ce moment parce qu'il y a un regain d'activité, il y a quatre médecins qui se sont arrêtés dans sa ville, dont son associé. »

P10 : « Et c'est de pire en pire parce que les patients ont de plus en plus de mal à trouver un médecin. »

Les tâches administratives

La gestion des tâches administratives était considérée comme une charge supplémentaire importante (E7, E9, E10).

P9 : « Ce qui me choque c'est plutôt ce qu'il y a après le boulot, surtout les papiers à remplir, les demandes de prises en charge, tout ce qui est comptabilité »

L'épuisement professionnel

Trois participants nous ont confié que leur conjoint avait déjà été confronté au syndrome d'épuisement professionnel (E3, E4, E7).

P4 : « Il a été, de temps en temps, près du burn out c'est clair. »

P7 : « Elle a eu un très très mauvais passage début février, il a fallu qu'elle s'arrête. »

La solitude

Un des participants, lui-même médecin, se plaignait de l'isolement du médecin généraliste (E5).

P5 : « Le gros problème c'est la solitude du médecin souvent, il a ça sur les épaules et il est obligé de se démerder tout seul, s'il a un problème il ne peut en parler à personne. »

Le manque de reconnaissance

Pour certains, la reconnaissance envers le médecin était insuffisante (E5, E9).

P5 : « on le voit un médecin qui est malade pendant quelques semaines ou quelques mois il perd sa clientèle. »

P9 : « Non mais c'est un très beau métier mais je pense qu'il est mal reconnu. »

d. Evolution des pratiques

Au cours du temps, de nombreux changements ont été constatés par les participants, notamment dans la façon d'exercer la médecine. Il s'agissait d'un sujet récurrent, souvent évoqué comme quelque chose de bénéfique.

Des horaires plus restreints

Au cours de leur carrière, de nombreux médecins ont souhaité diminuer leur temps de travail, pour certains le changement a été radical (E2, E3, E5, E7, E11, E13).

P3 : « au bout de vingt ans, comme il n'en pouvait plus, il a changé de cabinet (...) il a intégré un cabinet de groupe en ville sans garde »

P13 : « Avant les médecins de famille faisaient quinze heures par jour »

Des médecins moins disponibles

Pour certains participants, les médecins actuels ne faisaient plus passer leur travail avant tout, par conséquent l'image du médecin dévoué était parfois mise à défaut (E1, E4, E5, E8, E11).

P1 : « je pense que votre génération n'aura pas la même approche non plus qu'a eu la génération de ma femme et encore moins que celle d'avant, c'est à dire une disponibilité pleine et entière. »

P4 : « maintenant les médecins ne font plus les gardes, ne sont plus à disposition, n'ont plus la même relation avec les gens »

Une facilité d'installation

Le manque de médecin a souvent été évoqué de manière négative, à contrario, il s'agissait pour certains d'une aubaine de par la liberté d'installation et d'exercice (E1, E5, E11).

P1 : « A l'époque il fallait se battre pour pouvoir s'installer, maintenant il faut se battre pour trouver un médecin (rire) »

P11 : « Après il peut se permettre de terminer plus tôt aussi parce qu'il y a un manque de médecin attention... Si demain il y en avait trois qui s'installent peut-être qu'il changerait son fusil d'épaule. Là il sait que les patients vont revenir demain. C'est la loi de l'offre et de la demande hein... »

Avantage de la technologie

Pour quelques participants, l'impact des nouvelles technologies n'a pas été négligeable (E2, E5, E7).

P2 : « Maintenant avec les répondeurs, les systèmes de garde (...) on peut couper, on peut dire je ne suis pas là, adressez-vous à tel endroit »

Evolution du statut féminin

Plusieurs mettaient en avant une amélioration des droits des femmes, et notamment des femmes médecins (E1, E2, E5, E13).

P1 : « au moment où elle a accouché, il n'y avait pas de statut de femme médecin par rapport à la grossesse, c'est à dire qu'elle avait le droit à une indemnité de femme de médecin. »

P2 : « Je faisais partie de ces femmes d'il y a trente ans qui ont voulu assumer leur condition de femme tout en ne sachant pas modifier l'attitude des hommes. (...) nous étions des superwoman.»

Une visualisation d'ensemble de cette première partie est disponible sous forme de carte heuristique en annexe 2 (CD-ROM).

B. Retentissement sur la vie du conjoint

Les participants ont été interrogés sur l'incidence que pouvait avoir la profession de leur conjoint sur les différentes sphères de leur vie.

a. Impact sur la vie professionnelle

Aucun impact

Seulement quatre participants n'ont constaté aucune modification professionnelle liée à leur partenaire (E3, E6, E7, E9).

P3 : « Sur ma vie professionnelle ? Aucun impact. » (Médecin généraliste)

P6 : « j'ai des horaires un peu libres, je travaille comme je veux donc ça n'a rien changé. » (Déléguée médicale)

Adaptation professionnelle

Plusieurs ont dû adapter leur planning, plutôt dans le sens d'une diminution du temps de travail. Ceci pouvait être vécu comme une satisfaction ou comme un regret (E1, E2, E8, E10, E13).

P8 : « souvent j'ai travaillé à mi-temps ou alors j'arrêtais de travailler le quinze juin et je reprenais le quinze septembre ! » (Agent des finances publiques)

P10 : « Donc j'ai dû me limiter quoi (...) j'aimais bien le droit pénal, mais ça prend un temps fou. Tout ce qui est chronophage j'ai arrêté. » (Avocate)

P13 : « elle a organisé son emploi du temps de façon à pouvoir voir ses enfants et moi j'ai organisé mon emploi du temps de façon à ce qu'elle puisse faire son métier quoi. » (Kinésithérapeute)

Refus de promotion

A contre cœur, certains ont refusé un meilleur poste (E8, E10).

P10 : « j'aurai pu m'associer, j'aurai pu avoir une rémunération plus stable, avec dans dossiers plus importants mais bon je me suis réorganisée complètement par rapport à lui. » (Avocate)

P8 : « comme il était médecin, moi je travaillais aux impôts et il y a des grades que je n'ai pas pu obtenir parce qu'il aurait fallu que j'ai une mutation. » (Agent des finances publiques)

Cessation de l'activité professionnelle

Deux participants ont complètement arrêté leur profession, ils en étaient très satisfaits (E1, E4).

P4 : « on a décidé d'un accord commun, comme on a eu les quatre enfants en cinq ans, que sage-femme avec des gardes... j'ai très vite arrêté. En fait, j'ai pris ça comme un cadeau et non pas comme une frustration. » (Sage-femme)

Adaptation du médecin

Plus rarement, c'est le médecin qui a dû s'adapter à l'emploi du temps de son conjoint (E7, E9, E12).

P9 : « depuis deux ans, j'ai des horaires plus difficiles que mon épouse (...) donc c'est plutôt mon épouse qui s'adapte à nos horaires. » (Infirmier anesthésiste)

P12 : « c'est plutôt moi qui a eu un impact sur elle avec mon métier » (Cadre en entreprise)

Adaptation pour les enfants

Très souvent, quel que soit le type d'aménagement, la raison évoquée était la gestion du foyer et des enfants (E1, E4, E8, E9, E10, E12, E13).

P10 : « J'ai fait ce choix pour pouvoir assumer la vie de famille. » (Avocate)

P13 : « il y a des soirs où il faut qu'elle finisse tard et du coup par rapport à la vie familiale il faut que j'arrive à gérer. De ce fait je dois réduire mes plannings pour pouvoir palier à ça. » (Kinésithérapeute)

Opportunités professionnelles

Certains ont pu bénéficier de nouvelles opportunités (E10, E11).

P10 : « Les labo nous invités, je rencontrais des médecins (...) en tant qu'avocate, ça m'a rapporté des dossiers aussi clairement. » (Avocate)

P11 : « Et là pour le boulot que j'ai actuellement c'est grâce à son nom. » (Adjointe administrative)

Licenciement

Anciennement secrétaire dans le cabinet médical de son conjoint, une des participantes a connu des difficultés à poursuivre son activité (E11).

P11 : « Au moment où on a annoncé publiquement que nous étions ensemble et ben en fait j'ai perdu mon travail. Les portes se sont fermées, j'ai eu énormément de mal à retrouver du travail. » (Adjointe administrative)

b. Impact sur la vie personnelle

Accessibilité aux soins

L'accès rapide à un soin ou à un conseil médical était souvent plébiscité par les participants (E6, E7, E9, E10, E12, E13).

P10 : « Au moins je n'attends pas en salle d'attente. »

P12 : « si on est malade, on a ce qu'il faut sur place, elle va nous donner ce qu'il faut tout de suite. »

P13 : « il y a le côté pratique c'est à dire la prescription facile, maitrisée quand même, mais facile »

Avantage financier

Le confort financier était un avantage évident pour beaucoup (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E10, E11).

P1 : « elle ramène des revenus confortables qui permettent d'avoir une bonne qualité de vie. »

P10 : « Avec les heures qu'il fait, il finit par gagner correctement sa vie ! (Rire) »

P11 : « Point positif, on n'a pas de problème de fin de mois, il faut être réaliste. On a quand même des choses que d'autres n'auront pas. »

Privilège du statut

L'image du médecin pouvait parfois apporter quelques avantages (E4, E9, E10, E11).

P4 : « c'est sûr qu'être médecin ou femme de médecin, les gens vous regardent... ça ouvre des portes. »

P9 : « dans les magasins, on sait que je suis le mari du Dr L. c'est sympa parce que les gens sont plus sympas avec moi »

Epanouissement personnel

Plusieurs participants étaient plutôt satisfaits de leur situation. (E1, E2, E4, E7, E8, E10).

P1 : « J'ai pu me consacrer à des choses qui m'intéressaient d'avantage, c'est à dire la littérature, un peu de spectacle (...) qui étaient en grande partie bénévoles mais qui m'ont permis de faire des choses épanouissantes. »

P4 : « J'ai toujours eu une activité à l'extérieur de la maison, j'ai toujours été débordée (rire). »

Dévouement du conjoint

A de nombreuses reprises, les participants s'étaient mis au second plan, le plus souvent dans le but de préserver leur famille (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13).

P7 : « Je pense que c'est plus moi qui m'adapte à son rythme. Notre vie de couple elle avance naturellement. Je m'adapte au fur et à mesure. »

P10 : « J'ai dû sélectionner, bien entendu, parce que moi je suis obligé d'avoir des horaires parce qu'il y a les sorties d'école, les devoirs à surveiller, le réfrigérateur à remplir etc. Donc j'ai dû me limiter quoi. »

Envahissement de la vie privé

La plupart des participants étaient contraints au fait que la vie professionnelle du médecin empiétait sur leur vie privée (E1, E2, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12).

P7 : « j'ai eu la mauvaise expérience d'avoir mis mon téléphone sur les pages blanches et là j'ai été obligé de l'enlever (Rire) »

P8 : « les patients venaient sonner directement à la porte (...) même la nuit »

P11 : « Nous on n'ira pas sur une brocante ici, on ne sort pas car on croise les gens. Ce n'est pas méchant mais c'est : Ah docteur ça va ? Sinon vous avez reçu les résultats de la prise de sang ? »

Ils avaient parfois le **sentiment d'être observé, voir épié** (E10, E11).

P10 : « Il a une belle petite voiture, les patients la connaissent donc si la voiture est là, le médecin est là ! On est épié chez nous »

P11 : « au supermarché on regarde ce qu'il y a dans votre cadi. »

Séparation vie privée – vie professionnelle

Certains médecins parvenaient, malgré tout, à séparer les différentes sphères de leur vie, ce qu'appréciait leur conjoint (E5, E6, E7, E9, E13).

P6 : « Il essaye toujours de garder une certaine distance avec son boulot. Il le laisse au bureau. »

P7 : « Elle fait aussi ressentir à ses patients que la maison c'est la maison et le cabinet c'est le cabinet »

Notoriété publique

Le médecin, et par conséquent son conjoint, bénéficiaient d'une certaine popularité à l'échelle locale qui était parfois acceptée mais pouvait également être un poids (E4, E7, E11).

P7 : « C'est vrai qu'on habite un petit village donc je suis le mari du docteur c'est rigolo. »

P11 : « Je me souviens lorsque l'on a décidé de se marier (...) c'était impressionnant, c'était le mariage de Lady Di quoi, tout le monde était là à attendre devant la mairie (...) cet intérêt sur moi ou sur notre vie ça me gêne énormément. »

Victime de ragots

Une participante souffrait surtout des commérages associés à cette notoriété (E11).

P11 : « Et le fait que je me sois mise avec V., ça a été terrible, c'était : Tu te rends compte la secrétaire avec le docteur. Ça a fait les choux gras de B. pendant un an et demi »

« On le voyait monter dans la même voiture que sa stagiaire ben c'était : Oh tu as vu le docteur comment il est... ça y est ils vont se séparer... enfin c'est constamment. »

Source d'angoisses

Certains événements liés à la profession du médecin avaient fait naître des inquiétudes (E10, E11, E12).

P11 : « Les gens nous regardent, s'intéressent à notre vie tout le temps, tout le temps (...) c'est ce qui m'angoisse. »

P12 : « Elle s'est fait agresser deux fois (...) Maintenant, le soir quand elle rentre tard, je me fais un petit peu de souci, ce sont des choses qui marquent »

Etiquette de « femme de médecin »

Les épouses de médecins étaient souvent victimes d'à priori, tel que : les femmes de médecins ne travaillent pas, profitent de l'argent ou sont hautaines (E4, E5, E6, E8, E10, E11, E13).

P4 : « Encore cette semaine j'ai entendu : ah oui, toi tu es riche, tu es femme de médecin. Bon, bon, bon... prends ça ! »

P11 : « vous ne travaillez pas on va dire : ben oui c'est normal elle ne travaille pas, elle n'a pas besoin de travailler son mari est médecin (...) Et vous travaillez, ce qui est mon cas, ben vous prenez la place de quelqu'un qui en aurait plus besoin que vous. »

Jugement

D'autres avaient souffert du jugement soit de leur entourage, soit de l'entourage de leur conjoint (E9, E11).

P11 : « V. avait des amis avant qu'il ne voit plus parce qu'ils me jugeaient. On a fait une sortie une fois dans un restaurant étoilé, moi ce n'était pas mon monde, je n'avais pas l'habitude et je sentais qu'ils me regardaient. C'est très gênant. »

Culpabilité

Une des participantes se sentait gênée de ce qu'elle possédait actuellement car elle était issue d'un milieu plus modeste (E11).

P11 : « au début j'avais une gêne envers mes frères et sœurs en me disant que pour moi c'est facile. Donc je n'osais pas trop dire quand on partait à l'étranger ou si on avait acheté quelque chose parce que je me disais que pour eux c'est plus compliqué. »

L'ombre du médecin

L'image du médecin était parfois trop imposante dans le couple et le conjoint avait besoin de s'individualiser par rapport à l'autre (E1, E11).

P11 : « monsieur T., mon adjoint, m'a présentée en tant que femme du docteur C. Bon il aurait pu s'en passer (...) C'est rare que je me fasse appeler madame C. (son nom marital) (...) pour exister par rapport à moi et pas par rapport à lui, pas par rapport à son nom. »

Poids du secret médical

Certains participants insistaient pour que le secret médical soit strictement respecté (E8, E9).

P8 : « Parce que de temps en temps mes collègues de travail me disent : Bah ton mari ne te le pas dit ?! Donc je leur réponds que je ne suis pas au courant et c'est très bien. »

Isolement socio-culturel

Lorsque l'installation du médecin s'était imposée en zone rurale, les participants se plaignaient du manque d'accès à la culture et aux divertissements (E1, E2, E7, E8).

P1 : « En primaire ou au collège ça va mais quand ils arrivent au lycée et surtout à la fac, ils se retrouvent confrontés à des gens qui viennent d'ailleurs, qui ont été beaucoup mieux préparés et là ils sont un peu handicapés. »

P2 : « Nous appartenons à une région très très pauvre donc la vie sociale au sein de la région est extrêmement restreinte »

P8 : « Moi je préférerais qu'il soit dans une grande ville car c'est vrai qu'on s'ennuie. »

L'intrusion du travail dans la vie privée, la notion de notoriété publique ou le sentiment d'isolement étaient beaucoup plus remarqués par les participants vivant en milieu rural.

c. Impact sur la vie de couple

Influence du travail sur l'humeur

Les problèmes rencontrés au travail retentissaient souvent sur l'humeur du médecin, ce qui pouvait embarrasser leurs conjoints (E2, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13).

P4 : « quelqu'un qui rentre, qui est fatigué, qui ne supporte rien, c'est difficile. »

P8 : « Il rentre déjà fatigué c'est sûr alors si moi en plus je dois lui lister les problèmes de la journée... »

P8 : « quand elle a des soucis avec certains de ses patients ça se ressent à la maison. »

Manque de temps à deux

Certains participants ressentaient un réel manque suite à l'absence de leur conjoint (E7, E8, E10, E11, E12).

P8 : « on ne se voit déjà pas de la journée donc bon... »

P10 : « Bah, notre vie de couple elle est réduite si on voit le peu de temps qu'on passe ensemble. »

Jalousie

Le temps passé auprès des patients faisait parfois ressortir quelques jalousies (E5).

P5 : « elle va passer une demi-heure avec un couillon qui n'a aucun intérêt et puis moi elle va m'expédier en trois secondes. Voilà c'est ça le problème... (Rires) mais en résumé... »

Source de disputes

Le travail a parfois été l'objet de désaccords dans le couple (E5, E6, E10, E12).

P5 : « on s'est largement engueulé »

P10 : « il m'avait bien juré qu'il allait ralentir son activité, ça a duré six mois, j'ai râlé, je l'ai menacé mais rien n'y fait. »

Le couple menacé

La profession du médecin a mis certains couples en péril (E10, E12).

P10 : « Je pense que tout le monde ne supporte pas la solitude (...) Je pense que si je n'avais pas mon métier je serais parti, je n'aurais pas supporté la situation. Pourquoi faire des enfants et être seule pour les élever ? »

P12 : « C'est parce qu'il y a eu les enfants en même temps mais sincèrement, sans enfants, ça pouvait être des moments de divorce... »

Répercussion sur la vie intime

La fatigue engendrée par le travail avait parfois entravé la vie sexuelle du couple (E7, E10).

P7 : « c'est pareil on s'adapte, je sais qu'elle est fatiguée le soir donc je ne vais pas aller l'embêter tous les soirs, si vous voyez ce que je veux dire (Rire). »

Absence d'impact

Cinq participants trouvaient qu'il y avait peu ou pas d'impact de la profession sur leur couple (E3, E5, E6, E9, E12).

P5 : « Pouf ! Non pas spécialement, le fait qu'on était débordé certes ça a un retentissement mais autrement non, la profession pour moi ça n'a pas changé grand-chose. »

P9 : « je savais dans quoi je me lançais en épousant un médecin (...) je pense que ça n'a pas eu d'impact négatif sur notre vie de couple. »

Le diagramme 1 met en évidence des **divergences** concernant les faits rapportés par certains participants. Les participants P5, P6 et P12 rapportaient à la fois que la profession de leur conjoint n'avait pas vraiment eu d'impact sur leur vie de couple et malgré tout, par la suite, ils avaient évoqué des conflits associés à ce travail.

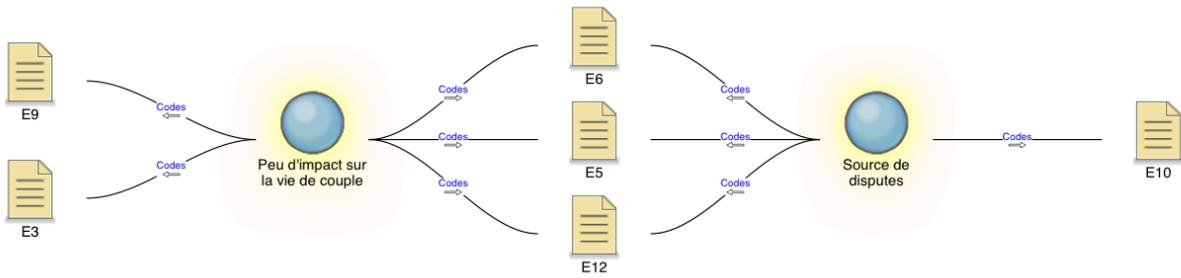


Diagramme 1 : Divergences des propos concernant l'impact sur la vie de couple

Indépendance

Certains avaient trouvé un équilibre en gardant une forme d'autonomie dans le couple (E5, E8, E11).

P2 : « Vacances, sorties, c'était lui qui travaillait et c'était moi qui partais avec les enfants ! »

P11 : « je partais chez mes parents avec les enfants au bord de la mer. On fonctionne comme ça. On est assez indépendant chacun »

Un soutien

Les conjoints étaient souvent une oreille attentive aux problèmes rencontrés au cours de la journée (E4, E5, E7, E8, E9, E12, E13).

P4 : « Je crois que le rôle d'un conjoint c'est aussi d'être un mur de lamentations. »

P8 : « parfois quand il rentre, il a besoin de parler malgré le secret médical, il me raconte des choses et moi je dois l'écouter sans retenir en fait, je ne suis pas censé être au courant ! »

P13 : « quand il y a des doutes sur les diagnostics (...) ça lui permet d'évacuer quoi. »

Un modulateur

Parfois, le conjoint se portait garant du bon équilibre de vie du médecin, en modérant son rythme du travail (E4, E10).

P4 : « ma ligne de conduite ça a toujours été de le soutenir, de ne pas l'encourager quand il finissait trop tard mais dans mes reproches je le modulais, je faisais semblant de me fâcher »

P10 : « Je lui impose des breaks les plus rapprochés possible. »

Partage des mêmes valeurs comme facteur protecteur

▪ **Des objectifs communs**

Souvent, s'être fixé les mêmes objectifs de vie et de travail facilitait l'attente (E5, E6, E10, E11, E12, E13).

P12 : « Moi j'accorde beaucoup de temps au mien (de travail), je ne vois pas pourquoi elle n'en accorderait pas au sien ! (Rire). »

P13 : « on s'est mis d'accord pour profiter tous les deux de notre vie personnelle et avoir tous les deux une vie professionnelle active »

▪ **Le contact humain**

Certains couples se retrouvaient dans l'amour pour les relations humaines (E4, E10).

P4 : « je priorisais toujours la relation humaine avec l'autre (...) ça nous a permis de tenir et c'est pour ça aussi qu'on se comprend. »

P10 : « Il adore le contact humain, moi aussi. Voilà c'est comme ça qu'on voit la vie tous les deux. »

▪ **Des passions communes**

Partager les mêmes centres d'intérêts était protecteur pour le couple (E10, E12).

P10 : « On n'a qu'une chose qui peut nous faire tenir objectivement, c'est parce qu'on est sportifs tous les deux, on aime plonger, on aime la montagne, la mer donc ça on le partage. »

P12 : « Si vous faites des heures mais que vous continuez à avoir la même vie, les mêmes centres d'intérêts... bon il n'y a pas de problème. Mais à partir du moment où vous n'avez plus les mêmes centres d'intérêts, au début vous allez faire des efforts et puis après... »

▪ **La fidélité**

La fidélité était considérée comme une valeur chère (E4).

P4 : « Heureusement, on avait les mêmes qualités et défauts par rapport à l'humain (...) Ça lui a permis, je pense, ni moi d'ailleurs... de ne pas aller voir ailleurs en clair. »

▪ **La religion**

Le partage d'une religion et des valeurs qui y sont associées permettait d'avoir les mêmes objectifs de vie dans le couple (E4).

P4 : « Et puis je ne cache pas que notre façon de voir, notre rectitude, correspond aussi à notre religion (...) On est très accroché aux valeurs, d'une façon archaïque mais finalement je me rends compte que l'archaïsme dans certains cas c'est pas mal ! »

Les participants ont été questionnés sur leur participation à l'activité professionnelle de leur conjoint médecin.

Absence de participation

Plusieurs participants préféreraient ne pas intervenir du tout dans l'exercice de leur conjoint (E3, E6, E9, E13).

P6 : « Jamais. Non, non, j'évite les disputes (Rire). »

P9 : « Mais non, je ne me mêle pas du tout à son activité »

Participation aux tâches administratives

Quand les conjoints intervenaient, il s'agissait surtout d'une aide pour la comptabilité (E1, E4, E7, E8, E10).

P1 : « J'ai participé (rire) pendant des années, au niveau des déclarations d'impôts parce que ma femme n'est pas très organisée à ce niveau »

P4 : « en tant que conjoint collaborateur, pour les papiers et pour le cabinet médical, ils étaient trois c'est moi qui faisait les papiers »

Participation au standard téléphonique

La contribution des conjoints était aussi, souvent, de répondre aux appels téléphoniques (E1, E2, E8, E12).

P2 : « c'était moi qui assurais les téléphones pour les deux cabinets. Donc je participais à son travail. En tant que secrétaire. »

P8 : « Tenir le téléphone, faire le secrétariat ou la comptabilité, d'ailleurs c'est ce que je suis en train de faire là. »

Participation à la thèse

Deux des participants se rappellent avoir aidé dans l'élaboration de la thèse (E7, E9).

P7 : « Ah si, je l'ai aidé pour sa thèse aussi ! (Rire). »

Secrétaire et épouse

Parfois, le cabinet a été le lieu de rencontre du couple (E11).

P11 : « j'ai été sa patiente, sa salariée et sa femme ! On rencontre souvent son conjoint sur son lieu de travail. Il m'a connu jeune, j'étais sa patiente, j'avais quatorze ans. Ensuite, j'ai été sa salariée »

Source de conflits

Après avoir essayé, certains considéraient que travailler avec son conjoint était une source de tensions (E4, E6, E8).

P4 : « Je n'ai jamais eu de merci des autres (collaborateurs du cabinet) mais c'est pas grave ! »
P8 : « C'était souvent source de conflit parce que, bien souvent, les patients au téléphone me racontaient pleins de choses qu'ils ne disaient pas au médecin. »

Les participants ont également été interrogés sur leur rapport à l'argent dans le couple.

Inégalité des revenus

Plusieurs soulignaient que leur conjoint avait des revenus plus importants, s'associant parfois à une certaine hiérarchie dans le couple, parfaitement assumée (E1, E6 E7, E9, E12).

P1 : « je n'ai pas ressenti de malaise du fait que ça soit ma femme qui soit le chef de famille »
P6 : « Bon il participe plus que moi, forcément il gagne plus d'argent (Rire). »
P7 : « de toute façon c'est ancré, elle aura toujours plus d'argent que moi ! (Rire). »

Rapport simple

Pour la plupart, l'argent n'était pas un sujet de discorde dans le couple. (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E13).

E10 : « Ah non c'est simple. Il se fou de l'argent, c'est moi qui gère tout. »
P13 : « Et puis on gagne tous les deux notre vie correctement donc il n'y a pas... de soucis par rapport à ça. »

Indépendance financière

Souvent les participants avaient souhaité garder une certaine indépendance et faisaient donc comptes à part (E3, E5, E6, E8, E11, E12, E13).

P11 : « Je paye mes impôts, je paye des courses, je ne veux pas être dépendante, c'est pas lui c'est moi. »

P13 : « On est complètement séparé d'un point de vue financier donc il n'y a pas trop d'impact. »

Source de conflits

L'argent a parfois pu être l'objet de litiges dans le couple (E2, E7).

P7 : « de temps en temps, je suis un peu mal à l'aise lorsque je veux changer de voiture, pour un modèle qui ne me semble pas hors de prix hein, elle me dit : oh tu te rends compte, ça coute cher... (...) Après je culpabilise en me disant, c'est moi qui gagne le moins et qui ai un peu l'air de profiter. »

Rapport prudent à l'argent

Même s'ils avaient des revenus confortables, pour certains il était capital de « rester simple » (E1, E4, E5, E7, E11).

P5 : « on est d'un milieu paysan tous les deux donc on a la même conception de l'argent, on essaie de travailler honnêtement, on dépense très très peu. »

P7 : « On est très prudent. On ne fait pas de folie. On achète que lorsqu'on a besoin de quelque chose. »

d. Impact sur la vie familiale

Les participants ont été interrogés sur l'impact que pouvait avoir la profession du médecin sur leur famille. Etant tous parents, les participants évoquaient très souvent leurs enfants.

Manque de disponibilité du médecin

La plupart des participants dénonçaient le manque de présence du médecin auprès de ses enfants (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12).

P5 : « En plus on n'était jamais à l'heure pour les récupérer. Ils nous attendaient sur le bord du trottoir. »

P8 : « j'ai élevé mes enfants seul parce que soit il n'était pas là, soit il rentrait tard »

P10 : « Il n'a pas de temps pour ses enfants, il n'a pas eu le temps de voir ses enfants grandir. »

Priorité au travail

Certains médecins priorisaient majoritairement leur travail, au grand désespoir de leur conjoints (E1, E2, E8, E10).

P8 : « parfois on décide d'aller faire des courses ou de faire une sortie et puis il y a une urgence de dernière minute et du coup il arrive en retard. »

P10 : « C'est sa vie. Nous on vient après. »

Disponibilité du conjoint

Par conséquent, le conjoint était souvent celui qui s'occupait, en grande partie, de l'éducation des enfants (E1, E2, E3, E4, E7, E8, E9, E13).

P4 : « C'est moi qui faisait tout, ça c'est sûr ! Les réunions de classe, il était inconnu. »

P8 : « le soir forcément il fallait tout gérer. Il faut les coucher tôt, faire les devoirs, donner le bain etc. Souvent je faisais deux services »

P13 : « au quotidien, je me dois d'être présent parce que elle, de par son métier, ne peut pas être présente. »

Le médecin a le bon rôle

Certains participants trouvaient que le médecin avait finalement le bon rôle... (E2, E8).

P2 : « Disons que la profession du conjoint est une excuse pour ne pas participer pleinement à la vie familiale. »

P8 : « moi j'étais la méchante (Rire) parce que je faisais l'éducation : bien se tenir à table, les devoirs, les notes, les dents... Et mon mari quand il rentrait ou le week-end c'était les jeux, il faisait plein d'activités avec ses enfants.»

Disponibilité du médecin

Au contraire, beaucoup estimaient que leur conjoint était assez présent auprès de leur famille. Il s'agissait parfois même de leur priorité (E3, E4, E7, E9, E11, E12, E13).

P7 : « Elle essaye de trouver du temps, elle s'implique dans la scolarité des enfants. »

P13 : « Quand elle est a créé sa patientèle, mis en place son emploi du temps etc. elle a bien pensé à se dégager du temps pour ses enfants, pour sa vie personnelle. »

Le diagramme 2 met en évidence des **divergences** dans les faits rapportés par certains participants. Les participants P4, P7, P9, P11, P12 et P13 rapportaient que leur partenaire était disponible pour sa famille mais ils évoquaient également plusieurs situations où il n'était pas assez présent.

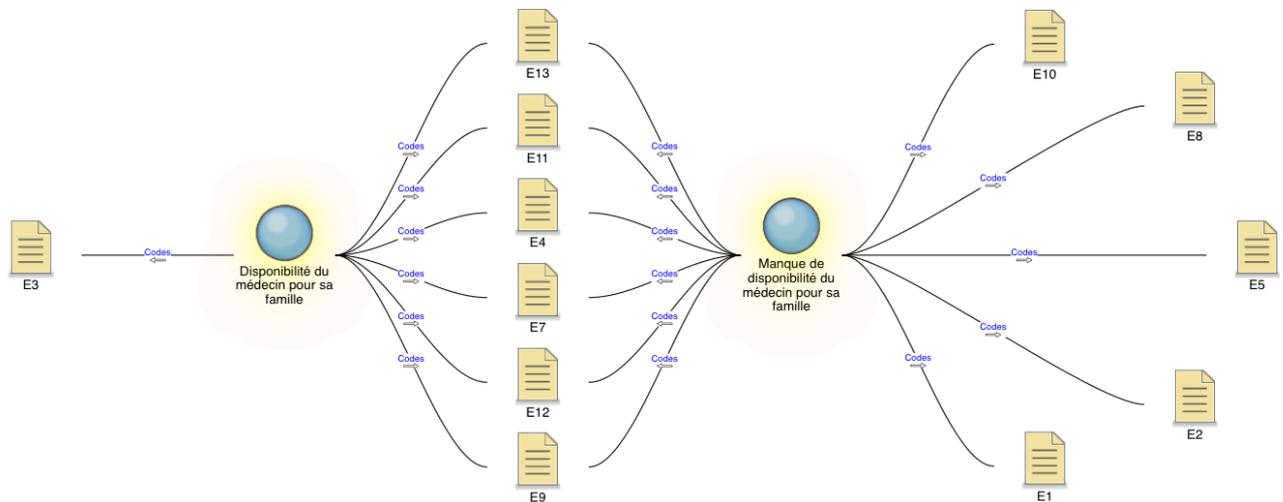


Diagramme 2 : Divergences des propos concernant la disponibilité du médecin pour sa famille

Un rythme à prendre

Il était souvent question d'habitudes (E3, E7, E9, E12, E13).

P3 : « De toute façon moi comme je n'ai connu que ça, ça ne me pose aucun souci. »

P7 : « Concernant les activités des enfants, je ne travaille plus le mercredi après-midi, donc c'est soit elle soit moi. Et un samedi sur deux elle s'occupe des activités des enfants. »

Aucun impact

Quatre participants ne constataient aucun retentissement de la profession sur leur vie de famille (E3, E6, E7, E13).

P3 : « Moi je trouve qu'on n'a pas plus de soucis qu'un couple salarié qui quitte à dix-huit heures. »

P13 : « finalement, sa vie la vie familiale s'adapte au travail après que ça soit celui-là ou un autre ça ne change pas grand-chose. »

Difficultés pour les enfants

Les enfants de médecins rapportaient souvent à distance qu'ils avaient pu souffrir de la situation (E2, E4, E7, E9, E10, E12).

P2 : « Un jour m'a fille m'a dit, quand elle était plus grande : maman, tu ne nous as jamais élevé, c'est dur... mais elle a raison. »

P4 : « Le père absent, ils ont trouvé ça très dommage. »

P10 : « Je pense que franchement ils ne connaissent pas leur père... Heu... A. (leurs fils) a découvert son père tard, alors que c'était son modèle. »

Acceptabilité

Au contraire, pour d'autres participants, les enfants ne semblaient pas particulièrement affectés par leur situation même si la réponse n'était pas toujours tranchée (E1, E3, E7).

P1 : « je ne pense pas qu'ils aient souffert plus que ça de cette situation. »

P7 : « C'est un rythme qu'ils ont depuis leurs naissances, c'est ancré ils ne posent plus de questions. »

Enfants médecins

Une des participantes, dont le fils avait également choisi la médecine, évoquait le refus de ce dernier à suivre le même schéma familial et professionnel que son père (E4).

P4 : « quand P., qui est médecin, nous a dit : je ne m'associe pas ici, dans ton cabinet ; pour mon mari c'était la catastrophe (...) Il voulait que ce soit totalement différent, il a pris des postes où il pouvait faire des gardes la nuit et après être avec ses enfants. »

Le partage du repas

Le repas était un bon moyen de réunir toute la famille. Il était essentiel pour plusieurs conjoints (E4, E8, E9, E10).

P4 : « Il reste manger avec nous le midi, à mon grand désespoir, dix minutes seulement mais quand les enfants étaient à la maison, au moins ils les voyaient tous les jours. »

P9 : « Il faut garder le lien du repas le soir. »

Des femmes polyvalentes

Quel que soit leur âge, qu'elles soient actives ou sans profession, médecin ou non, les femmes étaient le plus souvent au cœur de l'organisation familiale et s'activaient souvent sur plusieurs fronts (E2, E3, E4, E6, E8, E10, E11).

P2 : « j'étais à la fois le médecin, la mère, la femme de ménage, la cuisinière, le conducteur de voiture pour conduire tout ce petit monde... »

P3 : « Quand le soir tu rentres après ta journée, que tu files en courses, que tu récupère les enfants, que tu rentres, que tu fais à manger... »

P11 : « Surtout pour une femme, vous allez gérer vos enfants, votre métier, votre maison, il y a des moments c'est dur. »

Les vacances privilégiées

S'accorder des vacances régulièrement était souvent primordial pour l'équilibre familial (E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13).

P3 : « il prend la moitié des vacances scolaires, donc à la limite plus qu'un salarié. »

P7 : « Par contre on ne se prive pas de vacances, c'est important de se poser et de souffler en dehors de la maison. »

P10 : « Donc clairement, si notre couple tient, c'est parce que j'organise des moments, des vacances. Sinon on ne tiendrait pas c'est sûr. »

Nous avons interrogé les participants sur la gestion des tâches domestiques au sein du couple.

Répartition déséquilibrée

Pour sept participants sur treize, les tâches ménagères étaient réparties de façon inégale. Cette tâche était presque exclusivement réservée aux femmes (E2, E3, E5, E6, E8, E11, E13).

P3 : « c'est très simple, c'est quatre-vingt-dix pour cent pour moi et dix pour cent pour lui (rire). »

P5 : « Moi je ne le faisais pas bien alors c'était un peu difficile pour tout le monde. On ne peut pas être médecin et faire le reste à côté hein. »

P6 : « C'est moi qui les gère. Il ne fait rien. »

Répartition équilibrée

Presque autant pouvaient compter sur leur conjoint pour les tâches ingrates (E1, E2, E7, E9, E12, E13).

P1 : « on a chacun nos petits domaines, moi je gère les lessives, ma femme gère le lave-vaisselle, les trucs comme ça »

P13 : « au quotidien je débroussaille et quand elle est présente à la maison, elle fait sa part très largement donc finalement on partage »

Tâches ménagères déléguées

Les couples employaient très souvent une femme de ménage (E1, E4, E5, E6, E7, E8, E13).

P8 : « Le ménage ? Il y a une femme de ménage ! (Rire) »

La gestion de la santé au sein du foyer du médecin a souvent été abordée.

Le médecin soigne sa famille

Pour tous, le médecin intervenait régulièrement dans le suivi médical de sa famille, que ça soit pour eux-mêmes, les enfants ou aussi les parents.

P4 : « donc voilà on est bien suivi. Et pour son père c'est pareil, c'est lui qui le soigne »

P7 : « elle s'occupe de nous cinq. »

Conjoint et médecin traitant

Pour la plupart, le conjoint était aussi le médecin traitant, seuls les participants eux-mêmes médecins faisaient exception s'étant auto-déclarés. Il s'agissait surtout d'une formalité administrative mais pas forcément d'un engagement médical (E1, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13).

P7 : « C'est mon médecin traitant et ça se passe bien comme ça. »

P10 : « Et pour les enfants c'est pareil : administrativement oui »

P11 : « Oui bon sur le papier... »

Un regard rassurant

Le regard médical du conjoint au quotidien tranquillisait souvent les participants (E4, E10, E11, E12, E13).

P11 : « Là il est redevenu le médecin traitant de mon papa (...) je suis plus rassurée que ce soit V. qui le reprenne en main. »

P13 : « Il y a tout de suite un regard professionnel quant à la santé des enfants qui finalement ne donne pas lieu de s'inquiéter. C'est rassurant. »

Cette approche professionnelle au sein du foyer était **parfois difficile** pour le médecin tout comme pour le conjoint.

Les cordonniers les plus mal chaussés

Cette expression était citée par les participants qui se sentaient souvent négligés lorsqu'ils avaient une demande médicale (E4, E6, E8, E10, E11).

P8 : « Bah je ne peux pas dire que quand je suis malade, je suis la première servie parce que c'est faux ! (Rire) »

P10 : « Bon je suis un peu délaissée aussi de ce côté-là, il y a des moments je vais voir ailleurs, quand il n'a pas le temps voilà ! »

P11 : « On dit toujours que c'est le cordonnier le plus mal chaussé ce qui est vrai. Souvent on me dit : Vous avez un médecin à domicile... non non. Parce que quand il a travaillé toute la journée, il n'a juste plus envie. »

Un manque de neutralité

L'implication affective et émotionnelle venait souvent modifier la prise en charge médicale (E4, E5, E10, E11, E12).

P4 : « En gros, c'était : bon j'ai tes radios, t'as un cancer, il faut te faire opérer, j'ai vu machin, aller tactac... je n'ai pas eu le temps de... Donc du point de vue annonce, je ne vous dis pas ! »

P5 : « Par principe un médecin ne doit pas suivre sa famille, pour les petits trucs ça va mais dès que c'est un peu plus sérieux on n'est pas objectif. »

P11 : « c'est compliqué (...) une fois j'ai fait un œdème, il était en panique une intraveineuse il n'a jamais su me la faire. »

Plus de laxisme

Parfois l'approche du médecin était un plus permissive que dans des situations rencontrées habituellement (E1, E2, E4, E5, E10).

P2 : « je suis mon propre médecin, par exemple j'ai fait une chute, je me suis cassée une vertèbre, au bout de quinze jours je me suis dit : tiens il faudrait que je fasse une radio »

P10 : « notre fils, une fois, il s'est fait mal en faisant du sport et puis son père n'a pas trop fait attention, il l'a pris à la légère et maintenant il a le pied tout déformé. »

Respecter un cadre

Pour certains, il était important de définir un lieu et un temps bien spécifique à la demande afin que cela se passe correctement (E4, E10).

P4 : « quand il y a quelque chose il faut le prendre à part, pour que la démarche intellectuelle se fasse, on en parle dans un cadre spécifique (...) on ne fait pas de la médecine comme ça au pied levé. »

Appréhension du médecin

La prise en charge de son entourage engendrait un stress supplémentaire pour le médecin (E7, E8, E11, E12, E13).

P12 : « maintenant elle se méfie, elle ne voudrait pas passer à côté de quelque chose. »

P8 : « mon mari n'aimait pas les vacciner parce que ce n'est pas facile de vacciner son enfant. »

Source de conflits

Certaines situations avaient pu provoquer quelques tensions (E2, E7, E10, E11).

P2 : « La dernière dispute c'est devant une ordonnance que je lui ai préparé et il n'a pas voulu, il n'a pas prétendu et il n'a pas parlé pendant deux jours. (Rire). »

P7 : « un jour je n'étais pas bien, je l'ai prise un peu au dépourvu, elle est rentrée un peu énervée et elle m'a répondu : Bon écoute, des patients j'en vois toute la journée ! »

Préserver son intimité

Certains ont parfois ressenti le besoin de ne pas tout dévoiler à leur conjoint, que ça soit physiquement ou psychologiquement (E8, E10, E12).

P10 : « Avant je consultais aussi son ancien collègue. Il y a des choses qu'on n'a pas forcément envie de confier à son mari aussi. »

P12 : « j'ai passé une période un peu difficile, elle me l'a dit mais moi je n'ai pas entendu. »

Suivi selon la pathologie

Conséquence des difficultés rencontrées, le médecin gérait souvent les pathologies bénignes et pour le reste, sa famille avait à faire à des confrères spécialistes (E3, E5, E6, E8, E10, E11, E13).

P8 : « Ils allaient régulièrement chez le pédiatre. Après lorsqu'il y avait les petits rhumes, les petits bobos mon mari était là. »

P10 : « On se laisse soigner ses grippes et puis pour le reste à voir... »

e. Impact sur la vie sociale

Vie sociale épanouissante

Beaucoup de participants s'estimaient satisfaits d'avoir une vie sociale active (E2, E6, E7, E8, E10, E11, E13).

P10 : « Les labos nous invitaient, je rencontrais des médecins, c'était agréable parce que voilà on rencontrait des gens intéressants »

P13 : « notre vie sociale est très active en générale »

Vie sociale restreinte

Tout autant de participants trouvaient que leur vie sociale était assez pauvre, de par l'isolement géographique ou le manque de temps. Certains l'avaient choisie et d'autres l'avaient subie (E1, E2, E3, E4, E5, E10, E12).

P1 : « La vie sociale n'est pas très épanouissante localement mais c'est plutôt une raison géographique. »

P4 : « c'est vraiment un choix de couple de ne pas avoir de vie mondaine. Ça aussi, ça a contribué à ce qu'on tienne tout les deux, surtout physiquement, la fatigue... »

P12 : « il faut dire qu'on a travaillé beaucoup et donc, on ne s'occupait pas beaucoup de ce qu'il se passait autour de nous. »

Aucun impact

Quelques participants estimaient que leur vie sociale était tout à fait indépendante de la profession de leur conjoint (E6, E9, E13).

P9 : « Pour moi ça ne change rien. »

Entourage mixte

L'entourage du couple était composé de médecins mais aussi de personnes issues d'autres professions ce qui était souvent préférable selon le conjoint (E1, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13).

P1 : « il y a eu une période où on fréquentait beaucoup de médecins, radiologue etc. qui étaient tout à fait charmants mais au bout d'un moment c'est un peu pesant d'entendre parler que de médecine. Ça m'a gentiment gonflé »

P12 : « Non bizarrement dans nos amis on n'a pas beaucoup de médecins. (...) Ça serait même plutôt l'inverse. »

Une visualisation d'ensemble de cette seconde partie est disponible sous forme de carte heuristique en annexe 2 (CD-ROM).

C. Particularités des couples de médecins

Les participants médecins étaient, globalement, satisfaits de leur situation de « couple de médecins », ils y trouvaient de nombreux avantages.

Partage du cabinet

Ils travaillaient à chaque fois dans le même cabinet et en profitaient souvent pour se partager le travail selon leurs domaines de prédilection (E2, E3, E5).

P5 : « On n'a pas la même clientèle hein, elle fait plutôt de la psychologie, psychiatrie et gynéco (...) et puis moi je fais plutôt cardio, pneumo enfin bon des trucs bien juteux... »

Partage de connaissances

Certains appréciaient le fait de pouvoir prendre avis auprès de leur conjoint (E2, E5).

P2 : « On discute, je lui dis que j'ai vu un cas intéressant, on en discute ensemble. Ça arrive souvent, on travaille beaucoup ensemble »

Un soutien avisé

Comme dans beaucoup de couples, le conjoint était un soutien mais en tant que médecin, il y avait une compréhension supplémentaire (E2, E5).

P5 : « On ne parle pas de tout bien sûr mais bon les problèmes préoccupants on les a toujours évoqués, on sait tous les emmerdements qu'on peut avoir ... »

Absence de hiérarchie

Pour une participante, le choix de la spécialité s'était fait dans un souci d'équité dans le couple (E2).

P2 : « Je pensais qu'une femme neurologue allait avoir encore plus de difficultés dans son couple avec un homme qui n'était que médecin généraliste. »

Compréhension mutuelle

Partager la même profession permettait de comprendre plus facilement les contraintes qui y étaient associées (E5).

P5 : « on a l'exemple d'une amie (...) elle est mariée avec un type qui travaille dans une banque et qui n'a absolument jamais admis que sa femme ait des horaires de médecin et des préoccupations de médecin. Et elle n'a jamais pu s'installer comme généraliste parce que lui ne voulait pas hein... »

Un inconvenient important était malgré tout mis en avant.

Absence de frontières

Du fait de partager les mêmes préoccupations professionnelles, le travail empiétait d'autant plus facilement sur la vie privée (E2).

P2 : « je passais mon temps à lui dire : tu penses que j'ai bien fait ? J'ai oublié de faire ci, j'ai oublié de faire ça... et très vite il m'a dit : non tu ne peux pas continuer comme ça. Il faut que tu fasses la part des choses, que tu laisses d'un côté ton travail de médecin et de l'autre côté notre vie à nous sinon c'est ingérable. »

D. Les conseils

Nous avons demandé aux participants de nous faire partager leurs conseils au vu de leur propre expérience.

a. Sur le plan professionnel

Travailler en groupe

S'entourer de confrères par l'exercice en cabinet de groupe ou la participation à des groupes de pairs était, pour de nombreux participants, un élément essentiel (E1, E2, E3, E4, E10, E12).

P2 : « je pense que l'évolution est excellente. On travaille avec un téléphone, avec un répondeur et on travaille avec d'autres surtout. »

P4 : « l'aspect compagnonnage est super important (...) ça montre qu'ils bossent tous de la même façon, entre guillemets, et donc qu'ils ont tous les mêmes problèmes »

Des horaires raisonnables

Beaucoup recommandaient de s'imposer des horaires corrects dès le début et de s'y tenir. (E3, E6, E7, E9, E12).

P3 : « ne pas commencer à travailler quatorze heures par jour parce que ça va être très difficile de revenir en arrière. »

P6 : « de bien encadrer leur activité par des horaires normaux je dirais »

P9 : « Pas trop tard le soir et avoir une journée de repos dans la semaine je pense. Surtout pour une femme si elle veut garder contact avec ses enfants. »

Eduquer sa patientèle

Pour certains, il était important de savoir éduquer sa patientèle à son mode d'activité dès le début (E6, E10, E13).

P6 : « Savoir leur dire non. »

P10 : « Il faut que le client soit discipliné, qu'il comprenne les contraintes du médecin et accepte ses modalités d'organisation. »

Séparer vie professionnelle et vie privée

Il était souvent recommandé d'accorder une place à la vie privée et une autre place au travail et de ne pas mélanger les deux (E2, E11, E10, E12).

P2 : « Etre médecin tous les deux c'est idéal. Sachant que lorsqu'on a terminé ses consultations on ferme la porte et on laisse les problèmes derrière la porte. »

P10 : « Vous verrez, les gens s'intéressent à vous, à votre vie donc et c'est important de garder votre cocon. »

P12 : « Que la vie ne soit pas prise entièrement prise par le métier. »

Bien choisir son lieu d'installation

Un des participants conseillait de choisir son lieu d'installation en fonction des besoins de chaque membre de la famille (E7).

P7 : « Faire le bon choix pour le lieu d'installation et d'habitation pour le confort de vie, notamment pour les écoles. Et pour médecin c'est plus délicat de déménager, une fois qu'on est installé c'est compliqué. C'est un choix à faire à deux. »

Eviter le cabinet à domicile

Certains participants déconseillaient vivement d'installer le cabinet au sein de la maison (E1, E10).

P10 : « on voulait installer le cabinet à la maison mais c'est une mauvaise idée ça. »

S'accorder des pauses

Il était parfois recommandé de s'imposer des pauses dans la semaine voir, dans la journée afin de pouvoir souffler (E6, E9, E10).

P6 : « c'est faire des pauses, ne pas faire la journée non-stop et être bouffé par ses patients. »

P10 : « bon il faut se mettre des limites et des temps de récupérations »

S'imposer des règles

Plusieurs proposaient de faire de ces conseils, des règles établies dès le début et ne pas y déroger afin de ne pas se laisser emporter par le travail (E3, E6, E7, E10, E13).

P3 : « Donc il faut s'imposer des règles dès le départ et s'y tenir. »

P6 : « Se dire qu'on met une limite et puis c'est tout. »

Ne pas être médecin généraliste

Un des participants, lui-même médecin, proposait tout simplement de ne pas être généraliste (E5).

P5 : « Ne pas être généraliste. C'est chiant. Non, ça dépend dans quelle structure on se trouve... »

b. Sur le plan personnel

S'accorder du temps pour soi

La plupart des participants conseillaient aux médecins de prendre le temps de s'arrêter et avoir des moments pour soi. Notamment d'avoir des occupations en dehors de toute activité médicale (E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12).

P3 : « Et de garder du temps pour eux, ne plus faire comme les médecins des générations antérieures »

P4 : « il est très bricoleur donc dès qu'il peut, il va au jardin, il bricole et ça l'écarte complètement de son activité professionnelle. »

P11 : « Parfois il faut dire : Là je vais faire mon heure de sport, tu gardes les enfants. Vous vous videz la tête. Ne pas hésiter à faire garder son enfant et se faire un resto. »

Prendre un temps pour chacun

Savoir accorder un temps privilégié à chaque membre de la famille a souvent été mis en avant (E4, E7, E9, E10, E11, E12).

P4 : « Avec les enfants c'est pareil, avoir un temps privilégié pour chaque enfant. J'ai eu ce conseil d'un ami qui avait six enfants, j'ai essayé et en effet c'est précieux. »

P7 : « Laisser de la place au couple tout simplement. »

P11 : « toujours vous garder un moment à vous seule, un moment seul avec votre conjoint et si par la suite vous avez des enfants, un moment à vous tous ensemble »

Etre compréhensif

Etre compréhensif pour accepter les contraintes du métier. Ce conseil s'adressait souvent aux conjoints de médecins (E2, E6, E8, E9)

P6 : « D'accepter qu'il passe beaucoup de temps au boulot. Et que quand il rentre le soir il n'est pas très cool, mais bon voilà il faut l'accepter. »

P8 : « Alors c'est sa passion donc je pense qu'il faut le comprendre. »

Etre à l'écoute

Ils rappelaient également d'être attentif aux besoins de son partenaire (E4, E10, E12).

P4 : « dans un couple, il y a un équilibre. Et l'équilibre, ça ne tient qu'en se respectant et en écoutant l'autre (...) Toujours se dire que rien n'est acquis, il faut toujours se battre pour voir et écouter l'autre. »

P12 : « Il faut être à l'écoute l'un de l'autre. »

Communiquer

La communication dans le couple était un outil majeur, notamment pour s'entendre sur les projets professionnels et personnels futurs (E2, E7, E13).

P7 : « être transparent sur sa vie professionnelle et surtout dialoguer sur ce qu'on a envie de faire, de devenir. »

P13 : « bien savoir quel type de vie on veut et surtout en parler au conjoint de façon à ce que ce soit possible. »

Laisser de l'espace à l'autre

Même si un des parents était plus disponible pour les enfants, il semblait important que le médecin trouve sa place (E4, E7).

P4 : « il faut laisser l'espace à l'autre pour qu'il puisse prendre sa dimension (...) il aurait fallu que je lui laisse la place pour qu'il fasse, qu'il joue son rôle de père. »

P7 : « Pour les enfants laisser de la place à l'autre lorsqu'il est disponible. Par exemple, j'ai pris un congé parental pour m'occuper de notre fille et de ce fait, elle ne voyait que par son père, notamment quand sa mère rentrait le soir elle tendait les bras vers moi. Ces petits gestes qui font mal au cœur donc on n'a pas envie que ça arrive. Donc respecter l'espace. »

Se faire respecter

Une des participantes accordait une grande place au respect, de soi-même et des autres (E4).

P4 : « Se faire respecter. Si on se respecte soit même, qu'on ne se laisse pas écraser, on respecte l'autre. L'humilité c'est une bonne chose mais pas s'écrabouiller. (Rire) »

Rester humble

Un conseil avisé d'une participante (E4).

P4 : « ne pas oublier d'où on vient, quelle que soit la profession de la famille avant. Ce qui évite d'avoir la grosse tête. »

E. En bonus : quelques idées reçues

Quelques remarques peu exploitables pour notre sujet d'étude mais qu'il était intéressant de noter...

P2 : « on est formaté pour avoir une maison propre et c'est comme ça qu'on voit si tu es une bonne épouse etc. »

P5 : « c'est ce que je dis toujours, les femmes ont deux chromosomes du ménage.

- I : Ont deux quoi ??

- P5 : Deux chromosomes du ménage hum hum... nous on en a un mais il est récessif (Rire) »

P5 : « Les femmes de médecin en général c'est des couillonnes pas possibles, elles ressemblent à de la volaille (...) aucune connaissance, ça parle des enfants, des voyages, de leur yacht ... »

P5 : « Les médecins détestent les profs qui le leur rendent bien d'ailleurs. »

P5 : « avant le médecin c'était l'homme, et sa femme elle était là, elle faisait la cuisine, la comptabilité, le téléphone etc. »

P10 : « avec leurs conneries là d'éliminer les femmes de médecins... Il paraît qu'on coute des sous ! Tu imagines Nicolas Sarkozy partir sans Carla à New-York toi ?! »

P12 : « Jusqu'à présent il y a les idées préconçues comme quoi c'est l'homme qui doit gagner plus etc. »

P13 : « Avant la femme de ménage, V. (son épouse) en faisait pas mal, c'est normal c'est une femme ! (Rire) »

V. DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de notre travail

A. La méthode

Notre projet était de recueillir le ressenti des conjoints de médecins généralistes concernant leur propre vécu. Le choix de la méthode qualitative nous a donc paru évident.

Au vu du caractère souvent personnel des questions abordées, nous avons choisi de mener des entretiens individuels, et non en focus groupes, ce qui laissait plus de liberté d'expression aux participants.

Bien que nous ayons gardé à l'esprit l'importance de rester neutre durant les entretiens, il est possible que certaines formulations ou réactions naturelles de l'enquêtrice aient parfois pu influencer le discours des participants. Ceci d'autant plus, qu'il s'agissait d'une première expérience dans le domaine. Par ailleurs, l'enquêtrice a acquis de l'expérience au fur et à mesure des entretiens, les premiers participants n'ont donc pas eu la même qualité d'écoute et de guidage que les derniers.

Ce type de méthode est parfois sujet aux biais d'interprétation. Afin de les limiter, les deux premiers entretiens ont été relus et analysés par une autre enquêtrice formée à cette pratique.

Le plus souvent, nous nous déplaçons au domicile des participants, ce qui leur permettait de se sentir plus rapidement à l'aise et donc de s'exprimer plus facilement.

Nous avons recruté de nombreux participants à partir de contacts personnels au sein de notre agenda professionnel ; ce qui pouvait induire un potentiel biais de sélection. Malgré tout, nous avons choisi d'opter pour cette méthode. En effet, au vu du caractère parfois intime des thèmes abordés, nous craignons qu'il soit plus difficile pour le participant de se livrer à une personne inconnue. Le fait que l'enquêtrice soit une personne connue ou recommandée par l'entourage permettait de mettre très vite le participant en confiance, ce qui rendait l'entretien plus productif.

Parfois disposant uniquement des coordonnées des médecins, nous les contactons d'abord afin qu'ils nous orientent vers leur conjoint. Ceci a pu entraîner un biais de sélection car nous ne pouvons pas être sûrs que tous les messages aient été transmis, ni qu'ils aient été transmis de manière positive.

Après réflexion, nous avons fait le choix d'inclure des participants eux-mêmes médecins afin de recueillir des points de vue les plus divers possible sans se fier à nos propres a priori. D'autant plus que les couples de médecins sont assez nombreux. A noter, malgré tout, qu'il a parfois été difficile d'interroger les participants eux même médecins car, de par leur double statut de conjoint-médecin, ils avaient parfois tendance à donner leur ressenti de médecin plutôt que celui de conjoint. Nous avons donc dû régulièrement recadrer l'entretien ou reformuler certaines questions.

Nous avons interrogé les conjoints actuels des médecins mais il aurait également été intéressant de recueillir l'expérience de leurs potentiels ex-conjoints. Est-ce que la séparation a été motivée par certains aspects de la profession ? Seulement, le recrutement semblait trop délicat.

Par ailleurs, le statut de jeune médecin de l'enquêtrice a pu influencer les réponses des participants, ces derniers pouvant craindre d'être jugés par une personne de la même profession que leur conjoint.

Nous noterons que malgré notre volonté de réaliser les entretiens en tête à tête, deux d'entre eux (E5, E13) se sont déroulés alors que le conjoint médecin était présent dans la même pièce. Il est possible que ces participants soient restés sur leur réserve concernant certains sujets. Néanmoins, l'entretien E5 semble plutôt avoir été enrichi par la présence de l'épouse qui stimulait régulièrement son partenaire en lançant elle-même des phrases de relance, ce qui le poussait à s'ouvrir davantage.

B. La population étudiée

Le but de notre enquête était d'avoir les résultats les plus diversifiés possibles, le choix des participants était donc fait au fur et à mesure en fonction de ce critère. Malgré tout, le fait de comparer notre échantillon à la population générale permet de se situer par rapport à celle-ci.

Notre étude comportait presque autant de participants hommes que de femmes (six pour sept). Ceci est représentatif car proportionnel à la population de médecins généralistes français (54% d'hommes médecins et 46% de femmes) (11).

L'âge moyen des médecins dans notre échantillon était de 54 ans contre 52 ans au niveau national (11).

Les couples de médecins étaient légèrement surreprésentés dans notre échantillon avec 27% de participants eux-mêmes médecins contre 17% si on se réfère à la population de médecins généralistes français (5).

Concernant le temps de travail, nos participants estimaient que leur conjoint travaillait en moyenne 43 heures par semaine ce qui est nettement inférieur à la moyenne de 57 heures retrouvée dans d'autres études et qui comprenait toutes les activités professionnelles (2). Dans notre étude, d'une part la durée était estimée par les conjoints donc de façon indirecte et d'autre part ces derniers comptaient souvent les horaires de consultations mais n'incluaient pas forcément le temps accordé aux tâches annexes.

Par ailleurs, plusieurs médecins avaient réduit leur activité depuis quelques années, un d'entre eux (P5) était même en pré-retraite et travaillait donc moitié moins qu'à une certaine époque.

2. Discussion des résultats

A. Une « belle profession contraignante »

La profession de médecin généraliste était souvent vue comme un engagement, un dévouement du praticien pour ses patients. Les conjoints étaient conscients de la place majeure de la relation humaine et de l'implication affective qui pouvait en découler. Ils y constataient certains avantages comme la libre gestion de l'emploi du temps et l'intérêt intellectuel. D'après eux, le travail libéral offrait ses avantages mais avait aussi ses inconvénients (cotisations, absence de congés maternité). Quelques participants estimaient que le temps de travail était correct mais, la majorité d'entre eux reprochait le côté chronophage de la profession laissant peu de place à la vie personnelle et familiale du médecin et par conséquent à celle de son entourage. Malgré ces inconvénients, globalement les conjoints comprenaient la profession de leur partenaire, soit

parce qu'ils consacraient, eux aussi, beaucoup de temps à la leur, soit parce qu'ils s'y étaient habitués.

B. Des carrières professionnelles entre parenthèses

Notre étude montre un impact important de la profession du médecin généraliste sur celle de son conjoint. Très fréquemment, les conjoints se sont trouvés contraints d'adapter leur travail à celui du médecin, l'inverse étant très rare. De ce fait, la cessation d'activité ou le travail à mi-temps ont fait le bonheur de certains qui ont pu s'épanouir à travers d'autres activités. D'autres, par contre, se sont vu refuser des promotions qui auraient imposé un déménagement (le médecin ne pouvant quitter sa patientèle) ou des opportunités professionnelles qui s'avéraient trop prenantes. Ces derniers exprimaient un profond regret et estimaient avoir été restreints dans leur choix de carrière. La nécessité de diminuer la charge de travail d'un des partenaires s'était souvent faite ressentir à l'arrivée d'un enfant dans le couple. La profession du médecin était souvent privilégiée pour des raisons pragmatiques (plus intéressante, plus lucrative) mais au-delà de la profession, on constate que les participants s'étant adaptés sont essentiellement des femmes. Lorsque, rarement le médecin, et non le conjoint, avait dû s'adapter il s'agissait également de femmes médecins. Nos résultats concordent avec d'autres études interrogeant les médecins et qui mettent en évidence un facteur « profession » et un facteur « genre » orientant les priorités professionnelles (12). En règle générale, la carrière du conjoint vient en second, la priorité étant accordée à celle du médecin et ceci d'autant plus s'il s'agit d'un homme.

Du côté des conjoints, une étude DREES de 2005 montre que la profession médicale (quelle que soit la spécialité) compte beaucoup plus de conjoints inactifs que dans les autres professions mais ceci concerne essentiellement les épouses de médecins (29% d'inactif contre 4% chez les conjoints de femmes médecins) (5). Cette étude va de 1990 à 2004 et constate que ces différences entre hommes et femmes s'amenuisent avec le temps, ainsi à sexe, âge et profession donnés, la probabilité d'avoir un conjoint inactif diminue en moyenne de 0,3 point par an. Ces chiffres montrent que le schéma traditionnel de l'épouse de médecin mère au foyer est de moins en moins fréquent.

Du côté des femmes médecins, l'étude du docteur Aurélie Martin s'intéressant au ressenti des médecins généralistes concernant leur vie professionnelle et privée, constate également que la carrière des femmes médecins est plus souvent soumise au poids de la famille et de la profession de leur partenaire (4).

Nous nuancerons malgré tout ces résultats en remarquant que deux participants masculins ont également réorganisé leur emploi du temps ou même cessé leur activité en faveur de leur épouse. Certains couples avaient également su garder le même rythme de travail, au prix d'une organisation rigoureuse. Sachant qu'actuellement 45% des conjoints de médecins sont cadres supérieurs (5), il paraît indispensable de trouver un compromis afin d'articuler au mieux les deux carrières professionnelles ainsi que la vie de couple et de famille.

C. Vie personnelle : Du bon comme du mauvais

Etre « conjoint de médecin généraliste » pouvait avoir des bons comme des mauvais côtés. Les principaux avantages cités par nos participants étaient, sans surprise, l'accès facile aux soins, une bonne qualité de vie associée au confort financier et parfois, le privilège du statut qui pouvait donner droit à quelques passe-droits. Néanmoins, beaucoup se plaignaient de l'envahissement de leur vie privée par la profession. Que cela soit parce que le praticien ne parvenait pas assez à « couper » avec son travail ou à cause de patients trop envahissants. Certains exprimaient une réelle angoisse vis à vis de cette situation avec le sentiment d'être observés, voir même, épiés. Le médecin pouvait être comparé à une personnalité populaire, exposé aux yeux de tous et ayant du mal à préserver son intimité. Une des participantes en avait profondément souffert, étant initialement la secrétaire du médecin puis son épouse, elle rapportait les ragots dont son couple avait été victime. Les limites entre la sphère privée et professionnelle n'étaient donc pas clairement établies et les conjoints exprimaient un réel manque à ce sujet. Quand certains médecins étaient parvenus à mettre ces limites, leur partenaire en était que plus satisfait.

Il était parfois difficile de se faire une place derrière l'ombre de conjoint-médecin, son image pouvant être trop imposante. Il existait un besoin de s'individualiser et d'exister en dehors de « la femme de... ». La notion « d'étiquette de femme de médecin » a d'ailleurs été détaillée à plusieurs reprises, que ça soit par les hommes ou par les femmes. L'image renvoyée était celle de femmes intéressées par l'argent, qui ne travaillent pas, orgueilleuses ou peu cultivées. Les conjointes l'évoquaient de manière assez détachée mais témoignaient de situations qui les avaient, malgré tout, touchées. Cette image tendait à s'effacer avec le temps de par l'évolution des mœurs et aussi, comme nous l'avons vu précédemment, du fait que les femmes d'aujourd'hui ont souvent un emploi et ne sont plus exclusivement des femmes au foyer ou

secrétaires de leur époux. De plus, au vu de la féminisation de la médecine, ce terme risque rapidement de paraître désuet. Nous n'avons retrouvé aucune étude abordant ce sujet.

D'autre part, certains participants avaient pu se sentir mal à l'aise vis à vis du secret médical. Quand le médecin se confiait sur sa journée, il laissait entrevoir à son conjoint l'intimité de potentiels amis ou collègues les mettant parfois dans une position délicate de quelqu'un qui « en sait trop ». Il était donc préférable pour tous de respecter scrupuleusement le serment d'Hippocrate.

D. Vie de couple : un équilibre fin

Comme dans beaucoup de couples, la plupart des participants avait un rôle de soutien auprès de leur conjoint. Ils étaient une oreille attentive lorsque le praticien avait besoin de partager des doutes, des angoisses liés à sa profession. Le plus souvent, ils assumaient ce rôle même s'il pouvait s'avérer pesant. Comme nous l'avons vu, plus de la moitié des médecins généralistes ressentaient le besoin de travailler moins sans y parvenir (pour des raisons pratiques ou psychologiques) (3). Leurs conjoints avaient une fonction « d'alerte » lorsque le travail du praticien devenait nocif et pouvaient imposer une pause quand cela devenait nécessaire. Ce rôle de modulateur peut, en effet, être précieux pour des médecins se laissant parfois absorber par le travail.

Fréquemment, les conjoints avaient participé à l'activité professionnelle du médecin en proportion variable, le plus souvent pour gérer la comptabilité ou répondre au téléphone. Ceci était également retrouvé dans une étude sur la féminisation de la médecine générale interrogeant les femmes médecins (13). Cette aide pouvait être à l'origine de tensions au sein du couple de par, notamment, un manque de reconnaissance du médecin. D'où l'intérêt, une nouvelle fois, de séparer la vie privée de la vie professionnelle.

De la même façon, l'harmonie au sein du couple pouvait être perturbée par l'influence du travail sur l'humeur du médecin. Au vu de l'implication personnelle que demande la médecine, il n'était pas rare que les problèmes rencontrés au cabinet viennent s'immiscer au domicile en perturbant l'humeur ou le moral du praticien. Voire la vie intime du couple. Dans ces moments-là, le conjoint avait tendance à garder pour lui ses préoccupations (notamment les problèmes liés aux enfants) en assumant seul la charge.

De par l'aspect chronophage du métier, certains ressentait un réel manque de temps partagé, parfois même de la solitude. Ceci avait pu aboutir à de la jalousie à l'égard des patients qui, finalement, « s'accaparaient » la présence du conjoint-médecin.

Toutes ces difficultés avaient pu donner lieu à des conflits voir à la mise en péril du couple. Deux des participants ont évoqué le divorce, la profession du médecin en étant directement responsable. En parallèle, les mêmes discours sont retrouvés dans l'étude de l'anthropologue Anne Vega interrogeant les médecins généralistes sur les raisons de cessation d'activité, le « ras le bol » familial étant largement évoqué, allant parfois jusqu'à la séparation (1).

Au vu de ce tableau, nous nous sommes posés la question de savoir si la profession de médecin était « à risque de divorce ». D'après deux études des années 1970, il y a quarante ans, oui. Une première à Bordeaux plaçait les professions libérales, tout comme les classes socio-économiques défavorisées, dans la catégorie à risque de divorce. De même, les mariages hétérogamiques (appartenance socio-professionnelle différente dans le couple) étaient un facteur de risque (14). Une étude Californienne rapportait des résultats similaires, elle citait la profession de médecin comme à risque, à côté des acteurs, voyageurs commerciaux, musiciens et militaires. Les facteurs favorisant étant les horaires irrégulières et l'absence du domicile (15). Mais, plus récemment, une puissante étude américaine a rendu une conclusion opposée. Les médecins seraient en fait moins susceptibles de divorcer que tous les autres actifs, avec un taux de divorce de 7,7% contre 17,8% pour les infirmiers et 10,7% pour les avocats par exemple (16). Aujourd'hui, les femmes font plus d'études et ont accès aux mêmes professions que leur mari, ceci peut expliquer un taux de divorce moins important qu'en 1970 de par une diminution de l'hétérogamie. Par ailleurs, les jeunes générations consacrent plus de temps à leur vie privée et moins à leur travail, ce qui serait protecteur pour le couple.

Côté argent, le confort financier que procure la profession permettait également un « confort d'esprit ». En effet la plupart des participants étaient à l'aise avec le sujet et ne rapportaient aucun problème lié à l'argent dans le couple même en cas d'inégalité des revenus (ce qui était souvent le cas). Malgré tout, plus de la moitié des couples faisaient comptes à part, le conjoint préférant garder une certaine indépendance. Ceci rejoint l'idée d'individualité avec un besoin, de la part du conjoint, de s'assumer sans l'aide du médecin. Les seuls conflits rapportés impliquaient une demande du conjoint ayant débouché sur une sensation de culpabilité et de profit. L'une des clés permettant l'harmonie du couple serait-elle « pour vivre heureux, vivons comptes séparés » ?

E. Vie de famille : les femmes et les conjoints d'abord

La profession étant chronophage, le manque de disponibilité du médecin se faisait fréquemment ressentir et le conjoint était souvent présent pour gérer la vie familiale au quotidien. Tout comme dans le domaine professionnel, il se dévouait souvent et adaptait son emploi du temps au rythme du médecin. Les conjoints assumaient souvent pleinement de se retrouver aux rôles de l'organisation familiale, surtout lorsqu'ils avaient cessé de travailler. Malgré tout, pour ceux ayant toujours une vie professionnelle active, il existait une certaine amertume se sentant à la fois débordé et un peu lésé personnellement avec le sentiment que le médecin avait parfois « le bon rôle ».

Encore une fois, plus que le facteur « profession », intervenait le facteur « genre ». En effet, très souvent les femmes étaient au centre de l'organisation familiale et avaient un rôle de gestionnaire qu'elles soient « conjointes » ou médecins. Elles étaient souvent en charge des courses, des activités scolaires et extra-scolaires des enfants, de l'organisation au sein du foyer et de toute la gymnastique mentale qui corrélait l'ensemble. Elles rapportaient cela comme une charge à part entière qu'elles auraient souvent aimé partager.

Du côté des médecins, plusieurs études vont également en ce sens, celle du docteur Aurélie Martin rapporte que les médecins mères de famille consacrent quotidiennement deux fois plus de temps aux enfants que leurs collègues masculins (4). En parallèle, une autre étude questionnant les jeunes généralistes, montre que lorsque les médecins hommes s'accordent du temps libre, ils privilégient plutôt le repos et les loisirs, tandis que les femmes, consacrent plutôt ce temps à la gestion de la sphère domestique et familiale (12). Il s'agit d'ailleurs d'une des explications à la féminisation de la médecine générale pour le docteur Irène Kahn-Bensaude, les femmes ayant besoin de cesser leur activité transitoirement lors de la grossesse et d'aménager ensuite leur emploi du temps pour s'occuper de leurs enfants, l'aspect libéral de la médecine générale se prête très bien à ces libertés d'aménagement (17).

Au total, nous pouvons dresser deux tableaux : un des membres du couple a tendance à prendre en main la sphère familiale et il s'agit très souvent de la femme, quelle que soit sa profession. L'homme peut également tenir ce rôle, pour peu qu'il ne soit pas médecin et qu'il appartienne à la « jeune génération ». Tout comme l'expliquent Nathalie Lapeyre et Magali Robelet, les hommes médecins actuels tendent « doucement mais sûrement » vers le partage des tâches et plus particulièrement concernant l'éducation des enfants (18). Il en était de même pour nos participants les plus jeunes qui partageaient largement les impératifs liés aux enfants (écoles,

devoirs, repas etc.) mais également ceux liés au domicile. En revanche, les hommes médecins étaient rarement au centre de la sphère familiale.

La répartition des tâches domestiques au sein du couple était assez variable. A peine la moitié des participants estimaient que les rôles étaient bien partagés. Pour les sept autres, il s'agissait presque exclusivement du domaine de la femme. Ceci était souvent rapporté avec humour (ironie ?) par les deux sexes. L'étude de Nathalie Lapeyre et Magali Robelet sur les pratiques des jeunes médecins fait également état de ce déséquilibre chez les 30-35 ans. Les hommes sont donc prêts aujourd'hui à travailler moins, à s'occuper d'avantage des enfants mais restent un peu plus réfractaires concernant les tâches domestiques.

Malgré une évolution en faveur du partage des tâches dans le couple, il perdure le schéma traditionnel où l'homme travaille pour « faire bouillir la marmite » et la femme prend davantage en charge la maison et la famille, ce qui explique, au moins en partie, le fait que leur carrière professionnelle ne soit pas priorisée.

Certains participants, en accord avec l'étude du Dr Blandine Yvon (13), rapportaient que les enfants ne se plaignaient pas de la situation familiale. A l'inverse, d'autres conjoints nous expliquaient que leurs enfants avaient pu souffrir de la situation et spécialement de l'absence du parent médecin. Or ils n'avaient pas perçu ces difficultés initialement et s'étaient retrouvés face à cette vérité lorsque, plus tard, leurs enfants avaient exprimé clairement leur ressenti. Nous pouvons donc supposer que les participants ayant des enfants plus jeunes n'ayant, à priori, « pas de problème avec la situation » n'ont pas encore entendu ou perçus ces plaintes ou celles-ci ont peut-être été banalisées. Par ailleurs, la tendance actuelle étant à la priorisation de la vie privée, le retentissement est peut-être moindre pour ces nouvelles générations.

Parmi des couples souvent indépendants, vivant en autonomie la semaine, beaucoup évoquaient l'importance des vacances. Que ça soit pour le médecin, pour le couple ou pour la famille, des vacances régulières garantissaient un bon équilibre et leurs permettaient de se retrouver. Ce qui expliquent le temps que leur accordent les médecins, en moyenne 5,3 semaines par an et encore un peu plus quand le médecin est en couple (3).

F. Une gestion de la santé avec parcimonie

Nous avons abordé la question de la gestion de la santé au sein du foyer du médecin. Comme nous pouvions nous y attendre, il s'avérait que tous les médecins intervenaient régulièrement sur la santé de leur famille (conjoint, enfants, parents etc.) et la plupart étaient le médecin traitant déclaré de leur conjoint. Néanmoins, les participants aimaient préciser que cette

déclaration était surtout une formalité administrative et que la prise en charge médicale était loin d'être systématique. En effet, le soin par un membre de la famille pouvait parfois être difficile, tant pour le malade que pour le médecin. Même si le regard du partenaire et médecin s'avérait souvent rassurant, les conjoints étaient d'accord pour dire qu'il manquait de neutralité et donc d'objectivité. Le problème se posait notamment pour la prise en charge de pathologies graves ou urgentes et où le médecin avait pu perdre ses repères.

La prise en charge n'est donc pas optimale pour le malade et met le médecin dans une position délicate. Les participants comprenaient souvent le malaise que pouvait ressentir leur conjoint face à ces situations mais ne parvenaient pas totalement à couper cette relation. Par conséquent, les participants étaient souvent satisfaits de se tourner vers leur partenaire pour les pathologies bénignes et s'orientaient rapidement vers d'autres spécialistes pour le reste. Il s'agissait aussi, souvent, de préserver une certaine intimité, tant sur le plan physique que psychologique. Ces résultats concordent tout à fait avec deux autres études qui interrogeaient, pour l'une des médecins et pour l'autre des proches de médecins généralistes (19)(20) et qui énonçaient ces mêmes avantages et inconvénients. De manière générale, les proches sont demandeurs et les médecins plutôt réticents à suivre leur famille et pourtant, le médecin généraliste reste souvent le référent principal de sa famille.

Un élément notable n'était, au contraire, pas retrouvé dans l'étude interrogeant les médecins (19), il s'agissait du fait que la famille du praticien puisse se sentir lésée avec un médecin qui, à la maison, avait tendance à éviter ou repousser les questions d'ordre médical. Certains participants avaient fini par prendre rendez-vous au cabinet afin de se faire entendre. Par ailleurs, autant cette relation pouvait engendrer un surcroît de prudence de la part du médecin, autant, parfois, le praticien pouvait s'avérer plus laxiste, banalisant certaines plaintes. Ces situations avaient pu provoquer quelques tensions au sein du couple. Cette notion était également retrouvée dans l'étude interrogeant les familles (20) mais pas dans celle interrogeant les médecins. Il existe donc une zone d'ombre entre l'avis du médecin et le ressenti de son conjoint, les plaintes n'étant pas toujours explicitées au quotidien. La demande d'une attention plus particulière est ici mise en avant. Le fait de respecter « un cadre » était proposé afin de recueillir toute l'attention du praticien lors d'une demande médicale.

G. Une vie sociale satisfaisante sous certaines conditions

La question de la vie sociale du médecin ou de son conjoint est peu abordée dans la littérature. Beaucoup de participants étaient satisfaits et estimaient avoir une vie sociale épanouissante, du

fait, par exemple, des avantages financiers et relationnels de la profession. Néanmoins, l'isolement géographique qui était parfois imposé par l'exercice en milieu rural et surtout le manque de disponibilité du médecin venaient souvent restreindre les activités du couple. Il s'agissait d'une source de frustration pour certains conjoints. D'autres considéraient cela comme un « choix de couple » mais qui, finalement, s'avérait imposé par la charge de travail du médecin. Ils devaient souvent choisir entre les loisirs extérieurs, les amis, la famille et le repos. En ce sens, la profession du médecin venait naturellement rythmer le planning de son entourage.

Le plus souvent, l'entourage du couple était composé de médecins mais aussi de personnes issues d'autres professions. Les conjoints ressentaient le besoin d'échanger avec des amis d'autres milieux afin de ne pas s'enfermer dans des discussions exclusivement médicales. On ressent, de nouveau ici, la tendance constante de la profession à envahir la vie privée et le besoin permanent du conjoint à mettre une distance.

H. Particularité des couples de médecins

Les trois participants médecins étaient également généralistes. Il est ressorti de ces entretiens de nombreux avantages à être tous les deux médecins dans le couple sous réserve de quelques conditions. En effet, les participants étaient plutôt satisfaits de leur situation. Ils partageaient le même cabinet, aimaient échanger leurs connaissances et la notion de soutien était d'autant plus marqué dans ces couples du fait qu'il existait une compréhension mutuelle. Le réel partage des mêmes contraintes permettait d'affronter plus facilement les difficultés. Dans le travail d'Anne Vega, la médecine est comparée à la politique, où la sphère familiale est également souvent sacrifiée et la notion « d'endogamie professionnelle » est évoquée comme protectrice car synonyme d'une plus grande compréhension mutuelle (1).

Par ailleurs, la profession de chacun pouvait être assimilée à un niveau de hiérarchie, assumé pour certains conjoints non médecins mais, contre toute attente, plus difficile à accepter pour certains médecins, ceci ayant orienté jusqu'au choix de leur spécialité.

La difficulté principale pour ces couples était, évidemment, de savoir mettre des barrières entre le travail et la maison. Suite à l'expérience acquise, les couples avaient vite su séparer la sphère privée et la sphère professionnelle. L'équilibre du couple ne pouvait être assuré qu'après avoir franchi cette étape.

Les hommes médecins semblaient plus dévoués à leur activité professionnelle et ressentaient moins les répercussions négatives de la profession que leur épouse. Les femmes, quant à elles,

se partageaient entre les enfants, la gestion du foyer et leur travail. Plusieurs études montrent que les femmes médecins généralistes travaillent généralement moins que leurs collègues masculins : 50 heures par semaine contre 56 pour les hommes selon un rapport du Conseil de l'Ordre des Médecins de 2005 (17), 53 heures contre 59 selon une étude DREES de 2012 (3), et 52 heures contre 57 selon une récente étude américaine (21). La raison étant à chaque fois d'accorder plus de temps à la sphère familiale. Ces résultats rejoignent finalement ceux des couples « mixtes » et mettent en évidence le fait que la gestion de la famille est plus affaire de genre que de profession.

I. Un milieu rural hostile aux conjoints

Le fait d'exercer et de vivre en milieu rural était souvent vécu de façon négative par les conjoints. Plusieurs inconvénients relevés précédemment étaient mis en exergue par le milieu rural. Tout d'abord l'isolement socio-culturel. Il était exclusivement lié au lieu de vie qui avait été imposé par la profession du praticien. A l'époque où l'offre médicale était moins vaste et donc l'installation moins aisée, la profession avait eu un impact indirect en éloignant la famille des centres d'activités. Certains regrettaient simplement de s'ennuyer quant à d'autres, ils avaient été peïnés concernant la scolarité de leurs enfants qu'ils jugeaient « moins bien préparés » comparativement aux élèves issus du milieu urbain.

Par ailleurs, de par le manque de médecin, l'exercice en campagne accentuait le côté chronophage de la profession ce que reprochaient la plupart des participants. Ceci est objectivé par une étude DREES avec, en moyenne, une durée hebdomadaire de travail de 60 heures en zone rurale contre 56 heures en zone urbaine (3).

Un autre élément était assez spécifique au milieu rural, même si parfois rencontré en ville, il s'agissait de l'intrusion des patients dans la vie privée. La proximité physique ainsi que la notion de notoriété publique étaient rapportées avec d'autant plus de vigueur et d'exemples. Pour pallier à ce problème, certains avaient carrément choisi de déménager afin d'habiter dans un autre village que celui où exerçait leur partenaire. Une nouvelle fois, on ressentait le besoin de mettre une réelle distance entre la vie professionnelle et la vie privée.

Selon une enquête menée dans la Loire (4), seulement 50 % des médecins exerçant en milieu rural jugent que leur profession a un retentissement négatif sur la vie familiale (contre 70 % en milieu urbain). Ce qui montre une divergence d'opinion au sein du couple avec des médecins assez favorables à la campagne et des conjoints plutôt hostiles.

Au contraire, une étude nationale interrogeant des médecins généralistes au sujet des freins à l'installation en milieu rural fait écho aux plaintes de nos participants. Pour les médecins généralistes, les principales réticences au milieu rural sont l'isolement géographique et notamment les difficultés d'emploi pour le conjoint, vient ensuite le problème de la proximité avec les patients (22). Ceci résonne avec les préoccupations des conjoints et nous rassurent, malgré tout, quant à l'existence d'une compréhension mutuelle et la présence d'objectifs communs.

J. Des paradoxes

Au total, le fait d'être conjoint de médecin généraliste avait quelques inconvénients, cela imposait souvent une mise au second plan au profit du développement professionnel du praticien. Néanmoins, certains participants déclaraient que la profession de leur conjoint avait, globalement, très peu d'influence sur leur vie. Leur discours était parfois paradoxal, comme le montrent les diagrammes 1 et 2, où les mêmes personnes qui ne rapportaient pas d'impact au premier abord nous faisaient ensuite part de conflits secondaires à la profession. Notamment concernant le retentissement sur la vie de couple et la disponibilité du médecin pour sa famille. Cela pouvait s'expliquer par des phénomènes de « domaines », en effet, comme nous l'avons vu, le conjoint-médecin pouvait se montrer peu disponible pour la gestion des tâches domestiques, en revanche il accordait plus de temps au divertissement des enfants. Dans ce cas, leurs conjoints n'y voyaient, à priori, aucun inconvénient. Ces divergences pouvaient également être dues à une modification du mode d'exercice du médecin en cours de carrière. Plusieurs avaient ralenti ou régulé leur temps de travail au fil des années ce qui peut expliquer que certains conjoints aient de mauvais souvenirs du passé mais soient plus satisfaits actuellement. Par ailleurs, il se peut que les conjoints banalisent certaines situations. La profession et ces conséquences étant intégrées dans le schéma familial, certains inconvénients étaient plutôt vus comme des choses auxquelles chacun s'était habitué. Il s'agissait souvent d'un « rythme à prendre »

K. L'évolution des pratiques

Quelques soit l'âge des participants, il s'agissait d'une notion récurrente, abordée spontanément par la plupart des conjoints. Il était question de l'évolution du système médical (permanence des soins, systèmes de gardes...), évolutions technologiques (téléphone portable,

informatique...) et évolution dans la façon d'assimiler et de pratiquer la médecine. Souvent, ces modifications d'exercice ont été associées à la féminisation de la profession mais plus qu'un effet de genre, il s'agit en fait d'un effet générationnel. Des études concernant la féminisation de la médecine (18) (23) et une autre concernant la pratique des jeunes médecins (12) font ressortir le même message : pour les jeunes générations la qualité de vie prime maintenant sur le travail. Le modèle classique du dévouement total du médecin aux patients, assorti d'une disponibilité permanente, est de moins en moins présent. Les hommes comme les femmes souhaitent consacrer plus de temps à leur famille, leurs loisirs et leur développement personnel. Pour le docteur Irène Kahn-Bensaude, la manière de travailler des femmes médecins a juste favorisé une prise de conscience de la part de leurs confrères masculins (17). De manière plus générale, quel que soit la profession, pour les nouvelles générations d'actifs la vie n'est plus centrée autour du travail mais chacun adapte son travail en fonction de ses choix de vie personnels et familiaux (24). Il n'est donc pas surprenant que ce modèle soit retrouvé dans le domaine médical. En ce sens, l'évolution est tout à fait favorable pour l'entourage du médecin. Par ailleurs, les participants insistent sur l'importance de l'évolution du statut féminin. En effet, comme le rapporte un article sur l'histoire des « baby-boomers », à partir des années soixante le modèle de la femme active supplante celui de la mère au foyer, les femmes sont plus indépendantes et souhaitent occuper plusieurs postes (25). Le changement est donc un élément positif pour les femmes de médecins qui ne sont plus, uniquement, des « femmes de médecins ». Ceci reflète très bien le discours de nos « femmes polyvalentes » s'activant sur plusieurs fronts. En contrepartie, ayant également gardé leur rôle de gestionnaire de famille, ces femmes cumulent les fonctions, jouant sur plusieurs tableaux et assumant parfois difficilement l'ensemble. Comme nous l'avons vu, selon une étude américaine, la profession médicale n'est pas plus prédisposée au divorce que les autres professions. Par contre, selon cette même source (16) ainsi qu'un rapport du Conseil National de l'ordre des Médecins de 2008 (17), les femmes médecins sont plus souvent célibataires que leurs confrères masculins (13% contre 6% pour les hommes). Elles sont également plus exposées au divorce, notamment celles qui travaillent beaucoup. Ce phénomène peut être lié aux contraintes associées à la profession et surtout au manque de disponibilité, pouvant nuire à la construction d'une vie de couple. Par ailleurs, le côté carriériste de ces femmes joue peut-être un rôle, elles n'étant pas prêtes à assumer une vie de famille et certains hommes n'étant pas prêts à céder leur place de « chef de famille ». Les époux des femmes médecins supporteraient-ils moins bien les contraintes du métier que les épouses ? Par ailleurs, comme le laisse supposer une des participantes en se qualifiant avec dérision de « superwoman », les femmes ont probablement plus de difficultés à déléguer.

L. Conseils avisés

La plupart des participants que nous avons interrogés étaient un couple depuis de nombreuses années. Ils avaient une riche expérience de la vie et, notamment, de la vie de conjoint de médecin. Nous avons donc recueilli leurs conseils d'une oreille attentive.

Sur le plan professionnel, ils conseillaient principalement aux jeunes médecins de réguler leur activité, par exemple, en ayant des horaires de consultation raisonnables et une journée ou une demi-journée de repos par semaine, de travailler en groupe (également pour l'aspect de compagnonnage) et d'éduquer leur patientèle afin de ne pas se laisser déborder. Dans le but de protéger sa famille, il était conseillé de bien séparer la vie privée de la vie professionnelle, en évitant de ramener le travail à la maison, au sens propre comme figuré.

Sur le plan personnel, les participants suggéraient aux médecins de s'accorder du temps libre, de penser à « souffler » en ayant des activités en dehors de la médecine. Sur le plan familial, il était recommandé d'accorder un temps propre à chaque membre de la famille afin de ne négliger personne. Il était conseillé aux conjoints d'être compréhensif afin d'accepter les contraintes de la profession. Concernant le couple, ils conseillaient d'être attentif au besoin de l'autre et de communiquer, notamment, sur les ambitions de chacun concernant la vie privée et professionnelle afin d'aller dans la même direction. Enfin, les conjoints proposaient de faire de ces conseils des règles établies dès le début et ne pas y déroger afin de se préserver et de préserver sa famille. Dans le travail de Blandine Yvon (13), nous retrouvons de nombreux conseils en commun donnés par les femmes généralistes et notamment d'avoir un conjoint compréhensif, ce qui montre que les médecins sont également conscients des difficultés de ce statut. Par contre, parmi les treize conseils cités, il n'est jamais mentionné de bien séparer la vie privée de la vie professionnelle, au contraire l'un des médecins propose d'installer le cabinet à la maison quand nos participants le déconseillent. Ces points de divergences mettent en évidence une zone de flou à ce sujet au sein du couple. Ceci démontre l'intérêt de notre travail, en accordant la parole aux conjoints, il nous a été possible de connaître leur ressenti réel concernant des préoccupations qui ont parfois pu être négligées.

3. Ressenti personnel

Au premier abord, les participants, tout comme les médecins, semblaient assez surpris quant au thème de notre sujet. Mais l'enthousiasme qu'ont ensuite montré la plupart des participants m'a confirmé l'intérêt de ce sujet et m'a conforté dans mon choix. En effet, lors des entretiens, je ressentais leur désir de s'exprimer et de partager leur vécu. Après l'enregistrement, les participants étaient souvent curieux de savoir si leur discours correspondait au ressenti des autres conjoints, comme pour s'assurer que d'autres couples partageaient les mêmes préoccupations. Les plus expérimentés ont su me donner des conseils de vie quant aux plus jeunes, les conseils étaient plus souvent d'ordre professionnel et organisationnel mais tout aussi intéressants. Ce travail a été très enrichissant, tant sur plan professionnel que personnel.

VI. CONCLUSION

La profession de médecin généraliste est souvent décrite comme un engagement du praticien envers ses patients. On remarque finalement que ce choix n'engage pas, uniquement le médecin, mais toute sa famille.

Les conjoints regrettent souvent l'envahissement de leur vie privée par la profession du médecin. Tant par la difficulté du médecin à se fixer des limites que par l'intrusion des patients dans leur intimité, ces situations sont parfois très mal vécues. Alors que cette question ne semble pas être la préoccupation première des praticiens, les conjoints insistent sur l'importance de séparer la sphère privée et professionnelle afin de préserver leur cocon familial. Pour les mêmes raisons, ils ressentent le besoin d'avoir un entourage amical mixte et non composé, uniquement, de médecins. Dans ces conditions, ils s'estiment souvent satisfaits de leur vie sociale.

Sur plusieurs points, l'exercice en milieu rural s'avère péjoratif pour le conjoint. Il vient renforcer ce sentiment de proximité avec les patients, mais aussi, de par le manque de médecins, l'aspect chronophage du métier. De ce fait, le praticien étant considéré comme peu disponible pour son entourage, devient difficilement accessible en exerçant en campagne.

Sur le plan professionnel, la priorité étant souvent donnée à la carrière du médecin, celle du conjoint apparaît en second, d'autant plus si le conjoint est une femme. L'arrivée des enfants est souvent un facteur décisif, imposant des choix, ces derniers reposant sur des raisons pragmatiques. En parallèle, la gestion de la sphère familiale est souvent assumée par la femme, quelle que soit sa profession. Cette situation est tout à fait acceptée pour certains, notamment lorsqu'ils ont cessé leur activité professionnelle, pour d'autres au contraire, il s'agit du devoir qui leur incombe avec l'amertume de ne pas s'être totalement accompli. Tous aimeraient que leur conjoint-médecin soit plus présent pour leurs enfants.

Heureusement, la profession médicale n'est pas épargnée par les changements qui affectent le rapport au travail des jeunes générations. Le discours des participants confirme la dissolution progressive du modèle classique de la profession impliquant un dévouement total et une disponibilité permanente du médecin. Ces « nouveaux médecins » privilégient leur qualité de vie améliorant ainsi celle de leur entourage. L'évolution permet également aux hommes de s'impliquer davantage dans la vie de famille. Ainsi les conjoints de médecin de plus de cinquante ans ont eu plus de difficultés à assumer leur statut contrairement aux plus jeunes dont le ressenti est beaucoup plus positif. Aujourd'hui « l'effet générationnel » prédomine sur le genre ou la profession allant vers un meilleur équilibre au sein du couple.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Vega A, « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux », Etude DREES, Tome 1, n° 73, décembre 2007.
2. Bournot M.C, Cercier E, Jakoubovitch S, Tuffreau F, « Les emplois du temps des médecins généralistes », DREES, Études et Résultats, n°797, mars 2012.
3. Mikol F, Bachelet M, Mothe J, Pereira E, Pla A, Vergier N, « Portrait des professionnels de santé », DREES, Etudes et recherche, n°134, février 2016.
4. Martin A, Trombert-Paviot B, « Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire », Médecine, volume 4, numéro 2, Février 2008, pp. 89-93.
5. Breuil-Genier P, Sicart D, « La situation professionnelle des conjoints de médecins », DREES, Études et Résultats, n° 430, septembre 2005.
6. Granier C, « La qualité de vie des médecins généralistes libéraux dans la Somme », thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Docteur J. Trobas, Amiens, 2010.
7. Truchot D, « Le burn-out des médecins libéraux de Bourgogne », rapport de recherche polycopié Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne, 2001.
8. Galam E, « L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. » Commission Prévention et santé publique. URML Île-de-France, Juin 2007.
9. Borges Da Silva G, « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication », Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 2001, volume 32, n°2, p. 117-21.
10. Hennebo N, « Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine », 2009, version 1.0, disponible sur le site www.theorisationancree.fr. In.
11. Conseil National de l'ordre des médecins (en ligne). Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016.
12. Lapeyre N, Robelet M, « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », Sociologies pratiques, 2007, numéro 14, pp. 19-30.
13. Yvon B, Lehr-Drylewicz A, Bertrand P, « Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire », Médecine, 2007, volume 3, Numéro 2, pp. 33-88.
14. Dezalay Y, « L'influence du milieu social sur le divorce : l'exemple de Bordeaux », Economie et statistique, N°33, Avril 1972. pp. 48-55.

15. Houdaille J. « Le Divorce Dans Les Professions Libérales En Californie », In : Population (French Edition), vol. 28, n° 3, 1973, pp. 683–686.
16. Ly Dan P, Seabury Seth A, Jena Anupam B. « Divorce among physicians and other healthcare professionals in the United States: analysis of census survey data », BMJ 2015; 350:h706.
17. Kahn-Bensaude I, « La féminisation : une chance à saisir », Rapport adopté lors de la session du CNOM de décembre 2005.
18. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E, « Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. », Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2006.
19. Peltz-Aim J, « Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? Enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne », Thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Professeur Michel Nougairede, Paris Diderot, 2012.
20. Augustyniak J, « Vécu des patients pris en charge par un médecin généraliste membre de leur propre famille », Thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Professeur Paolo Di Patrizio, Université de Lorraine, 2015.
21. Ly Dan P, Seabury SA, Jena AB « Hours worked among US dual physician couples with children, 2000 to 2015. » JAMA Intern Med. Published online August 21, 2017. doi:10.1001/jamainternmed.2017.3437.
22. Arnaud C, Thiron P, « Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. » Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-00904065>.
23. Basuia M., Laforge R « Analyse descriptive des conditions d'exercice des femmes médecins généralistes installées dans le Nord », thèse de doctorat en médecine, sous la direction du Docteur Patrick Lerouge, Université Lille 2, 2012.
24. Abdelouahid Assaidi et al., « Générations Baby-Boomers, X et Y : Les barrières entrepreneuriales des entrepreneurs dans le Nord de la France », Gestion 2000 2015/4, Volume 32, p. 83-106.
25. Bonvalet C, Ogg J, « Réinventer la famille. L'histoire des baby-boomers », Presses Universitaires de France, Le Lien social, 2011, 388 pages.

VII. ANNEXES

1. Annexe 1 : Script d'entretien

Présentation succincte

- De l'enquêteur
- Du sujet d'étude
- Information sur l'enregistrement audio et l'anonymisation des données

Présentation du participant

- Age
- Profession
- Nombre d'enfants et leur âge
- Au sujet du conjoint médecin : âge / lieu d'installation / type d'exercice (seul/groupe) / nombre d'heures par semaine / gardes (oui/non)
- Longévité du couple

Entretien (*en italique, questions de relance utilisées au besoin*)

1) On entend souvent que « le médecin généraliste est marié à ses patients », qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous du temps qu'il accorde au travail ?

Avez-vous le souvenir de moments difficiles en rapport avec la profession de votre conjoint ?

Quel est l'avantage d'avoir un conjoint médecin ?

2) En quoi la profession de votre conjoint a-t-elle eu un impact sur votre vie professionnelle ?

Quelle a pu être l'influence de sa profession sur la votre ?

Participez-vous à l'activité professionnelle de votre conjoint ? Comptabilité / Secrétariat / Ménage...

3) En quoi la profession de votre conjoint a-t-elle eu un impact sur votre vie familiale ?

Enfants : organisation de l'école, des activités extra-scolaires

Sentiments des enfants ?

Temps accordé aux vacances, aux loisirs ?

4) En quoi la profession de votre conjoint a-t-elle eu un impact sur votre vie de couple ?

Quelle a pu être l'influence de sa profession sur votre couple ?

Quel est votre rapport à l'argent dans le couple ?

Comment gérez-vous les tâches ménagères ?

5) De même, en quoi la profession de votre conjoint a-t-elle eu un impact sur votre vie personnelle et sociale ?

Comment qualifiez-vous votre vie sociale ?

Comment gérez-vous votre santé ?

6) Quels conseils donneriez-vous aux jeunes médecins généralistes au vu de votre propre expérience ?
Et à leurs conjoints ?

2. **Annexe 2 : Retranscription des entretiens et cartes heuristiques (CD-ROM)**

LE RETENTISSEMENT DE LA PROFESSION DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE LIBÉRAL SUR LA VIE DE SON CONJOINT

Étude qualitative auprès de conjoints de médecins généralistes

Introduction : La profession de médecin généraliste (MG) est reconnue comme astreignante. L'impact sur la qualité de vie du MG a déjà été étudié mais jamais sur celle de son conjoint. L'objectif principal de notre travail était d'évaluer le retentissement de la profession de MG libéral sur la vie de son conjoint sur le plan professionnel, personnel et social. L'objectif secondaire était de recueillir le point de vue du conjoint du MG concernant la profession de son partenaire. **Matériel et Méthodes :** Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de conjoints de MG libéraux installés depuis au moins trois ans en Hauts-de-France. **Résultats :** Treize entretiens ont été réalisés. Sur le plan professionnel, la priorité était souvent donnée à la carrière du médecin. La vie sociale était satisfaisante, même si restreinte. Les conjoints regrettaient souvent l'envahissement de leur vie privée par la profession du MG. Ils notaient néanmoins certains avantages : accessibilité des soins, confort financier, privilège du statut. La profession du MG était fréquemment un sujet de discorde dans le couple. La sphère familiale était souvent gérée par la femme, quelle que soit sa profession. Il était constaté un changement global des modes de pratique. **Discussion :** Le discours des conjoints de plus de cinquante ans était plus empreint d'amertume avec le sentiment de ne pas s'être totalement accompli, contrastant avec celui des jeunes générations, qui avaient su trouver un certain équilibre au sein du couple. **Conclusion :** L'évolution des modes de pratique permet aux conjoints de MG de vivre de façon plus épanouie leur situation.

Mots clés : conjoint, médecin généraliste, couple, affect, mode de vie, qualité de vie, travail et vie personnelle.

IMPACT OF BEING A GENERAL PRACTITIONER ON THE SPOUSE'S LIFE

Qualitative study carried out with general practitioners' partners

Introduction: Being a general practitioner (GP) is well known to be demanding. Although the impact on the GP's quality of life has already been studied, there has been no study carried out on the impact on the GPs' partners' quality of life. Our main objective was to assess the impact of being a GP on the spouse's professional, personal, and social life. The secondary objective was to collect the GPs' spouses' point of view regarding their partner's occupation. **Materials and methods:** We carried out a qualitative study using individual semi-structured interviews of the spouses of GPs who have been practicing for at least three years in Les Hauts-de-France (northern region of France). **Results:** Thirteen interviews have been carried out. Regarding professional life, priority was often given to the practitioner's career. Social life was perceived as satisfactory even though it was considered restricted. GPs' spouses often found regrettable that their partner's occupation overran their personal life. However, they acknowledged some advantages: simplified health care access, financial comfort, and privileged social status. The GP's occupation was often a conflict between the couple. The female in the couple dealt with the household, whatever her occupation. A global change in the way GPs practice has been noticed. **Discussion:** Because they didn't feel totally fulfilled, GPs' spouses aged more than 50 had a more bitter speech than the younger ones, who appeared to be more able to find a good balance in their private life. **Conclusion:** Evolution in the way GPs practice allows their partners to have a more flourished quality of life.

Key words: spouse, general practitioner, couple, affect, lifestyle, quality of life, work-life balance.