



HAL
open science

**Installation libérale des femmes médecins généralistes :
exploration des déterminants influençant la conciliation
entre vie privée et vie professionnelle des femmes
médecins généralistes au moment de leur installation en
libéral**

Sarah Husser

► **To cite this version:**

Sarah Husser. Installation libérale des femmes médecins généralistes : exploration des déterminants influençant la conciliation entre vie privée et vie professionnelle des femmes médecins généralistes au moment de leur installation en libéral. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02977225

HAL Id: dumas-02977225

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02977225>

Submitted on 24 Oct 2020

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.



UFR DES SCIENCES MEDICALES

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

Année 2020 – Thèse numéro 33

Présentée et soutenue publiquement
le 9 mars 2020

par **Sarah HUSSER**
Née le 6 septembre 1990 à Talence

INSTALLATION LIBERALE DES FEMMES MEDECINS GENERALISTES :

**EXPLORATION DES DETERMINANTS INFLUENÇANT LA CONCILIATION
ENTRE VIE PRIVEE ET VIE PROFESSIONNELLE DES FEMMES MEDECINS
GENERALISTES AU MOMENT DE LEUR INSTALLATION EN LIBERAL**

Sous la direction du Docteur Yves-Marie VINCENT

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Jean – Philippe JOSEPH

Membres du jury : Monsieur le Docteur David CHEVILLOT
Madame le Docteur Gaëlle COUREAU
Madame le Docteur Claire MANGARON
Madame le Docteur Kitterie LAGEYRE
Monsieur le Docteur Yves – Marie VINCENT



UFR DES SCIENCES MEDICALES

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

Année 2020 – Thèse numéro 33

Présentée et soutenue publiquement
le 9 mars 2020

par **Sarah HUSSER**
Née le 6 septembre 1990 à Talence

INSTALLATION LIBERALE DES FEMMES MEDECINS GENERALISTES :

**EXPLORATION DES DETERMINANTS INFLUENÇANT LA CONCILIATION
ENTRE VIE PRIVEE ET VIE PROFESSIONNELLE DES FEMMES MEDECINS
GENERALISTES AU MOMENT DE LEUR INSTALLATION EN LIBERAL**

Sous la direction du Docteur Yves-Marie VINCENT

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Jean – Philippe JOSEPH

Membres du jury : Monsieur le Docteur David CHEVILLOT
Madame le Docteur Gaëlle COUREAU
Madame le Docteur Claire MANGARON
Madame le Docteur Kitterie LAGEYRE
Monsieur le Docteur Yves – Marie VINCENT

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur David Chevillot, je vous remercie de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Gaëlle Coureau, je vous remercie de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Claire Mangaron, je vous remercie de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Kitterie Lageyre, je vous remercie de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Marco Romero, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de lire mon travail et de rédiger le rapport de thèse. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Yves-Marie Vincent. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir aiguillée dans ce travail qualitatif. Ta disponibilité et la précision de tes réponses ont été un précieux fil directeur dans mes recherches.

A mes praticiens maîtres de stage : Jean Dayraut, Xavier Larrègle, Philippe Jourde, Nousone Nammathao, Fouad Ou-Rabah, Baptiste Luaces et Jean-Christophe Larrieu. Merci de m'avoir transmis sans retenue vos savoirs, votre expérience, et surtout la passion de votre métier. Merci d'avoir partagé avec moi en toute simplicité l'envers de l'organisation de votre vie de médecin généraliste libéral.

A toutes les femmes médecins généralistes qui ont accepté d'être interviewées dans le cadre de cette thèse, et de partager avec moi leur expérience de femme et de praticienne. Au-delà de l'apport pour mon travail de recherche, cela a été un réel plaisir pour moi d'échanger avec vous, et cela m'a permis d'avancer dans ma propre réflexion sur mes aspirations professionnelles et leur intégration dans ma vie de famille.

A Michel, pour la richesse de nos échanges qui m'ont permis de structurer mes recherches et de prendre du recul.

A Hélène, pour ton temps et ton efficacité dans le double codage des entretiens.

A Alix, pour m'avoir aidé à y voir plus clair et à résumer mes idées. Nos discussions « médicales » sont toujours très productives !

A Wendy, Jean-Marie et Marie pour vos relectures minutieuses et vos remarques constructives qui ont structuré mon écrit.

A Mathieu, pour ton impressionnante efficacité sur la traduction.

A mes chers parents, merci de m'avoir appris à travailler avec rigueur et exigence. Merci de m'avoir toujours accompagnée dans mes projets, dans la danse d'abord et dans ces longues études de médecine ensuite. Votre écoute, votre amour, votre soutien rassurant et sans faille sont si précieux dans ma vie !

A mes « petits » frères dont je suis si fière : Thomas, Mathieu et Alexandre. Merci pour nos moments de complicité et nos longs échanges.

A mes amis de fac... que j'ai maintenant le plaisir d'appeler « chers confrères » : **Pablo, Jean-Louis, Pierre, Laura et Alix.** Merci pour ces heures studieuses au milieu des livres de la BU, pour ces journées passées dans nos blouses « propres » à thromboser les couloirs de l'hôpital, pour ces sous-colles interminables... Mais surtout merci pour ces soirées à rire sans discontinuer autour d'un verre en votre compagnie !

A Vincent, mon mari adoré. Combien d'heures avons-nous passées sur les bancs de la fac à imaginer ce que ce serait la médecine de demain ? Nous y voilà, chacun à notre manière.

A mon petit ventre qui s'arrondit de jour en jour...

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| ABREVIATIONS et ACRONYMES..... | 7 |
| INTRODUCTION GENERALE..... | 8 |
| I. Données de la littérature..... | 8 |
| II. Choix de la méthode..... | 14 |
| III. Rédaction de la thèse..... | 16 |
| ARTICLE DE THESE..... | 17 |
| Page de présentation et résumé..... | 17 |
| Article..... | 18 |
| REFERENCES..... | 23 |
| ANNEXES..... | 25 |
| Annexe 1 : Echantillonnage en boule de neige..... | 25 |
| Annexe 2 : Grille d'entretien..... | 26 |
| Annexe 3 : Information aux participantes..... | 28 |
| Annexe 4 : Formulaire de consentement..... | 29 |
| Annexe 5 : Tableaux des caractéristiques des médecins interviewées.. | 30 |
| Annexe 6 : Exemple de verbatim de début d'entretien..... | 32 |
| Annexe 7 : Liste des codes thématiques..... | 35 |
| Annexe 8 : Tableau des grandes catégories et des codes thématiques associés..... | 37 |
| Annexe 9 : Tableaux des grandes catégories détaillant les codes et verbatim associés..... | 41 |
| Annexe 10 : Consignes aux auteurs pour la rédaction d'article dans la revue Médecine..... | 51 |
| Annexe 11 : Serment d'Hippocrate..... | 53 |
| RESUME..... | 54 |

ABREVIATIONS et ACRONYMES

CARMF : Caisse d'Autonome de Retraite des Médecins de France

CCU : Chef de Clinique Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

E1P1 : Entretien 1 Page 1

FFI : Faisant Fonction d'Interne

GP : General Practitioner

HAD : Hospitalisation À Domicile

IMRAD : Introduction Matériel Méthode Résultat et Analyse Discussion

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PH : Praticien Hospitalier

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

URSSAF : Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

INTRODUCTION GENERALE

I. Données de la littérature

1) Démographie médicale actuelle

La démographie médicale actuelle et projetée met en avant une nette féminisation de l'ensemble des médecins puisqu'il y avait 38% de femmes médecins en 2007 contre 47% en 2017 (1). C'est une tendance que j'avais déjà observée sur les bancs de la faculté au cours de mes propres études médicales. Partant de ce constat au cours d'une discussion avec mon praticien maître de stage, l'idée a germé de réaliser mon travail de thèse sur la féminisation de notre profession. Mais la problématique précise restait à définir et à affiner au fil de mes lectures bibliographiques.

Parallèlement à ce phénomène de féminisation de la profession, les médecins généralistes (MG) en activité, qui assurent les soins de premier recours sont moins nombreux avec une diminution de 9,1% entre 2007 et 2017 (1). Ils exercent aussi moins en libéral, avec une diminution de 10,5% entre 2007 et 2017 (1). La densité médicale est ainsi insuffisante pour répondre aux besoins actuels d'une population plus nombreuse, plus âgée, et constituée de plus de malades chroniques présentant des situations de soins complexes. La DREES comptait une densité médicale de 327 médecins pour 100 000 habitants en 2006 contre 276 en 2020 et 292 en 2030 selon les projections, avec des inégalités régionales marquées (2).

Le secteur médical traverse en fait de nombreux changements liés au contexte actuel : départ massif à la retraite, diminution du nombre de nouveaux médecins suite à l'application du numerus clausus, féminisation de la profession, attentes de la nouvelle génération (3). Ainsi, il m'a paru intéressant de me pencher sur le travail des femmes médecins généralistes, pour en comprendre les spécificités et leur impact sur l'offre des soins de santé.

2) Spécificités de l'exercice médical féminin

- **Les femmes inégalement réparties sur les différents postes en médecine**

Il faut d'abord noter que si les femmes représentent une part de plus en plus importante de la population médicale, elles ne sont pas réparties de façon égale selon les spécialités. Elles plébiscitent en effet la médecine générale et les spécialités médicales telles que la pédiatrie, la gynécologie, la dermatologie ou l'endocrinologie plutôt que la chirurgie ou l'anesthésie-réanimation (4). De plus, elles sont aujourd'hui peu présentes dans les instances décisionnelles, notamment hospitalières (5). Cela peut être expliqué entre autres par le jeune âge de la population des femmes médecins (4). Mais aussi par la longueur des parcours nécessaires (publications, thèse de science, stages à l'étranger...) pour accéder à de tels postes, et qui se font à l'âge des maternités tardives, déjà reculées par les longues études médicales. D'autres arguments mis en avant font état d'un certain « machisme » dans la

communauté médicale, qui considère parfois que les femmes risquent de désorganiser la vie d'un service, notamment avec une grossesse (5).

- **Temps de travail et activité des femmes MG**

Concernant les MG libéraux, la DREES a réalisé en 2012 une enquête sur leurs emplois du temps, qui montre que les femmes MG travaillent en moyenne moins (53 heures par semaine toutes activités professionnelles cumulées) que leurs confrères masculins (59 heures) (6) et sont plus souvent à temps partiel (7). Cela est à pondérer par le fait que les MG de plus de 45 ans, majoritairement des hommes, travaillent plus (58 heures par semaine) que la jeune génération (55 heures) où les femmes sont plus nombreuses. Et cet écart de temps de travail entre hommes et femmes médecins a même tendance à se réduire (7).

La durée de travail hebdomadaire globale des médecins est en fait en train d'augmenter, malgré la féminisation, du fait de l'inadéquation entre offre et demande de soins et du fait des stratégies de maintien de niveau de vie de la part des médecins (7).

De plus, sur les 57 heures de travail hebdomadaire moyen pour l'ensemble des MG (âges et sexes confondus), seules 33 heures sont consacrées au contact du patient. Le reste du temps est dédié aux tâches de formation, de gestion administrative du cabinet et à des exercices professionnels associés tels que la coordination en EHPAD, PMI etc. (6, 8).

Au-delà du temps de travail effectif, il faut s'intéresser au nombre d'actes réalisés par les MG femmes, qui est moins important de 24% que celui des hommes en 2012 (6), ce qui entraîne des revenus plus faibles (9). Elles voient donc moins de malades, mais passent en fait plus de temps avec chaque patient, leur durée de consultation est allongée (6).

Elles font aussi moins de visites à domicile et sont moins impliquées dans la permanence des soins via les gardes régulées (6). Elles sont plus nombreuses à ne consulter que sur rendez-vous pour gérer au mieux leurs contraintes de planning (9).

Concernant le lieu d'installation, les femmes MG étaient en 2012 plus souvent installées en milieu urbain (67%) que leurs confrères masculins (58%) (6). Toutefois, ces résultats sont à pondérer par le fait que les jeunes générations de MG s'installent moins souvent en zone rurale que leurs prédécesseurs (9).

Ces différentes recherches bibliographiques m'ont montré que la situation d'offre de soins actuelle et son lien avec la féminisation de la médecine générale est un phénomène très complexe qui ne saurait se limiter au nombre de femmes MG et à leur temps de travail effectif. En effet, il implique aussi un effet de génération et des évolutions sociétales plus larges.

- **Un « ethos professionnel » traditionnel en mutation**

Traditionnellement, l'« ethos professionnel » du MG implique de façon presque caricaturale un homme médecin faisant preuve d'une disponibilité permanente auprès de ses patients, avec des horaires élastiques et atypiques, contrebalancés par des revenus importants et un

certain statut social (7, 10, 11). A l'opposé, il n'est pas disponible pour la sphère familiale (7, 10). Cela nécessite une division genrée du travail où l'homme médecin est le pourvoyeur exclusif des ressources du ménage, déchargé de l'ensemble des activités domestiques et éducatives, assumées par son épouse (7).

Mais la transformation progressive du rapport à l'emploi des femmes dans la société d'une manière large fait que les médecins hommes bénéficient beaucoup moins souvent de la participation et du soutien de leurs épouses « inactives » dans leur exercice professionnel (7, 8). Le ménage, le plus souvent composé de deux conjoints actifs, impose aux hommes médecins d'adapter leurs pratiques professionnelles et de s'investir davantage dans la vie familiale et domestique, tandis que la maximisation des revenus n'est plus nécessaire (7).

La question de la compatibilité des carrières dans le couple est nouvelle par rapport aux anciennes générations de médecins. C'est souvent celle de l'homme qui est mise en avant, car les femmes font le plus souvent des « choix de raison » : les considérations extra-professionnelles leur permettent d'accepter de limiter les perspectives d'évolution de carrière (9). C'est ainsi que les souhaits d'exercice professionnel exprimés par les jeunes internes (11, 12, 13) peuvent différer nettement du mode d'exercice effectivement mis en place ultérieurement.

On peut poser la question de savoir si l'exercice libéral est plus difficile pour une femme puisqu'il est difficilement compatible avec une vie de famille. D'autant plus qu'il a tendance à ne plus susciter la même admiration de l'entourage et de la société que pour les plus anciennes générations de médecins (14).

En fait, nous nous rendons compte que l'influence de la féminisation va au-delà de la seule présence numérique des femmes puisqu'elle amène des changements durables de comportement (7) et favorise une mutation des pratiques médicales. Le rapport à la carrière est différent chez les jeunes médecins, qui se posent des questions relatives au cadre de vie, sans distinction de sexe (3). On parle d'effet de génération. D'ailleurs, une thèse quantitative réalisée en 2004 a montré, entre deux générations de femmes MG, une diminution des difficultés à l'installation et un soutien familial et confraternel plus important (15).

- **Importance de la vie privée et de la régulation de la sphère professionnelle pour les femmes MG**

La vie privée et plus particulièrement la vie familiale sont au premier plan pour les femmes MG. C'est leur organisation professionnelle qui doit s'adapter autant que possible à leur vie privée (14, 16). Ainsi, au-delà du temps de travail effectif, ce sont surtout les stratégies de régulation du temps de travail qui sont importantes pour les femmes MG (10, 14). Comme le met en évidence un travail de thèse de médecine générale de 2016, si les femmes MG installées sont satisfaites de leur qualité de vie, c'est parce qu'elles s'en sont donnés les moyens (16).

La régulation du temps de travail se traduit par l'adaptation des conditions de travail et par des concessions sur le plan professionnel (16). Elle peut se faire via un travail à temps partiel,

un exercice de groupe, et peut aller jusqu'au choix de l'exercice salarié pour la protection sociale et la sécurité financière offertes (10). Elle peut aussi passer par l'externalisation des tâches personnelles ou professionnelles, au profit du temps passé en famille d'un côté et au profit du temps clinique passé auprès du patient de l'autre côté (14). La qualité d'exercice professionnel et le temps passé en famille sont donc souvent privilégiés, malgré le coût financier que cela peut engendrer (14).

L'exercice de groupe se développe de plus en plus et est devenu majoritaire en 2009, surtout chez les jeunes générations de MG (17). Il tend à diminuer le nombre de jours travaillés par chaque médecin mais à augmenter le nombre d'actes effectués par jour (17). Il s'agit le plus souvent de structures de petite taille, avec 2 ou 3 médecins, mais les regroupements pluriprofessionnels seront de plus en plus nombreux à l'avenir (17). L'association permet la mutualisation de moyens (18) pour optimiser le temps d'exercice purement clinique auprès du patient. Mais le regroupement de pairs ne s'associe pas toujours à un partage de patientèle. Le cas échéant, cela est bénéfique à la continuité des soins pour les patients (18), tout en laissant au praticien la possibilité de dégager du temps pour sa vie privée (19). L'entraide confraternelle sur les situations cliniques difficiles est aussi un bénéfice à l'exercice en groupe (18, 19). La forme la plus emblématique de l'association se traduit par le « couple professionnel » où deux médecins partagent une même patientèle en exerçant dans un même bureau à deux mi-temps. Cela permet la continuité des soins pour leurs patients, une division des charges financières, mais nécessite une entente et une collaboration très étroite entre les deux médecins, avec des façons d'exercer très proches (16).

Néanmoins, les stratégies de régulation du temps de travail créent des tensions dans le rapport au temps des femmes MG (10) et la maîtrise de l'activité n'est pas aisée face aux attentes des patients, au sentiment de culpabilité de ne pas toujours y répondre (14, 16) et au rôle traditionnel du médecin disponible. Il semble que les plus anciennes générations de femmes MG aient eu à choisir entre la pratique d'une médecine compatible avec une « spécificité féminine » (travail domestique et familial) et une pratique carriériste investie sur le modèle du « genre masculin », laissant la possibilité d'un désinvestissement domestique exceptionnel. La conciliation travail-famille resterait aujourd'hui encore une spécificité féminine, avec une nécessité de « choix » entre ambition carriériste et vie familiale de mère et d'épouse (20). Aujourd'hui, on sera souvent dans un schéma avec une femme active sans ambition professionnelle excessive, et gestionnaire prioritaire des contraintes de la conciliation travail-famille, et avec un homme carriériste occasionnellement mobilisable pour pallier l'absence des femmes dans la vie domestique (20, 21). Au quotidien, les femmes sont plus que leurs confrères, placées dans une obligation d'arbitrage quotidien entre les contraintes de la vie familiale et celles d'une pratique professionnelle exigeante (3). Toutefois, une tendance à la déssexualisation des enjeux de cette conciliation travail-famille serait en train d'émerger, avec la recherche de l'interchangeabilité des rôles, tant sur le plan professionnel que familial (20).

De toutes ces études, il ressort que la « charge mentale » est aujourd'hui lourde pour les femmes médecins. Elle correspond au travail cognitif d'organisation et d'articulation des sphères privée et professionnelle l'une par rapport à l'autre.

Si la famille est nettement mise en avant par les femmes MG, l'activité professionnelle est également très importante dans leurs vies, et les loisirs n'occupent qu'une place limitée (16).

La maternité nécessite une gestion importante pour les femmes médecins. D'autant plus que la protection sociale était jusqu'à très récemment minime.

Le fait d'être installée permet un emploi du temps stable et maîtrisable, facilitant l'organisation de l'allaitement et du mode de garde (22). Mais le fait d'être médecin traitant impose encore une lourde organisation, en particulier pour trouver des remplaçants afin d'assurer le suivi de patients inquiets quant à la suite de leur prise en charge médicale (22). Cela implique aussi des difficultés financières (22), qui ont néanmoins été atténuées récemment par une meilleure indemnisation de la part de la sécurité sociale (23). Le retour au travail est le plus souvent vécu très positivement pour ces femmes MG ; il se fait en général dès la fin de la durée légale du congé maternité (22).

Par la suite, on observe que le fait d'avoir un jeune enfant à charge impacte différemment l'activité libérale des MG : tandis que les femmes diminuent leur temps de travail pour consacrer du temps à leur enfant, les hommes l'augmentent pour majorer leurs revenus et subvenir aux besoins du foyer (9). L'enfant grandissant par la suite, il est noté que chaque âge détermine différemment l'organisation du temps de travail (16). Ces évolutions modifiant l'offre des soins, elles sont à prendre en considération.

3) Problématiques autour de l'installation en libéral

On constate que les jeunes MG ne s'installent plus dès la fin de leurs études, mais de façon plus tardive, en moyenne à l'âge de 37 ans (24, 25). Entre la soutenance de leur thèse et leur installation, ils font souvent des remplacements. Cette activité correspond mieux à leur situation familiale à la fin des études, et vient pallier leur manque d'expérience, autant chez les hommes que chez les femmes (24). Ce dernier facteur peut être modifié en partie par une adaptation de la formation pendant l'internat avec plus de stages en ambulatoire, qui permettent un apprentissage médical plus adapté et la création d'opportunités de rencontres professionnelles pour une future installation. Des progrès ont été faits dans ce sens ces dernières années dans l'internat de médecine générale plus que dans les internats de spécialités médicales (26).

En plus de s'installer plus tardivement, les jeunes générations de MG s'installent moins souvent en libéral, choisissant un poste salarié ou parfois une activité de remplaçant libéral sur le long terme (24, 25, 28). Les remplacements offrent effectivement la possibilité d'avoir plus facilement du temps libre et des charges administratives et financières moindres (25, 28). Le regroupement est une des solutions pour pallier ces difficultés liées à l'installation (25, 28). Une meilleure formation administrative et un accompagnement plus humain avec une simplification des démarches en sont d'autres, et sont d'ailleurs fortement réclamés par les jeunes médecins (27, 28).

On constate aussi parfois une « fuite » des MG par des passerelles et dérogations vers d'autres spécialités ou vers un exercice médical particulier comme l'homéopathie ou l'ostéopathie (29).

Enfin, les femmes MG choisissent plus que les hommes le salariat (3, 29) ou l'exercice en milieu urbain (3). Le salariat offre la sécurité de l'emploi, des revenus et une bien meilleure couverture sociale, notamment pour la grossesse (28).

Tous ces paramètres favorisent une baisse de la démographie médicale et une mauvaise répartition des MG sur le territoire, en plus de la diminution du *numerus clausus*. La densité médicale est une illustration simplifiée de la situation d'offre de soins actuelle, puisqu'elle ne tient pas compte de toutes les modalités d'exercice de chaque médecin, notamment du temps travaillé et du nombre d'actes réalisés.

La disparité de répartition des MG sur le territoire est une réalité. Mais le processus de convergence vers les espaces urbains n'est pas spécifique à la profession médicale et illustre plus globalement la concentration des richesses, des emplois et des couches sociales les plus qualifiées dans les grandes agglomérations (3). L'environnement urbain apparaît favorable à l'emploi du conjoint, à la scolarité et l'éducation des enfants et aux loisirs (3).

La préférence des femmes pour un exercice urbain ne doit pas être pensée de façon individuelle mais également à l'échelle du couple (3). Dans un ménage composé de deux conjoints actifs, le choix du lieu d'installation est influencé par la profession du conjoint (8, 28). Environ la moitié des médecins avaient un conjoint cadre supérieur en 2004 d'après la DREES, avec une forte homogamie de profession, et ceux-ci habitaient plus souvent en ville (8). Mais cela est à relativiser puisqu'il y avait en fait plus de médecins qui habitaient dans un espace à dominante rurale que de médecins qui y exerçaient (8).

L'exercice rural pose le problème de l'isolement, avec un risque de surcharge de travail et des difficultés d'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes (19, 28). Mais le regroupement professionnel peut être un facteur incitatif, ainsi que le cadre de vie offert (19). Les aides financières proposées par l'Etat pour favoriser l'installation des MG en zones sous dotées influencent en fait très peu le choix du lieu d'installation des médecins (19, 29). Elles peuvent même avoir un effet paradoxal si les jeunes médecins supposent qu'elles vont être associées à une charge de travail trop importante.

Parmi les jeunes installés en zones rurales, on retrouve beaucoup de médecins originaires de la région, ou des médecins dont le conjoint est originaire de la région (19, 28). Des initiatives régionales se développent progressivement avant, pendant et après la formation pour améliorer la répartition des professionnels de santé par une meilleure connaissance des territoires ruraux (29). Des initiatives locales cherchent aussi à développer les zones rurales dans leur ensemble. Rendre un territoire attractif pour un médecin, c'est rendre un territoire attractif pour tout un chacun : il conviendrait de réfléchir aux conditions d'attractivité des territoires de façon plus large (3).

Enfin, il est difficile pour les MG de projeter leur exercice futur sur 10 ou 20 ans. Cela s'explique par le manque de visibilité sur les choix personnels futurs, mais aussi par l'incertitude croissante quant à l'avenir de la profession qui dépend de choix politiques (16, 28).

Ainsi, l'installation est un moment décisif dans la vie professionnelle d'un médecin. Les choix de vie et d'organisation qui en dépendent, montrent qu'il s'agit d'un projet qui se met en place

à moyen ou à long terme. Les implications en santé publique sont importantes puisque le médecin, en choisissant de s'installer et en choisissant comment s'installer, va s'inscrire dans le système de soins français.

4) Synthèse et définition de l'objectif du travail de thèse

Toutes ces études m'ont permis d'élargir mes connaissances sur les modes d'exercice professionnel en MG, sur l'articulation entre vie privée et vie professionnelle, et sur les modalités d'installation en libéral. En résumé, la démographie médicale met en avant une nette féminisation de la profession, surtout en MG, en plus d'une altération de la densité médicale. La littérature a déjà montré l'importance de la conciliation entre vie privée et vie professionnelle pour les jeunes générations de MG, notamment les femmes. Et elle a étudié quels étaient les déterminants à l'installation en libéral, en particulier en MG. Cette « période d'installation » a été définie par la sécurité sociale comme les 5 premières années faisant suite au moment où le MG visse sa plaque (« MG nouvellement installé »).

J'ai donc voulu m'intéresser à ce moment particulier qu'est l'installation dans la carrière d'une MG. Et si important en ce qui concerne la démographie médicale et la santé publique.

Ainsi mon objectif de travail s'est défini à travers la question suivante : Quels sont les déterminants qui influencent la conciliation entre vie privée et vie professionnelle des femmes médecins généralistes au moment de leur installation en libéral ?

L'objectif secondaire est d'en dégager des perspectives adaptées pour favoriser la prise de décision des femmes MG en faveur de l'installation en libéral.

II. Choix de la méthode

Pour répondre à la problématique, la méthode qualitative a été choisie puisqu'elle permet d'étudier les représentations et les comportements des médecins interrogées, ainsi que leurs déterminants (30, 31).

La population étudiée correspond à des femmes médecins généralistes installées en libéral. Nous les avons contactées par oral ou par écrit, par connaissance et par le bouche à oreille selon la méthode d'échantillonnage en boule de neige (annexe 1) où les premiers participants aiguillent le chercheurs vers les futurs participants pertinents à recruter (30). Cet échantillonnage a été réalisé sans chercher à ce que l'échantillon des femmes interviewées soit représentatif de la population générale des femmes MG (30). En effet, le but dans une étude qualitative est de recueillir la plus grande diversité d'opinions et de comportements possibles via des profils variés de personnes interrogées (30, 31). Un tableau détaillant la diversité des profils des MG interrogées est présenté en annexe 5 de façon plus complète que dans l'article.

Il a été choisi de réaliser les entretiens de façon individuelle pour favoriser la libre expression, toujours dans le but de recueillir un maximum d'informations. La grille d'entretien qui se trouve en annexe 2 a été réalisée en trois parties avec des questions semi-ouvertes :

présentation professionnelle (installation en MG en libéral), présentation personnelle (vie privée au moment de l'installation) et conciliation vie privée – vie professionnelle au moment de l'installation en libéral, avec une question de clôture laissant à l'interviewée la possibilité d'ajouter des éléments si elle le jugeait nécessaire. La grille a été validée par mon directeur de thèse, et testée auprès d'une médecin ne participant pas à l'étude. Néanmoins, après le premier puis le troisième entretien, quelques questions ont été modifiées, selon la méthode de la théorisation ancrée (31). Il s'agit, selon le modèle de Glusser et Strauss de 1967 de construire la théorie à partir des données recueillies. Il existe donc une continuité entre le recueil des données et l'analyse. La question de la sécurité physique, évoquée par la première interviewée, a été ajoutée après le premier entretien puis finalement retirée après le troisième entretien car elle n'a pas été évoquée par la suite, et elle n'était pas reliée directement au sujet de l'étude. De plus, la question portant sur les origines socio-familiales a été reformulée après le 3^{ème} entretien afin qu'elle soit plus claire : « Comment vos origines sociales et familiales ont-elles influencé votre façon d'aborder la conciliation entre vie privée et vie professionnelle ? ».

Les entretiens se sont déroulés au lieu et à la date convenant à l'interviewée. Bien entendu il était nécessaire de rappeler en début d'entretien l'objectif du travail, l'enregistrement audio de l'interview, et son caractère anonyme. J'ai prêté une attention particulière à garder une attitude d'écoute et d'empathie envers l'interviewée, en l'encourageant à reformuler, ne me servant de la grille d'entretien que pour éviter une omission. Tout cela au détriment d'une prise de notes qui à mon sens risquait d'engendrer une distance et de tarir leur discours.

Le nombre d'entretiens a été défini selon le principe de saturation des données (30, 31). En ce sens, l'entretien numéro 9 n'ayant pas apporté de nouvelles données notables, tout comme les deux entretiens supplémentaires, les interviews ont été stoppées. Onze entretiens ont donc été réalisés en tout, pour une durée moyenne de 41 minutes, avec une étendue de 33 minutes pour le plus court et 54 minutes pour le plus long.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et fidèlement de façon manuelle via le logiciel de traitement de texte Microsoft Word. Nous avons réalisé une analyse phénoménologique thématique, qui cherche à comprendre l'essence de l'expérience des gens et des phénomènes (31).

L'analyse a été réalisée de façon concomitante au recueil des données (30, 31) via un codage thématique des verbatims (30, 33) réalisé manuellement (aucun logiciel d'analyse utilisé) après plusieurs lectures des entretiens. Ces codes ont été soumis au double codage de ma collègue, qui a amené à des échanges afin d'augmenter la validité interne des résultats (30, 31). Ils ont ensuite été classés et mis en lien en sous-thèmes puis en grands thèmes ou grandes catégories pour répondre à la question de recherche (30, 31, 32, 3).

Au fil de la réalisation de cette étude, j'ai été confrontée aux biais inhérents à la méthode choisie. A commencer, lors des entretiens, par les biais internes : du fait du caractère parfois personnel des questions abordées, les participantes pouvaient parfois être réticentes à se confier (30). Le fait de réaliser l'entretien dans un lieu calme, autour par exemple d'un café,

et de faire attention à réaliser une gradation dans les questions posées pouvait atténuer ce biais. S'ajoute à cela les biais d'investigation (30) lors du recueil des données. Le manque d'expérience personnelle à diriger les entretiens constituait un risque d'influencer le discours de l'interviewée par certaines formulations. J'ai donc cherché à ce que les questions de ma grille d'entretien soient ouvertes. Puis lors de l'analyse il existait un biais d'interprétation, que j'ai cherché à amoindrir en réalisant avec ma collègue un double codage. Celui-ci a amené à discuter et reconsidérer certains codes. Lorsque nous n'étions pas d'accord, avis a été pris auprès du directeur de thèse pour trancher. Une triangulation des données a ainsi été réalisée pour limiter le biais d'analyse.

Sur le plan éthique et selon la loi Jardé (décret d'application du 16 novembre 2016), aucune démarche n'a été nécessaire auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) puisqu'il ne s'agissait pas d'une Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH).

En revanche, suivant les prescriptions de la CNIL, ce travail a été soumis pour validation de sa conformité aux lois de protection des données personnelles et il a été porté au registre des traitements de données à caractère personnel de l'Université de Bordeaux.

En tant que jeune médecin, ce travail de thèse m'a permis de mieux appréhender la méthode qualitative. Si j'en connaissais les grands principes, j'en ai découvert les tenants et les aboutissants au fur et à mesure de l'avancée de cette thèse. Ce travail a aussi été l'occasion de mieux comprendre le domaine de la recherche en médecine, au-delà de la simple lecture d'articles scientifiques et de l'identification des forces et biais d'une étude. Dans ma progression, j'ai été sensible à l'étendue des connaissances à acquérir et à l'incertitude inhérente à l'avancée d'un travail de recherche.

III. Rédaction de la thèse

J'ai choisi de réaliser la rédaction de ma thèse au format article, selon la structure IMRAD (30). J'ai suivi les modalités de rédaction demandées aux auteurs par la revue Médecine et qui sont exposées en annexe 10. Cela m'a imposé d'être concise puisqu'il ne fallait pas dépasser 5 pages et 25 000 signes, espaces compris.

Pour satisfaire aux exigences de la revue, j'ai donc choisi de peu détailler mes résultats dans l'article : j'ai listé les grandes catégories regroupant mes différents codages thématiques, illustrés par un seul verbatim. Dans les annexes de cette thèse, j'ai en revanche pris la liberté d'exposer la liste complète de mes différents codes thématiques (annexe 7), ainsi qu'un tableau exposant les grands thèmes évoqués et les codes qui leur correspondent (annexe 8), puis des tableaux détaillant certains verbatims qui y sont associés (annexe 9).

ARTICLE DE THESE

INSTALLATION LIBERALE DES FEMMES MEDECINS GENERALISTES

LIBERAL ESTABLISHMENT OF FEMALE GENERAL PRACTITIONERS

Sarah Husser : Thésarde. Auteure principale. Aucun lien d'intérêt.

Hélène Capois : Thésarde. Double codage des entretiens. Aucun lien d'intérêt.

Dr Yves-Marie Vincent : Docteur en médecine générale, CCU. Directeur de thèse. Aucun lien d'intérêt.

Chapeau : La démographie médicale mettait en avant la féminisation de la profession en médecine générale, l'altération de la densité médicale et la perte d'attrait de l'exercice en libéral. S'ajoutait une mutation des pratiques des jeunes médecins par rapport à l'ethos* professionnel traditionnel avec une recherche de régulation du temps de travail. Dans ce contexte, il était souhaitable d'explorer les déterminants influençant la conciliation entre vie privée et vie professionnelle des femmes médecins généralistes (MG) au moment de leur installation en libéral.

Introduction : La féminisation et la diminution de la densité médicale ont posé le problème de l'installation des femmes en médecine générale. Quels ont été les déterminants influençant la conciliation entre vie privée professionnelle des femmes MG à leur installation en libéral ?

Méthodes : Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été réalisée auprès de femmes MG installées en libéral. L'analyse a permis un codage thématique avec triangulation des données.

Résultats : 11 entretiens auprès de femmes MG de profils différents ont mis en évidence 8 déterminants : image de soi, organisation, expériences passées, origines socio-familiales, recherche d'épanouissement, représentations personnelles, paramètre financier et marché du travail.

Discussion : Ces déterminants interagissaient et s'intégraient dans des stratégies de régulation du temps de travail. Cela a montré un effet de génération avec des mutations dans les pratiques professionnelles, dans la vie de famille et dans les rapports au genre. C'était l'opportunité professionnelle intégrant le projet familial qui permettait aux femmes MG de s'installer.

Mots-clés : féminisation, médecine générale, installation, libéral, vie privée.

Introduction : The feminization and decreasing medical density raised the issue of the establishment of women in general practice (GP). What were the factors influencing the conciliation between the private and professional lives of female GP at the time of the establishment in the liberal field ?

Methods : Qualitative study by individual semi-directed interviews was done with established female GP. Analysis was done by thematic coding and data triangulation.

Results : 11 interviews with female general practitioners of different profile allowed us to identify 8 determining factors: self-image, organisation, past experiences, socio-familial origins, search for fulfillment, subjective representations, financial parameter and job market.

Discussion : These factors interacted and integrated into strategies of regulation of work time. This showed a generation effect associated with changes in the professional practices, in the family life and in the relationship to gender. It was the professional opportunity comprising the family project that allowed women GP to settle.

Keywords : feminization, general medicine, establishment, liberal, private life.

Introduction

L'étude de la démographie médicale actuelle est caractérisée par la féminisation de l'ensemble des spécialités médicales, avec 47% de femmes médecins en 2017 contre 38% en 2007 [1]. S'y associe une densité médicale de plus en plus faible sur les années à venir, avec 327 médecins pour 100 000 habitants en 2006, contre 276 prévus en 2020 et 292 en 2030, notamment en campagne [2].

A ce contexte s'est ajoutée une mutation dans la pratique des médecins généralistes. L'« ethos professionnel » traditionnel des anciennes générations de médecins généralistes (MG) libéraux se traduisait par une disponibilité permanente du médecin homme à l'égard de ses patients, avec des horaires élastiques et une indisponibilité pour la sphère familiale, le plus souvent gérée par une épouse inactive. Ceci était contrebalancé par des revenus importants et un certain statut social [3].

Par opposition à cet « ethos professionnel » traditionnel, les jeunes générations de MG ont cherché à concilier vie privée et vie professionnelle, cette mutation étant en partie liée à un effet de genre. Mais cela a dépassé le simple phénomène de féminisation du corps médical et s'est inscrit dans un effet de génération et dans un contexte de mutation sociale plus large puisque le travail des femmes dans la société est devenu la norme [4].

Au-delà du temps de travail effectif plus restreint [5, 6], les stratégies de régulation du temps de travail ont été au premier plan pour les femmes MG [4, 7, 8]. Plus que les hommes, celles-ci ont cherché à adapter et contrôler leurs conditions de travail et se sont ainsi donné les moyens d'obtenir une qualité de vie satisfaisante [8].

Cela a été tout particulièrement important dans le contexte de l'installation en libéral, moment décisif dans la carrière d'un MG. D'autant plus que le salariat et les remplacements au long cours ont été de plus en plus plébiscités notamment par les femmes. Et l'installation s'est faite de plus en plus tard dans la vie des MG [9]. Ces deux tendances participent aux difficultés actuelles d'accès aux soins avec une densité médicale insuffisante. Les études des déterminants influençant l'installation des MG ont mis en avant l'importance de la compatibilité entre les facteurs professionnels et personnels [8, 9, 10].

L'objectif principal de cette étude a été d'explorer les déterminants influençant la conciliation entre vie privée et vie professionnelle chez les femmes médecins généralistes au moment de leur installation en libéral. L'objectif secondaire a été d'en dégager des perspectives adaptées pour favoriser la prise de décision des femmes MG en faveur de l'installation en libéral. Elles sont effectivement de plus en plus nombreuses, dans un contexte de carence et de répartition hétérogène des MG sur le territoire.

Méthode

Pour répondre à la problématique, nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de MG femmes installées. Nous avons contacté par oral ou écrit des femmes MG de profils différents, même si non représentatifs, pour recueillir un maximum de données [11, 12].

La grille d'entretien a été réalisée en 3 parties avec des questions ouvertes : présentation professionnelle (installation en MG en libéral), présentation personnelle (vie privée à l'installation) et conciliation vie privée – vie professionnelle au moment de l'installation en libéral, avec une question de clôture laissant à l'interviewée la possibilité de rajouter des éléments si elle le jugeait nécessaire. La grille a été testée auprès d'une médecin ne participant pas à l'étude. Après le premier puis le troisième entretien, quelques questions ont été modifiées, selon la méthode de la théorisation ancrée [12].

Les entretiens se sont déroulés au lieu et à la date convenant à l'interviewée. Une introduction orale a rappelé l'objectif du travail, l'enregistrement audio et son caractère anonyme. Le nombre d'entretiens a été défini par le principe de saturation des données [11, 12].

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et fidèlement. Nous avons réalisé une analyse phénoménologique thématique de façon concomitante au recueil des données [11, 12] via un codage manuel des verbatims (aucun logiciel d'analyse utilisé). Ces codes ont été soumis à la triangulation des données pour augmenter la validité interne des résultats [11, 12]. Puis ils ont été classés en sous-thèmes et en grands thèmes ou grandes catégories pour répondre à la question de recherche [11, 12]. Aucune démarche n'était nécessaire au CPP car cette recherche n'impliquait pas la personne humaine. Suivant les prescriptions de la CNIL, elle a été soumise aux lois de protection des données personnelles et portée au registre des traitements de données à caractère personnel de l'Université de Bordeaux.

Résultats

Le recueil des données a été effectué du 15/05/19 au 09/10/19, le recrutement a été fait par la méthode boule de neige. Seulement 3 contacts n'ont pas abouti à des entretiens, 1 par manque de disponibilité et 2 par absence de réponse. Ainsi, 11 entretiens ont été réalisés au total pour une durée moyenne de 41 minutes (33 à 54). Après les 9 premiers entretiens, la saturation des données a été atteinte et les 2 derniers ont permis de le confirmer. Les caractéristiques de chaque participante à l'installation sont résumées dans le tableau 1, qui montre la diversité des profils des MG interviewées.

| MG | An-née | Age (ans) | Lieu | Mode | Activité précédente | Activité installée | Situation familiale |
|----|--------|-----------|-------------|---------------------------|---|--------------------|---|
| 1 | 2012 | 49 | Urbain | Associée | Remplaçante puis salariée HAD | MG | Veuve, compagnon, 2 enfants adultes |
| 2 | 2007 | 35 | Semi-urbain | Seule, puis vite associée | Remplaçante, médecin pompier et de crèche | MG pompier crèche | Mariée, 3 enfants en bas âge |
| 3 | 1992 | 34 | Urbain | Associée | Remplaçante, régulatrice | MG | Mariée, 1 enfant en bas âge |
| 4 | 2015 | 30 | Rural | Projet MSP | Remplaçante | MG | Mariée, 2 enfants en bas âge |
| 5 | 2016 | 31 | Rural | Projet MSP | Remplaçante | MG | Compagnon, 2 enfants en bas âge |
| 6 | 2017 | 26 | Rural | MSP | 0 | MG CCU | Compagnon, 0 enfant |
| 7 | 1998 | 30 | Urbain | Associée | Remplaçante, SAMU, régulatrice | MG | Mariée, 0 enfant |
| 8 | 2018 | 28 | Rural | MSP | Remplaçante | MG | Compagnon, 0 enfant |
| 9 | 2017 | 47 | Rural | MSP | Salariée PH urgentiste puis PH oncologue puis HAD | MG | Remariée, 2 enfants en faculté, 3 plus jeunes |
| 10 | 1984 | 30 | Rural | Seule | Remplaçante | MG, homéopathe | Mariée, 4 enfants en bas âge |
| 11 | 2019 | 42 | Urbain | Associée | Ingénieure puis reconversion études médicales | MG | Mariée, 7 enfants |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|
| | | | | | (32 ans) puis remplaçante | | |
|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|

Tableau 1. Au moment de leur installation en libéral : caractéristiques personnelles et professionnelles des interviewées.

Les déterminants de la conciliation entre vie privée et professionnelle à l'installation étaient les éléments décisifs qui ont permis de rendre compatibles autant que possible ces deux sphères opposées. Ils étaient 8 à interagir entre eux : image de soi, organisation, expériences passées, origines socio-familiales, recherche d'épanouissement, représentations personnelles, paramètre financier et marché du travail.

- L'image de soi : il s'agissait de l'accomplissement dans le foyer en tant que mère. Mais aussi dans le travail en tant que médecin : « *on voulait aller dans un endroit où y avait un intérêt pour les patients... [...] dans une zone défavorisée* ». De plus, l'idéal d'un investissement « parfait » dans les deux sphères est très présent : « *je suis au travail, je suis à 100% au travail. Quand je suis à la maison, je suis à 100% à la maison.* ».
- L'organisation, tant sur le plan familial que professionnel, car elle permettait de trouver des compromis pratiques. En ce sens, l'exercice en association a été très plébiscité par les MG interrogées : « *les couples qui sont dans la maison de santé autour, je trouve qu'ils ont des rythmes un peu idéals, dans le sens où ils peuvent tous les deux avoir une vie professionnelle idéale [...] en ayant des horaires adaptés pour pouvoir s'occuper [...] des enfants, ce qui permet qu'il n'y ait pas l'un qui se sacrifie par rapport à l'autre, et qui permet aussi d'avoir une vie familiale riche pour chacun d'entre eux.* ».
- Les expériences passées, positives ou négatives, en salariat, en remplacement, ou via les expériences d'autres médecins rencontrés : « *A l'HAD j'étais de garde une à deux semaines par mois, téléphonique hein, mais je pouvais être appelée toutes les nuits. [...] j'avais l'impression d'être harcelée au téléphone.* ».
- Les origines socio-familiales : « *Alors moi mes deux parents étaient médecins donc chirurgien et anesthésiste. Et donc se levaient beaucoup la nuit, beaucoup d'urgences. Et c'est vrai que nous on a eu beaucoup des personnes qui vivaient à la maison nuit et jour quand on était petit, pour qu'il y ait quelqu'un la nuit. [...] Ce que j'ai vécu enfant et ce que je voulais vivre pour mes enfants, pour ma famille, j'avais une conception différente* ».
- La recherche d'un double épanouissement, professionnel et personnel, avec des apports réciproques entre eux : « *c'était extrêmement riche, j'ai appris beaucoup sur l'humain grâce à ces liens que j'ai avec les gens, cette confiance qui est d'une profondeur absolument incroyable, avec la multitude de personnes que l'on voit [...] ça permet d'avoir 50 vies en une.* ».
- Les représentations personnelles, subjectives, notamment dans l'expression du « plaisir » dans l'exercice professionnel (« *j'pouvais enfin penser à moi en fait. Et me dire j'me fais plaisir.* »), ou dans la qualité des revenus, mais aussi dans le confort d'exercice perçu avec des idées reçues très présentes opposant exercice rural et urbain.
- Le déterminant financier a été mentionné, parfois comme fort, parfois comme absent. Cela dépendait souvent de la répartition des revenus au sein du couple et des besoins financiers du foyer : « *une grande famille, on a beaucoup de frais, on pourrait vivre plus simplement j'imagine mais faut quand même assurer un minimum. Donc, oui, il fallait travailler pour...*».
- Le marché du travail au moment de l'installation, avec des situations radicalement opposées selon les générations : population médicale très dense au moment de l'installation des MG les plus âgées versus absence de concurrence pour les plus jeunes qui ont pu plus facilement imposer leurs choix. Mais toutes parlaient d'une opportunité professionnelle en adéquation avec leur contexte privé qui a permis leur installation : « *c'était bien pour moi, ce cabinet là et ce mode d'organisation que je pouvais poursuivre, avec seulement 4 jours par semaine, un métier sur [nom de ville] qui me permettait d'avoir SOS Médecin pour faire les gardes, des remplaçants [...] j'avais 3 enfants déjà et que j'avais l'intention de m'en occuper* ».

Au final, les MG interviewées mettaient beaucoup en avant l'importance de la famille avant le travail, avec notamment la primauté du désir de maternité : « *j'avais surtout décidé d'avoir des enfants et puis ben ma situation professionnelle était passée en second plan après mon désir d'enfant* ».

Discussion

L'intérêt de cette étude était de se pencher sur la conciliation travail-famille à l'installation des femmes MG, dans un contexte de démographie médicale dégradée et de féminisation. Une de ses forces était la variété des profils de MG interrogées qui étaient toutes installées (plusieurs études interrogeaient les souhaits des internes). A l'analyse, la triangulation des données a augmenté la validité interne.

Cette étude présentait des limites. L'investigation et l'analyse pouvaient être parfois influencées par la posture de l'investigatrice peu expérimentée ; et l'interviewée pouvait être réticente à se confier.

Comme dans la littérature, nos résultats ont montré la priorité actuelle de la vie privée et l'importance des stratégies de régulation du temps de travail [4, 7, 8] dont la responsabilité incombait au MG ; mais aussi l'importance de l'organisation familiale. Finalement, en tenant compte des déterminants explicites, l'installation en libéral a souvent conduit ces MG à une meilleure conciliation travail-famille. Néanmoins, l'idéal de la parfaite disponibilité dans les sphères privée et familiale et l'imperméabilité entre elles prônée dans les entretiens, semblaient en partie illusoires.

Comme dans la littérature, un effet de génération s'est dégagé dans nos entretiens [3, 4]. Les deux médecins les plus âgées décrivaient un contexte de concurrence intense à l'installation, très différent de celui d'aujourd'hui, avec une majorité de MG hommes et un mode d'exercice selon « l'ethos professionnel » traditionnel comme étant la norme. Et ce sont elles qui décrivaient la moins bonne conciliation travail-famille, par ascendance de la sphère professionnelle. Les plus anciennes générations de femmes MG ont eu à choisir entre un exercice compatible avec leur « spécificité féminine » (travail domestique) et une pratique carriériste sur le modèle du « genre masculin » avec un désinvestissement domestique [13], correspondant à « l'ethos traditionnel » du MG. La conciliation travail-famille resterait aujourd'hui encore une spécificité féminine, avec nécessité de « choix » entre ambition carriériste et vie familiale. Mais une tendance à une conciliation différemment genrée serait en train d'émerger, avec une recherche d'interchangeabilité des rôles, sur les plans professionnel et familial [13], ce qui a notamment été évoqué par une des MG interrogées. Cela s'inscrit dans les mutations sociales actuelles avec des pratiques professionnelles adaptées aux besoins d'un ménage composé de deux conjoints actifs [3], par opposition à « l'ethos professionnel ».

Concernant leur installation, les MG ont mis en avant la notion d'opportunité d'installation correspondant au mieux à leur idéal professionnel, et dans lequel pouvait s'inscrire leur projet familial. Et elles y ont intégré des représentations personnelles subjectives, peu mentionnées dans la littérature, telles que le « plaisir » dans le travail, l'impact financier et le confort d'exercice perçus, qui variaient fortement d'une MG à l'autre. Elles faisaient écho à l'enrichissement réciproque entre vie privée et vie professionnelle, que les MG mettaient en avant dans leur recherche de qualité de vie à l'installation. Les aides à l'installation, principalement financières, aujourd'hui proposées par l'Etat ne correspondant donc pas aux aspirations évoquées par les MG interviewées et par la littérature [10]. C'est alors probablement sur cette notion d'opportunité professionnelle en adéquation avec le contexte privé que l'on peut travailler pour inciter les MG femmes à s'installer. Cela passe notamment par l'existence préalable de structures d'association : elles augmentent le confort d'exercice des MG tout en diminuant leur cadence de travail et en conservant une qualité et une continuité des soins pour les patients [7]. D'autre part, les initiatives régionales d'aménagement du territoire étaient déterminantes dans la recherche de conciliation entre vie privée et vie professionnelle [6].

Enfin, si le MG s'installait traditionnellement dans un cabinet pour toute sa durée de carrière, les jeunes femmes MG pouvaient remettre en cause une installation ne permettant pas de concilier vie privée et professionnelle ; cette capacité à changer est un nouveau paramètre à considérer.

En conclusion, les déterminants cités permettaient de définir une opportunité professionnelle en adéquation ou non avec la vie privée, permettant ou non l'installation libérale. Pour aller plus loin, il faudrait prendre les déterminants dégagés pour quantifier leur importance propre sur une population représentative et dégager des profils de femmes MG dans la conciliation travail-famille à l'installation.

Que retenir pour la pratique

La conciliation vie privée – vie professionnelle des femmes MG à l'installation était influencée par 8 déterminants : image de soi, organisation, expériences passées, origines socio-familiales, recherche d'épanouissement, représentations personnelles, paramètre financier, marché du travail.

L'idéal de la parfaite disponibilité familiale et professionnelle et de l'imperméabilité entre les deux était lourd à porter et probablement illusoire.

Les représentations personnelles telles que le plaisir dans le travail, l'impact financier perçu et le confort d'exercice perçu étaient très subjectives et variaient d'une MG à l'autre.

L'installation se faisait par le biais d'une opportunité professionnelle en adéquation avec la vie privée, ce qui primait sur les éléments purement matériels et financiers.

Références

- [1] Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés : 2007/2017 – Les territoires au cœur de la réflexion. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2017.
- [2] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et Résultats. Mars 2012 ;(797).
- [3] Lapeyre N, Le Fleuve N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des Affaires Sociales. 2005 ;(1).
- [4] Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies pratiques. 2007 ;(14) :19-30.
- [5] Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats. mars 2012;(797).
- [6] Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation: quels enjeux en médecine générale? Analyse micro-économique de l'offre de soins. Université Paris-Dauphine; 2015.
- [7] Chollet B. Vie personnelle et professionnelle du médecin généraliste libéral, une conciliation difficile. Université de Montpellier Faculté de médecine Montpellier-Nîmes; 2015.
- [8] Buron-Nadal M. Etude sur la qualité de vie de femmes ayant expérimenté une première installation en médecine générale entre 2010 et 2014 sur le bassin de vie de Saint-Nazaire. Université d'Angers UFR Santé; 2016.
- [9] Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 2015;27:49-58.
- [10] CNOM - Commission Jeunes médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés. 11 avril 2019.
- [11] Frappé P. Initiation à la recherche. 2e édition. Global Média Santé/CNGE Productions; 2018.
- [12] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
- [13] Lapeyre N, Le Fleuve N. Concilier l'inconciliable? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France. Nouvelles Questions Féministes. 2004;23(3):42-58.

REFERENCES

- (1) Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés: 2007/2017 - Les territoires au coeur de la réflexion. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017.
- (2) Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et Résultats. mars 2012;(797).
- (3) Denoyel-Jaumard A, Bochaton A. Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession? Revue Francophone sur la santé et les territoires. 15 décembre 2015.
- (4) Pujade I. Conférence CHU de Poitiers. Carrières Médicales des femmes [Internet]. 2015 [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/32822147-Conference-chu-de-poitiers-carrieres-medicales-des-femmes-intervenante-isabelle-pujade-lauraine-17-mars-2015.html>
- (5) Leblond V, Hartemann A, Autran B. Les femmes médecins aujourd'hui : l'avenir de la médecine ?, Female doctors today: the future of medicine? Les Tribunes de la santé. 20 oct 2014;(44):43-9.
- (6) Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats. mars 2012;(797).
- (7) Lapeyre N, Le Fleuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champs de la santé. Revue Française des Affaires Sociales. 2005;(1).
- (8) Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes et Résultats. sept 2005;(430).
- (9) Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation: quels enjeux en médecine générale? Analyse micro-économique de l'offre de soins. Université Paris-Dauphine; 2015.
- (10) Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies pratiques. 2007;(14):19-30.
- (11) ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2 juillet 2010.
- (12) Couffinhal M. La féminisation de la médecine générale: entre attente des internes et réalité de la pratique actuelle. Université de Poitiers. Faculté de Médecine et Pharmacie; 2004.
- (13) Woerther A. La féminisation de la médecine générale en Lorraine: enquête auprès des résidents de la faculté de médecine de Nancy en 2005. Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2005.
- (14) Chollet B. Vie personnelle et professionnelle du médecin généraliste libéral, une conciliation difficile. Université de Montpellier Faculté de médecine Montpellier-Nîmes; 2015.
- (15) Fanello S, Parot E, Renard H, Richard-Crémieux I. Les femmes médecins généralistes dans le Maine-Et-Loire: « 1990-2000 ». Santé Publique. 15(1):95-104.

- (16) Buron-Nadal M. Etude sur la qualité de vie de femmes ayant expérimenté une première installation en médecine générale entre 2010 et 2014 sur le bassin de vie de Saint-Nazaire. Université d'Angers UFR Santé; 2016.
- (17) Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la Santé. sept 2010;(157).
- (18) Barrais J, Fouassier V. L'exercice de la médecine générale au sein de groupes composés exclusivement de femmes des spécificités ? [Internet]. Université de Nantes; 2011.
- (19) Hebert C. Féminisation de la médecine générale en zone rurale étude quantitative et qualitative auprès des médecins généralistes de la Lozère. Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
- (20) Lapeyre N, Le Fleuvre N. Concilier l'inconciliable? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France. Nouvelles Questions Féministes. 2004;23(3):42-58.
- (21) Chenu A. La charge de travail professionnel et domestique des femmes: cinquante années d'évolution. Conseil d'Orientation des Retraites; 2008.
- (22) Cohen A. Etre mère et médecin généraliste : la gestion de la maternité. Université de Nice Sophia Antipolice. Faculté de médecine ; 2016.
- (23) Congé de maternité des Praticiennes libérales. MG FRANCE. 2018.
- (24) Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 2015;27:49-58.
- (25) Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi? Université Toulouse III Paul Sabatier. Faculté de Médecine; 2014.
- (26) Paviot H, Hennebelle P. Etude des déterminants de l'installation libérale et ambulatoire des jeunes spécialistes de second recours notamment dans une zone rurale à faible densité médicale. Université de Montpellier. Faculté de Médecine; 2017.
- (27) CNOM - Commission Jeunes médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés. 11 avril 2019.
- (28) Camus O. L'installation en médecine générale en milieu libéral en Picardie: Freins et Réticences. Université de Picardie Jules Verne. Faculté de Médecine d'Amiens; 2015.
- (29) Synthèse générale: le rapport 2005. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; 2005.
- (30) Frappé P. Initiation à la recherche. 2e édition. Global Média Santé/CNGE Productions; 2018.
- (31) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
- (32) Bardin L. L'analyse de contenu. 8ème édition. Paris: Presses Universitaires de France; 1996.
- (33) Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;24(105):4-11.

ANNEXES

Annexe 1 : Echantillonnage en boule de neige ou échantillonnage en chaîne

L'investigateur contacte un ou plusieurs premiers participants. Puis ce sont les participants eux-mêmes qui construisent l'échantillon en faisant appel à d'autres individus possédant les mêmes caractéristiques qu'eux.

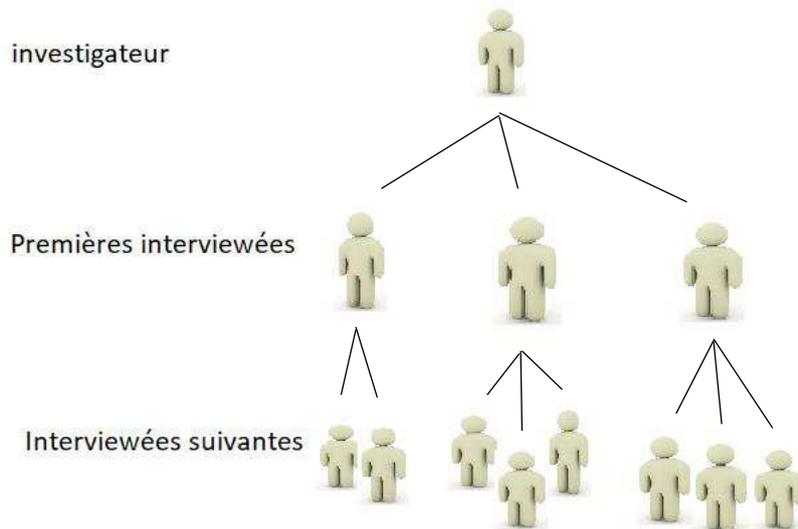


Schéma 1 : Illustration de l'échantillonnage par effet boule de neige

Annexe 2 : Grille d'entretien

Comme je vous l'ai expliqué oralement, je travaille sur la féminisation en médecine générale et plus particulièrement sur la conciliation entre vie privée et vie professionnelle au moment de l'installation. Mon objectif précis est d'explorer les déterminants qui influencent cette conciliation entre vie privée et vie professionnelle au moment où les femmes MG posent leur plaque.

Cet entretien va être enregistré pour me permettre de travailler dessus, mais il restera anonyme.

Avant de commencer : A quel âge et en quelle année vous êtes-vous installée ?

1. Présentation professionnelle : Installation en MG en libéral :

Brise glace : Comment avez-vous choisi de vous installer en médecine générale en libéral ?

Relances :

- Pourquoi avez-vous choisi la MG ? pourquoi avez-vous choisi un exercice libéral ?
- Quel a été le délai entre la fin de votre internat, la soutenance de votre thèse et votre installation ? Quelle activité avez-vous eu entre la fin de votre internat et votre installation ?
- Votre installation : où (urbain/semi-rural/rural) ? Pourquoi s'installer à ce moment-là ? Dans quel contexte professionnel (association, seule, MSP, exercice mixte...) ?
- Comment l'aspect financier est-il rentré en ligne de compte dans votre installation ?
- Quelle est votre conception de la MG ? Comment devez-vous être disponible pour les patients (temps, énergie, disponibilité affective) ?

2. Présentation personnelle : vie privée au moment de l'installation :

Brise glace : Quel était votre contexte de vie privée au moment de votre installation et comment cela a-t-il influencé votre installation ?

Relances :

- Quelle était votre situation familiale au moment de votre installation ? Votre lieu de vie ?
→ Aviez-vous un conjoint ? Des enfants ? Des membres de votre famille vivant à proximité ?
- Comment utilisiez-vous votre temps en dehors du travail (vie domestique, familiale, loisirs...) ?
- Comment votre conjoint a-t-il été impliqué dans votre installation ? Quelle était l'activité professionnelle de votre conjoint ? Comment mener 2 carrières de front ?
- Comment vos origines sociales et familiales ont-elles influencé votre façon d'aborder la conciliation entre vie privée et vie professionnelle ?
- Comment vos amis proches sont-ils impliqués dans votre équilibre de vie entre vie privée et vie professionnelle ?

3. Conciliation vie privée – vie professionnelle au moment de l'installation en libéral :

Brise glace : Comment avez-vous pu concilier vie privée et vie professionnelle au moment de votre installation et l'équilibre que vous avez trouvé était-il satisfaisant ?

Relances :

- Quelles difficultés avez-vous rencontrées à votre installation ? Comment les gérer ?
- Quels bénéfices et réalisations ont été permis par votre installation ?
- Comment avez-vous géré votre/vos grossesses par rapport à votre installation en libéral ? Si pas de grossesse, est-ce en lien avec votre installation ?
- Quelles stratégies pour contrôler (maîtriser, réguler) votre activité ? Comment ont-elles/vont-elles évoluer ?
- Vous avez fait des choix pour concilier vie privée et vie professionnelle au moment de votre installation ; quel a été leur impact (patientèle plus longue à constituer...) ?
- Comment considérez-vous votre vie privée et professionnelle l'une par rapport à l'autre ?
- Quel retentissement votre vie professionnelle a-t-elle sur votre vie privée, qu'il soit positif ou négatif ? Et quel retentissement votre vie privée a-t-elle sur votre vie professionnelle ?
- Quelle vision votre entourage proche a-t-il de votre travail de MG libéral ?
- Imaginez-vous rester MG libéral jusqu'à votre retraite et pourquoi ?

Clôture : L'entretien est presque terminé, quels éléments voulez-vous rajouter ?

Annexe 3 : Information aux participantes

Bonjour,

Je suis Sarah Husser, jeune médecin généraliste remplaçante.

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de thèse puisque je travaille sur la féminisation de notre profession.

Projet :

Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine Générale.

Directeur de thèse :

Dr Yves-Marie Vincent, chef de clinique du Département de Médecine Générale à Bordeaux.

Objectif :

Je m'intéresse plus particulièrement aux déterminants à la conciliation entre vie privée et vie professionnelle au moment de l'installation en libéral des femmes médecins généralistes.

Déroulé du recueil de données et protection des données :

Je travaille par des entretiens individuels avec des femmes médecins généralistes installées, sous la forme d'un échange oral avec des questions ouvertes car le but est pour moi de recueillir un maximum d'informations sur le sujet. Les entretiens peuvent durer en moyenne 45 minutes, ils peuvent se tenir à la date et dans le lieu qui vous conviennent le mieux, la seule condition est le calme.

J'enregistre les entretiens sur un dictaphone externe pour pouvoir ensuite travailler dessus, mais les données restent anonymes, je ne demande pas de nom, pas de date de naissance, pas d'adresse, seule votre voix est enregistrée. Cet enregistrement et sa retranscription écrite seront conservés pour une durée de 3 ans, le temps du travail de thèse, sur support externe.

Droits du participant :

Il est bien sûr possible de refuser de participer à l'étude. Il est possible d'accéder aux données à tout moment. Il est aussi possible de se retirer de l'étude et de demander une destruction de l'enregistrement audio et de sa retranscription à tout moment.

Annexe 4 : Formulaire de consentement

Je soussignée (nom, prénom)

Après avoir pris connaissance de la fiche d'information, j'atteste accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée :

« Exploration des déterminants influençant la conciliation entre vie privée et vie professionnelle des femmes médecins généralistes au moment de leur installation en libéral. »

Investigateur principal : Sarah Husser, thésarde, médecin généraliste remplaçante non thésée.

Adresse mail : s[REDACTED]@gmail.com

Sous la direction du Dr Yves-Marie Vincent.

Adresse mail : [REDACTED]@gmail.com

Promoteur : Université de médecine de Bordeaux.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Confidentialité des informations : toutes les informations écrites et enregistrées via le dictaphone audio externe seront conservées de façon confidentielle, et détruites après la fin du travail de thèse.

Fait à

Le

Signatures :

La participante :

Nom et prénom :

Mention « j'accepte de participer à cette recherche »

L'investigateur principal :

Annexe 5 : Tableau des caractéristiques des médecins interviewées

| MG | Date de l'entretien | Lieu de l'entretien | Durée de l'entretien |
|----|---------------------|---------------------|----------------------|
| 1 | 15/05/19 | Au cabinet | 43 minutes |
| 2 | 22/05/19 | Au cabinet | 54 minutes |
| 3 | 24/05/19 | Au cabinet | 48 minutes |
| 4 | 30/06/19 | Au domicile | 34 minutes |
| 5 | 10/07/19 | Au cabinet | 33 minutes |
| 6 | 17/07/19 | Au cabinet | 36 minutes |
| 7 | 21/08/19 | Au cabinet | 44 minutes |
| 8 | 21/08/19 | Au cabinet | 39 minutes |
| 9 | 21/08/19 | Au domicile | 45 minutes |
| 10 | 21/08/19 | Au domicile | 46 minutes |
| 11 | 09/10/19 | AU domicile | 39 minutes |

Tableau 1. Déroulé des entretiens.

| MG | Situation familiale à l'installation | Age actuel du médecin | Situation familiale actuelle |
|----|---|-----------------------|---|
| 1 | Veuve, compagnon, 2 enfants adultes | 56 ans | Veuve, compagnon, 2 enfants |
| 2 | Mariée, 3 enfants en bas âge | 47 ans | Mariée, 3 enfants |
| 3 | Mariée, 1 enfant en bas âge | 61 ans | Remariée, 1 enfant |
| 4 | Mariée, 2 enfants en bas âge | 34 ans | Mariée, 3 enfants |
| 5 | Compagnon, 2 enfants en bas âge | 34 ans | Compagnon, 3 enfants |
| 6 | Compagnon, sans enfant | 28 ans | Compagnon, sans enfant |
| 7 | Mariée, sans enfant | 51 ans | Mariée, 2 enfants |
| 8 | Compagnon, sans enfant | 29 ans | Compagnon, enceinte du 1 ^{er} enfant |
| 9 | Remariée, 5 enfants (2 à la faculté, 3 plus jeunes) | 49 ans | Remariée, 5 enfants |
| 10 | Mariée, 4 enfants en bas âge | 65 ans | Remariée, 6 enfants |
| 11 | Mariée, 7 enfants | 42 ans | Mariée, 7 enfants |

Tableau 2. Caractéristiques personnelles de la population étudiée.

| MG | Année et âge d'installation | Lieu et mode d'installation | Activité entre la thèse et l'installation | Activité à l'installation |
|----|-----------------------------|--|--|---------------------------|
| 1 | 2012 – 49 ans | Urbain, association | Remplacements puis salariat HAD | MG |
| 2 | 2007 – 35 ans | Semi-urbain, seule puis rapidement association | Remplacements, médecin pompier, médecin de crèche | MG, pompiers, crèche |
| 3 | 1992 – 34 ans | Urbain, association | Remplacements, régulation | MG |
| 4 | 2015 – 30 ans | Rural, projet de MSP | Remplacements | MG |
| 5 | 2016 – 31 ans | Rural, projet de MSP | Remplacements | MG |
| 6 | 2017 – 26 ans | Rural, MSP | Installation immédiate | MG, CCU |
| 7 | 1998 – 30 ans | Urbain, association | Remplacement, FFI SAMU, régulation | MG |
| 8 | 2018 – 28 ans | Rural, MSP | Remplacements | MG |
| 9 | 2017 – 47 ans | Rural, MSP | Salariat PH urgentiste puis PH cancérologue puis HAD | MG |
| 10 | 1984 – 30 ans | Rural, Seule | Remplacements | MG, homéopathie |
| 11 | 2019 – 42 ans | Urbain, association | Salariat ingénieure puis reconversion études médicales à 32 ans puis remplacements | MG |

Tableau 3. Caractéristiques professionnelles de la population étudiée.

Annexe 6 : Exemple de verbatim de début d'entretien

« Voilà, donc comme je t'ai expliqué, je travaille sur la féminisation en médecine générale. Et plus particulièrement au moment de l'installation, sur la conciliation entre vie privée et vie professionnelle, et un peu ce qui la détermine. Donc j'enregistre l'entretien pour pouvoir travailler dessus mais après ça reste anonyme donc...

Pas de soucis, pas de soucis.

C'est plus simple comme ça.

Avant de commencer, est-ce que tu peux me dire à quel âge et en quelle année tu t'es installée ?

Alors, je me suis installée en 98. Et je devais avoir... 28 ? Attends j'ai passé la thèse en 96... 30 ans, j'avais 30 ans.

Et entre la fin de l'internat et l'installation ?

Y avait 2 ans. Y avait 2 ans. J'ai passé ma thèse en 96, et installée en 98.

Et c'est deux ans pendant lesquels...

C'est deux ans, j'étais à *, je faisais du SAMU, régulation de SAMU. Et urgences. J'ai passé deux ans en tant que FFI, Faisant Fonction d'Interne.

Sur le SAMU ?

Sur le SAMU, de *.

Et qu'est-ce que qui a fait du coup que tu as voulu t'installer ?

Alors, tout en faisant... je faisais un mi-temps au SAMU de *, et je remplaçais... alors c'était une histoire familiale, chez mon cousin à *. Et donc je faisais mi-temps remplacement et mi-temps SAMU de *. Et lorsque j'ai voulu m'associer avec mon cousin, en fait ça ne s'est pas fait. Et au cours d'une de mes gardes de dimanche, j'ai rencontré un patient qui faisait partie de ce cabinet ici, et qui m'a dit « écoutez, mon médecin cherche désespérément un ou une associée » et donc c'est comme ça que je suis venue ici.

D'accord.

Voilà. Et pour la petite histoire y a eu un chassé-croisé, parce que le médecin avec qui ils ont failli signer ici est parti sur *, et moi je suis venue ici sans qu'on se connaisse. Voilà, c'était une histoire amusante, voilà.

Mais juste avant de m'installer, ouais je faisais beaucoup de SAMU et beaucoup d'urgences. Et ce que j'aimais beaucoup c'était en semi-rural à *, c'était à 15 km d'ici, et je faisais beaucoup d'urgences. Et je travaillais avec les ambulanciers qui m'appelaient souvent sur les grosses urgences, et je faisais les jonctions avec le SAMU, comme j'avais bien l'habitude de tout ça. J'étais hyper impliquée dans tout ce qui était urgences.

Et c'est quelque chose que tu as voulu continuer en t'installant ?

Alors en fait en venant ici j'ai fait une médecine très très différente, avec pratiquement plus d'urgence. Voilà. Du coup c'était difficile pour moi, ça a presque été un deuil de lâcher tout ce côté vraiment urgences où j'étais beaucoup appelée la nuit, où je faisais des gardes de secteur, et j'ai adoré (insiste sur le mot, sourit) cette vie en fait. Et lorsque je suis arrivée ici, ben du coup j'ai complètement lâché les urgences, du coup je n'en fais plus du tout. Et bon maintenant, maintenant ça me convient très bien, mais à l'époque ça a été difficile pour moi, ça a été difficile.

Tu n'as pas pu trouver un moyen de continuer les urgences en fait ?

Alors en fait quand je suis arrivée ici, c'était un plein temps, parce que je... donc je remplaçais... je suis arrivée... le médecin qui est parti est parti sur * hein, et donc j'ai repris sa patientèle et c'était, c'était un temps plein quoi. Et là j'avais pas de temps pour faire des nuits ou des week-ends voilà.

Et rester là où tu étais initialement et prendre un poste d'urgentiste par exemple ?

C'aurait été possible, ç'aurait été possible, oui oui.

Qu'est-ce qui a fait finalement que tu es venue t'installer ?

Alors en fait mon cousin voulait absolument une associée. Et comme du fait que c'était en famille c'était un peu plus compliqué au niveau de tout ce qui était négociation donc on s'est dit faut pas, faut se séparer. Et mais lui voulait vraiment une associée. Et du coup moi ça faisait 2-3 ans que je faisais Faisant Fonction d'Interne donc je me suis dit « faut s'associer » voilà, voilà comment ça s'est organisé. Et mon mari n'avait pas trop envie de vivre à la campagne, donc il était ravi quand j'ai trouvé ce cabinet, il était ravi.

D'accord. Donc c'est plus le côté personnel qui t'a poussé à venir plus en ville ?

Oui oui oui c'est ça, c'est ça. Et en fait lorsque je suis... j'ai mis de nombreuses années à intégrer ce cabinet, parce que j'étais vraiment restée dans cet esprit plus rural, faire les visites en campagne. J'étais beaucoup... y avait beaucoup de fermes, de métairies... ça a beau être à 15 km de *, c'est vraiment une médecine de campagne, j'ai vraiment vraiment adoré ça. Et du coup ici j'ai trouvé sympa parce que c'est vraiment une médecine de famille, médecine

familiale. Et ensuite j'ai eu envie de développer la psychothérapie qui me donne de nouveau une bouffée d'oxygène.

D'accord, ça c'est arrivé plus tard ?

C'est arrivé beaucoup plus tard, ça fait une dizaine d'années maintenant. Voilà.

D'accord. Donc les arguments qui ont fait que finalement tu as laissé un peu de côté les urgences que tu aimais beaucoup c'était...

C'était l'aspect plus privée hein.

Alors justement, t'étais dans quel contexte privé au moment de ton installation ?

Alors j'étais mariée mais sans enfant. Et les enfants sont arrivés... j'arrivais pas à avoir d'enfant, donc les enfants sont arrivés beaucoup plus tard. Et c'était... pour moi c'était finalement pas mal parce que je vivais aussi personnellement... j'avais une maman qui était très malade donc je m'en occupais beaucoup et y avait pas la place pour des enfants pour moi. Donc j'avais le cabinet et je m'occupais de ma maman qui était malade, voilà. Quand je me suis installée ça se passait comme ça. Et les 10 premières années de mon installation c'est comme ça que je l'ai vécu : je travaillais au cabinet et le soir j'allais m'occuper de ma mère, quelque chose comme ça, voilà. Et c'est 10 ans plus tard que j'ai eu les enfants, au moment où le cabinet était bien lancé voilà. Et pour moi c'était pas mal de pas tout faire en même temps voilà, voilà voilà, comment ça s'est organisé.

Oui, chaque chose en son temps.

Oui voilà c'était bien pour moi en tout cas.

Oui, c'était peut-être plus confortable d'avoir des enfants une fois que le cabinet était lancé, la situation financière aussi ?

Oui, pour moi oui. Du coup c'était pas mal parce qu'alors j'ai pris pas mal de temps... j'ai pris quoi 4 mois pour chaque enfant. Et du coup ça m'a permis de prendre une remplaçante, d'ailleurs c'était la même. Et... voilà donc j'ai trouvé que c'était intéressant. Voilà.

Est-ce que l'aspect financier ça a été un argument pour l'installation et la façon de travailler ?

Ecoute, non, parce qu'en fait quand je faisais mi-temps remplacement et mi-temps SAMU, c'était vraiment très confortable financièrement. Vraiment, vraiment très très confortable. Et c'est vrai que lorsque tu t'installes ben tu as les charges, donc est-ce que ça a changé ? Je sais pas si... ouais financièrement je saurais pas trop te dire. Mais comme je travaillais beaucoup quand même au SAMU, je faisais beaucoup de nuits beaucoup de week-ends... Alors on était peu, surtout les vacations de régulation de SAMU étaient peu payées, mais comme je faisais vraiment beaucoup, du coup c'était vraiment très confortable financièrement hein. [...] »

Annexe 7 : Liste des codes thématiques

Importance de la famille avant le travail

Déterminant financier

 Répartition des revenus au sein du couple

 Déterminant financier absent dans la décision d'installation

 Apports financiers extérieurs

 Besoins financiers du foyer

 Des revenus confortables

Contraintes familiales obligeantes

 Mari ou conjoint

 Enfants

 Famille au sens large

Opportunité professionnelle

 En adéquation avec le contexte privé

 Contexte de concurrence

Crainte de conséquences négatives sur la vie de famille à l'installation

Expériences passées

 Difficultés de l'exercice salarié

 Epuisement professionnel par disponibilité permanente

 Une liberté d'exercice médical limitée

 Une liberté de planning limitée

 Mais sécurité de l'emploi et des revenus

 Difficultés des remplacements

 Une liberté d'exercice médical limitée

 Insécurité de l'emploi et des revenus

 Une liberté de planning limitée

 L'exemple d'un « mentor »

 Contre-exemples d'autres médecins rencontrés

Plaisir dans l'exercice professionnel grâce à l'installation

Image de soi en tant que médecin

 Création de quelque chose qui m'appartient via l'installation

 Liberté permise par l'installation en libéral

 Dans l'exercice médical

 Dans l'organisation du temps de travail

 Dans le « choix » de la patientèle

 Qualité de la relation médecin - patient

 Donner du sens à son exercice professionnel

 Partager et transmettre ses connaissances

 Diversité de l'exercice professionnel

Rôle traditionnel du médecin toujours disponible

 Disponibilité présenteielle

 Disponibilité mentale

Cadrage de l'exercice libéral

- Demandes des patients

- La secrétaire, pivot dans le tri des demandes

- Risque d'erreurs médicales par épuisement

- Le médecin responsable du cadrage

Exercice urbain ou semi-urbain

- Existence de relais de continuité des soins facilitants

Cadre familial facilitant

- Mari ou conjoint

- Enfants

- Famille au sens large

Organisation imposée par la continuité des soins

L'association

- Partager les frais

- Partager la charge de travail

 - Partager la patientèle

 - Faciliter la continuité des soins

 - Couple professionnel

- Dégager plus de temps pour la vie privée

- Echanger sur la pratique médicale

- Contraintes

Imperméabilité entre vie privée et vie professionnelle

Image de soi en tant que mère

- Positive

- Négative

Primauté du désir de maternité

Epanouissement réciproque entre vie privée et vie professionnelle

L'idéal de la parfaite disponibilité professionnelle et personnelle

Gestion de la charge mentale du médecin chef d'entreprise

Enrichissement réciproque entre expériences privées et professionnelles

Liens amicaux

Modèles familiaux

Exercice rural

- Possibilité d'imposer ses choix

- La charge de la continuité des soins est plus importante

- Qualité de vie

Priorité au confort d'exercice professionnel

Temps pour soi

Annexe 8 : Tableau des grandes catégories et des codes thématiques associés

| Grandes catégories | Sous-catégories | Codes thématiques |
|--------------------|---|---|
| Organisation | Professionnelle | Image de soi en tant que médecin Liberté permise par l'installation en libéral dans l'organisation du temps de travail Cadrage de l'exercice libéral La secrétaire pivot dans le tri des demandes L'association Partager la charge de travail Partager la patientèle Faciliter la continuité des soins Couple professionnel |
| | Familiale | Importance de la famille avant le travail Déterminant financier Répartition des revenus au sein du couple Contraintes familiales obligeantes mari ou conjoint enfants famille au sens large Entourage familial facilitant mari ou conjoint enfants famille au sens large |
| | Identification des difficultés d'organisation | Craintes de conséquences négatives sur la vie familiale à l'installation Rôle traditionnel du médecin toujours disponible Disponibilité présenteielle Cadrage de l'exercice libéral Demandes des patients Risque d'erreur médicale par épuisement Organisation imposée par la continuité des soins L'association Contraintes Gestion de la charge mentale du médecin chef d'entreprise |
| | Recherche d'un compromis en pratique | Importance de la famille avant le travail Opportunité professionnelle en adéquation avec le contexte privé Cadrage de l'exercice libéral Le médecin responsable du cadrage L'association Dégager du temps pour la vie privée Priorité donnée au confort d'exercice |

| | | | |
|----------------|-----------------------|---------------------------------------|--|
| Image de soi | En tant que médecin | Rôle social du médecin | Rôle traditionnel du médecin toujours disponible Disponibilité présenteielle Disponibilité mentale |
| | | Vision personnelle du rôle du médecin | Image de soi en tant que médecin Création de quelque chose qui m'appartient via l'installation Liberté permise par l'installation en libéral dans l'exercice médical Qualité de la relation médecin – patient Donner du sens à son exercice professionnel Partager et transmettre ses connaissances Diversité de l'exercice professionnel |
| | En tant que mère | | Importance de la famille avant le travail Image de soi en tant que mère Positive Négative Primauté du désir de maternité |
| | Idéal de conciliation | | Imperméabilité entre vie privée et vie professionnelle Idéal de la parfaite disponibilité professionnelle et personnelle |
| Epanouissement | Professionnel | | Plaisir dans l'exercice professionnel grâce à l'installation Image de soi en tant que médecin Création de quelque chose qui m'appartient via l'installation Liberté permise par l'installation en libéral Dans l'exercice médical Dans le « choix » de la patientèle Qualité de la relation médecin-patient Partager et transmettre ses connaissances L'association Echanger sur la pratique médicale |
| | Personnel | | Image de soi en tant que mère Positive Liens amicaux Exercice rural Qualité de vie Temps pour soi |
| | Apports réciproques | | Epanouissement réciproque entre vie privée et vie professionnelle Enrichissement réciproque entre vie privée et vie professionnelle |

| | | |
|--|--|---|
| | Origines socio-familiales | Cadre familial facilitant Famille au sens large Modèles familiaux |
| Représentations personnelles subjectives | Plaisir dans l'exercice professionnel | Plaisir dans l'exercice professionnel |
| | Confort d'exercice perçu | Image de soi en tant que médecin Liberté permise par l'installation en libéral Dans l'organisation du temps de travail Exercice urbain ou semi-urbain Existence de relais de continuité des soins facilitants Exercice rural Possibilité d'imposer ses choix Priorité donnée au confort d'exercice professionnel |
| | Impact financier perçu | Déterminant financier Besoins financiers du foyer Des revenus confortables |
| | Déterminant financier | Déterminant financier Répartition des revenus au sein du couple Déterminant financier absent dans la décision d'installation Apports financiers extérieurs Besoins financiers du foyer Des revenus confortables L'association Partager les frais |
| Expériences passées | En poste salarié | Expériences passées Difficultés de l'exercice salarié Epuisement professionnel par disponibilité permanente Une liberté d'exercice médical limitée Une liberté de planning limitée Mais sécurité de l'emploi et des revenus |
| | En remplacements | Expériences passées Difficultés des remplacements Une liberté d'exercice médical limitée Une liberté de planning limitée Insécurité de l'emploi et des revenus |
| | Expériences d'autres médecins rencontrés | Expériences passées L'exemple d'un mentor Contre exemples d'autres médecins rencontrés |

| | | | |
|-------------------|------------------------------------|---|--|
| Marché du travail | Lieu d' installation | Rural | Exercice rural La charge de la continuité des soins est plus importante Qualité de vie |
| | | Urbain | Exercice urbain ou semi-urbain Existence de relais de continuité des soins facilitants |
| | Opportu- nité | Opportunité professionnelle En adéquation avec le contexte privé Liens amicaux | |
| | Contexte de concur- rence | Opportunité professionnelle Contexte de concurrence Exercice rural Possibilité d'imposer ses choix | |

Annexe 9 : Tableaux des grandes catégories détaillant les codes et verbatims associés

| ORGANISATION professionnelle | |
|---|---|
| Image de soi en tant que médecin Liberté permise par l'installation en libéral dans l'organisation du temps de travail | « finalement l'installation ça a été un grand soulagement pour être raccord finalement sur notre planning. Que moi je m'installe et qu'il s'installe finalement un mois après, on a calé nos jours pour que ça colle... voilà, on a plus eu de soucis de galère de nounou qui veut pas garder les enfants tard, des choses comme ça quoi. » |
| Cadrage de l'exercice libéral La secrétaire pivot dans le tri des demandes | « ... y a un cadrage par une personne, voilà. Donc la secrétaire, même si elle n'est là... elle ne serait là que pour prendre des rendez-vous elle est indispensable. Voilà. » |
| L'association Partager la charge de travail Partager la patientèle | « Notre idée c'était effectivement d'avoir des patients communs, qui puissent la voir ou elle ou moi indifféremment puisqu'on n'a qu'une salle de consultation. Et qu'on se, en permanence on se relaye l'une l'autre. » |
| L'association Partager la charge de travail Faciliter la continuité des soins | « on sait qu'y a une continuité, c'est surtout ça parce que quand on est absent... Ben nous ça nous permet d'avoir un emploi du temps aussi plus confortable parce qu'on sait [...] que si y a quoi que ce soit sur un de nos patients, on assure normalement la continuité quoi. » |
| L'association Partager la charge de travail Couple professionnel | « on s'est installé avec mon conjoint au même endroit. Ce qui fait qu'on travaille ensemble. [...] et on est là en alternance l'un et l'autre. C'est-à-dire que quand l'un n'est pas là, [...] y en a toujours un des deux qui est à peu près disponible pour les enfants. » |
| ORGANISATION familiale | |
| Importance de la famille avant le travail | « Parce que j'ai l'impression qu'en temps je peux pas tout faire. Donc il faut lâcher des choses. [...] Je me suis fixée de faire des courses une fois par semaine de manière systématique, après si y a plus et que j'ai pas le temps, ben je me prends pas la tête, et je ne fais pas. Pour pas perdre encore une fois de temps avec mes enfants, voilà. Priorité à la famille, priorité vraiment à la famille. » |
| Déterminant financier Répartition des revenus au sein du couple | « j'ai mis deux ans pour gagner ma vie enfin la première année j'ai juste couvert mes frais quoi, mais bon à l'époque c'était normal. [...] Ben c'était mon mari qui gagnait la vie. » |
| Contraintes familiales obligeantes Mari ou conjoint | « Ben lui il avait pas du tout envie de cette vie de médecine de campagne... il avait envie d'avoir des enfants et pour lui c'était vraiment pas gérable » |
| Contraintes familiales obligeantes Enfants | « dès le départ j'essayais de faire un mercredi après-midi de dispo quand même, pour être avec mon fils. » |

| | |
|--|--|
| Contraintes familiales obligeantes Famille au sens large | « j'avais une maman qui était très malade donc je m'en occupais beaucoup [...] j'avais le cabinet et je m'occupais de ma maman qui était malade, voilà. » |
| Entourage familial facilitant Mari ou conjoint | « [ndlr sa fille] était... [...] encore à l'école primaire quand je me suis installée [...] et la garderie fermait à 18h30 ! Donc en fait, avant c'est moi qui allais la chercher à 18h30, j'étais en HAD [...] Là je pouvais plus, donc c'est lui [ndlr son mari] qui s'est occupé de la garderie. » |
| Entourage familial facilitant Enfants | « beaucoup de gens me disaient mais comment tu fais avec six enfants mais en fait il y a un avantage c'est qu'ils sont en groupe et [...] s'occupent les uns des autres. » |
| Entourage familial facilitant Famille au sens large | « J'étais bien entourée déjà. Par ma famille. [...] beaucoup de facteurs très favorables qui ont fait que j'ai pu faire tout ça. » |
| ORGANISATION : identification des difficultés d'organisation | |
| Craintes de conséquences négatives sur la vie familiale à l'installation | « je pensais faire des remplacements toute la vie, parce que je me disais que pour concilier effectivement vie de femme et vie professionnelle c'était idéal... » |
| Rôle traditionnel du médecin toujours disponible Disponibilité présenteielle | « Le fait qu'ils puissent te rappeler n'importe quand, que tu puisses y revenir une fois, deux fois, trois fois s'il le faut. [...] j'avais opté pour me rendre disponible vraiment, je pensais pas du tout à ma famille, à mon fils etc. » |
| Cadrement de l'exercice libéral Demandes des patients | « Maintenant, bizarrement, c'est devenu presque ben voilà on est à l'épicerie on vient se servir. Et tout est urgence. » |
| Cadrement de l'exercice libéral Risque d'erreur médicale par épuisement | « je me dis pas trop de consultations par jour, 25 c'est pas mal, après moi je sais que ça commence à tirer et qu'en plus je suis pas contente des consultations que je fais parce qu'à la fin j'en ai marre, donc j'ai l'impression de ... de bâcler, et j'aime pas ça. » |
| Organisation imposée par la continuité des soins | « Mais on part pas si on a pas de remplaçant. Attention. On laisse pas le... par contre on met jamais les collègues en galère... » |
| L'association Contraintes | « Alors comme on est maison de santé on est censé être ouvert le samedi matin, de 8h à midi » |
| Gestion de la charge mentale du médecin chef d'entreprise | « tout ce qui était URSSAF, CARMF ça a été autre chose. [...] La découverte, l'horreur, ça a été hyper compliqué. » |
| ORGANISATION : recherche d'un compromis en pratique | |
| Importance de la famille avant le travail | « tout est organisé autour de la famille en fait » |
| Opportunité professionnelle en adéquation avec le contexte privé | « j'ai cherché après à m'installer dans des conditions qui allaient correspondre à ce que je voulais faire, à la fois au niveau privé et au niveau professionnel. Et du coup je savais le projet de la maison de santé en train de sortir de terre et je savais que ça correspondait, à la fois professionnellement et personnellement, que je pourrais m'y épanouir, donc j'ai sauté sur l'occasion ! » |

| | |
|---|--|
| Cadrement de l'exercice libéral Le médecin responsable du cadrement | « J'ai dit aux secrétaires, j'ai mis un trait (ton affirmé). J'ai mis un trait, j'ai dit « là, tout appel et demande de consultation, y a plus de place, vous me basculez la communication, c'est moi qui gère ». Voilà. Et il a fallu plusieurs étapes en fait, parce que les secrétaires étaient pas habituées, et donc elles rajoutaient en fait ! » |
| L'association Dégager du temps pour la vie privée | « Là les couples qui sont dans la maison de santé autour, je trouve qu'ils ont des rythmes un peu idéales, dans le sens où ils peuvent tous les deux avoir une vie professionnelle idéale [...] en ayant des horaires adaptés pour pouvoir s'occuper, en plus à tour de rôle des enfants, ce qui permet qu'il n'y ait pas l'un qui se sacrifie par rapport à l'autre, et qui permet aussi d'avoir une vie familiale riche pour chacun d'entre eux. » |
| Priorité donnée au confort d'exercice | « on a une secrétaire qui gère beaucoup de choses administratives qu'on avait pas avant, que tu peux pas avoir dans un cabinet toute seule. [...] que la secrétaire puisse leur prendre des rendez-vous plus facilement voilà on passe plus 20 minutes au téléphone pour joindre un spécialiste, donc de fait, les soins on peut plus en assurer je pense que tout seul, et de meilleure qualité pour les patients. » |
| IMAGE DE SOI en tant que médecin : rôle social du médecin | |
| Rôle traditionnel du médecin toujours disponible Disponibilité présente | « Mon associé il restait jusqu'à des heures pas possibles, il était... c'était un homme ! Donc sa femme faisait la compta, faisait la cuisine, faisait les courses, faisait tout, s'occupait des gosses, etc... voilà. Et donc lui il faisait que travailler. » |
| Rôle traditionnel du médecin toujours disponible Disponibilité mentale | « y a une vraie souffrance et comme on l'accueille ici, ben les patients viennent la déposer aussi, et ils savent qu'ils peuvent avoir une oreille attentive. Donc souvent on repart le soir avec les histoires lourdes [...] c'est vrai que ce poids il faut pouvoir s'en décharger un petit peu en arrivant à la maison, pour que la vie de famille n'en pâtisse pas trop voilà. » |
| IMAGE DE SOI en tant que médecin : vision personnelle du rôle du médecin | |
| Image de soi en tant que médecin Création de quelque chose qui m'appartient via l'installation | « c'était le désir d'avoir ma patientèle à moi et de travailler comme moi je le voulais, je crois que c'était ça le moteur de l'installation pour moi. » |
| Image de soi en tant que médecin Liberté permise par l'installation en libéral dans l'exercice médical | « La liberté ! La liberté ouais, la liberté de soigner ton patient comme tu veux. » |
| Image de soi en tant que médecin | « ma vision de la médecine générale c'est plus dans le suivi [...] connaître les gens un peu plus dans leur intimité, |

| | |
|---|--|
| Qualité de la relation médecin – patient | qu’eux viennent se confier, qu’on soit vraiment une personne ressource, je trouve ça hyper gratifiant » |
| Image de soi en tant que médecin Donner du sens à son exercice professionnel | « on voulait aller dans un endroit où y avait un intérêt pour les patients... [...] voilà on avait l’impression qu’à la campagne, surtout dans des zones où on manquait de médecins, on aurait un intérêt quoi. [...] s’installer... voilà là où on pouvait être utile, essayer de l’être en tout cas. C’était ça l’idée au départ, oui. » |
| Image de soi en tant que médecin Partager et transmettre ses connaissances | « aider les internes c’est tout aussi... si ben là pour le coup gratifiant [...] c’est du compagnonnage. Et j’aime bien ça, c’est du partage d’expérience, ça permet de se remettre soi-même en question en plus. Et du coup oui c’est un côté que j’aime bien de... voilà d’aider à la réalisation de la thèse, d’accompagner étape par étape, d’être là pour soutenir. » |
| Image de soi en tant que médecin Diversité de l’exercice professionnel | « La médecine générale c’est assez extraordinaire parce que vraiment tu as un panel très très large [...] tu peux choisir ce que tu veux et puis évoluer » |
| IMAGE DE SOI en tant que mère | |
| Importance de la famille avant le travail | « J’ai toujours privilégié ma famille (ton affirmé). » |
| Image de soi en tant que mère Positive | « Ils avaient besoin de moi au concours, parce que voilà j’étais leur seule référence. [...] j’étais là, à prendre leur angoisse (rires), j’étais présente... j’étais présente voilà. Et ça me semblait important » |
| Image de soi en tant que mère Négative | « Bon j’avais tout le temps une jeune fille qui s’occupait de lui, quand je l’avais, voilà. C’était pas moi qui l’élevais, c’était la jeune fille quoi. Moi j’ai pas élevé mon fils quoi. A part pendant les vacances. » |
| Primauté du désir de maternité | « j’avais surtout décidé d’avoir des enfants et puis ben ma situation professionnelle était passée en second plan après mon désir d’enfant. » |
| IMAGE DE SOI : idéal de conciliation | |
| Imperméabilité entre vie privée et vie professionnelle | « Je leur ai toujours dit à ma famille, quand je suis au travail je suis pas avec vous et je suis pas disponible. [...] Mais j’ai la chance aussi de pouvoir faire la coupure inverse. Quand je suis à la maison, je suis plus du tout (insiste) au travail. J’oublie totalement (insiste sur le mot). » |
| Idéal de la parfaite disponibilité professionnelle et personnelle | « je suis au travail, je suis à 100% au travail. Quand je suis à la maison, je suis à 100% à la maison. Bon c’est super hein, ça me permet d’être disponible et pour les uns, et pour les autres (rires, silence). Voilà. » |
| EPANOUISSEMENT professionnel | |
| Plaisir dans l’exercice professionnel grâce à l’installation | « moi quand je travaille pour les gens, je compte pas mon temps [...] c’est tellement prenant, tellement, pour moi à la fois passionnant et source de beaucoup d’énergie de, de... ouais de bonheur je peux le dire » |

| | |
|---|---|
| Image de soi en tant que médecin Création de quelque chose qui m'appartient via l'installation | « maintenant j'ai mes propres patients, je créais, voilà euh. » |
| Image de soi en tant que médecin Liberté permise par l'installation en libéral Dans l'exercice médical | « La liberté ! La liberté ouais, la liberté de soigner ton patient comme tu veux. » |
| Image de soi en tant que médecin Liberté permise par l'installation en libéral Dans le « choix » de la patientèle | « quand on a sa propre patientèle, elle se façonne et elle s'adapte... et elle part si elle est pas adaptée en fait. Et c'est très bien, faut commencer... un médecin et son patient se retrouvent hein. » |
| Image de soi en tant que médecin Qualité de la relation médecin - patient | « Tous ces mercis parce que voilà on a bien travaillé, parce qu'on a trouvé à temps, parce qu'on a bien accompagné... C'est ça la récompense pour moi, c'est la satisfaction des patients dont on s'occupe (silence). C'est là-dedans que je m'y retrouve. » |
| Image de soi en tant que médecin Partager et transmettre ses connaissances | « c'est très enrichissant. Faut passer le cap. Mais enfin ça c'est une nouvelle étape aussi pour moi, de recevoir les internes, voilà. » |
| L'association Echanger sur la pratique médicale | « moi en 30 secondes j'ai un doute sur un cas clinique d'un patient lambda, j'appelle ma collègue, elle vient... ou j'ai une question de à qui je dois l'adresser, ce qu'elle en pense, ce qui serait le mieux, moi je l'appelle... et mutuellement. Voilà ça a un côté aussi rassurant pour discuter des dossiers. » |
| EPANOUISSEMENT personnel | |
| Image de soi en tant que mère Positive | « au jour d'aujourd'hui je dis que je suis très satisfaite parce que je n'ai pas de frustration justement, je n'ai pas le sentiment d'être passée à côté des choses. Ils sont grands mes enfants maintenant, ils ont entre 13 et 22 ans, et j'ai pas le sentiment d'avoir raté... raté d'étape. [...] Pleinement satisfaite de ce que j'ai pu mettre en œuvre » |
| Liens amicaux | « c'est aussi ce que j'ai adoré c'est que c'est un métier où on se fait beaucoup d'amis. Parce que moi j'ai fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire c'est que je suis devenue amie avec plein plein de patients » |
| Exercice rural Qualité de vie | « ça fait donc un an et demi qu'on est là, même un peu plus, on a trouvé une maison qu'on adore, on se pose, on a trouvé des amis de notre âge, chose qu'on s'attendait pas en fait en si peu de temps. Les gens sont très chaleureux, |

| | |
|---|--|
| | c'est une région vraiment sympa, il fait bon vivre quoi vraiment, c'est... » |
| Temps pour soi | « Et il faut trouver la place pour s'occuper de soi. Même si c'est 2 heures dans la semaine, il faut quand même se le caler, c'est important. [...] pour se ressourcer, pour pas se retrouver en burn out ou une pathologie » |
| EPANOUISSEMENT : apports réciproques | |
| Epanouissement réciproque entre vie privée et vie professionnelle | « on est bien dans sa vie quand on est bien aussi au travail, ça fait partie de sa vie, ça prend une grande part quand même le travail. » |
| Enrichissement réciproque entre vie privée et vie professionnelle | « Voilà c'était extrêmement riche quoi finalement c'est... j'ai appris beaucoup sur l'humain grâce... grâce à ces liens que j'ai avec les gens, cette confiance qui est à un niveau, d'une profondeur absolument incroyable et avec la multitude de personnes que l'on voit, avec qui on a des liens et dont on connaît l'histoire, ça permet d'avoir 50 vies en une vie quoi. Et ça c'est d'une richesse incroyable. Je connais pas beaucoup de métiers qui soient comme ça » |
| ORIGINES SOCIO-FAMILIALES | |
| Cadre familial facilitant Famille au sens large | « je les amenais chez mes parents l'été [...] Donc, un mois par an ils partaient chez mes parents, ensuite ils avaient les colonies de vacances, voilà. » |
| Modèles familiaux | « j'ai toujours connu des femmes dans ma famille qui ont... c'était pas des femmes au foyer, voilà, elles avaient leur propre carrière, et elles ont pas eu, elles ont jamais eu à sacrifier leur carrière pour leur mari ou pour leurs enfants. Donc j'avais déjà ce [...] modèle là de femmes qui s'accomplissent à la fois dans leur travail et dans leur vie privée sans avoir à sacrifier l'un ou l'autre. » « Alors moi mes deux parents étaient médecins donc chirurgien et anesthésiste. Et donc se levaient beaucoup la nuit, beaucoup d'urgences. Et c'est vrai que nous on a eu beaucoup des personnes qui vivaient à la maison nuit et jour quand on était petit, pour qu'il y ait quelqu'un la nuit. Et [...]c'est vrai que je l'envisageais de façon différente. Ce que j'ai vécue enfant et ce que je voulais vivre pour mes enfants, pour ma famille » « Avec une maman qui était mère au foyer, ce n'était pas quelque chose que vous vous avez envisagé ? Non jamais, parce que, bon moi je suis de la génération 68 [...] Et donc on a tous dit, on était six aussi dans notre famille, et on a tous dit à notre mère qu' elle était vraiment nulle d'avoir rien fait de sa vie, qu'elle avait juste fait six enfants et elle a été très déséquilibrée par ça et elle s'est mis à travailler, parce que nous, on l'estimait pas pour ça » |

| REPRESENTATIONS PERSONNELLES : Plaisir dans l'exercice professionnel | |
|--|--|
| Plaisir dans l'exercice professionnel | « Je voulais pas être médecin libéral. [...] Voilà et puis en fait j'ai beaucoup beaucoup aimé ça m'a beaucoup beaucoup étonnée. C'est que j'ai adoré ce métier et j'avais dit que 10 ans après je partirais. Et puis je suis resté 34 ans au même endroit avec beaucoup beaucoup de plaisir. » |
| REPRESENTATIONS PERSONNELLES : Confort d'exercice perçu | |
| Image de soi en tant que médecin Liberté permise par l'installation en libéral Dans l'organisation du temps de travail | « enfin le luxe de cette profession c'est qu'on peut... si on veut rayer son planning, on raye son planning, si on veut travailler tant de jours par semaine, on travaille tant de jours par semaine, on fait les jours qu'on veut, bon enfin qu'on veut... enfin tout en restant raisonnable sur la demande » |
| Exercice urbain ou semi-urbain Existence de relais de continuité des soins facilitants | « Bon on est aussi dans une ville où y a... des services, SOS médecin, des maisons médicales, fin on n'abandonne pas non plus le patient si on n'est pas disponible à la minute, voilà. Ça c'est une grosse sécurité, voilà. Je pense qu'on demande pas la même disponibilité à un médecin qui vit, qui est tout seul à la campagne » |
| Exercice rural Possibilité d'imposer ses choix | « c'était plus facile je trouve parce que du coup comme y a quand même un certain désert médical, mine de rien je pouvais arriver et imposer mes choix. Donc ben de pas travailler le mercredi, d'être sur rendez-vous, et puis certaines choses que je pense que si y avait eu une densité médicale très forte ç'aurait été moins facile d'imposer pour moi. [...] Sur l'articulation vie privée vie professionnelle du coup la campagne c'était parfait. » |
| Priorité donnée au confort d'exercice professionnel | « pour moi il faut limiter dans la journée et c'est aussi ne pas... avoir des jours un peu off, des moments où je peux couper et prendre un peu de distance et pas faire ça 5 jours sur 5, ça c'est pas possible. » |
| REPRESENTATIONS PERSONNELLES : Impact financier perçu | |
| Déterminant financier Besoins financiers du foyer | « pour revenir sur la régularité financière, pour moi c'est important parce que j'envisageais d'acheter. [...] pour moi il fallait que je sache qu'est-ce qui rentre, qu'est-ce qui sort et avoir ce côté régulier qui fait que ça m'angoisse moins. » |
| Déterminant financier Des revenus confortables | « on travaille plus l'hiver que l'été parce qu'il y a besoin. Mais après c'est pas, enfin l'aspect financier... on adapte nos besoin à nos revenus quoi. Parce qu'on peut se le permettre, évidemment que le... le revenu est satisfaisant de base quoi. » |
| DETERMINANT FINANCIER | |
| Déterminant financier Répartition des revenus au sein du couple | « il a repris une activité professionnelle où il devait s'investir beaucoup. On avait très peu, il gagnait très peu de sous parce que c'était une entreprise nouvelle [...] vivre à 2 sur son revenu à lui c'était pas possible. » |

| | |
|---|--|
| Déterminant financier Déterminant financier absent dans la décision d'installation | « Le côté financier, ça a pas joué. [...] j'ai gagné vite ma vie quand même. J'ai jamais été en difficulté financière depuis que je suis installée » |
| Déterminant financier Apports financiers extérieurs | « Je voulais plus une journée en entier, mais finalement j'ai qu'une demi journée. [...] c'est parce que ça répondait à mon aide d'installation c'est pour ça. Pour avoir ce dont je t'ai parlé là le PTMG, il faut exercer ... [...] 9 demi-journées par semaine » |
| Déterminant financier Besoins financiers du foyer | « une grande famille, on a beaucoup de frais, on pourrait vivre plus simplement j'imagine mais faut quand même assurer un minimum. Donc il fallait travailler pour...» |
| Déterminant financier Des revenus confortables | « quand on travaille beaucoup et qu'on est médecin et ben on a un peu d'argent et on peut faire des choses sympas et je leur fais valoir aussi hein que c'est de la chance de partir en voyage aussi, c'est parce qu'on travaille bien. » |
| L'association Partager les frais | « on s'est installé avec mon conjoint au même endroit. [...] Du coup nous partageons le même bureau. [...] c'était pour les histoires de frais, de frais de cabinet » |
| EXPERIENCES PASSES en poste salarié | |
| Expériences passées Difficultés de l'exercice salarié Epuisement professionnel par disponibilité permanente | « A l'HAD j'étais de garde une à deux semaines par mois, téléphoniques hein, mais je pouvais être appelée toutes (insiste sur le mot) les nuit. Quand tu fais 15 jours d'affilée et que t'es réveillée toutes les nuits pour gérer des problèmes c'est extrêmement lourd. [...] j'avais l'impression d'être harcelée au téléphone. [...] Faut être disponible constamment ! » |
| Expériences passées Difficultés de l'exercice salarié Une liberté d'exercice médical limitée | « Parce que en tant que salariée, là où j'étais [...] en fait je n'étais pas libre de rien, de mes prescriptions [...] j'avais la pression de la pharmacie de la clinique, j'avais la pression des autres médecins qui me demandaient de faire des choses qui ne m'appartenaient pas » |
| Expériences passées Difficultés de l'exercice salarié Une liberté de planning limitée | « j'avais pratiqué 20 ans à l'hôpital, [...] je... connaissant les difficultés hospitalières, c'est quand même compliqué de bosser à l'hôpital avec les restrictions budgétaires, enfin voilà, toutes les difficultés d'organisation de service qu'on peut connaître hein... manque de personnel, problème pour prendre des vacances, désorganisation de service, bon j'en passe ! |
| Expériences passées Difficultés de l'exercice salarié Mais sécurité de l'emploi et des revenus | « Mais en fait j'en ai un peu fait [...] en maison de soins de suite [...] peut-être plus confortable d'un point de vue financier dans le sens où on a un salaire on n'a pas à se préoccuper des charges, tout ça. » |

| EXPERIENCES PASSEES en remplacements | |
|--|--|
| Expériences passées Difficultés des remplacements Une liberté d'exercice médical limitée | « le remplacement de longue durée, t'es pas libre non plus, tu rentres dans les chaussons de quelqu'un, t'es obligée de suivre un petit peu, surtout à l'époque » |
| Expériences passées Difficultés des remplacements Une liberté de planning limitée | « les remplacements me faisaient abandonner la maison trop souvent. C'était les périodes de vacances scolaires, donc moi j'avais un fils, donc c'était compliqué pour lui, c'était dur pour lui. » |
| Expériences passées Difficultés des remplacements Insécurité de l'emploi et des revenus | « moi je me sens plus en sécurité que quand j'étais que remplaçante, je te dis parce que l'époque était pas la même, on travaillait sans contrat, ils pouvaient t'annuler comme ça du jour au lendemain le remplacement. » |
| EXPERIENCES PASSEES : Expériences d'autres médecins rencontrés | |
| Expériences passées L'exemple d'un mentor | « sa façon de se comporter [ndlr mon associé et mentor] c'était un dévouement complet, donc c'est pour ça que j'ai adopté le dévouement complet. » |
| Expériences passées Contre exemples d'autres médecins rencontrés | « on a vu aussi, enfin dans notre parcours, je pense que t'en as vu aussi, des gens qui se sont cramés un peu au travail [...] on en a vu s'installer, même après nous, et déjà repartir parce qu'ils se sont installés tout seul et qu'ils sont partis parce que c'était pas tenable quoi. » |
| MARCHE DU TRAVAIL : lieu d'installation rural | |
| Exercice rural La charge de la continuité des soins est plus importante | « on est à la campagne (rires) avec ses avantages et ses petits désagréments (rires) voilà. Euh si les gardes, les gardes oui c'est quand même un soucis parce qu'on en a pas mal. Beaucoup plus que par rapport à la ville. » |
| Exercice rural Qualité de vie | « mais à la campagne on a une qualité de vie. » |
| MARCHE DU TRAVAIL : lieu d'installation urbain | |
| Exercice urbain ou semi-urbain Existence de relais de continuité des soins facilitants | « avec un métier sur la * qui me permettait d'avoir SOS Médecin pour faire les gardes, des remplaçants facilement... voilà. » |
| MARCHE DU TRAVAIL : Opportunité | |
| Opportunité professionnelle En adéquation avec le contexte privé | « c'était bien pour moi, ce cabinet là et ce mode d'organisation que je pouvais poursuivre, avec seulement 4 jours par semaine, avec un métier sur la * qui me permettait d'avoir SOS Médecin pour faire les gardes, des remplaçants facilement... [...] c'était vraiment des conditions d'exercice que je trouvais idéales, en sachant que j'avais 3 enfants au moment de m'installer déjà et que j'avais l'intention de m'en occuper (sourit), voilà » |

| | |
|--|---|
| | « J'ai eu la chance de rencontrer, euh.... Une jeune femme de ma, plus ou moins de ma promo [...] on avait un peu les mêmes aspirations, les mêmes envies, le même timing et puis on s'est dit voilà pourquoi pas se... s'installer ensemble ? » |
| Liens amicaux | « le projet était porté par ma meilleure amie et son compagnon qui étaient en train de monter la maison de santé, donc je les connaissais très bien, je savais très bien ce qu'il y avait dans le projet de santé du coup. Et quand le moment est venu de m'installer, je savais que ça correspondait parfaitement à ce que je voulais faire et du coup j'avais pas trop de crainte de m'installer avec eux. » |
| MARCHE DU TRAVAIL : contexte de concurrence | |
| Opportunité professionnelle Contexte de concurrence | « il fallait une présence nuits, jours, pour vraiment... Parce qu'à l'époque c'était ça. A l'époque tu t'installais, fallait te battre contre tous les médecins qui étaient installés dans le quartier, qui essayaient de récupérer un maximum de patientèle » « c'était plus facile je trouve parce que du coup comme y a quand même un certain désert médical, mine de rien je pouvais arriver et imposer mes choix. Donc ben de pas travailler le mercredi, d'être sur rendez-vous, et puis certaines choses que je pense que si y avait eu une densité médicale très forte ç'aurait été moins facile d'imposer » |
| Exercice rural Possibilité d'imposer ses choix | « on est dans une zone de pénurie de médecin, ce qui fait que les gens ils en sont quand même je crois dans l'ensemble [...] satisfaits. Parce qu'il y a quand même une offre de soins qui est là, qui n'est pas partout dans les villages autour ou même les petites villes autour. » |

Annexe 10 : Consignes aux auteurs pour la rédaction d'article dans la revue Médecine

Style de la revue :

Les recommandations qui suivent ont pour objet de vous aider à respecter la forme et « l'esprit *Médecine* ».

L'esprit de *Médecine* est clairement pratique et pédagogique. Il vise à apporter des informations factuelles à jour, c'est-à-dire reposant sur les données disponibles à la date de rédaction, utiles à la pratique, sous une forme condensée en facilitant l'appropriation. Les opinions et/ou l'expérience personnelle de l'auteur sont clairement séparées dans l'exposé des informations factuelles ou consensuelles, que ce soit dans le texte lui-même, la discussion, les conclusions, le résumé, les tableaux et figures. Il convient d'aider le lecteur à décrypter des informations surabondantes et à adapter sa pratique aux conditions de son exercice. L'analyse doit donc être critique et contradictoire. Toutes les sources doivent être transparentes, référencées et appelées dans le texte.

Présentation du manuscrit :

Pour tout article (sauf les éditoriaux qui n'ont pas de résumé en français ni en anglais) :

La page de titre inclut :

- le titre en français et en anglais qui doit être concis mais informatif ;
- un titre court ;
- le prénom et le nom de chaque auteur ;
- le nom et l'adresse de l'auteur auquel la correspondance doit être adressée avec numéro de téléphone, et l'adresse électronique ;
- l'affiliation professionnelle de chaque auteur ;
- les liens d'intérêts (ou leur absence) doivent être notifiés sur la page de garde, nominale pour chaque auteur.
- un chapeau : ce n'est pas un résumé mais plutôt une présentation synthétique du contexte et de l'apport de l'article en 6 à 8 lignes pour motiver la lecture.
- un résumé en français ;
- 3 à 6 mots clés en français.
- un résumé en anglais ;
- 3 à 6 key words en anglais.

L'article se termine par un encadré soulignant les messages clés utiles à la pratique.

Normes techniques :

Des articles brefs sont souhaités, si possible ne dépassant pas un maximum de 3 à 5 pages de revue, soit 15 000 à 25 000 signes, espaces compris (les encadrés ainsi que les dessins ou illustrations, tableaux et figures, au nombre maximum de 5, occupant généralement un espace équivalent à 1 000 signes).

Pour les éditoriaux la limite est de 9 500 à 12 000 caractères c'est-à-dire n'excédant pas 2 pages.

Cette « règle » peut être exceptionnellement dépassée si nécessaire, selon l'intérêt du sujet. Le comité de rédaction se réserve la possibilité de publier un article long sur plusieurs numéros de la revue.

- Le titre est rédigé en police Calibri 26, les sous-titres en Calibri 16 et les intertitres en Calibri 12.
- Le texte est rédigé en police Calibri 11.
- Aucune autre hiérarchisation n'est admise.

Références :

Les références sont numérotées dans l'ordre dans lequel elles sont mentionnées pour la première fois dans le texte (chiffres arabes). Elles apparaissent dans le texte entre crochets. Elles sont en nombre limité à 20 sauf exception à justifier.

Tableaux :

Chaque tableau est dactylographié, inséré dans le texte à l'endroit correspondant. Les tableaux sont numérotés (chiffre arabe) dans l'ordre de leur première citation dans le texte. Les explications ou notes diverses figurent au-dessous des tableaux.

Abréviations et symboles :

Le terme en entier précède l'abréviation lors de sa première apparition dans le texte (sauf s'il s'agit d'une unité de mesure internationale). Il est conseillé d'utiliser le minimum d'abréviations et jamais lorsqu'un terme est utilisé moins de 3 fois.

Annexe 11 : Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) 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 leurs 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction : Il existe actuellement une féminisation de la profession en MG, une mutation des pratiques et une dégradation de la densité médicale en MG. Notre objectif était d'explorer les déterminants influençant la conciliation entre vie privée et vie professionnelle des femmes MG au moment de leur installation en libéral.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs jusqu'à saturation des données, auprès de femmes médecins généralistes installées en libéral. L'analyse a permis un codage thématique avec triangulation des données.

Résultats : 11 entretiens ont été réalisés de mai à octobre 2019 auprès de femmes MG de profils différents. Ils nous ont permis de mettre en évidence 8 déterminants à la conciliation entre vie privée et vie professionnelle des femmes au moment de leur installation : image de soi, organisation, expériences passées, origines socio-familiales, recherche d'épanouissement, représentations personnelles, paramètre financier et marché du travail.

Discussion : Ces déterminants interagissent et s'intègrent dans des stratégies de régulation du temps de travail avec une priorité donnée à la famille. Cela montre un effet de génération avec des mutations dans les pratiques professionnelles, dans la vie de famille et dans les rapports au genre. Au moment de l'installation, c'est l'opportunité professionnelle intégrant le projet familial qui permet aux femmes MG de s'installer. C'est sur cette notion que l'on peut travailler pour favoriser l'installation des femmes MG.

Mots-clés : féminisation, médecine générale, installation, libéral, vie privée.

ABSTRACT

Introduction : The field of general medicine is currently undergoing a feminization of the medical profession, a change of practices and a degradation of the medical density. Our objective was to explore the factors influencing the conciliation of the private and professional lives of female general practitioners at the time of their establishment in the liberal field.

Methods : We performed a qualitative study by way of individual semi-directed interviews with women general practitioners established in the liberal field, conducted until reaching data saturation. Analysis was done by thematic coding and data triangulation.

Results : 11 interviews were performed from May to October 2019 with female general practitioners of different profile. We identified 8 determining factors in the conciliation of the private and professional lives of women at the time of their establishment: self-image, organisation, past experiences, socio-familial origins, search for fulfillment, subjective representations, financial parameter and job market.

Discussion : These factors interact and integrate into strategies of regulation of work time, with priority to family. This shows a generation effect with changes in professional practices, family life and relationship to gender. At the time of establishment, it is the professional opportunity that integrates the family project that allows women to settle. This can be used to favor their establishment.

DISCIPLINE : Médecine Générale

UFR DES SCIENCES MEDICALES – UNIVERSITE DE BORDEAUX
146 rue Léo Saignat - Case 16 – Espace Santé - 33 076 BORDEAUX

RESUME

Introduction : Il existe actuellement une féminisation de la profession en MG, une mutation des pratiques et une dégradation de la densité médicale en MG. Notre objectif était d'explorer les déterminants influençant la conciliation entre vie privée et vie professionnelle des femmes MG au moment de leur installation en libéral.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs jusqu'à saturation des données, auprès de femmes médecins généralistes installées en libéral. L'analyse a permis un codage thématique avec triangulation des données.

Résultats : 11 entretiens ont été réalisés de mai à octobre 2019 auprès de femmes MG de profils différents. Ils nous ont permis de mettre en évidence 8 déterminants à la conciliation entre vie privée et vie professionnelle des femmes au moment de leur installation : image de soi, organisation, expériences passées, origines socio-familiales, recherche d'épanouissement, représentations personnelles, paramètre financier et marché du travail.

Discussion : Ces déterminants interagissent et s'intègrent dans des stratégies de régulation du temps de travail avec une priorité donnée à la famille. Cela montre un effet de génération avec des mutations dans les pratiques professionnelles, dans la vie de famille et dans les rapports au genre. Au moment de l'installation, c'est l'opportunité professionnelle intégrant le projet familial qui permet aux femmes MG de s'installer. C'est sur cette notion que l'on peut travailler pour favoriser l'installation des femmes MG.

Mots-clés : féminisation, médecine générale, installation, libéral, vie privée.

ABSTRACT

Introduction : The field of general medicine is currently undergoing a feminization of the medical profession, a change of practices and a degradation of the medical density. Our objective was to explore the factors influencing the conciliation of the private and professional lives of female general practitioners at the time of their establishment in the liberal field.

Methods : We performed a qualitative study by way of individual semi-directed interviews with women general practitioners established in the liberal field, conducted until reaching data saturation. Analysis was done by thematic coding and data triangulation.

Results : 11 interviews were performed from May to October 2019 with female general practitioners of different profile. We identified 8 determining factors in the conciliation of the private and professional lives of women at the time of their establishment: self-image, organisation, past experiences, socio-familial origins, search for fulfillment, subjective representations, financial parameter and job market.

Discussion : These factors interact and integrate into strategies of regulation of work time, with priority to family. This shows a generation effect with changes in professional practices, family life and relationship to gender. At the time of establishment, it is the professional opportunity that integrates the family project that allows women to settle. This can be used to favor their establishment.

DISCIPLINE : Médecine Générale

UFR DES SCIENCES MEDICALES – UNIVERSITE DE BORDEAUX
146 rue Léo Saignat - Case 16 – Espace Santé - 33 076 BORDEAUX