



**HAL**  
open science

# Comment les femmes médecins généralistes installées à La Réunion vivent leur grossesse? Étude qualitative faite auprès de 14 femmes médecins généralistes par entretiens semi-dirigés individuels

Laurence Ng'Shak

## ► To cite this version:

Laurence Ng'Shak. Comment les femmes médecins généralistes installées à La Réunion vivent leur grossesse? Étude qualitative faite auprès de 14 femmes médecins généralistes par entretiens semi-dirigés individuels. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02100891

**HAL Id: dumas-02100891**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100891>**

Submitted on 16 Apr 2019

**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.

**Comment les femmes médecins généralistes installées à  
La Réunion vivent leur grossesse? Étude qualitative  
faite auprès de 14 femmes médecins généralistes par  
entretiens semi-dirigés individuels**

Laurence Ng'Shak

► **To cite this version:**

Laurence Ng'Shak. Comment les femmes médecins généralistes installées à La Réunion vivent leur grossesse? Étude qualitative faite auprès de 14 femmes médecins généralistes par entretiens semi-dirigés individuels. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02100891

**HAL Id: dumas-02100891**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100891>**

Submitted on 16 Apr 2019

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

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

Université de Bordeaux  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N° 18

**Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Spécialité : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 7 Février 2019

Par NG SHAK Laurence

Née le 29 Août 1984 à Saint-Denis (La Réunion)

**Comment les femmes médecins généralistes installées à  
La Réunion vivent leur grossesse ?**

**Etude qualitative faite auprès de 14 femmes médecins généralistes par entretiens  
semi-dirigés individuels**

**Directeur de thèse**

Docteur OTTENWAELDER Christophe

**Jury**

Monsieur le Professeur VON THEOBALD Peter	Président
Monsieur le Docteur LERUSTE Sébastien	Rapporteur
Madame le Docteur KINOUBANI Shérazade	Membre
Madame le Docteur LEVEQUE Camille	Membre
Monsieur le Docteur LUACES Baptiste	Membre
Monsieur le Docteur OTTENWAELDER Christophe	Membre

## REMERCIEMENTS

### **A Monsieur le Professeur Peter VON THEOBALD**

*Gynécologue, Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier, Université de la Réunion*

*Chef de service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital Félix Guyon de Saint-Denis*

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE**

*Médecin généraliste, Maître de conférence des universités de médecine générale, Université de La Réunion*

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et d'en avoir été le rapporteur. Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères.

### **A Monsieur le Docteur LUACES Baptiste**

*Médecin généraliste, Maître de conférence associé des universités de médecine générale, Université de Bordeaux*

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger mon travail.

### **A Madame le Docteur KINOUBANI Shérazade**

*Médecin généraliste, Assistante associée de médecine générale, Université de Bordeaux*

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ma thèse et de vous être rendue disponible pour ma soutenance.

### **A Madame le Docteur LEVEQUE Camille**

*Médecin généraliste, Chef de clinique de médecine générale, Université de Bordeaux*

Merci de juger mon travail et d'avoir accepté de participer à ce jury dès le début.

### **A Monsieur le Docteur OTTENWAELDER Christophe**

*Médecin généraliste, Chargé d'enseignement associé des universités de médecine générale, Université de La Réunion*

Je te remercie de l'intérêt que tu as porté à ma thèse. Tu as accepté spontanément d'en être le directeur. Merci pour ton aide, tes conseils et corrections avisés. Je t'en suis très reconnaissante.

**A tous les enseignants du département de médecine générale de La Réunion,**  
Merci pour votre encadrement et vos efforts à nous former.

**A tous les professionnels de santé rencontrés durant ces 3 années d'internat :**  
les équipes du service de Médecine Polyvalente de Mayotte, des urgences du GHER, de l'Immunologie du CHUFG, de la pédiatrie du CHU Sud Réunion, les soins palliatifs et le centre de la douleur du CHUFG.  
Les mois passés à vos côtés ont été enrichissants professionnellement et humainement. Vous avez tous contribué à mon apprentissage. Je vous en remercie.

**A Christine et René, mes deux maitres de stage de médecine générale,**  
Ce fut un vrai plaisir de me former à vos côtés. Vous avez chacun à votre façon conforté mon goût pour la médecine générale. Merci de me faire confiance pour vos remplacements.

**A Camélia LOUACHENI de l'Observatoire Régional de Santé de Saint-Denis,**  
Merci pour vos conseils et votre aide dans l'élaboration de mon travail.

**Aux 14 médecins participantes,**  
Grâce à vos témoignages est née cette thèse. Merci infiniment de m'avoir accordé un peu de votre temps.

**A mes parents,**

**A ma sœur Jenny,**

Merci pour tout, c'est surtout grâce à vous si j'en suis là. Je vous aime.

**A toute la famille,**

**A mes beaux-parents,**

**A tous les amis,**

Merci pour tous ces moments de retrouvailles et de partage passés et à venir. Mi aim' zot toute !

**A Brice,**

Mon meilleur ami. Mon amour. Merci d'être là pour moi en toutes circonstances.

Merci de me supporter. Je t'aime.

**A ma fille Lola,**

Merci d'être là. Tu es mon petit trésor, mon grand bonheur c'est toi. Je t'aime pour la vie.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ASM : Avantage supplémentaire maternité

CARMF : Caisse autonome de retraite de médecins de France

DES : Diplôme d'études spécialisées

FIV : Fécondation in vitro

MAP : Menace d'accouchement prématuré

PAMC : Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

SA : Semaines d'aménorrhée

SELARL : Société d'exercice libéral à responsabilité limitée

URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

# Table des matières

<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>6</b>
<b>PREAMBULE</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>12</b>
A. LE TYPE D'ETUDE.....	12
B. L'ECHANTILLON .....	12
1. <i>La population étudiée</i> .....	12
2. <i>Le recrutement</i> .....	12
C. LES ENTRETIENS .....	13
1. <i>Le type d'entretien</i> .....	13
2. <i>Le lieu des entretiens</i> .....	13
3. <i>La méthode des entretiens</i> .....	14
4. <i>Le guide d'entretien</i> .....	14
D. LE TRAITEMENT DES DONNEES .....	15
E. L'ANALYSE DES DONNEES .....	15
1. <i>L'analyse longitudinale</i> .....	16
2. <i>L'analyse transversale thématique</i> .....	16
F. L'ETHIQUE .....	16
1. <i>La déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)</i> .....	16
2. <i>La déclaration au Comité de protection des personnes (CPP)</i> .....	16
<b>RESULTATS</b> .....	<b>17</b>
A. A PROPOS DE L'ECHANTILLON .....	17
1. <i>Le nombre de participantes</i> .....	17
2. <i>Le déroulement des entretiens</i> .....	17
3. <i>Les caractéristiques de l'échantillon</i> .....	18
4. <i>La répartition géographique de l'échantillon</i> .....	20
B. L'ORGANISATION PROFESSIONNELLE DES FEMMES MEDECINS GENERALISTES.....	22
1. <i>Travail et grossesse</i> .....	22
a) L'adaptation du rythme de l'activité professionnelle.....	22
(1) Les jours travaillés .....	22
(2) Les visites à domicile .....	23
b) L'intégration du suivi obstétrical dans l'activité professionnelle .....	23
c) Les arrêts de travail pendant la grossesse.....	24
2. <i>Le congé maternité</i> .....	24
a) Trouver un remplaçant.....	24
b) Revenir au cabinet pendant le congé maternité .....	25
3. <i>Le retour au travail</i> .....	25
a) Le rythme de l'activité professionnelle .....	25
b) La gestion de l'allaitement lors de la reprise.....	26
c) Le mode de garde.....	27
C. DES DIFFICULTES FINANCIERES PENDANT LE CONGE MATERNITE .....	28
1. <i>La gestion des dépenses professionnelles</i> .....	28
a) Les économies .....	28
b) Les prestations de la sécurité sociale .....	29
c) La prévoyance .....	30
d) Conséquences et ressenti .....	30
2. <i>La carence des revenus personnels</i> .....	31

D.	LES DIFFICULTES ADMINISTRATIVES DE LA PROTECTION SOCIALE MATERNITE .....	33
E.	L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE PLAN PROFESSIONNEL .....	35
1.	<i>Trouver le remplaçant pour son congé maternité</i> .....	35
2.	<i>Une grossesse à planifier</i> .....	35
3.	<i>La précarité en cas d'arrêt maladie</i> .....	36
F.	LA GROSSESSE SUR LE PLAN MEDICAL ET PERSONNEL.....	37
1.	<i>Le vécu</i> .....	37
2.	<i>La prise en charge obstétricale</i> .....	37
G.	LE CONGE MATERNITE.....	39
1.	<i>La durée du congé maternité</i> .....	39
a)	Une durée plus courte que prévue .....	39
b)	Une durée légale prévue .....	39
c)	Une prolongation par des vacances .....	40
d)	Le choix de la durée du congé .....	40
2.	<i>Le vécu autour du congé maternité</i> .....	40
H.	LA REPRISE DU TRAVAIL .....	42
1.	<i>Le vécu de la reprise</i> .....	42
2.	<i>Le vécu de l'allaitement à la reprise du travail</i> .....	43
a)	La durée de l'allaitement .....	43
b)	Les facteurs influençant le déroulement de l'allaitement.....	44
c)	Ressenti global .....	44
I.	LES RELATIONS PROFESSIONNELLES .....	45
1.	<i>Les collègues</i> .....	45
2.	<i>Les patients</i> .....	45
J.	L'INFLUENCE DE LA MATERNITE SUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE .....	47
1.	<i>Une possibilité d'adaptation de l'activité professionnelle</i> .....	47
2.	<i>Des changements apportés par la maternité</i> .....	48
a)	De nouvelles compétences .....	48
b)	Elargir ses connaissances .....	49
K.	LA QUALITE DE VIE FAMILIALE DES FEMMES MEDECINS GENERALISTES .....	50
L.	UN CAS CONCRET DE GROSSESSE PATHOLOGIQUE .....	53
	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>55</b>
A.	FORCES DE L'ETUDE .....	55
1.	<i>Choix de la méthode</i> .....	55
2.	<i>Originalité du sujet</i> .....	55
3.	<i>Fiabilité de l'étude</i> .....	55
B.	BIAIS DE L'ETUDE .....	56
1.	<i>Biais lié à l'échantillon</i> .....	56
2.	<i>Biais de mémorisation</i> .....	56
3.	<i>Biais lié à l'enquêtrice</i> .....	56
4.	<i>Biais lié au recueil de données</i> .....	56
5.	<i>Biais d'interprétation</i> .....	57
C.	INTERPRETATION DES RESULTATS PRINCIPAUX .....	57
1.	<i>Une activité professionnelle identique jusqu'au départ en congé maternité, et parfois non interrompue lorsqu'un arrêt de travail long est nécessaire.....</i>	57
2.	<i>La durée du congé maternité honorée.....</i>	58
3.	<i>Des revenus insuffisamment compensés.....</i>	59
4.	<i>La lourdeur des formalités administratives .....</i>	60
5.	<i>Une qualité de vie familiale satisfaisante à la suite de la naissance de leur enfant.....</i>	61
D.	DES PISTES D'AMELIORATION.....	61

1. <i>L'aspect financier</i> .....	62
2. <i>L'aspect organisationnel</i> .....	63
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>64</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>66</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>69</b>
A. ANNEXE 1 : E-MAIL ENVOYE AUX MEDECINS.....	69
B. ANNEXE 2 : E-MAIL DIFFUSE PAR L'URML OI.....	70
C. ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	71
D. ANNEXE 4 : FICHE D'INFORMATIONS PERSONNELLES.....	72
E. ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL.....	73
F. ANNEXE 6 : EXTRAIT DE LA GRILLE D'ANALYSE.....	75
G. ANNEXE 7 : DECLARATION A LA CNIL.....	76
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>77</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>78</b>

## **PREAMBULE**

### **La prise en charge sociale de la maternité des femmes médecins libérales**

#### **LES CONDITIONS D'OBTENTION :**

- Etre une femme médecin installée secteur 1, remplaçante, ou collaboratrice
- Etre affiliée au régime d'assurance-maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionné (PAMC).
- Etre à jour de ses cotisations sociales au moment de la déclaration de grossesse et avoir des droits ouverts.
- Etablir la déclaration de grossesse par un médecin et adresser avant la fin du 3<sup>ème</sup> mois de grossesse (ou 14 SA), le feuillet rose à l'assurance maladie et les deux feuillets bleus à la caisse d'allocation familiale de son département.

#### **LA DUREE DU CONGE MATERNITE :**

<b>Situation familiale</b>	<b>Durée du congé prénatal</b>	<b>Durée du congé postnatal</b>	<b>Durée totale du congé maternité</b>
<b>Vous attendez un enfant et vous avez moins de 2 enfants à charge</b>	<b>6 semaines</b>	<b>10 semaines</b>	<b>16 semaines</b>
<b>Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins 2 enfants à charge</b>	<b>8 semaines</b>	<b>18 semaines</b>	<b>26 semaines</b>
<b>Vous attendez des jumeaux</b>	<b>12 semaines</b>	<b>22 semaines</b>	<b>34 semaines</b>
<b>Vous attendez des triplés ou plus</b>	<b>24 semaines</b>	<b>22 semaines</b>	<b>46 semaines</b>

Pour offrir plus de liberté aux femmes dont la grossesse se déroule bien et leur permettre de passer davantage de temps avec leur bébé, les modalités du congé maternité ont été assouplies : il est possible de reporter une partie de son congé prénatal (les 3 premières semaines maximum) sur le congé postnatal.

## LES PRESTATIONS FINANCIERES :

### 1. L'allocation forfaitaire de repos maternité dont le montant est de 3 311 euros (au 1<sup>er</sup> janvier 2018)

Son montant est revalorisé chaque année en fonction du plafond de la sécurité sociale.

Elle est versée sans condition de cessation d'activité.

La moitié est touchée au septième mois. L'autre moitié est touchée après l'accouchement.

### 2. Les indemnités journalières forfaitaires

Elles sont soumises à cessation d'activité d'au moins 2 semaines avant la date d'accouchement, avec un minimum total de 8 semaines.

Le montant de l'indemnité journalière est de 54,43 euros par jour (au 1<sup>er</sup> janvier 2018).

### 3. L'Avantage supplémentaire maternité (ASM) (à partir du 29 octobre 2017)

L'ASM est un avantage conventionnel. Seules les médecins installées ou collaboratrices peuvent en bénéficier. Le statut de remplaçante ne le permet pas.

Le montant de l'ASM s'élève à 3 100 euros par mois. Il est versé pour 3 mois maximum de congés maternité. La somme maximale est de 9 300 euros pour un arrêt d'au moins 3 mois pour une femme travaillant 8 demi-journées ou plus par semaine. En cas de congé maternité plus court la somme est calculée au prorata du temps.

Un prorata est prévu en cas de temps de travail inférieur à 8 demi-journées :

- Une femme travaillant moins de 4 demi-journées par semaine en exercice libéral ne pourra pas en bénéficier.

- Si elle travaille 4 ou 5 demi-journées par semaine, elle percevra 50 % du total soit 4 650 euros pour un congé d'au moins 3 mois, soit 1 550 euros par mois,

- Si elle travaille 6 ou 7 demi-journées par semaine, elle percevra 75 % du total soit 6 975 euros pour un congé d'au moins 3 mois, soit 2 325 euros par mois.

## INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies la population médicale se féminise. De ce fait, un des enjeux importants est la nécessité pour ces femmes médecins de concilier leur vie de mère avec leur vie professionnelle.

La protection sociale de la maternité a évolué en ce sens.

La loi du 1<sup>er</sup> juin 2006 a permis d'améliorer la prise en charge de la grossesse de la femme médecin libérale. En effet ce décret rétablit l'équilibre quant au congé maternité : sa durée et son indemnisation sont alignées sur celles des salariées.

Cependant, depuis la mise en place de cette réforme, des études ont montré que vivre une grossesse en tant que médecin libérale n'est pas toujours facile.

L'étude de FROMENT-SERGENT D. (1) en Gironde a montré que 68 % des femmes médecins généralistes déclaraient leur statut de libéral comme un frein à la maternité. BAUDINO F. et SORBIER M. (2) soulignaient que l'inquiétude est le sentiment prédominant chez les femmes médecins enceintes de la région Rhône-Alpes.

A ce jour aucune étude n'a évalué l'impact de la loi du 1<sup>er</sup> juin 2006 sur la grossesse de la femme médecin généraliste installée à La Réunion.

Le département connaît également une croissance importante de la féminisation de la profession. En 2009, sa part des femmes médecins généralistes était de 29 % (3) contre 37 % en 2017 (4).

La grossesse de la médecin généraliste réunionnaise installée est donc un sujet à explorer.

De plus ce sujet de thèse a une place affective dans le choix de l'enquêtrice. En effet en tant que médecin généraliste remplaçante, le projet d'installation et de maternité cheminent progressivement depuis la fin du DES de médecine générale. Les résultats des travaux précédemment cités suscitent quelques craintes. Par ce travail, nous avons tenté d'y voir notre propre avenir.

### **Comment les femmes médecins généralistes installées à La Réunion vivent leur grossesse ?**

Notre objectif principal était d'analyser l'organisation professionnelle des femmes médecins généralistes installées à La Réunion pendant leur grossesse. Nos objectifs secondaires étaient de voir les conséquences d'une grossesse sur leurs vies professionnelle et personnelle.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **A. Le type d'étude**

Afin de pouvoir recueillir le ressenti des femmes médecins généralistes, nous avons réalisé une étude qualitative car cela semblait le plus approprié. Le but n'était pas d'avoir des données statistiques mais plutôt de comprendre leurs vécus et d'aborder leurs expériences.

### **B. L'échantillon**

#### **1. La population étudiée**

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Etre une femme médecin généraliste installée en libéral à La Réunion, soit installée seule, associée ou collaboratrice  
et
- avoir eu au moins une grossesse en tant qu'installée après juin 2006.

Les femmes médecins remplaçantes n'ont pas été incluses. Ce mode d'exercice présente moins de contraintes professionnelles qu'un médecin installé, il semblait peu pertinent de les interroger.

Nous avons tenté d'avoir un échantillon hétérogène en appliquant la technique de variation maximale, c'est-à-dire que nous avons sélectionné les médecins en fonction de certains critères. Dans notre étude nous avons pris en compte leur mode d'exercice (seule ou en groupe) et le nombre de demi-journées travaillées pour ainsi avoir un maximum de points de vue différents.

#### **2. Le recrutement**

Nous avons d'abord contacté des femmes médecins généralistes que nous connaissions mais au final, celles-ci ne faisaient pas partie de la population cible. Nous avons ensuite demandé à nos autres relations si elles avaient des noms de médecins pouvant faire partie de l'étude. Cette méthode a pu recruter quelques personnes et permettre le début du recueil de données.

Aux premières médecins interrogées, nous demandions également des noms de potentielles consœurs. Ainsi de nouveaux noms émergeaient au fil des entretiens.

Toutes les participantes ont été contactées soit par appel téléphonique sur leur numéro personnel ou leur cabinet, soit par e-mail.

Une brève présentation du travail de recherche a été faite auprès de la secrétaire ou de la médecin elle-même avant de solliciter une participation à l'étude.

Un e-mail exposant le travail de thèse a été envoyé à certaines (Annexe 1).

Des relances téléphoniques ou électroniques ont parfois été nécessaires.

Pour compléter l'échantillon, le recrutement a pu être étendu après diffusion d'un e-mail (Annexe 2) sur la liste de diffusion de l'URML OI (l'Union Régionale des Médecins Libéraux de l'Océan Indien) et après accord de sa présidente Docteur Christine KOWALCZYK.

Une relance a été faite un mois plus tard mais sans succès.

## **C. Les entretiens**

### **1. Le type d'entretien**

Au départ, nous avons envisagé de faire des entretiens semi-dirigés selon la méthode du « focus group », c'est-à-dire un entretien collectif d'un groupe d'environ 4 médecins.

La difficulté principale a été de déterminer la date du focus group. Les premières médecins contactées n'avaient pas de disponibilité commune sur une période d'un mois.

Nous nous sommes donc tournés sur des entretiens semi-dirigés individuels, plus faciles à organiser.

Deux médecins qui avaient refusé de participer au focus group (elles avaient évoqué comme raisons : le manque de temps et l'éloignement géographique du lieu de rencontre) ont par la suite accepté l'entretien individuel.

Les entretiens individuels ont été stoppés quand nous avons atteint la « saturation théorique », c'est-à-dire quand le recueil d'un nouveau témoignage n'apportait pas de nouvelles informations.

### **2. Le lieu des entretiens**

Le lieu et date de l'entretien étaient laissés libres aux médecins.

Pour leur simplifier la rencontre, il leur était systématiquement proposé de la réaliser à leur cabinet pendant la pause de midi.

Nous avons rencontré chaque médecin personnellement et aucun entretien ne s'est fait par téléphone. La grossesse étant un évènement de vie intime, il paraissait compliqué d'en parler avec les participantes par appel téléphonique. En effet, celles-ci n'avaient pour la plupart jamais rencontré l'investigatrice.

Nous avons estimé que réaliser un tête à tête rendait l'entretien plus convivial et aurait facilité l'interrogée à mieux se livrer.

### **3. La méthode des entretiens**

Tous les entretiens ont été menés par l'investigatrice seule et encadrés par un guide d'entretien.

Il a été demandé aux médecins interrogées de prévoir environ 30 minutes pour mener l'entretien à son terme. Pour les dernières, cette durée a été étendue à 60 minutes.

Le recueil des données s'est fait par enregistrement à l'aide de la fonction dictaphone du smartphone de l'investigatrice. Pour éviter un éventuel dysfonctionnement de l'appareil, l'enregistrement a été doublé avec un deuxième smartphone.

L'entretien débutait par un bref rappel du travail de thèse.

Puis la participante était invitée à lire et signer un formulaire de consentement (Annexe 3) qui l'informait du caractère anonyme des entretiens ainsi que de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment.

Toutes ont accepté et signé le formulaire de consentement.

S'ensuivait un court questionnaire afin de caractériser l'échantillon (Annexe 4) puis le guide d'entretien en lui-même.

### **4. Le guide d'entretien**

Un premier guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature. Il a été discuté et corrigé avec le directeur de thèse à plusieurs reprises. Il a également été évalué par Madame LOUACHENI Camélia, chargée d'étude à l'Observatoire Régional de la Santé de La Réunion.

Le guide final (Annexe 5) a été construit avec des questions ouvertes et neutres, et il comportait quatre parties :

- la première concernait la grossesse

- la deuxième le congé maternité
- la troisième la reprise du travail
- la quatrième des questions plus générales sur leur ressenti pendant la grossesse.

Lors des entretiens, les questions ont parfois été précisées ou reformulées en fonction des réactions et des réponses des femmes médecins.

Si certaines réponses relatives à certains thèmes n'étaient pas abordées, l'investigatrice posait des questions de relance.

Afin de préciser certains propos recueillis, il arrivait à celle-ci de poser des questions fermées qui ne faisaient pas parties du guide d'entretien.

#### **D. Le traitement des données**

Grâce à un logiciel informatique de traitement de texte, les entretiens ont été retranscrits mot à mot, intégralement pour constituer le verbatim, base de données pour la suite de l'étude.

Les retranscriptions ont été faites par l'investigatrice seule.

Chaque entretien a été anonymisé et désigné par la lettre M. Un numéro a été attribué dans leur ordre chronologique (M1 à M14).

Si un nom de professionnel de santé ou tout autre élément pouvant établir un lien avec la participante a été cité, celui-ci a systématiquement été supprimé.

Les silences, les hésitations ont été remplacés par des points de suspension. Les rires ont été signalés entre parenthèses, les propos insistants par des points d'exclamation. Les fautes de syntaxe ont été conservées.

Chaque enregistrement a été écouté une deuxième fois pour vérifier l'exactitude des propos de chaque participante.

#### **E. L'analyse des données**

L'analyse des données a été faite grâce à un logiciel de traitement de texte avec insertion d'un tableau et aussi sur papier, pour plus de lisibilité entre les différentes grilles d'analyse obtenues.

Plusieurs lectures des retranscriptions étaient nécessaires afin d'appréhender le contenu général des verbatim. Ont suivi une analyse longitudinale et une analyse transversale thématique, réalisées par l'investigatrice seule.

## **1. L'analyse longitudinale**

Une analyse longitudinale a été faite pour chaque entretien. Elle avait pour objectif d'identifier les principaux points mis en évidence par chacun des médecins et d'y associer les verbatim correspondants.

## **2. L'analyse transversale thématique**

A la suite de l'analyse longitudinale, une analyse transversale a été réalisée pour savoir ce qui a été répondu par chaque médecin pour l'ensemble des thèmes retrouvés.

Les thèmes ont été catégorisés et sous-catégorisés par regroupement d'idées similaires (Annexe 6).

## **F. L'éthique**

### **1. La déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)**

Une demande d'autorisation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été effectuée avant le début de l'étude (Annexe 7).

### **2. La déclaration au Comité de protection des personnes (CPP)**

Concernant la déclaration au Comité de protection des personnes (CPP), le département de médecine générale de Bordeaux a estimé que la démarche n'était pas utile dès lors que les médecins interrogées donnaient leur consentement avant l'entretien.

Aucune déclaration n'a donc été effectuée.

# RESULTATS

## A. A propos de l'échantillon

### 1. Le nombre de participantes

Quatre médecins n'ont pas répondu malgré plusieurs relances et messages laissés. Un médecin qui avait initialement accepté de participer, n'a par la suite plus donné de nouvelles.

Cinq des médecins contactées n'ont pas pu être incluses.

La première parce que son installation a été faite au cours de sa grossesse.

La deuxième parce que son installation a été faite en France pour la grossesse concernée et non à La Réunion.

Les trois autres parce qu'elles étaient remplaçantes lors de leur grossesse.

Nous avons atteint la saturation théorique au bout du dixième entretien. Nous avons poursuivi les entretiens, car n'ayant aucune formation et expérience à mener un entretien, les premiers n'étaient pas aussi riches que les derniers réalisés.

Quatorze entretiens semi-dirigés ont donc été réalisés.

### 2. Le déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre fin mars 2018 et fin août 2018, tous sur des journées différentes. Les périodes de vacances scolaires ont ralenti le recrutement, certaines médecins étaient remplacées à ce moment. Il a fallu attendre leur retour pour les recontacter.

L'investigatrice se rendait à l'endroit choisi par les participantes pour chaque entretien.

Onze des entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin entre midi et 14 heures. Deux médecins ont été rencontrées sur la terrasse d'un point de restauration, une sur son lieu d'activité à la fin de sa journée.

L'horaire du rendez-vous a été respecté sauf pour deux d'entre eux où un retard de plus de 30 minutes a été constaté. Une fois la médecin n'avait pas fini ses consultations de la matinée, la deuxième revenait de ses visites à domicile qui avaient pris plus de temps que prévu.

Le questionnaire relatif aux informations personnelles a révélé que trois des médecins avaient une activité salariée en parallèle, mais l'activité libérale restant la majoritaire, elles ont quand même été incluses dans l'étude.

Pour les médecins qui avaient eu deux ou plusieurs enfants après juin 2006, il leur était demandé de se référer à la grossesse la plus récente. Si des comparatifs entre les grossesses leur semblaient intéressants, elles pouvaient le notifier.

La durée des entretiens a varié de 18 à 49 minutes.

### **3. Les caractéristiques de l'échantillon**

Les caractéristiques des médecins interrogées sont regroupées dans le tableau 1.

	Age	Situation familiale	Nombre d'enfants	Nombre d'enfants nés après Juin 2006 en tant qu'installée	Mode d'exercice au moment de la dernière grossesse	Nombre de demi-journées par semaine
<b>M1</b>	36 ans	concubinage	2	1	Associée	5
<b>M2</b>	30 ans	pacsée	1	1	Associée	5
<b>M3</b>	38.5 ans	mariée	3	3	Titulaire avec collaborateur	9-11
<b>M4</b>	37 ans	pacsée	1	1	Collaboratrice	6
<b>M5</b>	38.5 ans	pacsée	2	2	Collaboratrice	3*
<b>M6</b>	43 ans	pacsée	2	2	Associée	8
<b>M7</b>	36 ans	pacsée	3	2	Titulaire avec collaborateur	6
<b>M8</b>	45 ans	pacsée	3	1	Associée	5-6*
<b>M9</b>	36 ans	concubinage	2	1	Seule	10
<b>M10</b>	43 ans	pacsée	1	1	Seule	8-9
<b>M11</b>	37 ans	pacsée	2	1	Associée	5-6*
<b>M12</b>	47 ans	mariée	3	1	Associée	5
<b>M13</b>	40 ans	pacsée	2	2	Seule	9
<b>M14</b>	29 ans	mariée	1	1	Collaboratrice	5

**Tableau 1** : Caractéristiques de l'échantillon

*Les \* indiquent le nombre de demi-journées de l'activité libérale sans prendre compte l'activité salariée.*

L'activité des femmes que nous avons interrogées représentait surtout un temps de travail équivalent à un mi-temps, soit 5 à 6 demi-journées de travail par semaine.

Globalement, les journées de travail comportaient entre 7 et 8 heures d'activité quotidiennes avec une pause entre 12 et 14 heures, bien souvent dédiée aux visites à domicile.

Excepté pour M5 qui travaillait dans une maison de garde de permanence de soins, son activité moyenne était de 4 heures 3 soirs par semaine, sans compter les week-ends (environ un par mois).

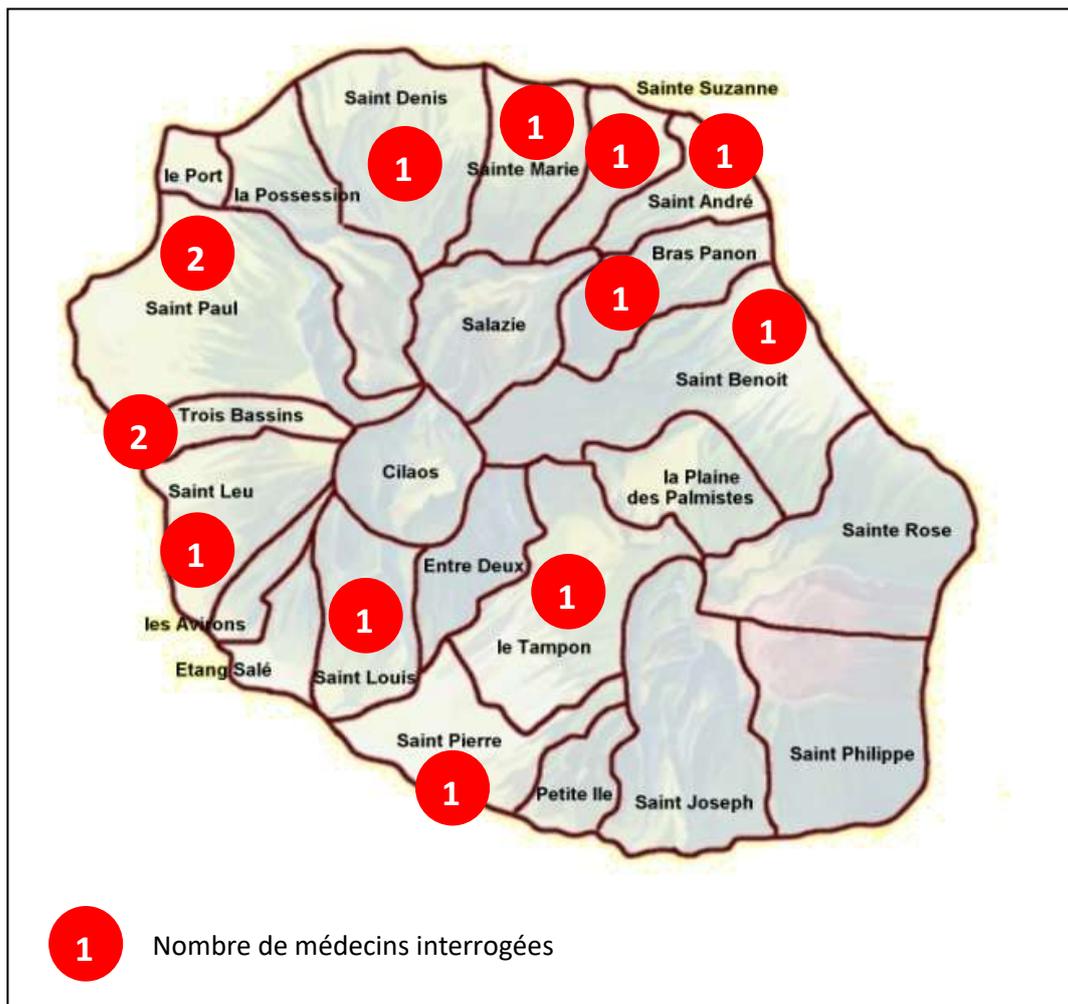
Trois des médecins avaient une activité mixte salariée, à savoir M5, M8 et M11.

M5 et M11 réalisaient 2 demi-journées par semaine en PMI.

M5 et M8 faisaient des missions médicales : 1 demi-journée par mois pour M5 et 1 demi-journée par semaine pour M8.

#### **4. La répartition géographique de l'échantillon**

Les médecins interrogées étaient réparties de façon homogène sur l'ensemble de La Réunion, seules les régions Sud-Est et des cirques n'ont pas été explorées.



Répartition géographique des médecins de l'échantillon

## **B. L'organisation professionnelle des femmes médecins généralistes**

Afin de mieux comprendre l'organisation professionnelle des femmes médecins généralistes pendant leur grossesse, il nous a semblé intéressant de distinguer les périodes suivantes :

- Avant le congé maternité
- Pendant le congé maternité
- A la reprise du travail

Nous verrons ainsi les différents aménagements de l'exercice professionnel engendrés par la grossesse pendant ces 3 périodes.

### **1. Travail et grossesse**

#### **a) L'adaptation du rythme de l'activité professionnelle**

##### **(1) Les jours travaillés**

La plupart des médecins interrogées ont déclaré ne pas avoir modifié leur activité professionnelle lors de leur grossesse. Elles ont gardé le même rythme de consultations et n'ont pas cherché à raccourcir leurs journées de travail.

Seule M13 s'est accordé une journée de libre par semaine. Elle travaillait 9 demi-journées par semaine ce qui lui permettait d'en faire 7.

*« J'ai continué mon rythme habituel. J'avais juste fait en sorte d'avoir pour le coup une journée par semaine obligatoire. Donc j'avais un remplaçant qui me faisait un jour par semaine. »*

M6 n'a pas changé ses jours et horaires et a eu davantage de charge de travail. Ce fut le cas également pour ses 2 grossesses précédentes.

*« Au niveau activité professionnelle ben j'ai eu un rythme pire qu'avant ma grossesse (rires) parce que les gens se sont dit « ah vous allez partir » donc j'ai eu une charge de travail en plus. »*

M2 a présenté un diabète gestationnel mais son activité est restée la même et elle n'a rien changé à ses horaires. Sa contrainte principale a été d'organiser sa prise en charge diabétologique pendant ses jours de travail. Au final, sa grossesse s'est passée sans complications.

*« (...) je suis passée aux 6 surveillances par jour de dextros puis à 4. Donc là ça m'a un peu gênée dans le sens où je devais me piquer 2 heures après les repas (...) il fallait avoir une alarme dans la tête (...) les repas étaient durs aussi à organiser (...) c'était un peu compliqué. »*

M3 a dû s'arrêter en urgence à la suite d'une menace d'accouchement prématuré au septième mois de grossesse. Avant son arrêt, elle exerçait comme à son habitude.

Les changements physiques dûs à la grossesse ont peu influencé la pratique quotidienne.

*« A la fin le ventre devient pesant, le fait de se lever, de s'asseoir, c'est un peu plus fatigant mais je n'ai rien changé à mes horaires. » (M4)*

*« Ici c'est sans rendez-vous, donc ils savent qu'ils doivent attendre de toute façon, si j'suis un peu plus lente... ben voilà ils attendent. (...) je suis mon propre patron, si à 5 heures y'a plus personne et que je suis crevée, je ferme. Après j'ai peut-être fermé des mercredi matin. Mais c'était ponctuel.» (M9)*

Sauf pour M5 qui a avancé son départ en congé :

*« (...) je me suis arrêtée environ... 2 semaines avant la date prévue du congé maternité (...) Si y'avait des gestes d'urgence, je n'étais pas capable de les faire, c'était pas une question de fatigue et tout. J'avais un très gros ventre. »*

## **(2) Les visites à domicile**

Les médecins qui faisaient des visites à domicile les ont poursuivies pendant leur grossesse.

Certaines ont surtout diminué le rythme lors des derniers mois de grossesse pour pouvoir se ménager.

*« Sur le dernier mois, j'ai supprimé un peu les visites, j'ai fait que les visites urgentes » (M8)*

*« Sur les derniers mois peut-être que je ralentissais un peu sur les visites. » (M10)*

### **b) L'intégration du suivi obstétrical dans l'activité professionnelle**

Pour la plupart d'entre elle, le suivi obstétrical se faisait soit par une sage-femme, soit par un gynécologue et sur des créneaux de leur temps libre. Elles n'ont donc pas eu besoin de modifier leur exercice professionnel.

M13 a été la seule à prendre ses rendez-vous de suivi à la fin de sa journée de travail.

*« Les consultations je les faisais tard le soir. Vu que c'était une FIV j'étais suivie par un gynéco de [...] qui consulte jusqu'à 19 heures – 20 heures donc moi je prenais les créneaux de 19 heures (...) j'arrivais pas à fixer de rendez-vous, c'était pas possible. »*

M10 a fait le choix de se suivre elle-même.

*« (...) j'ai un peu fait le suivi je pense en gros ... puisque je me prescrivais les bios. Pour les échos je les ai faites faire quand même. (...) Je n'avais pas de suivi mensuel. »*

M2 a dû adapter son activité pour les cours de préparation à la naissance.

*« (...) j'ai dû faire des changements pour les cours de préparation à l'accouchement. Fallait que je m'organise car les cours ne tombaient pas les jours où je travaillais pas. Donc j'ai dû me faire remplacer. »*

### **c) Les arrêts de travail pendant la grossesse**

Quatre médecins ont eu un arrêt de travail pendant leur grossesse.

M1 a pris quinze jours de congé pathologique avant le début de son congé maternité pour un utérus contractile.

M5 a été hospitalisée pour un épisode de fièvre et a été arrêtée 4 jours.

M7 a eu un arrêt d'une semaine à la suite de métrorragies.

Compte tenu de la courte durée de l'arrêt, ces 3 médecins ont pu se faire remplacer par leur collègue ou par un remplaçant.

M3 a eu un arrêt précoce dû à la survenue d'une menace d'accouchement prématuré. Pour se faire remplacer, son mari collaborateur a pu prendre le relais dès le début de son arrêt et ce jusqu'à l'arrivée du remplaçant prévu pour le début du congé maternité.

## **2. Le congé maternité**

### **a) Trouver un remplaçant**

Trouver son remplaçant a été une priorité avant le départ en congé maternité. Celles qui ont cherché ont toutes réussi à trouver quelqu'un.

M5 qui travaillait essentiellement dans une structure de garde, n'a pas eu à en chercher.

*« (...) j'avais pas de remplaçant parce que à [X] il n'y avait pas de rétrocession donc je ne pouvais pas avoir de remplaçant. »*

M4 et M11 aussi n'ont pas eu besoin de remplaçant, les collègues avaient repris leurs horaires pendant toute la durée du congé maternité.

*« (...) je lui avais demandé si il voulait que je cherche un remplaçant et il m'a dit : non c'est bon je vais travailler à temps plein. » (M4)*

*« Donc ça avait été convenu dès le début qu'il assurerait pendant mon congé (...) c'est lui qui a repris entièrement tout le congé maternité » (M11)*

## **b) Revenir au cabinet pendant le congé maternité**

Quelques médecins sont revenues à leur cabinet pendant leur congé maternité.

Surtout pour être à jour dans leurs papiers.

*« (...) je venais une fois par mois au cabinet donc régler la paperasse, les factures, le salaire des employés parce que c'est moi qui fait ma compta. » (M7)*

*« (...) pour des trucs administratifs, informatiques. Peut-être aussi parce que la remplaçante et la secrétaire savaient que j'étais là (...) mais 3-4 fois par mois quand même... » (M9)*

*« (...) pour des papiers surtout. Du courrier que je recevais, la CARMF, l'URSSAF, tout ça. » (M14)*

D'autres sont revenues pour des réunions avec leurs confrères.

*« (...) j'ai dû revenir une fois pour une réunion de bureau. » (M5)*

*« (...) je suis revenue une ou deux fois pour discuter avec mon associé de la reprise » (M11)*

Certaines avaient gardé contact avec leurs remplaçants et se déplaçaient au cabinet en cas de besoin.

*« (...) j'étais joignable si jamais elle avait un souci, par téléphone. » (M1)*

*« J'ai dû revenir à mon cabinet plein de fois (...) après l'informatique, j'ai pas de secrétaire... et alors là mon remplaçant s'en est pas sorti du tout. J'ai dû revenir (...) pour lui montrer comment marchait l'ordi, comment mettre les mutuelles, passer la carte (...) je montais au moins une fois par semaine. » (M13)*

*« On a une patiente qui est décédée (...) ma remplaçante ne l'avait pas très bien vécu. Du coup j'étais passée pour débriefer avec elle et en discuter. » (M14)*

## **3. Le retour au travail**

### **a) Le rythme de l'activité professionnelle**

A leur reprise, la plupart des médecins avait repris l'activité qu'elles avaient avant leur grossesse.

*« J'ai repris comme avant ma grossesse » (M1)*

*« (...) j'ai repris à mon rythme habituel, les mêmes jours de travail et les mêmes horaires. » (M9)*

Quelques-unes se sont autorisées des aménagements pour pouvoir rentrer plus tôt chez elles.

*« Parfois j'arrivais peut-être un peu plus tard le matin parce que je m'occupais de lui et le soir je finissais un peu plus tôt parce que je voulais aller m'occuper de lui (rires). » (M2)*

*« J'ai eu un peu moins de visites car mon collègue en a repris pendant mon congé donc j't'avoue que vu qu'il a pris part aux visites, maintenant je décharge et j'en fais un peu moins. Ça me permet de faire un peu plus mes papiers le midi, comme ça le soir je rentre plus tôt chez moi. » (M7)*

D'autres avaient choisi de diminuer leur rythme, essentiellement celles qui travaillaient plus de 6 demi-journées.

*« (...) j'ai repris à mi-temps. » (M6)*

*« Je me suis prise une journée par une remplaçante régulière pour une journée par semaine et le samedi matin. » (M10)*

M11 qui avait été remplacée par son associé durant tout son congé et qui était initialement à mi-temps, avait diminué son nombre de demi-journées. Cette décision a été prise après discussion avec son collègue.

*« (...) mon collègue n'avait pas forcément envie de repartir sur un petit mi-temps donc du coup partant de cet état de fait, j'ai repris un peu moins que ce que j'avais auparavant. »*

Dans certains cas, les aménagements d'horaires n'ont pas pu se perpétuer.

Comme pour M3, l'intensité de son activité ne l'a pas aidé. Son mari collaborateur était présent 2 après-midis par semaine. Elle nous racontait finir ses consultations en milieu d'après-midi pour aller faire ses courses. Par la suite, elle revenait à son cabinet pour aider son conjoint à voir les patients.

*« (...) de toute façon je finissais toujours aussi tard... C'était compliqué de modifier. » (M3)*

M12 également a essayé de raccourcir ses horaires d'une heure l'après-midi. Mais elle a vécu un manque de confraternité de la part de son collègue pharmacien.

*« (...) j'ai voulu modifier mes horaires (...) finir plutôt à 18 heures. J'ai dû le faire quelques semaines et puis après ça a été le gros clash avec le pharmacien qui n'a pas du tout apprécié (...) Du coup j'ai repris les horaires habituelles. » (M12)*

## **b) La gestion de l'allaitement lors de la reprise**

Hormis M1, toutes les médecins avaient allaité leur enfant après l'accouchement.

La majorité des femmes interrogées avait poursuivi leur allaitement après la reprise du travail en tirant leur lait, nécessitant un minimum d'organisation professionnelle.

Certaines avaient réussi à poursuivre leur allaitement en organisant leur planning.

*« (...) j'essayais de tirer une fois le matin et une fois l'après-midi. Donc j'arrêtais mes consultations pendant 15-20 minutes. » (M4)*

*« (...) il fallait que je tire mon lait pendant les pauses » (M8)*

*« (...) il y a mon mari qui passe, qui me l'amène à 16 heures pour que je lui donne le sein au cabinet entre 2 patients. » (M14)*

Pour d'autres médecins, le rythme des journées de travail ne permettait pas forcément d'organiser des séances pour tirer leur lait. Le recours à un allaitement mixte a été quasiment systématique dans les semaines qui ont suivi le retour dans le monde professionnel.

*« (...) choisir parfois entre faire une visite à domicile et tirer mon lait (...) à un moment donné je ne pouvais plus tirer mon lait le midi parce que j'étais trop prise. » (M2)*

*« J'arrivais pas à trouver un moment ici pour tirer mon lait (...) » (M7)*

*« Je tirais le lait au cabinet le midi mais bon c'est que le midi quoi. Au milieu des consults c'est un peu délicat, et quand on est lancée dans la matinée, on est lancée quoi. » (M10)*

Mais elles avaient réussi à conserver les tétées du matin et du soir pour perpétuer leur allaitement.

*« J'ai continué d'allaiter en gardant les tétées le matin et le soir et il se rattrapait la nuit. J'ai essayé le tire lait mais je n'avais pas assez de lait donc je le gardais pour les tétées. » (M3)*

*« J'allaite la nuit, le matin et le soir quand je rentre. » (M7)*

### **c) Le mode de garde**

Lorsqu'elles ont repris, les médecins n'ont pas eu de souci par rapport au mode de garde de leur enfant et n'ont ainsi eu aucune modification dans leur activité professionnelle.

Elles ont fait appel à une assistante maternelle, ou à un membre de la famille (conjoint ou grands-parents) ou à la collectivité (crèche ou micro crèche).

Pour certaines, les horaires de travail n'étaient pas toujours compatibles avec les horaires de la crèche ou de l'assistante maternelle, dans ce cas, les mamans ont été aidées par leur conjoint.

*« (...) il a fallu faire garder, le problème c'était l'amplitude horaire. Puisque j'ai gardé les mêmes horaires qu'avant (...) mon conjoint va être disponible les jours où je finis à 20 heures. » (M8)*

*« C'est moi qui la dépose mais c'est pas moi qui la récupère, c'était le papa. » (M10)*

## C. Des difficultés financières pendant le congé maternité

Les principales difficultés des médecins interrogées pendant leur congé maternité restent financières et ont largement été abordées au cours des entretiens.

### 1. La gestion des dépenses professionnelles

Pendant le congé maternité, les charges professionnelles (charges de cabinet, charges sociales) se maintiennent. Les revenus apportés grâce aux remplaçants n'étaient pas suffisants pour couvrir toutes les dépenses professionnelles :

*« (...) on faisait des rétrocessions 70/30 sauf que nous on a des charges de cabinet élevées et du coup ça correspondait pas quoi. » (M2)*

*« (...) une fois la rétrocession versée, on va dire que le reste suffit à payer les charges de fonctionnement du cabinet mais ça paie pas le reste des cotisations sociales URSSAF et CARMF » (M3)*

*« J'pense que à un moment les 30% servaient à payer les charges. » (M9)*

Pour la gestion de leurs dépenses professionnelles, les médecins ont donc dû compter sur d'autres ressources financières : leurs économies, les prestations de la sécurité sociale et pour certaines, d'indemnités apportées par leur assurance prévoyance.

#### a) Les économies

Toutes ont déclaré avoir mis de l'argent de côté pour gérer la perte de revenus pendant leur congé maternité.

Ceci était indispensable pour ne pas se retrouver en difficulté financière.

*« Je savais que mes économies allaient y passer à un moment donné. » (M1)*

*« J'avais des sous d'avance (...) ça m'a pas mis dans le rouge. » (M6)*

*« Bon on sait que pendant la grossesse, on va pas gagner des mille et des cents (...) Globalement j'avais prévu ce qui allait se passer. Il y a les charges qui tombent (...) j'ai pas eu de gouffre financier à ce moment là. » (M11)*

*« J'trouve qu'une grossesse chez un libéral (...) faut le programmer sur une année et mettre de l'argent de côté. » (M13)*

Les économies étaient pensées en prévision de la grossesse ou bien avant la grossesse :

*« (...) j'avais des sous de côté, je n'avais pas prévu spécialement pour ma grossesse mais je me suis dit si jamais je tombe enceinte, y'aura ça. » (M2)*

*« J'avais prévu le coup parce que j'avais bossé pas mal avant. » (M9)*

*« Sur mon compte pro j'avais mis pas mal d'argent, j'avais bien économisé l'année d'avant. » (M14)*

## **b) Les prestations de la sécurité sociale**

Toutes avaient bénéficié des indemnités journalières et de l'allocation forfaitaire de repos maternel.

Pour les femmes qui ont été en congé maternité en octobre 2017, elles pouvaient aussi bénéficier de l'ASM. Elles étaient 3 à être dans ce cas : M7, M13, M14.

Les médecins étaient unanimes pour affirmer que le montant global de ces prestations était insuffisant.

*« (...) c'est une petite aide mais honnêtement ce n'est pas ça qui va aider à payer les charges. » (M3)*

*« (...) globalement ça ne compense pas du tout le manque à gagner par rapport à tout ce qu'on donne à la CARMF, à l'URSSAF et toutes les dépenses annexes. » (M5)*

*« (...) dès lors que tu as un cabinet qui tourne, ça couvre rien quasiment. » (M10)*

Les prestations permettaient de couvrir tout ou partie des dépenses professionnelles selon les médecins.

*« (...) clairement les indemnités plus la rétrocession du remplaçant, ça ne couvrirait pas toutes mes charges du cabinet. » (M2)*

*« Pour ce qui est des dépenses professionnelles, les indemnités et avec ce qu'on garde du remplacement, elles ont pu les couvrir (...) Elles suffisent à couvrir les frais professionnels. » (M6)*

*« (...) ça permettait de couvrir mes charges mais après pour payer ma remplaçante, j'ai du puiser dans mes réserves personnelles. » (M7)*

Celles qui avaient eu une précédente grossesse avant la réforme de juin 2006 ont toutefois constaté une amélioration financière.

*« Comme j'ai eu les deux situations, je vois la différence, maintenant c'est beaucoup plus facile. C'est plus adapté. » (M8)*

*« J'étais sciaée d'avoir de l'argent en libéral (rires) alors que j'arrêtais de bosser. Je trouvais ça très très bien ! C'était une bonne chose. » (M12)*

### **c) La prévoyance**

Certaines médecins ont pu compter sur une assurance privée de type prévoyance pour compléter leurs revenus durant leur congé maternité.

*« Du coup oui ça m'a aidé financièrement, ça a été un plus. » (M1)*

*« Et j'ai eu aussi une prévoyance qui m'a aidé un peu notamment pendant l'arrêt maladie et une prime à l'accouchement, qui était pas négligeable, je crache pas dessus. » (M7)*

*« J'avais une prévoyance qui donnait un forfait pour compenser la perte de revenus. » (M9)*

D'autres avaient fait le choix de ne pas en avoir,

*« Non je n'avais pas de prévoyance. » (M4)*

*« (...) j'me disais que l'argent que j'allais mettre pour payer l'assurance privée, ça allait être peut-être équivalent à l'argent qui allait m'être versé. » (M11)*

ou n'étaient couvertes qu'en cas de grossesse pathologique.

*« Alors oui mais qui ne couvrait qu'en cas de grossesse patho. » (M6)*

*« J'ai une prévoyance oui, mais du coup elle couvrait pas le congé maternité normal. Elle couvrait le congé patho. » (M14)*

### **d) Conséquences et ressenti**

Malgré ces diverses ressources financières, certaines médecins ont rencontré plus de difficultés que d'autres à assumer leurs charges professionnelles.

M10 avait demandé à la Caisse autonome de retraite de médecins de France (CARMF) de suspendre ses cotisations momentanément et a donc perdu un trimestre de retraite.

*« (...) le fonctionnement du cabinet je pouvais pas trop le suivre financièrement donc j'ai fait supprimer un trimestre de retraite auprès de la CARMF (...) Mais c'est pas logique que je perde un trimestre parce que j'ai eu un enfant. Si j'en avais eu trois, j'aurai perdu trois trimestres et fallait que je travaille trois trimestres de plus. Ça c'est pas logique, c'est pas normal.»*

Globalement pour les médecins interrogées, le manque à gagner durant le congé maternité n'a pas entraîné de graves conséquences dans leur trésorerie, car elles ont su l'anticiper.

Les revenus apportés grâce aux remplaçants et les prestations de la sécurité sociale ont permis d'amortir la perte de revenus. Mais c'était surtout grâce à leur épargne financière que les médecins pouvaient s'acquitter de leurs dépenses professionnelles pendant leur congé maternité.

Finalement, un sentiment d'injustice est ressorti au regard de la loi du 1<sup>er</sup> juin 2006. En effet, contrairement à une médecin libérale, une salariée conserve son salaire pendant son congé maternité.

*« (...) j'pense qu'on n'est pas du tout à égalité avec certaines autres professions, ce que je trouve dommage puisqu'on cotise aussi quoi. (...) Pas facile surtout financièrement, faut dire ce qui est. (...) Parce que comparé à un salarié, c'est pas juste, c'est pas égalitaire.» (M2)*

*« Le truc c'est que sur un congé maternité chez un salarié, il va toucher 100% de son salaire. Nous on va toucher ... allez 30 % de notre remplaçant, les indemnités ça équivaut à j'pense 20%, on arrive à 50 %, c'est insuffisant... » (M13)*

## **2. La carence des revenus personnels**

Même si les prestations actuelles étaient des aides bienvenues pour les comptes professionnels, elles ne permettaient pas à la majorité des médecins libérales d'en vivre personnellement.

*« Parce que bon faut bien vivre. (...) j'avais pas d'argent dans ma poche. » (M2)*

*« Maintenant si on doit en vivre, ça va être juste (...) c'est pas représentatif de son salaire de toute manière. » (M6)*

*« (...) ça c'est clair que j'avais pas de revenus. » (M10)*

Les dépenses personnelles familiales ont dû être régulées par rapport au déficit financier.

*« J'ai dû faire plus attention aux dépenses à un certain moment. » (M11)*

*« (...) j'ai demandé à la banque de me couper mes prêts (...) j'ai arrêté mon prêt maison qui après se relisse sur les années qui viennent (...) j'ai pas fait de vacances (...) Pour le coup, le budget vacances il est parti sur le congé mater. » (M13)*

Certaines ont pu bénéficier de l'aide de leur conjoint pour subvenir aux besoins familiaux.

*« Ben il a dû travailler un peu plus comme il est libéral. Bah c'est surtout qu'on a vécu sur nos économies ! Faut dire ce qui est. » (M2)*

*« (...) on faisait un pot commun, j'pense qu'il a dû mettre plus à ce moment-là. » (M6)*

*« (...) je n'avais plus de salaire (...) Et puis heureusement que mon conjoint était médecin. » (M12)*

M4 et M14 qui étaient collaboratrices d'un médecin titulaire, s'en étaient mieux sorties car elles n'avaient pas de charges de cabinet. Elles ont pu s'attribuer un salaire grâce aux prestations de la sécurité sociale.

M12 ayant une activité SELARL avec son associé, ses charges ont pu être assumées par leur cabinet après accord avec son collègue. Les prestations de la sécurité sociale lui ont servi pour ses dépenses personnelles.

## D. Les difficultés administratives de la protection sociale maternité

Les formalités à effectuer afin d'obtenir les prestations maternité sont jugées lourdes à réaliser selon plusieurs médecins.

*« (...) surtout ce qui est d'envoyer les papiers à la sécu (...) On me disait « ça va arriver ça va arriver » donc c'est moi qui ai appelé (...) Ben heureusement que j'ai appelé parce que je le recevais pas. Donc voilà j'ai dû être derrière. » (M2)*

*« (...) j'ai dû faire un certificat tous les 15 jours comme quoi je ne travaillais pas et l'arrêt de travail qui allait avec (...) y'avait un tas de paperasse. » (M8)*

*« C'est compliqué parce qu'il y a toujours un tas de papier à leur donner (...) Et tout ça c'est des petites démarches qui sont un peu désagréables pendant la grossesse (...) Bon là je vois ça comme quelque chose de très anecdotique mais sur le moment j'ai dû être agacée par ce genre de choses. » (M11)*

*« (...) c'est juste le côté où il faut faire des démarches, c'est un peu fatigant. Et puis vous pouvez vite le zapper quoi, vous êtes au boulot... » (M13)*

Certains médecins avaient mis le doigt sur le manque d'informations dont elles disposaient pour bénéficier de ces prestations.

*« (...) c'était un flou artistique (...) on n'est pas au courant de tous les trucs (...) C'est quand même prise de tête! » (M9)*

*« C'est toujours des démarches assez compliquées, un fonctionnement un peu opaque. » (M11)*

*« Moi j'étais pas au courant... c'est une amie médecin qui m'a dit, qui m'a envoyé les copies des certificats qu'il faut envoyer (...) Donc oui j pense que si personne me l'avait dit, j'aurais pu passer à côté (rires) » (M14)*

Une des raisons était aussi qu'elles n'avaient pas eu de renseignements précis de la part des agents administratifs.

*« (...) les papiers me revenaient. Je me souviens une fois avoir envoyé deux papiers et alors je sais pas comment ils ont fait à la sécu... ils ont dû prendre un papier pour une personne et un papier pour une autre, et ils m'ont renvoyé le truc en me disant qu'il manquait le papier de chacun (...) ils savent pas trop quoi faire eux même quoi. » (M9)*

*« Mais là je savais pas du tout ce qu'il fallait faire, comment s'organiser. Et du coup de ce côté là il y avait aucune aide, parce que je suis allée voir sur le site Ameli et puis ils disaient rien. J'avais envoyé un mail au sixième mois pour savoir ce qu'il fallait faire et ils m'ont pas répondu comme il fallait (...) ils me disaient qu'il y avait rien à faire et que ça allait se faire tout seul quoi... (rires) » (M14)*

Certains avaient eu un retard dans le versement de certaines prestations.

*« J'ai eu un retard d'un mois dans le paiement des indemnités. » (M2)*

*« (...) l'avantage supplémentaire maternité, alors j'ai fini par l'avoir mais j'ai dû batailler pendant 6 mois pour l'obtenir. » (M13)*

*« (...) la première moitié d'alloc de repos maternel (...) Donc je l'ai eu plus tard que prévu, juste avant l'accouchement. » (M14)*

Au final, les médecins interrogées avaient également déploré une injustice par rapport aux salariées qui n'ont pas toutes ces formalités à réaliser.

## **E. L'influence de la grossesse sur le plan professionnel**

### **1. Trouver le remplaçant pour son congé maternité**

Même si toutes les médecins avaient réussi à se faire remplacer pendant tout ou partie de leur congé maternité, elles ont déclaré que trouver un remplaçant était parfois difficile.

*« Moi j'ai dû batailler pour avoir un remplaçant. J'ai mis une annonce dès que je savais que j'étais enceinte. J'ai eu au départ des garçons qui venaient de métropole qui faisaient pas de gynéco donc ça ne s'adaptait pas à ma façon de travailler et qui voulaient faire que un mois ou 2 mois sur les 4 mois. Donc ça marchait pas (...) j'ai remis une annonce et je suis tombée sur la remplaçante de mon congé. Ça a été une relance 3 mois après donc ouais c'était sur le tard. J'avais toujours ça dans un coin de ma tête. » (M7)*

*« (...) le plus complexe c'est de trouver un remplaçant (...) Quand on discute entre copines c'est ça l'angoisse qu'elles ont : est ce qu'elles vont pouvoir trouver un remplaçant pour toute la période et partir détendue en congé maternité ? » (M11)*

*« (...) donc le gros du congé maternité il s'est retrouvé sur les vacances d'été, j'ai galéré pour trouver un remplaçant. (...) Chercher un remplaçant ah oui c'est un stress. Une fois que vous avez trouvé, ça va mieux (rires). » (M13)*

Les médecins ont dû parfois multiplier les remplaçants pendant leur absence parce qu'elles n'avaient pas le choix pour pouvoir partir en congé maternité.

*« (...) on a eu 3 remplaçants sur la durée de mon congé parce qu'on n'a pas réussi à trouver une même personne, ça c'était le côté moins stable pour les patients. » (M2)*

*« Au départ ça devait être un remplaçant et puis finalement non enfin bref... J'ai eu 3 remplaçants pendant mon congé maternité, ça a été compliqué. » (M9)*

### **2. Une grossesse à planifier**

Pour mieux vivre leur grossesse, les médecins étaient unanimes concernant l'anticipation qu'implique cet événement dans leur vie :

*« prévoir », « anticiper », « organisation »*

Cette anticipation concernait une épargne financière à constituer avant le départ en congé maternité mais aussi trouver le remplaçant pour cette période.

Ces conditions réunies, la survenue d'une grossesse non pathologique était tout à fait envisageable avec leur statut de femme médecin libérale.

*« (...) il faut que ça soit organisé et que tu le prépares. » (M5)*

*« Donc c'est faisable mais il faut prévoir. » (M9)*

« Après avec un peu d'organisation ça se fait bien. » (M14)

### 3. La précarité en cas d'arrêt maladie

M3 était la seule médecin à avoir eu un arrêt précoce pour grossesse pathologique (MAP).

Même si elle s'était faite remplacée facilement par son collaborateur, toutes les autres médecins ont évoqué des difficultés que pouvaient engendrer une grossesse pathologique.

« Si tu dois t'arrêter tout le temps, ou y'a un problème avec l'enfant... l'inconnu il est là ! Une grossesse qui se passe bien, ça va vite finalement. » (M6)

« Faut pas être malade (rires) il faut être en forme parce que sinon c'est très difficile à mon avis. Donc une grossesse pathologique en libéral, c'est impossible je pense. Trouver un remplaçant rapidement, c'est très compliqué. Même en revenus, ça doit être très très compliqué... » (M7)

« Mais quand y'a des imprévus, tu es obligée de t'arrêter. J'imagine si on m'avait demandé de m'arrêter 3 semaines parce que je fais une MAP ou je sais pas quoi... ben là trouver un remplaçant là tout de suite... c'est compliqué. » (M10)

« Mais si y'avait eu des problèmes de santé récurrents, ça allait être problématique quand même. » (M12)

« (...) du jour au lendemain vous pouvez pas trouver un remplaçant. (...) Psychologiquement je me disais que je pouvais pas m'arrêter. » (M13)

Les médecins ne se sentaient pas aussi bien protégées que leurs consœurs salariées lors d'arrêts de travail imprévus :

« (...) quand tu es salariée, tu peux tomber enceinte quand tu veux. » (M9)

« (...) Après on a d'autres avantages, mais on n'a pas la liberté d'action en cas de souci immédiat. » (M10)

« (...) c'est plus facile pour elles de se faire arrêter, se faire prolonger, si elles sont fatiguées... » (M14)

M3 et M9 exprimaient le fait que finalement les médecins installées s'arrêtaient peu :

« Quand on est libéral, on a tendance à ne pas trop s'écouter non plus... on avance ... on est comme les cordonniers, les plus mal chaussés... c'est toujours comme ça (rires). » (M3)

« (...) mais de toute façon on se retrouve coincée parce qu'il faut bosser quand même (rires). » (M9)

## **F. La grossesse sur le plan médical et personnel**

### **1. Le vécu**

Le vécu de la grossesse a été conditionné par les connaissances médicales.

*« (...) on sait ce qui se passe, ce qui nous arrive, on s'inquiète pas pour grand-chose. » (M4)*

*« Quand ça va bien tu te rassures et quand ça va pas bien, on imagine le pire. On connaît les complications et on y pense forcément. » (M7)*

*« Après sur des trucs lourds, on part plus vite dans des délires de choses graves. On voit direct les complications. » (M12)*

Certaines ont pu vivre leur grossesse avec sérénité.

*« (...)... j'étais pas plus stressée qu'une autre patiente, comme je savais que tout allait bien. » (M5)*

*« Vraiment bien. (...) J'essayais de la vivre pleinement et d'en profiter parce que c'est quand même des événements assez courts dans la vie d'une femme. » (M11)*

*« Franchement j'étais pas stressée. Justement je me disais que j'allais peut-être angoisser à chaque instant parce que je connais tous les risques et tout ça. En fait non j'ai été vachement détendue. » (M14)*

D'autres ont été plus stressées.

*« (...) c'était pas forcément une période (...) super agréable par rapport aux symptômes. Et du coup, d'être médecin effectivement ça m'a beaucoup plus stressé. » (M1)*

*« Une fois les 5 mois passés, je n'étais pas stressée. C'était vraiment le début de grossesse qui était stressant. L'idée de perdre le bébé... » (M6)*

Au final, les médecins interrogées avaient globalement toutes eu un vécu positif de leur grossesse, malgré les symptômes et complications que certaines ont pu avoir.

### **2. La prise en charge obstétricale**

Les médecins interrogées se sont faites suivre par un gynécologue ou une sage-femme et leur prise en charge s'est bien passée.

Sauf pour M8 et M12 qui ont déclaré ne pas avoir été traitées comme une patiente lambda car elles étaient médecins.

*« Le fait que je sois médecin est plutôt un gage de mauvais suivi (...) on m'a jamais pris la tension pendant le suivi de grossesse, j'ai eu des « tu te feras tes ordonnances » puis on discute et on parle*

*d'autres choses donc le dépistage habituel est pas fait comme il fallait (...), mes 2 autres grossesses c'était un peu compliqué aussi au niveau du suivi. Et c'était pas le même gynéco. » (M8)*

M12 a eu un suivi obstétrical habituel mais elle avait regretté ne pas avoir eu droit à un suivi post accouchement par une sage-femme à domicile, d'autant plus que son allaitement avait été douloureux.

*« (...) comme j'ai été prise en charge comme un médecin, j'ai eu moins de soins que ce à quoi j'avais droit après mes grossesses (...) j'ai jamais eu de sage-femme qui venait à la maison (...) et comme on est médecin, c'est compliqué de demander de l'aide, de dire « non je suis pas médecin, je suis patiente, je voudrais avoir le même suivi ». » (M12)*

Pour celles qui travaillaient plus de 8 demi-journées par semaine, être libérale ne leur avait pas permis de faire un suivi mensuel dans les meilleures conditions.

M13 le faisait à la fin de ses journées de travail.

*« (...) je prenais les créneaux de 19 heures (...) le gynéco me voyait sur sa garde. J'arrivai pas à fixer de rendez-vous, c'était pas possible. »*

M9 avait choisi une gynécologue par défaut.

*« J'étais suivie par une gynéco en ville qui fait les échos, c'est vrai que comme je suis médecin... c'est une gynéco médicale... bon c'est pas sympa ce que je vais dire (rises). Je suis pas allée à la clinique parce que c'est trop long et que j'ai pas le temps d'attendre donc du coup je vais voir une autre en ville où les rendez-vous sont rapides, où c'est plus facile. Mais quand elle m'a dit (...) qu'il y avait un doute sur le placenta prævia, ben j'avoue je suis allée voir un autre gynéco que je connais. »*

M10 a fait son suivi elle-même et se sentait capable de le faire tant qu'il n'y avait pas de complications.

*« Trouver du temps pour les rendez vous, ça veut dire fermer le cabinet, c'est un peu compliqué et en plus comme ça se passait bien... »*

## **G. Le congé maternité**

### **1. La durée du congé maternité**

#### **a) Une durée plus courte que prévue**

Trois des médecins : M3, M5 et M7 ont pris un congé maternité plus court que la durée légale.

M3 et M5 ont surtout raccourci leur congé postnatal :

- M3 avait droit à un congé maternité de 26 semaines pour une troisième grossesse, dont 18 semaines en postnatal.

*« Pour la troisième grossesse, comme j'ai eu droit à plus de semaines, j'ai pas pris la durée légale. J'ai raccourci mon congé de à peu près un mois avant la date de fin du congé maternité. » (M3)*

- M5 n'avait pas fixé de date de reprise exacte. Mais sa santé et celle de son enfant étaient bonnes, elle a donc repris plus tôt et n'a pas profité des 10 semaines postnatales prévues.

*« Bébé avait un mois quand j'ai repris le travail. (...) j'avais pas forcément une date de reprise mais je m'étais dit si ça va bien, moi je me sens bien, le bébé va bien (...) j'irai. » (M5)*

Comme M3, M7 avait aussi droit à un congé maternité de 26 semaines pour une troisième grossesse. Elle a eu un congé prénatal et postnatal plus courts que prévus.

*« (...) je l'ai repoussé parce que tu sais avec un 3<sup>e</sup> enfant, tu peux avoir un congé maternité plus long. (...) j'avais pas trouvé quelqu'un qui pouvait faire toute ma période donc j'ai repoussé un peu le début de mon congé mater (...) »*

*« (...) j'avais droit jusqu'à début avril et en fait j'ai repris fin février. Mais c'était par rapport aux vacances parce que mon collègue voulait les vacances et qu'il voulait pas laisser le cabinet tout seul juste avec que des remplaçants. Donc voilà, dû au souci de vacances de mon collègue, je suis rentrée plus tôt. »*

#### **b) Une durée légale prévue**

Les autres médecins ont pu bénéficier de la durée légale du congé maternité.

Quatre d'entre elles : M4, M8, M10, M12, ont continué leur activité après la date officielle du début du congé maternité pour bénéficier du report des semaines prénatales au congé postnatal.

Les 7 restantes ont pris les dates prévues par la sécurité sociale.

### **c) Une prolongation par des vacances**

Trois des médecins ont prolongé leur congé maternité par des vacances à savoir M1, M9 et M14 pour pouvoir rester plus longtemps avec leur bébé.

*« J'ai repris j'crois une ou deux semaines après la date de la fin du congé maternité officielle. » (M1)*

*« J'avais pris toute la durée du congé maternité plus un gros mois de vacances (...) j'avais pris très peu de vacances pendant l'année et je m'étais dit que je préférerais passer du temps avec mes deux enfants. » (M9)*

*« (...) j'ai prolongé en postnatal. J'ai prolongé de 4 semaines. Donc c'était 4 semaines de vacances. » (M14)*

### **d) Le choix de la durée du congé**

Au final, la durée du congé maternité avait grandement été influencée par les difficultés financières dûes à l'arrêt de leur activité.

Les reprises anticipées de M3, M5 avaient été motivées en ce sens.

*« (...) je ne pouvais pas rester en congé maternité aussi longtemps et qu'il fallait payer les charges du cabinet (rires) Donc oui pour des raisons financières, j'ai raccourci mon congé. » (M3)*

*« (...) ça ne compense pas du tout le manque à gagner par rapport à tout ce qu'on donne à la CARMF, à l'URSSAF et toutes les dépenses annexes. » (M5)*

A un moment donné, la perte de revenus engendrée incitait les autres médecins à reprendre.

*« Pourquoi je n'ai pas repris plus tard, ben pour au niveau financier. Fallait bien reprendre à un moment donné. Y'a bien mon mari qui travaille mais bon voilà. » (M1)*

*« Faut quand même dire, la première cause c'est le financier. Parce que bon faut bien vivre. (...) j'avais pas d'argent dans ma poche. » (M2)*

*« (...) c'est qu'il y a un moment, les réserves n'étaient pas sans fond donc il a fallu refaire le stock. (...) c'est surtout financier parce que moi sinon je serai restée à la maison plus longtemps. » (M14)*

## **2. Le vécu autour du congé maternité**

Lors de leur départ en congé maternité, les médecins se sont senties soulagées.

*« Mon congé maternité personnellement ben c'était bien (rires). Parce que j'avais plus cette espèce de stress à me dire que mon utérus allait contracter. » (M1)*

*« J'avais hâte de (ne) plus travailler (rires) ! » (M7)*

Mais certaines ont eu l'impression de ne pas s'être consacrées pleinement à leur grossesse.

Notamment quand le contact avait été gardé avec le cabinet médical (cf paragraphe B.2.b page 25).

*« Après j'étais aussi au téléphone avec ma secrétaire (...) les dérangements il y en a beaucoup (rires), au moins une fois par jour (rires). Donc j'étais en congé maternité mais en pointillés. » (M7)*

*« (...) J'étais toujours un peu là (...) c'est un peu chiant... d'être sollicitée comme ça (...) j'étais pas complètement à ma grossesse. » (M13)*

Mais aussi à cause du temps nécessaire aux formalités administratives car cela a empiété sur leur temps de la vie quotidienne (cf paragraphe D page 33).

Surtout lorsqu'il y a une erreur faite par les organismes sociaux, comme ce fut le cas pour M14.

*« J'ai fait plusieurs allers retours à l'URSSAF (...) j'ai passé du temps au téléphone, envoyer des mails, rappeler tous les jours et tout ça... ouais... pendant bien 3-4 semaines, j'ai bien galéré... Ouais c'est des choses dont on se passerait pendant son congé. C'est clair, ça m'a saoulé de devoir gérer ça pendant mon premier mois de congé maternité. »*

## H. La reprise du travail

### 1. Le vécu de la reprise

Aucune des médecins n'a présenté de complications post accouchement ou dans sa suite de couches.

Elles étaient pour la majorité contentes de reprendre leur activité professionnelle.

Même si certaines ont exprimé le désir de rester un peu plus avec leur bébé,

*« Ah j'ai trouvé le congé maternité beaucoup trop court ! (...) Si j'avais pu reprendre plus tard, je l'aurai fait. (...) je me disais que tout le monde avait ça donc ça doit être bon. Mais après quand on a bébé avec soi, c'est différent (rires). » (M4)*

*« (...) j'ai hésité à prolonger mon congé maternité (...) j'y suis retournée (...) sinon je serai restée à la maison plus longtemps. » (M14)*

la reprise leur avait fait du bien.

*« Avoir une vie sociale et puis j'aime mon travail donc c'était un moyen d'être autre chose qu'une maman. » (M2)*

*« C'était bien que je retourne au boulot (...) Physiquement je n'étais pas fatiguée, c'est plutôt psychologiquement et émotionnellement. » (M12)*

*« Le fait d'être avec son bébé c'est hyper bien mais quand on fait ce genre de profession on aime bien les gens. Moi au bout d'un moment j'avais besoin de retourner dans mon monde professionnel. » (M13)*

Elles avaient ressenti les difficultés habituelles d'une maman qui reprend le travail.

- Notamment la fatigue,

*« Très fatigante ! (rires) Avec clairement le manque de sommeil. Les journées ... c'était dur quoi. » (M2)*

*« C'était un peu dur de se remettre dans le rythme parce que mon deuxième bébé était un bébé qui ne dormait pas beaucoup, il était assez difficile ... donc du coup ... la fatigue je l'ai ressentie. » (M5)*

*« Forcément la reprise c'était un peu fatigant mais bon rien d'inhabituel. » (M8)*

- l'angoisse de laisser son enfant,

*« Il y a quand même un laps de temps où on n'est pas complètement à son travail (...) On a envie de travailler mais quand on est au travail, forcément y'a des moments où on pense à son enfant. » (M6)*

*« On a du mal à faire confiance à quelqu'un d'autre (rires) pour s'en occuper (...) j'étais tout le temps le téléphone à côté de moi pour voir si la crèche m'avait pas appelé. » (M14)*

- le stress précédant la reprise.

« (...) y'avait une certaine appréhension à savoir si j'arrivais toujours à pratiquer correctement après ces longs mois d'arrêt. » (M1)

« (...) un petit peu de stress à la reprise comme quand on rentre à l'école après les vacances scolaires (...) parce qu'on a été déconnecté un petit bout de temps. » (M3)

## **2. Le vécu de l'allaitement à la reprise du travail**

Plusieurs médecins ont exprimé le désir de poursuivre leur allaitement lors de leur reprise du travail et aucune n'a eu de complications liées à l'allaitement.

### **a) La durée de l'allaitement**

M10 et M13 avaient trouvé leur allaitement trop court. Leur activité en tant qu'installée seule ne leur avait pas permis de tirer leur lait dans de nos bonnes conditions. Mais elles ne l'avaient pas mal vécu pour autant.

« (...) c'est le souci quand tu dois allaiter et que tu fais des journées très longues (...) Je tirais le lait au cabinet le midi mais bon c'est que le midi quoi. Au milieu des consults c'est un peu délicat, et quand on est lancée dans la matinée, on est lancée quoi (...) J'aurais bien aimé prolonger si j'avais eu le temps. Après je n'avais plus assez de lait, je tirais pas assez dessus donc pas assez de stimulation. Ça s'est un peu tari tout seul. » (M10)

Pour M13, son expérience antérieure ne l'avait pas incité à poursuivre l'allaitement à sa reprise.

« L'allaitement s'est arrêté sur la reprise du travail (...) Si j'avais pu, je l'aurais fait plus longtemps (...) les patients ils sont pas très compréhensifs là-dessus. Je me voyais pas tirer mon lait pendant 20 minutes. J'ai essayé de le faire sur la première grossesse (...) L'expérience de la première grossesse m'a fait dire que ça ne servait à rien d'essayer de faire un allaitement qui n'allait même pas durer une semaine quoi. » (M13)

M12 qui a allaité 2 mois, n'avait pas poursuivi à sa reprise à cause de la fatigue et des douleurs dues à l'allaitement.

Trois des médecins allaitaient toujours leur enfant lors de notre rencontre : M7 et M14 respectivement depuis 7 et 6 mois. Et M3 depuis presque 2 ans.

Les autres avaient sevré leur enfant et étaient satisfaites de la durée de leur allaitement, en moyenne pour 7 mois.

## **b) Les facteurs influençant le déroulement de l'allaitement**

L'allaitement a été facilité par les précédentes grossesses.

*« (...) c'était la deuxième j'avais appris pas mal de trucs. J'trouve que c'est surtout pour le premier qui est difficile parce que tu as du mal à t'organiser et tout (...) Donc pour la deuxième j'étais au point quand même. » (M9)*

*« (...) c'était un deuxième allaitement dont c'est vrai que c'est toujours plus facile. J'ai pas eu de baisse de lactation lors de la reprise du travail. » (M11)*

Mais il a pu être contrarié par le stress,

*« (...) beaucoup d'angoisse par rapport à la reprise du travail, me dire « comment je vais faire ? J'ai envie de l'allaiter. Comment je vais m'organiser ? ». » (M2)*

l'entourage médical,

*« (...) j'ai jamais eu de sage-femme qui venait à la maison. Du coup je me suis trouvée très seule après les grossesses et ça m'a vraiment posé problème (...) Le fait de ne pas avoir été suivie, soutenue, je pense que ça a joué aussi par rapport à la durée de mon allaitement. » (M12)*

le comportement du bébé,

*« Le souci c'est surtout qu'elle ne voulait pas du tout prendre le biberon et je me suis sentie un peu ... prisonnière de ça. Tu es pas bien chez toi, tu es pas bien au travail parce que tu sais qu'il faut revenir vite pour l'allaiter (...) dès que tu arrives, l'enfant pleure parce qu'il veut le sein tout de suite. Du coup c'était très accaparant vraiment. » (M6)*

mais aussi la fatigue.

*« Pour le deuxième c'est plus fatigant je trouve (...) après mon mari voulait donner un peu plus donner le biberon et puis j'étais fatiguée aussi. » (M9)*

Le cabinet n'était pas forcément un lieu propice pour tirer le lait.

*« Le tire lait électrique était hyper bruyant, tout le monde entendait, c'était pas génial (rires). » (M8)*

*« (...) parce que dans le cabinet y'a pas un petit coin tranquille pour tirer. » (M10)*

## **c) Ressenti global**

Le recours à un allaitement mixte a été quasiment systématique dans les semaines qui ont suivi le retour dans le monde professionnel. Le rythme des journées de travail ne permettait pas forcément de tirer le lait et d'entretenir la lactation.

Au final toutes avaient ressenti leur allaitement comme une expérience satisfaisante quel que soit sa durée.

## I. Les relations professionnelles

### 1. Les collègues

Concernant les médecins qui étaient associée ou collaboratrice, l'annonce de leur grossesse à leur collègue s'est bien passée et n'a pas perturbé les relations professionnelles.

Néanmoins, il est ressorti pour quelques-unes une appréhension avant l'annonce.

*« Surtout par rapport à la durée du congé (rires). Je pensais que ça allait pas l'arranger (...)» (M8)*

*« Moi ça m'avait un peu stressée parce que ça faisait que 4 mois qu'on avait signé le contrat de collaboration. Mais elle l'a bien pris, elle a rien dit de particulier. » (M14)*

Pour certaines, il était rassurant pour le collègue qu'elle se fasse remplacer.

*« Après tant que je trouve quelqu'un pour me faire remplacer, c'est pas un souci. » (M1)*

*« Donc oui il était un petit peu embêté, il fallait trouver quelqu'un pour 4 mois (...) Au final il y a pas eu de souci, j'ai trouvé quelqu'un pour 4 mois. » (M8)*

*« C'était planifié pour lui et on avait vu financièrement si ça allait avoir un impact. Comme tout était planifié, c'était bon. » (M12)*

Mais au final, elles discutaient rapidement de la gestion du cabinet lors du départ en congé maternité et les collègues l'ont bien accepté.

*« (...) quant au congé elle m'avait dit « si on trouve personne, moi je travaillerais tout ton congé maternité, je fermais des jours s'il faut » voilà, je savais que j'étais soutenue. » (M2)*

*« Il n'y a pas eu de tensions (...) on a rapidement parlé de comment on allait s'organiser et c'était planifié longtemps à l'avance (...) Comme tout était planifié, c'était bon. » (M12)*

Certaines médecins pouvaient compter sur la confraternité de leur collègue en cas de souci à trouver un remplaçant.

*« Elle m'avait dit : si on trouve personne, moi je travaillerais tout ton congé maternité, je fermais des jours si il faut. » (M2)*

*« Mon collaborateur était prêt à faire 2 mois et il aurait fallu que je trouve un remplaçant pour les 2 derniers mois. » (M7)*

### 2. Les patients

Toutes les médecins ont attendu que les patients remarquent d'eux-mêmes la grossesse et n'ont pas fait d'annonce officielle préalable.

*« Quand ils ont commencé à voir le ventre un petit peu pousser. » (M1)*

*« Non pas d'annonce (rires) c'est trop personnel. C'est dans les derniers temps où ils ont remarqué et posé des questions. » (M12)*

Les patients avaient tous bien réagi et aucun des médecins n'a ressenti de pression de leur part.

*« Pas de patients mécontents, pour eux c'est normal (...) en fait tu as plus de retours négatifs quand tu pars en vacances que quand tu pars en congé maternité (rires). » (M6)*

*« J'ai un peu l'impression de faire partie de leur famille, donc dans l'ensemble ils sont contents. » (M13)*

A leur retour au travail, les patients étaient globalement contents de retrouver leur médecin.

Pour certaines la fidélisation de la patientèle a été mise à l'épreuve.

Ce fut le cas pour M6 qui avait repris à mi-temps.

*« Pendant cette période tu perds du monde c'est évident (...) moi j'ai mis du temps à retrouver ma patientèle (...) Et puis j'étais à mi-temps pendant un moment, le côté mi-temps, tu es pas là l'après-midi donc tu perds de la patientèle. »*

Aussi pour M9 car ses patients n'ont pas apprécié sa remplaçante.

*« (...) la secrétaire m'a dit que ça se passe super mal. Parce que la remplaçante était pas très respectueuse avec les patients (...) Ça a mis un peu de temps à retrouver ma patientèle, ça a dû mettre... plusieurs mois. (...) au final ça a repris. Après j'ai quelques patients qui sont partis et même certains qui ne reviennent que maintenant. »*

M13 n'a pas perdu de patients mais quelques-uns l'avaient culpabilisé à son retour.

*« (...) j'ai l'impression (...) que les patients sont pas contents quand c'est un remplaçant (...) ils vous disent « Ah c'était long » (...) vous êtes plus docteur que maman pour eux. »*

## J. L'influence de la maternité sur la pratique professionnelle

### 1. Une possibilité d'adaptation de l'activité professionnelle

L'avantage du statut de libéral était la possibilité de s'organiser et d'aménager son activité en fonction des besoins familiaux.

*« Parfois j'arrivais peut-être un peu plus tard le matin parce que je m'occupais de lui et le soir je finissais un peu plus tôt parce que je voulais aller m'occuper de lui (rires). » (M2)*

*« (...) j'ai adapté mon activité, j'ai repris à mi-temps pour pouvoir l'allaiter exclusivement. » (M6)*

*« Mon fils il est à l'école juste au-dessus (...) j'arrête mes consultations et je vais dire aux patients : je vais chercher mon fils à l'école à 16 heures (rires) et c'est établi en fait. Les patients l'acceptent (...) » (M9)*

Pour M3, M10 et M13, qui avaient une activité plus importante que les autres, cette liberté d'organisation n'était pas aussi palpable.

*« J'ai essayé de raccourcir un peu mes horaires mais de toute façon je finis toujours aussi tard... C'était compliqué de modifier (...) Quand on est libéral, on a tendance à ne pas trop s'écouter non plus. » (M3)*

*« Mais c'est clair qu'un cabinet tout seul, c'est pas facile pour ça parce qu'on est un peu obligé d'être là. » (M10)*

*« (...) j'ai l'impression qu'il faut être là tout le temps, que les patients sont pas contents quand c'est un remplaçant et qu'effectivement j'aimerais avoir une journée de plus pour être avec mes enfants. » (M13)*

Globalement le statut de médecin libérale leur semblait compatible avec la maternité. Elles aimaient leur travail et acceptaient les contraintes de la profession.

*« Chaque statut a ses avantages et inconvénients, on peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre. (rires) » (M3)*

*« Après c'est vrai quand on est libéral, on n'a pas tous les avantages des salariées, c'est comme ça. » (M5)*

*« (...) on est en libéral donc si on fait des marmailles, on assume quoi. » (M7)*

*« Ça me fait rêver les gens aux 35 heures (rires). Bon ça n'arrivera pas, on a signé pour ça. » (M10)*

*« Parce que j'ai quand même des horaires de bureau, je finis à 17 heures 30, à 18 heures je récupère mes enfants, je les vois quand même le soir. Les salariées sont plus ou moins dans mon rythme. J'ai du mal à vraiment me plaindre là-dessus. » (M13)*

## 2. Des changements apportés par la maternité

### a) De nouvelles compétences

La grossesse et la maternité avaient eu une influence positive sur la pratique médicale.

Les médecins ont développé plus d'empathie depuis qu'elles avaient vécu une maternité, envers les femmes enceintes, les mamans mais aussi pour leurs autres patients.

*« J'arrive à me mettre à leur place et à les comprendre. » (M1)*

*« Et puis on apprend mieux à écouter les patients. » (M4)*

*« J'ai probablement plus d'empathie et de compréhension. » (M10)*

Elles étaient plus à l'écoute et passaient plus de temps avec leurs patients en consultation.

*« (...) ça a changé l'écoute des patientes enceintes (rises), à leurs difficultés (...) être attentive à l'épuisement maternel (...) Donc de la prévention et de l'écoute face à l'épuisement maternel. (...) J pense que je suis beaucoup plus sensibilisée que certains confrères (...) » (M12)*

*« (...) vis-à-vis des bébés et des jeunes mamans, j'prends plus de temps en consultation. J'ai plus de conseils, plus d'écoute. Les consultations des nouveaux nés, des petits, je prends beaucoup plus de temps. » (M14)*

Elles avaient aussi amélioré leurs compétences par rapport à la gynécologie obstétrique et la pédiatrie.

*« (...) le côté pratique rajoute des connaissances (rises). Surtout pour la pédiatrie. Aussi pour la gynéco. » (M8)*

*« J'ai commencé à être à l'aise avec les enfants au moment où j'en ai eu, on n'apprend pas à manipuler un enfant pendant nos études. Moi je suis jamais passée en pédiatrie. » (M12)*

Leurs propres expériences de mamans les avaient beaucoup aidées.

*« (...) par rapport à la prise en charge des femmes enceintes. Je comprends mieux leurs symptômes (...) celles qui sont angoissées (...) J'essaie de les rassurer. » (M1)*

*« (...) je peux me permettre de donner des conseils aux mamans qui sont un peu perdues ou par rapport à l'éducation ou au cadre à mettre en place parce que moi-même j'ai été maman. » (M5)*

*« (...) rassurer la maman sur les petits maux. Parce que je les ai vécus. » (M13)*

La grossesse a contribué à un enrichissement émotionnel et humain et des liens particuliers se sont créés avec les patients.

*« Ça permet de discuter, et puis après elles me font vachement plus confiance pour le suivi des enfants, j crois que ça les met en confiance. On parle beaucoup d'allaitement, de ce qui s'est passé après. Ça a rapproché sur certaines patientes qui étaient enceintes en même temps que moi. » (M7)*

*« Ils te voient comme une maman donc les gens discutent de ton enfant, demandent des nouvelles, ils te voient pas pareil. » (M10)*

## **b) Elargir ses connaissances**

M2 et M4 ont approfondi leurs connaissances sur l'allaitement pour le mettre à profit pour leur enfant.

*« (...) je voulais toujours faire bien, faire mieux, qu'il n'ait pas de coliques (...) je lisais énormément. » (M2)*

*« (...) je suis allée voir les spécialistes de l'allaitement à l'hôpital, je suis allée aux réunions d'allaitement (...) Après j'ai lu des livres sur l'allaitement (...) » (M4)*

M12 a expliqué que sa maternité l'a incité à faire des formations professionnelles.

*« (...) j'ai fait des formations sur la gestion et la communication avec les enfants. Donc j'ai fait beaucoup de développement personnel. (...) ça agit forcément sur l'écoute et l'aide à apporter aux patients. Le fait d'être maman et de voir les difficultés qu'on peut avoir (...) j'ai cherché des solutions à ça. (...) Je me suis mise aux IVG aussi parce que j'ai vu la détresse de pleins de femmes. »*

## K. La qualité de vie familiale des femmes médecins généralistes

A la question concernant la qualité de leur vie familiale, la plupart des femmes médecins ont répondu qu'elles étaient satisfaites.

M1 et M10 sont les 2 médecins qui ont eu les ressentis les plus mitigés.

*« Personnellement je pense que je suis débordée ... ouais j'pense que j'suis surmenée. Professionnellement (...) avec cette fatigue en plus personnelle (...) je peux rapidement aussi me sentir vite débordée lors des consultations... » (M1)*

*« J'ai pas assez de temps pour ma vie familiale et personnelle ! (rires) (...) j'aimerais passer plus de temps avec ma fille, je voudrais faire des choses pour moi (...) c'est clair qu'un cabinet tout seul, c'est pas facile (...) » (M10)*

M1 expliquait que son conjoint avait un emploi du temps qui se modifiait toutes les semaines. Cette instabilité, ajoutée à la fatigue des nuits agitées de ses deux enfants, ne lui permettait pas de trouver son rythme.

Quant à M10, le remplaçant fixe qu'elle avait pris à sa reprise de travail était parti entre temps. Elle avait recommencé un temps plein depuis un an.

### Les facteurs déterminant la satisfaction des médecins :

- le temps passé au travail

Les médecins les plus enthousiastes ont été celles exerçant à mi-temps.

*« Le fait d'être à mi-temps c'est bien, ça permet d'avoir une vie de famille. » (M4)*

*« Franchement je m'estime plutôt chanceuse (...) Au niveau de mon temps de travail, ça me convient, je choisis et au moment où je veux reprendre un peu plus (...) ça sera tout à fait possible. » (M11)*

*« (...) on est plutôt privilégié d'avoir la possibilité de travailler à mi-temps et d'avoir un bon salaire et de bien vivre. » (M14)*

Pour plusieurs, le mi-temps semblait être la situation idéale pour concilier travail et maternité.

*« Quand on est à plein temps avec des enfants en bas âge, avec une grossesse... l'idéal c'est d'avoir un mi-temps quoi. » (M3)*

*« Moi je reste à mi-temps, j'ai des jours à leur accorder (...) Après c'est une question d'organisation... à mi-temps oui, à plein temps je pense que c'est compliqué d'avoir un enfant. » (M7)*

*« Ah ben si je peux re-diminuer mes horaires et avoir plus de temps pour elle et aussi pour moi, ça m'ira très bien (...) dès que j'aurais l'occasion, j'espère que ça va se présenter très vite (rires). » (M10)*

*« Moi j'me vois pas du tout reprendre à plein temps (...) Même si moi j'termine à 18 heures, j'suis jamais à 18 heures 15 à la maison, y'a toujours les patients qu'il faut finir de voir, regarder les bios, fermer le cabinet. J'suis facilement à la maison à 19 heures. J'me dis faire ça toute la semaine et voir mon fils que de 19 à 20 heures le soir... non... moi ça me paraît pas adapté. » (M14)*

Hormis pour M10, celles qui avaient une activité plus soutenue avec plus de 8-9 demi-journées par semaine, ne se sentaient pas lésées pour autant. Nous n'avons pas constaté de mécontentement flagrant. Elles semblaient avoir pu adapter leur rythme familial au temps libre dont elles disposaient.

*« De toute façon, dès que je finis du boulot, le reste de mon temps, c'est pour eux quoi (rires). » (M3)*

*« Je travaille beaucoup. Actuellement là c'est bien parce que j'ai une remplaçante fixe qui me fait les mercredis et un samedi sur 2 (...) Après le weekend je suis tout le temps avec mes enfants. » (M9)*

*« (...) j'trouve que notre qualité de vie est pas si mal. Parce que j'ai quand même des horaires de bureau, je finis à 17 heures 30, à 18 heures je récupère mes enfants, je les vois quand même le soir. (...) J'ai du mal à vraiment me plaindre là-dessus (...) Mes horaires de travail j'ai pu les adapter... non j'pense qu'il y a pire comme qualité de vie. » (M13)*

Elles essayaient quand même de réguler leur temps au travail mais actuellement sans succès.

M3 recherchait une collaboration pour se mettre à mi-temps, tandis que M10 et M13 préféraient se donner une journée de libre et étaient en attente d'un remplaçant fixe.

Seule M9 avait trouvé une remplaçante fixe qui lui faisait les mercredis matins et un samedi sur 2.

- La possibilité d'aménager son activité professionnelle

*« Moi j'ai toujours pu adapter (...) mes horaires donc ... moi ma qualité de vie je la trouve bonne, très bonne. » (M6)*

*« Voilà faut s'autoriser des libertés et pas se dire de travailler tout le temps. Après j'travaille pas mal donc ... j'me dis si je suis fermée une demi-journée, c'est bon ils viendront demain (...) Faut pas être rigide sur son emploi du temps, faut se donner des libertés, il faut s'écouter. » (M9)*

*« Les choses ont changé depuis un an, car maintenant on fait sur rendez-vous l'après-midi. Auparavant on n'était pas sur rendez-vous, je rentrais chez moi, c'était 19 heures 45, épuisée et sur les nerfs, à ne pas pouvoir supporter mes enfants (...) Avant ces changements, ma qualité de vie elle n'était pas bonne (...) Là oui je revis (rires). » (M12)*

- Le bien-être personnel.

*« (...) parce que même si je travaille que 2 jours et demi, les journées entières sont quand même lourdes, c'est chargé (...) j'pense qu'il faut que je dégage plus de temps pour moi pour me sentir mieux et pour pouvoir être efficace que ça soit à la maison et au travail. » (M1)*

*« Le plus difficile c'est d'avoir du temps pour soi, il n'y en a plus. Les journées sont très longues et les nuits très courtes. » (M3)*

- L'implication du conjoint.

*« (...) j'ai la chance d'avoir un mari qui ne travaille pas, il m'aide beaucoup dans l'organisation de la famille. » (M5)*

*« (...) mon conjoint va être disponible les jours où je finis à 20 heures. » (M8)*

*« C'est moi qui la dépose mais c'est pas moi qui la récupère, c'était le papa. » (M10)*

- Le mode de garde adapté

*« On a la chance d'avoir une nounou qui est plutôt disponible, elle garde le petit du lundi au samedi inclus. Et elle veut bien le garder aussi quand il est malade donc au niveau de l'organisation, ça aide. » (M3)*

*« J'ai eu la chance d'avoir une nourrice agréée avec des horaires méga extensibles (...) parce que les crèches et certaines nourrices, c'est jusqu'à 17 heures -18 heures maximum et ça c'est pas possible en libéral. Ça doit être méga stressant : y'a du monde (dans la salle d'attente) et on doit partir... moi je n'ai pas du tout eu à penser à ça, et ça c'est énorme comme confort. » (M12)*

## L. Un cas concret de grossesse pathologique

La grossesse pathologique est impactante d'un point de vue professionnel mais également personnel car elle met en jeu la santé de la mère et de l'enfant. C'est pour cela que nous exposerons indépendamment du reste de nos résultats la première grossesse de M13.

M13 a eu deux grossesses qui étaient concernées par la nouvelle réforme de juin 2006, nous avons généralement privilégié les informations de la grossesse la plus récente. Dans son cas, sa deuxième grossesse avait eu un déroulement normal mais ce ne fut pas le cas de sa première.

Spontanément, M13 avait comparé ses 2 grossesses tout au long de l'entretien. L'expérience de sa première grossesse pathologique lui a permis de mieux anticiper la deuxième.

*« Après comme j'avais quand même arrêté des choses, je l'ai quand même mieux vécu que la première grossesse que j'avais beaucoup moins bien anticipé. »*

Son histoire lors de sa grossesse pathologique accentue les difficultés de la profession de médecin libérale que nous avons déjà évoqué.

- Lors d'un souci imprévu, il est compliqué de s'arrêter.

*« (...) il y a eu un retard de croissance dès la deuxième écho et j'ai pas pu m'arrêter (...) Je me fais officiellement arrêtée dès 32 semaines. On a fait un caryotype quand même pour être sûr qu'il y avait pas de souci, et dès qu'on a eu le résultat, césarienne à 35 semaines pour un petit bébé de un kilo et demi. »*

- Cela a été justifié par l'impossibilité à trouver un remplaçant dans l'immédiat et essentiellement les contraintes financières. D'autant qu'elle était le plus gros salaire du ménage et qu'elle gérait plusieurs prêts personnels, il n'était pas envisageable pour elle de s'arrêter.

*« Psychologiquement je me disais que je pouvais pas m'arrêter. Financièrement je me disais que j'allais pas m'en sortir quoi. »*

- S'écouter et s'arrêter c'est compromettre ses revenus et son activité professionnelle ultérieure par risque de perte de clientèle.

*« Sinon on ferme le cabinet et y'a pas de revenus. Et puis même pour les gens, ils vont voir ailleurs si vous êtes fermée pendant trois mois. Non non c'est pas possible ! »*

- Les formalités administratives sont encore plus pesantes dans ces circonstances.

Par exemple, lors de sa demande de la première moitié de l'allocation forfaitaire de repos maternel.

*« Sachant que pour ma première grossesse, mon bébé il est né à 7 mois et ils ont pas voulu me verser la première moitié ! Parce qu'il manquait un papier d'une consultation du septième mois... non mais il est né à 7 mois mon bébé, c'est normal qu'il y ait pas eu de consultation du septième mois !  
« Ah oui mais il nous le faut dans le dossier administratif. », « non mais vous avez la date de début de grossesse, l'extrait d'acte de naissance, il a pas passé cette consultation là parce qu'il est né avant. »  
Pareil vous devez batailler deux heures au téléphone, faire une lettre pour faire acte de... vous avez un préma, vous avez pas envie de vous battre ! Enfin voilà ça devrait être plus simple. On est quand même face à des administratifs qui sont très protocolaires. »*

- Etre femme médecin libérale est un frein à une maternité.

*« Par rapport au financier, la fatigue, je mets tout dedans. Vous pouvez pas vous écouter. Moi comment j'ai ressenti. Moi j'ai plein de mamans qui me disent « je fais la sieste », moi j'ai jamais fait la sieste, j'étais fatiguée et j'étais eu boulot. Vous regardez pas votre ventre et vous réfléchissez pas à votre grossesse toute la journée (...) Et puis y'a pas forcément de solutions pour vous arrêter parce que même sans parler du côté financier, y'a le côté remplaçant. »*

Les prestations de la sécurité sociale des femmes médecins généralistes ne sont pas suffisamment adaptées aux revenus réels de la profession.

*« C'est déjà bien d'avoir ça mais ça colle pas. Après j'vous dis elle est top cette réforme. J'imagine même pas comment faisaient les femmes avant sans ça. Mais c'est insuffisant. »*

La femme médecin libérale n'est pas assez protégée en cas de grossesse pathologique.

*« Pour la première (grossesse), à la fin j'ai eu de la colère parce que je me disais : faut que je m'arrête, je prends soin de tout le monde mais en fait personne ne prend soin de moi ! »*

*« (...) j'ai plein de patientes, dès qu'elles ont des contractions, un petit souci ou « je suis fatiguée », voilà elle s'arrête deux ou trois jours, elles se font arrêter par le gynéco. Moi je suis allée quasiment au bout avec un retard de croissance... j'trouve pas que ça soit très facile en libéral. »*

# DISCUSSION

## A. Forces de l'étude

### 1. Choix de la méthode

Le type de recherche qualitative était plus adapté pour pouvoir comprendre l'organisation et le vécu de la femme médecin généraliste pendant sa grossesse.

Cette méthode nous a donc paru plus pertinente pour avoir une diversité de réponses face à une même thématique. Les résultats de notre enquête ne prétendent pas avoir une valeur statistique et ne sont pas représentatifs (5). Ils permettent d'exposer des récits de vie grâce à des mots et des sentiments.

De plus, il fallait permettre aux femmes médecins d'être libres dans leur discours. Les entretiens individuels semi-dirigés ont facilité le recueil d'expériences à caractère personnel tout en abordant les thèmes prédéfinis par le guide d'entretien.

### 2. Originalité du sujet

La population médicale se féminise, en particulier en médecine générale. En 2017, les femmes représentent 47 % des médecins généralistes en activité en France (6). En 2030, l'effectif féminin serait de l'ordre 56 % (7). Les questions autour de la grossesse, de la maternité seront de plus en plus d'actualité.

Les thèses concernant la grossesse des femmes médecins généralistes sont nombreuses (1) (8) (9) (10). Elles mettent en avant les difficultés à concilier maternité et activité professionnelle libérale. La réforme de juin 2006 a permis d'y apporter des améliorations mais les contraintes sont encore bien présentes et touchent les professionnelles de différentes régions de France comme en Gironde (1), Rhône-Alpes (2) (9) ou encore le Gard (10).

Cependant aucune thèse ne s'est intéressée au cas des médecins généralistes sur le territoire réunionnais. Il nous a semblé intéressant de voir si ces dernières rencontraient les mêmes difficultés que les consœurs métropolitaines.

### 3. Fiabilité de l'étude

La fiabilité de nos résultats est assurée par l'obtention de la saturation des données atteinte lors du dixième entretien et confirmée par l'absence de donnée nouvelle lors de l'analyse des quatre entretiens supplémentaires.

## **B. Biais de l'étude**

### **1. Biais lié à l'échantillon**

Il existait un biais de recrutement dans notre travail, puisque les femmes ayant répondu au mail de recrutement étaient toutes concernées par le thème et motivées pour participer à l'étude. On peut penser que les participantes ont rencontré plus de difficultés pendant leur grossesse et qu'elles ont souhaité en parler.

Quant au recrutement de proche en proche, il a pu créer un biais car le recueil a été fait autour de plusieurs personnes qui se connaissaient. Elles ont pu partager leurs expériences auparavant et développer les mêmes opinions.

Par ailleurs, le recrutement par tirage au sort (un nom de médecin choisi dans l'annuaire) risquait d'être long et infructueux. En effet, les médecins choisies au hasard n'auraient pas forcément fait partie de la population cible. Nous avons donc écarté cette méthode.

### **2. Biais de mémorisation**

S'agissant d'une étude rétrospective, il y a un biais de mémorisation. Certaines personnes ont eu du mal à se remémorer précisément certains événements.

### **3. Biais lié à l'enquêtrice**

Nous avons mené des entretiens semi-dirigés pour la première fois lors de cette étude et nous ne connaissions pas cet exercice auparavant.

Lors des entretiens, davantage de relances auraient pu être faites. Les premiers entretiens sont donc moins riches que les derniers réalisés, les principaux thèmes ont été abordés mais des informations auraient mérité d'être plus précises.

### **4. Biais lié au recueil de données**

La rencontre a été faite majoritairement au cabinet des médecins. Même si l'endroit fut calme, on peut penser que l'entretien sur le lieu de travail a pu être écourté par les personnes interrogées par rapport aux tâches prévues habituellement à cette plage horaire (lecture des courriers et des résultats de biologies, entre autres). De même l'horaire a pu influencer le contenu de l'entretien, notamment lorsque la rencontre se faisait sur la plage horaire de 12 heures - 14 heures : entendre l'arrivée des patients à 14 heures pouvait inciter l'enquêtrice et l'interrogée à abréger les échanges.

## 5. Biais d'interprétation

Afin de permettre une interprétation optimale, il est important de trianguler les résultats. Dans notre étude, les résultats ont été analysés par l'enquêtrice seule dans un premier temps puis discutés avec Madame LOUACHENI Camélia. Il s'agit donc d'une triangulation simple avec deux personnes distinctes. Cependant, le biais d'interprétation ne peut être écarté à partir du moment où seule l'enquêtrice a effectué l'analyse et le codage des données. Idéalement, l'analyse aurait dû être effectuée par des personnes différentes. La comparaison des codages aurait amélioré la fiabilité de l'étude.

### C. Interprétation des résultats principaux

#### 1. Une activité professionnelle identique jusqu'au départ en congé maternité, et parfois non interrompue lorsqu'un arrêt de travail long est nécessaire

Avant le départ en congé maternité, les femmes médecins généralistes de La Réunion continuent de travailler comme à leur habitude et ne changent que rarement leur activité professionnelle. Elles se sont permis quelques aménagements afin de se reposer pendant la grossesse et pour les visites à domicile.

Comme on peut l'imaginer, l'activité professionnelle risque surtout d'être perturbée en cas de grossesse compliquée avec un arrêt prolongé. C'est précisément dans ce cas que la situation de la femme médecin est le plus problématique.

Les grossesses que nous avons étudiées ont finalement quasiment toutes eu un déroulement normal. Seule M3 s'est arrêtée de travailler précocement pour une menace d'accouchement prématuré. Son mari collaborateur a été disponible immédiatement pour la remplacer, lui évitant ainsi les désagréments et le stress de l'arrêt de son activité.

Mais toutes n'ont pas cette chance.

Comme ce fut le cas pour M13 lors de sa première grossesse. Sa décision de poursuivre son activité a mis en péril sa santé ainsi que celle de son enfant, car au final elle a accouché d'un bébé prématuré à 35 SA.

Comment peut-on expliquer son choix ? Quelle est la protection de la femme médecin généraliste en cas d'arrêt maladie liée à la grossesse ?

La CARMF prévoit de verser une indemnité journalière à compter du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail, soit 3 mois de carence. (11)

Le régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés donne droit à une indemnité journalière forfaitaire maladie qui est de 44,34 euros par jour au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Cette indemnité est versée au 4<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail, soit 3 jours de carence et pour une durée maximale de 87 jours. (12)

Les libérales n'ont pas du tout les mêmes avantages qu'une médecin qui est salariée car celle-ci touchera la totalité de son salaire en cas d'arrêt. (13)

On comprend bien que la couverture d'une grossesse pathologique relève actuellement essentiellement des assurances privées. M13 avait pourtant une assurance prévoyance mais ne l'a pas sollicitée.

*« (...) je pense que je devais pas avoir la meilleure prévoyance pour la grossesse. »*

Les options modulables de ces contrats ont également un coût financier que certaines médecins ne peuvent peut-être pas se permettre.

Le cas de M13 montre que certaines femmes médecins ont du mal à accepter l'arrêt de travail car les mesures de prise en charge sont insuffisantes. Au besoin d'argent dans la vie de tous les jours, s'ajoutent des frais professionnels fixes qui ne s'interrompent pas en cas d'arrêt de travail. La poursuite de l'activité professionnelle est une solution mathématique.

D'ailleurs BAUDINO F. et SORBIER M. décrivent également des praticiennes qui ne font pas jouer leur prévoyance en cas d'arrêt de travail (2). En effet, celles-ci ont continué à travailler pour éviter d'éventuelles difficultés financières.

Tandis que FROMONT-SERGENT D. avait trouvé dans son étude que la majorité des médecins libérales avaient une prévoyance et pourtant la durée du congé maternité en cas de grossesse pathologique n'a pas été plus longue que pour l'ensemble des grossesses étudiées. (1)

La grossesse pathologique est un paramètre imprévisible, il est important que les médecins libérales soient mieux couvertes pour éviter cette précarité.

## **2. La durée du congé maternité honorée**

A La Réunion, la durée du congé a été prise par la majorité des femmes médecins installées.

En France, cette durée est souvent raccourcie (1) (2) et ce sont surtout les médecins remplaçantes qui ont la possibilité de s'arrêter pendant la durée réglementaire. (8) (10)

CLAUSTRAT L. a trouvé que la durée moyenne du congé maternité était de 16,5±6,9 semaines pour les médecins généralistes en Rhône-Alpes (14), ce qui semble

honorables. Mais sa population étudiée incluait les médecins remplaçantes, cette durée a pu donc être allongée et n'est donc pas représentative des médecins généralistes installées. En Gironde, la moitié des 24 grossesses étudiées ont été suivies d'un congé maternité plus court que la durée légale. (1)

La durée du congé maternité est dictée en fonction des besoins financiers propres à chacune. (9) (15) (16)

Si à La Réunion, les femmes médecins ont plus souvent l'occasion de prendre toute la durée de leur congé, c'est qu'elles ont probablement plus d'avantages financiers. Cela peut s'expliquer par trois mesures spécifiques aux départements d'outre mer (DOM).

- Le montant de la consultation plus élevé.

A La Réunion, le tarif d'une consultation de médecin généraliste de secteur 1 est de 29,60 euros. (17) Alors qu'en métropole, il est de 25 euros (18) depuis le 1<sup>e</sup> mai 2017.

- L'exonération sur les cotisations sociales (URSSAF).

Un abattement s'applique si les revenus annuels sont inférieurs à 250 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). (19)

L'abattement est fixé à 50 % lorsque les revenus d'activité annuels sont inférieurs à 150 % du PASS, puis est dégressif pour les revenus compris entre 150 % et 250 % du PASS. Ne sont pas concernées par ces exonérations, les cotisations vieillesse et invalidité décès.

- L'abattement fiscal.

Tout contribuable français qui habite dans un DOM est éligible à un abattement sur le montant de son impôt sur le revenu, qui vise à compenser le coût élevé de la vie dans les DOM. L'abattement fiscal s'élève à 30 % (dans la limite de 5 100 euros) pour La Réunion. (20)

On imagine donc que pour un même chiffre d'affaires, un médecin à La Réunion devra moins travailler, paiera moins de charges sociales et d'impôts sur le revenu qu'une consœur de Métropole.

### **3. Des revenus insuffisamment compensés**

Notre étude confirme que les contraintes financières pendant le congé maternité sont le principal inconvénient rencontré par les femmes médecins. (1) (15) (14) (21)

Pour pouvoir gérer leur budget entre leurs dépenses professionnelles et les dépenses personnelles, les femmes médecins généralistes avaient donc dû anticiper et économiser bien avant leur grossesse. Cette stratégie est aussi courante pour les consœurs de l'Hexagone. (2) (9)

Les travaux précédents métropolitains sont unanimes : les prestations maternité de la sécurité sociale sont insuffisantes (1) (21) (14) (9) (15) et ne permettaient de payer qu'une partie des charges professionnelles. Il en est de même pour les femmes médecins généralistes de La Réunion.

Concernant la nouvelle aide : pour l'avantage supplémentaire maternité, trois des médecins que nous avons interrogé étaient concernées et seules deux l'avaient obtenue. L'impact de cette mesure sur la trésorerie des médecins est pour l'instant difficile à évaluer compte tenu de sa mise en place récente.

Les témoignages de ces deux médecins ont été positifs, il s'agit d'une aide supplémentaire non négligeable mais le montant global des prestations maternité reste encore en deçà des revenus habituels de leur activité.

Dans certains cas, le revenu du conjoint semble compenser ce désavantage financier. Si son statut socio professionnel le permet, il aide à la gestion des dépenses familiales. (2) (9) (22)

#### **4. La lourdeur des formalités administratives**

En France, comme à La Réunion, les difficultés administratives viennent parasiter le déroulement de la grossesse. (1) (2) (9)

Actuellement, pour prétendre à l'allocation de repos maternel, la praticienne libérale doit envoyer une demande écrite pour le versement de la première moitié au septième mois, et une autre demande avec le certificat de naissance pour la deuxième moitié. (23)

Pour percevoir les indemnités journalières, c'est une déclaration sur l'honneur attestant de toute cessation d'activité rémunérée ainsi qu'un certificat d'arrêt de travail établi par un médecin qui sont nécessaires. (24)

Ces démarches ne sont pas forcément connues de toutes et elles peuvent perdre beaucoup de temps à récupérer ses informations. Elles déplorent un manque d'accessibilité aux informations relatives aux droits des libérales enceintes. (2) (21) Parfois c'est le défaut de formation des personnels des organismes de sécurité sociale qui complique le quotidien des femmes médecins. (1) (2) (9)

Comme le soulignait M13 « *vous pouvez vite le zapper quoi, vous êtes au boulot...* », les longues journées de travail ne laissent pas beaucoup de temps aux praticiennes

pour réaliser ces démarches, mais elles sont obligatoires pour bénéficier des prestations financières.

## **5. Une qualité de vie familiale satisfaisante à la suite de la naissance de leur enfant**

A La Réunion, les femmes médecins généralistes interrogées sont satisfaites de la qualité de leur vie familiale car elles ont trouvé leur équilibre entre leur vie professionnelle et familiale.

Ce sentiment sera renforcé par un temps de présence moindre au travail. En effet, dans notre étude, la majorité des femmes médecins généralistes exerce à moins de 6 demi-journées par semaine. Celles qui en font davantage vont rechercher des aménagements comme un remplaçant fixe.

Des thèses précédentes ont fait le même constat : l'exercice de la profession médicale féminine tend à un exercice de groupe, à temps partiel leur garantissant plus de temps pour leur vie de famille. (9) (21) (16)

Notre étude confirme les tendances de la profession médicale libérale. Les médecins sont loin de vouloir faire comme leurs aînés et veulent voir grandir leurs enfants. Les femmes médecins (mais aussi les hommes) cherchent en effet à rapprocher leurs pratiques de travail d'un rapport qu'ils jugent équitable ou "normal" entre disponibilité temporelle, philosophie du métier et revenu. (25)

La femme médecin ne va pas pour autant délaisser sa profession et ses patients. Elle va privilégier des journées de travail longues et intenses pour libérer des journées ou des demi-journées. (25) Et l'exercice de groupe va permettre de respecter la continuité des soins des patients.

Le rapport vis-à-vis du travail des médecins généralistes libéraux a changé. C'est toute la profession qui revendique son droit d'être parent et de réussir leur carrière autant que leur vie personnelle.

### **D. Des pistes d'amélioration**

Face aux témoignages des médecins interrogées, plusieurs pistes d'amélioration du quotidien de ces professionnelles de santé lors de leur grossesse peuvent être proposées.

## 1. L'aspect financier

Le problème de la rémunération des médecins pendant le congé maternité est central.

Depuis la réforme de juin 2006, des indemnités forfaitaires ont été instaurées, pour aider les femmes à prendre leur congé maternité au même titre que les salariées. Mais ces indemnités sont encore faibles par rapport aux charges professionnelles. Les remplacements lorsqu'ils sont honorés, ne couvrent pas toutes les charges liées à l'arrêt.

Une majoration des indemnités pour les femmes installées leur permettrait de vivre sans devoir toucher à leurs économies. M13 estimait qu'elle percevait grâce à son remplaçant et les indemnités de grossesse 50 % de ses revenus. Sachant que le taux de charges professionnelles d'un médecin généraliste est de 44,7 % (26), il reste à M13 comme revenu personnel 5,3 %.

Revaloriser les prestations maternité de la sécurité sociale nous semble une revendication légitime. Les pouvoirs publics ne méconnaissent pas les difficultés que rencontrent les médecins libérales puisqu'en octobre 2017 a été mis en place l'ASM.

Mettre en place des prestations financières spécifiques aux médecins installées pourrait être envisagé. Actuellement les installées ont les mêmes prestations que les collaboratrices. Or ces dernières ont moins de contraintes financières car elles n'ont pas de charges de cabinet.

Une autre proposition serait de proposer un recalcul des cotisations sociales (URSSAF et CARMF) lors d'une grossesse.

Les cotisations sont traditionnellement calculées sur les revenus de l'année n-2 et ne sont donc pas ajustées à la baisse de revenus consécutive au congé maternité. Alors que les charges du cabinet restent stables, les cotisations sociales demandées sont basées sur des revenus antérieurs plus élevés.

L'adaptation des cotisations aux revenus pendant la grossesse permettrait aux médecins de mieux gérer leurs dépenses professionnelles.

Si les médecins avaient la possibilité de déclarer une estimation des revenus de l'année de leur grossesse, le recalcul des cotisations sociales serait alors ajusté au déficit financier pendant le congé maternité. Le rattrapage se ferait ensuite l'année ou les années suivant la grossesse.

Cette alternative aurait pu éviter à M10 de perdre un trimestre de retraite. (cf paragraphe C.1.d page 30)

Enfin revoir la protection de l'arrêt maladie liée à la grossesse paraît également essentiel.

Plusieurs pistes sont à explorer : majorer l'indemnité journalière forfaitaire maladie en cas d'arrêt, ou augmenter le délai des 14 jours de congé pathologique, ou encore annuler le délai de carence des 90 jours de la CARMF.

## 2. L'aspect organisationnel

Les médecins libérales ont évoqué les difficultés à se trouver un remplaçant pour la durée de leur congé maternité. Elles regrettaient aussi de devoir multiplier les remplaçants ce qui pouvait déstabiliser leurs patients. Pour faciliter leurs recherches il serait possible d'établir une liste de remplaçants dédiée aux congés maternités. Ils pourraient être engagés comme remplaçant fixe en cours de grossesse, pour les arrêts maladie en cas de grossesse pathologique, et remplacer le médecin pendant toute la durée de son congé maternité. Cette liste pourrait être mise à disposition par le conseil de l'ordre des médecins ou fourni par un service de l'assurance maladie.

Une simplification des démarches administratives favoriserait également le quotidien des médecins. Les versements des prestations maternité devraient être automatiques dès lors que le certificat de déclaration de grossesse est envoyé à l'assurance maladie. L'équité administrative serait alors comparable aux salariées qui n'ont aucun justificatif à fournir en dehors du certificat de déclaration de grossesse. (13)

Renforcer l'information aux droits des médecins lors de la grossesse serait une solution pour éviter les errances.

On pourrait envisager la création d'un guide maternité pour les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés qui leur serait envoyé lors de leur installation. Ce guide regrouperait toutes les informations concernant les formalités administratives, à quel moment envoyer les justificatifs à fournir, exposer la prise en charge en cas d'arrêt maladie liée à la grossesse et ses modalités.

Ou bien établir un service automatique en identifiant toutes les médecins en cours de grossesse (lors de l'envoi du certificat de déclaration de grossesse) et leur adresser un courrier avec les différentes marches à suivre.

## CONCLUSION

La grossesse, moment de changement professionnel et familial, est une expérience complexe mais plutôt bien vécue par les femmes médecins généralistes installées à La Réunion.

Cet événement perturbe peu l'activité professionnelle. En effet la femme médecin continue de travailler comme à son habitude jusqu'au départ en congé maternité. Le suivi obstétrical est alors organisé lors du temps libre.

De même au retour du congé maternité, elle reprend son rythme habituel. Le mode de garde est adapté en fonction de l'organisation familiale et ne perturbe pas l'activité professionnelle. Par contre, certaines vivent ce moment comme peu compatible avec une poursuite de l'allaitement. Sont essentiellement en cause le rythme de la journée de travail et la fatigue.

Le congé maternité est la période de sa vie professionnelle la plus compliquée pour la médecin libérale.

La réforme de juin 2006 a été une avancée dans la prise en charge des grossesses des médecins libérales. Les médecins réunionnaises ont quand même la possibilité de profiter de toute la durée de leur congé maternité, contrairement aux consœurs métropolitaines. Ceci est bien leur seul avantage car à la suite des différents échanges que nous avons eu, elles sont toutes aussi concernées par les difficultés existantes dans l'Hexagone.

Les indemnités allouées par la sécurité sociale dont elles bénéficient tout au long de leur congé maternité ne sont pas du tout représentatives des revenus de l'activité habituelle. C'est la faiblesse de cette réforme. Les médecins doivent honorer leurs dépenses professionnelles et elles ne peuvent pas vivre des prestations maternité actuelles si elles n'ont pas de ressources personnelles adjacentes. De plus, certaines peuvent difficilement accomplir les multiples démarches administratives et médicales liées au suivi de leur grossesse.

La survenue d'un arrêt de travail en cas de grossesse pathologique reste la variable redoutée pour la femme médecin libérale, qui dans certains cas, n'hésite pas à poursuivre son activité et aller au-delà des conséquences pour elle et son enfant. La prise en charge en cas d'arrêt de travail avant le congé maternité constitue un réel handicap dans la profession.

Les obstacles financiers et administratifs sont inévitables dans le parcours de la femme médecin libérale enceinte. De même, la crainte d'un arrêt prolongé sera toujours présente tout au long de la grossesse.

Mais vivre une grossesse en étant médecin libérale est tout à fait possible. Une fois connues, les contraintes sont mieux appréhendées par les médecins généralistes

réunionnaises et elles arrivent à s'organiser pour vivre leur grossesse le plus sereinement possible.

En attendant de voir émerger d'autres améliorations financières et organisationnelles, il serait intéressant de confronter ces témoignages à de nouveaux entretiens dans le futur afin d'évaluer l'apport de l'ASM dans la prise en charge de la maternité de la femme médecin généraliste libérale.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fromont-Sergent D. Organisation professionnelle et suivi des femmes médecins généralistes libérales pendant leur(s) grossesse(s) depuis 2006 [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux II; 2013.
2. Sorbier M, Baudino F. Les difficultés des femmes médecins généralistes libérales au cours de leur maternité [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
3. Romestaing P, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale dans les DOM et TOM. Situation au 1er janvier 2009. Paris: Ordre National des Médecins; 2010. 19p. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/DOM-TOM\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/DOM-TOM_0.pdf)
4. ARS OI. Les médecins généralistes à La Réunion [Internet]. 2018. [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-generalistes-la-reunion>
5. Mukamurera J. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. 2006.
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés : 2007/2017. Les territoires au cœur de la réflexion. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2017. [Internet]. 2017 [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf)
7. Attal-Toubert K., Vanderschelden M., « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », Études et Résultats. [Internet] DREES; 2009. 125p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>
8. Godard D. Etre femme, mère et médecin généraliste en Franche-Comté [Thèse d'exercice]. [Besançon, France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.
9. Cohen A. Etre mère et médecin généraliste, la gestion de la maternité: étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 18 femmes médecins généralistes installées dans la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Nice, France]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2016.
10. Carron-Thomas C. Impact de la profession de médecin généraliste sur sa propre grossesse: enquête qualitative auprès de 7 femmes médecins généralistes libérales du Gard [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.

11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Maladie. [Internet]. 2012. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/arret-de-travail-1246>
12. Ameli.fr. Arrêt maladie [Internet]. 2018. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/indemnites-journalieres/arret-maladie>
13. Ameli.fr. Congé maternité [Internet]. 2018. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/indemnites-journalieres/conge-maternite>
14. Claustrat L. La maternité des femmes médecins généralistes libérales depuis le 1er juin 2006: étude descriptive en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010.
15. Geffroy M. Organisation des femmes médecins généralistes libérales pour leur qualité de vie pendant leur maternité: enquête qualitative en Pays de la Loire [Thèse d'exercice]. [Angers, France]: Université d'Angers; 2010.
16. Pichon-Pawelski M. Etre mère et médecin généraliste: est-ce compatible ? : enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2007
17. Ameli.fr. Tarifs en Guadeloupe, Martinique, Guyane et à la Réunion [Internet]. 2018. [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-guadeloupe-martinique-guyane-reunion>
18. Ameli.fr. Tarifs des consultations : ce qui a changé au 1er mai 2017 [Internet]. 2018. [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/modifications-tarifs-consultations-mai-2017>
19. Code de la sécurité sociale - Article L756-4. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000029109034>
20. Code général des impôts - Article 197. Code général des impôts. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006069577&idArticle=LEGIARTI000006308322&dateTexte=&categorieLien=cid>
21. Laumon A. La maternité de la femme médecin généraliste en Picardie: obstacles, avantages et conséquences : étude qualitative à partir de quatorze entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Amiens, France]: Université de Picardie; 2014.
22. Peltier A. Les grossesses des médecins généralistes installées en libéral dans la région Poitou-Charentes: suivi et impacts sur la profession : étude rétrospective auprès des femmes médecins généralistes installées en libéral au début de l'enquête [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2014.

23. Ameli.fr. Praticien et auxiliaire médical [Internet]. 2018. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/etudes-emploi-retraite/emploi-non-salarie/praticien-auxiliaire-medical>
24. Ameli.fr. Congé maternité [Internet]. 2018. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/indemnites-journalieres/conge-maternite>
25. 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. [Internet]. CNOM; 2006. 18p. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisationsociologie.pdf>
26. Barlet M, Marbot C. « Portrait des professionnels de santé - édition 2016 » [Internet] Collection Panoramas de la Drees - Santé, 2016, 160 p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>

## ANNEXES

### A. Annexe 1 : E-mail envoyé aux médecins

Bonjour Dr [X],

Je suis NG SHAK Laurence, médecin généraliste remplaçante thésarde. J'ai eu votre mail par Dr [X].

Je fais un travail de thèse qui est dirigé par Dr Christophe OTTENWAELDER et celui ci consiste à analyser l'organisation professionnelle des femmes médecins généralistes libérales pendant leur grossesse depuis Juin 2006 (date de la réforme qui permet aux femmes médecins libérales d'avoir une durée d'indemnisation de leur congé maternité identique à celle des femmes médecins salariées).

Je recherche donc des femmes médecins généralistes qui ont eu au moins un enfant après juin 2006 et qui étaient déjà installées en libéral lors de leur grossesse.

Je réalise des entretiens individuels qui seront enregistrés. Ils seront par la suite anonymes lors de la retranscription. La durée d'entretien est d'environ 40-60 minutes. Je me propose de venir à votre cabinet pendant la pause de midi ou à la fermeture le soir.

Si mon étude vous intéresse, que vous acceptez d'y participer et que vous faites partie de ma population cible, merci de m'en informer par mail. (Si vous refusez également, pour éviter que je vous fasse une relance).

Par ailleurs, si vous connaissez des consœurs susceptibles de faire partie de mon étude, n'hésitez pas à m'envoyer leurs coordonnées.

Merci.

NG SHAK Laurence

**B. Annexe 2 : E-mail diffusé par l'URML OI**

Chères consœurs,

Je suis NG SHAK Laurence, médecin généraliste remplaçante thésarde.

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale dont le directeur est Dr Ottenwaelder Christophe, je recherche des femmes médecins généralistes qui ont eu au moins un enfant après Juin 2006 et qui étaient déjà installées en libéral lors de leur grossesse.

Mon travail de recherche consiste à analyser l'organisation professionnelle des femmes médecins généralistes libérales pendant leur grossesse depuis Juin 2006 (date de la réforme qui permet aux femmes médecins libérales de bénéficier d'un congé maternité) et ainsi d'identifier les répercussions professionnelles et personnelles.

Pour cela je réalise des entretiens individuels de 20-45 minutes qui seront enregistrés. Ils seront par la suite anonymes lors de la retranscription et l'ensemble des données sera exclusivement utilisé dans mon étude.

Si vous acceptez d'y participer, merci de m'en informer par mail: [X] ou par téléphone: [X]

Merci d'avance de votre participation.

Laurence NG SHAK

## C. Annexe 3 : Formulaire de consentement

### Formulaire de consentement

#### **1. Présentation du cadre de la recherche**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de thèse de médecine générale de Laurence NG SHAK, dirigée par le Dr Christophe OTTENWAELDER. Ce sujet de thèse a été validé par le département universitaire de médecine générale de Bordeaux.

#### **2. Nature de l'étude**

La recherche a pour but d'étudier l'organisation professionnelle des femmes médecins généralistes libérales de La Réunion pendant leur grossesse après Juin 2006.

#### **3. Déroulement de la participation**

L'entretien, de type individuel, se déroulera dans un lieu de votre choix. Il aura une durée de 30 minutes à 60 minutes et sera enregistré sur audio, avec votre consentement.

#### **4. Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou encore de mettre fin à l'entretien à tout moment, sans avoir à fournir de raisons et sans aucun préjudice. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, tous les renseignements personnels vous concernant, incluant les enregistrements, seront alors détruits.

#### **5. Confidentialité et gestion des données**

Ces entretiens seront enregistrés, retranscrits puis analysés. Ils sont rendus anonymes pour assurer la confidentialité des informations données par les médecins généralistes ayant participé à ce travail de thèse.

#### **6. Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour cette recherche et je vous remercie d'y participer. Les résultats de la recherche seront disponibles fin 2018. Si vous souhaitez recevoir un résumé des résultats, vous êtes invitée à préciser ci-après l'adresse mail à laquelle je peux vous le faire parvenir.

Adresse mail : \_\_\_\_\_

#### **7. Signatures et consentements spécifiques**

Je soussignée, Dr \_\_\_\_\_, donne mon consentement à Laurence NG SHAK, pour l'enregistrement audio de notre entretien pour ses travaux de recherche de thèse qualitative. Elle pourra conserver, retranscrire puis analyser les données recueillies, toujours de manière anonyme ; afin de faire avancer son étude.

Date: \_\_\_\_\_

Signature de la participante

Signature du chercheur

#### D. Annexe 4 : Fiche d'informations personnelles

##### FICHE D'INFORMATIONS PERSONNELLES

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) En quelle année vous êtes-vous installée ?
- 3) Combien de temps après l'installation êtes vous tombée enceinte ?
- 4) Quel est votre mode d'exercice au moment de votre grossesse ?  
Installée seule  collaboratrice  associée   
Si vous travaillez en cabinet de groupe, combien avez-vous d'associé(s)/collaborateur(s) ?  
Quelles étaient vos horaires de travail pendant votre grossesse ?
- 5) Dans quelle commune exercez-vous ?
- 6) Combien d'enfant(s) avez-vous ?  
Quel(s) âge(s) a (ont)-il(s) ?
- 7) Quelle était votre situation matrimoniale au moment de votre grossesse ?

## E. Annexe 5 : Guide d'entretien final

### Guide d'entretien

#### **PENDANT LA GROSSESSE**

- 1) Comment s'est passée votre grossesse ? Quelles ont été les conséquences sur votre activité professionnelle ?

*Réponses attendues relatives à l'organisation au cabinet (jours, horaires de travail), le vécu de la grossesse, le déroulement médical de la grossesse, la survenue d'arrêt maladie*

- 2) Comment s'est passée l'annonce de votre grossesse avec vos associés/collaborateurs ?

*Réponses attendues relatives aux réactions des collègues, leurs comportements, les appréhensions avant l'annonce*

- 3) Comment s'est passée l'annonce de votre grossesse avec vos patients ?

*Réponses attendues relatives aux réactions des patients, leurs comportements, les appréhensions avant l'annonce*

- 4) Comment avez-vous vécu votre grossesse en tant que patiente et à la fois médecin ?

*Réponses attendues relatives au vécu à la fois en tant que patiente et médecin, l'organisation du suivi obstétrical*

#### **PENDANT LE CONGE MATERNITE**

- 5) Comment s'est passé votre congé maternité en pré et postnatal ? Quelles ont été les conséquences de votre départ sur le fonctionnement du cabinet ?

*Réponses attendues relatives à la durée du congé, la permanence des soins, l'organisation du cabinet*

- 6) Comment avez-vous fait face à vos dépenses professionnelles pendant votre congé maternité ?

- 7) Que pensez-vous du montant des prestations versées par la sécurité sociale (indemnités journalières et allocation forfaitaire de repos maternel) et de leurs formalités ?

- 8) Quelle a été votre expérience personnelle de l'allaitement ?

#### **LORS DE LA REPRISE DU TRAVAIL**

- 9) Comment s'est passée votre reprise ?

*Réponses attendues relatives à la date du retour au travail, au ressenti, aux difficultés personnelles et professionnelles*

- 8) A la suite de votre reprise, comment avez-vous adapté votre activité pour vous occuper de votre enfant?

*Réponses attendues relatives au mode de garde, à l'organisation au cabinet, à la poursuite de l'allaitement*

### **VOTRE RESENTI**

- 9) En tant que médecin généraliste libérale, comment trouvez-vous la qualité de votre vie familiale suite à la naissance de votre enfant ?

*Réponses attendues relatives à la satisfaction de la vie de famille*

- 10) Que pensez-vous du statut libéral lors d'une grossesse ?

*Réponses attendues relatives aux avantages et inconvénients du statut libéral*

- 11) Selon vous, quelles mesures pourraient améliorer la prise en charge des femmes médecins généralistes libérales enceintes ?

- 12) Quels conseils donneriez-vous à une consœur installée pour vivre au mieux sa grossesse ?

## F. Annexe 6 : Extrait de la grille d'analyse

Thème	Catégorie	Sous catégorie	Sous sous catégorie	Inchangés	Verbatim
L'organisation professionnelle	Pendant la grossesse	Adaptation du rythme de travail	Les jours et horaires de travail	Inchangés	M6 : Il n'y a pas eu de conséquences sur mon activité professionnelle. M14 : J'ai continué de travailler sur les memes horaires, j'ai pas modifié mon emploi du temps M13 : J'ai continué mon rythme habituel. J'avais juste fait en sorte d'avoir pour le coup une journée par semaine obligatoire. Donc j'avais un remplaçant qui me faisait un jour par semaine. M7 : Au niveau activité professionnelle ben j'ai eu un rythme pire qu'avant ma grossesse (rires) parce que les gens se sont dit « ah vous allez partir » donc j'ai eu une charge de travail en plus
			Les visites à domicile	Poursuite habituelle	M7 : Les visites à domicile j'ai continué parce que mon associé n'était pas très visite à domicile donc j'en faisais 10 par mois. M11 : Je faisais quelques visites mais c'est pareil, sur un début d'activité, j'en avais pas tant que ça
				Diminution	M8 : Sur le dernier mois, j'ai supprimé un peu les visites, j'ai fait que les visites urgentes. M10 : Sur les derniers mois peut-être que je ralentissais un peu sur les visites. M9 : A un moment je faisais moins de visites parce que c'est vrai que j'en fais pas mal. Du coup on a dit aux gens que c'était seulement les urgences. Pour la plupart d'entre d'elles
		L'intégration du suivi obstétrical dans l'activité professionnelle	Jour de repos		M6 : Généralement je prenais les rendez vous pendant les jours où j'étais de repos. J'ai jamais eu d'urgence. M5 : Pour mon suivi je n'ai pas de soucis d'organisation. Je voyais ma sage femme et pour les échos c'était en bas
			Après le travail		M13 : Les consultations je les faisais tard le soir. Vu que c'était une FIV j'étais suivie par un gynéco de [...] qui eux consultent jusqu'à 19 heures – 20 heures donc moi je prenais les créneaux de 19 heures ... j'arrivais pas à fixer de rendez vous, c'était pas possible.
			Autre		M10 : Je n'avais pas de suivi mensuel. J'avais vu une sage femme pour les cours de préparation. Mais non je n'avais pas de suivi gynéco M2 : Oui j'ai du faire des changements pour les cours de préparation à

G. Annexe 7 : Déclaration à la CNIL

 <b>Informatique et Libertés</b>								
<b>Registre des traitements de données à caractère personnel</b>								
<b>FINALITÉ</b>	MED - etude qualitative visant à analyser l'organisation des femmes médecins généralistes installées à la Réunion pendant leur grossesse depuis Juin 2006							
<b>DESCRIPTION ET OBJECTIFS (DÉTAILS DES FINALITÉS)</b>	étude qualitative. objectifs: - analyser l'organisation professionnelle des femmes médecins généralistes installées à La Réunion pendant leur grossesse depuis Juin 2006. étudier les répercussions professionnelles et personnelles. le recueil des données se fera lors d'entretiens individuels et/ou collectifs enregistrés							
<b>CIL DÉSIGNÉ</b>	Chantal Durand							
<b>ENTITÉ</b>	Université de Bordeaux							
<b>RESPONSABLE DE TRAITEMENT</b>	Université de Bordeaux							
<b>RESPONSABLE DE LA MISE EN OEUVRE</b>	Département de médecine générale							
<b>GESTIONNAIRE DU DROIT D'ACCÈS</b>	Département de médecine générale							
<b>DATE DE MISE EN OEUVRE</b>	27/03/2018							
<b>CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES</b>	médecins généralistes femmes installées en libéral							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Type de données</th> <th style="width: 33%;">Destinataires</th> <th style="width: 33%;">Durée de conservation des données</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>données extraites du verbatim</td> <td>la thésarde et son directeur</td> <td>destruction dès qia fin de l'analyse, au plus tard le 1er trimestre 2019</td> </tr> </tbody> </table>			Type de données	Destinataires	Durée de conservation des données	données extraites du verbatim	la thésarde et son directeur	destruction dès qia fin de l'analyse, au plus tard le 1er trimestre 2019
Type de données	Destinataires	Durée de conservation des données						
données extraites du verbatim	la thésarde et son directeur	destruction dès qia fin de l'analyse, au plus tard le 1er trimestre 2019						
<b>DATE D'INSCRIPTION AU REGISTRE</b>	27/03/2018							
<b>AUTEUR ORIGINAL DE LA FICHE</b>	Laurence Ng Shak							
Type de formalité	DN - Déclaration							
Nom du logiciel	excel							
N° Déclaration CNIL								
Vérification : Information	note d'information et consentement présentée à chaque participante							
Vérification : Sécurité	pc personnel, authentification forte, antivirus à jour, sauvegarde externe à chaque modification,							
Pièces jointes								

EN TANT QUE SIGNATAIRE DU TRAITEMENT, JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS PORTÉES SUR CETTE DÉCLARATION. J'AI PRIS CONNAISSANCE DES ÉVENTUELLES ALERTES DU CORRESPONDANT INFORMATIQUE ET LIBERTÉS (CIL).

Date : 17/4/18 Nom : ~~OTIENWABUOL~~ *Christophe* Signature :

CETTE DÉCLARATION SIGNÉE EST À RETOURNER À CIL@U-BORDEAUX.FR AFIN DE VALIDER SON ENREGISTREMENT DANS LE REGISTRE DE L'UNIVERSITÉ. TOUTE MODIFICATION OU SUPPRESSION DES INFORMATIONS CI-DESSUS DEVRA ÊTRE SIGNALÉE À CIL@U-BORDEAUX.FR.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **How do female general practitioners in Reunion Island experience their pregnancy?**

### **ABSTRACT**

**Introduction :** The law of June 1st, 2006 provided the alignment of the length and compensation of liberal female doctors' maternity leave to that of female salaried practitioners. Despite the introduction of this law, difficulties still persist for female practitioners in France. How do female general practitioners in Reunion Island experience their pregnancy?

**Objectives :** Describe and analyse the professional management of female general practitioners in Reunion Island during their pregnancy and highlight the professional and personal consequences.

**Methods :** Qualitative research with semi-structured interviews of 14 female general practitioners in Reunion Island.

**Results :** During pregnancy, the female general practitioner keeps her normal schedule. She has to plan her maternity leave by looking for a locum and saving money. The loss of income during maternity leave is the main difficulty found in this study. Maternity leave compensation is not enough to support professional and personal expenses. Female general practitioners enjoy the full maternity leave period but sometimes they feel like they can't fully concentrate themselves to their pregnancy. When they go back to work, they have the same schedule as before their pregnancy, which makes continued breastfeeding complicated. Potential regulations of working time make it possible to balance work and family life and ensure a good quality of life.

**Conclusion :** Maternity social protection for female general practitioners should change for a better maternity care such as providing higher compensation for maternity leave and for sick leave during pregnancy. Further measures such as an assistance to locum search and a better access to social rights during pregnancy should also be considered.

---

**KEY WORDS :** general practice, woman physician, pregnancy, Reunion Island, qualitative research

## RESUME

**Introduction :** La loi du 1<sup>er</sup> juin 2006 a permis l'alignement de la durée et de l'indemnisation du congé maternité des femmes médecins libérales sur celles des salariées. Malgré la mise en place de cette réforme, des difficultés persistent dans l'Hexagone. Comment les femmes médecins généralistes installées à La Réunion vivent leur grossesse ?

**Objectifs :** Décrire et analyser l'organisation professionnelle des femmes médecins généralistes à La Réunion pendant leur grossesse et identifier les conséquences que cette période implique dans leurs vies professionnelle et personnelle.

**Méthodes :** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes réunionnaises.

**Résultats :** Pendant une grossesse, la femme médecin reste fidèle à ses horaires habituels. Elle doit anticiper son congé maternité par la recherche d'un remplaçant et la constitution d'un « bas de laine ». Car la perte de revenus durant le congé maternité est la principale difficulté retrouvée dans cette enquête. Les prestations maternité de la sécurité sociale sont insuffisantes pour subvenir aux dépenses professionnelles et personnelles. Les médecins généralistes arrivent à profiter de la totalité de leur congé maternité mais ont parfois le sentiment de ne pas pouvoir se consacrer entièrement à leur grossesse. Le rythme à la reprise du travail est identique à celui avant la grossesse, ce qui compromet la poursuite de l'allaitement. Les possibilités de régulation du temps de travail permettent de concilier carrière et vie familiale et garantissent une bonne qualité de vie.

**Conclusion :** La protection sociale maternité des femmes médecins généralistes libérales mériterait des changements pour une meilleure prise en charge : revaloriser les prestations financières du congé maternité et de l'arrêt maladie liée à la grossesse. D'autres mesures comme renforcer l'aide à la demande de remplaçant et l'information aux droits sociaux de la maternité seraient à envisager.

---

DISCIPLINE : Médecine Générale

---

MOTS CLES : médecine générale, médecin femme, grossesse, La Réunion, étude qualitative

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : Université de Bordeaux, UFR des Sciences Médicales - 146, rue Léo Saignat- 33 076 Bordeaux cedex France