



HAL
open science

Parent et médecin généraliste : une réorganisation nécessaire ?

Barbara Le Cocq

► **To cite this version:**

Barbara Le Cocq. Parent et médecin généraliste : une réorganisation nécessaire ?. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04384117

HAL Id: dumas-04384117

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04384117>

Submitted on 10 Jan 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2023

N°

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Barbara LE COCQ

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2023

Parent et médecin généraliste : une réorganisation nécessaire ?

Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directrice de thèse : Madame la Docteure Marie-Françoise LEMORT

Remerciements

Au Professeur Cédric RAT,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci de votre implication auprès des étudiants de médecine générale.

À la Professeure Anne SAUVAGET,

Je vous suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté d'évaluer mon travail de thèse. Merci de vous être rendue disponible pour ma soutenance, malgré vos nombreuses obligations universitaires et hospitalières.

À la Docteure Sandrine HILD,

Je vous remercie d'avoir accepté aussi rapidement de participer à mon jury de thèse, sans même me connaître. J'espère que mon travail saura vous intéresser.

À l'URML des Pays de La Loire,

Je vous remercie d'avoir relayé ma thèse auprès des médecins de Loire-Atlantique. La rapidité de votre contribution m'a été précieuse.

À Marie,

Je te remercie infiniment d'avoir accepté de m'accompagner et de t'être investie dans ma thèse universitaire en tant que directrice. Merci de m'avoir si chaleureusement accueillie au sein de ton ancien cabinet quand je débute mon internat de médecine générale. Merci de m'avoir montré la voie d'une médecine empathique, sans jamais s'oublier soi-même.

Remerciements

À mes parents, qui m'ont soutenue tout au long de mes études, de médecine et même avant. Merci d'être des parents (et grands-parents) aussi aimants et joyeux. Merci aussi pour le grain de folie.

À mon frère, sa compagne et mes neveux, Pierric, Valentine, Andréa et Marceau, merci d'avoir été présents et d'avoir su insuffler un vent de légèreté quand c'était nécessaire.

À ma sœur, Clara, un océan et un continent nous séparent mais nos liens sont indéfectibles. Merci de te rendre disponible pour ta famille, et de montrer la voie d'une femme forte et indépendante.

À mes grands-parents, Mamie, Papy, Marie, à ma grand-tante Jacqueline, et à toute ma famille, de près ou de loin, votre présence et soutien m'ont toujours été très chers.

À mon mari, Malcolm, merci d'être mon point d'ancrage, ma motivation dans les pires heures. Merci pour ta patience, ton amour sans fin. À notre fille Pénélope, tu es mon rayon de soleil, cette thèse c'est toi qui me l'as inspirée.

À ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie parmi vous, merci d'être un soutien pour notre famille entière.

À mon amie de longue date, Marylou, tu es comme une sœur. J'ai pu compter sur ta bonne humeur, ton esprit d'initiative et ta gentillesse tout au long de mon parcours, tu as même traversé la France pour être là aujourd'hui ; infiniment, merci.

À mes amies de la faculté de Tours, Alicia, Aude, Élise, Doriane, à vos conjoints, merci d'être fidèles au poste. Merci pour les soirées, les anniversaires, les mariages, les « vendredis calories », les déguisements, les séances de piscine. Nos souvenirs ensemble sont exceptionnels, je chéris notre amitié à chaque instant.

À mes amis de Nantes, qui bien souvent vont par deux (ou plus) : Domitille et Gauthier, Suzanne et Adrien, Sonia et Carl, Lucile et Thomas, Violaine et Simon, Baptiste et Manon, Valentin et Antoine, et aux nombreux autres. Vous avez contribué à rendre mon internat plus doux, vous êtes comme une (très grande) famille que j'aurais choisie, merci d'être là.

À mes collègues du cabinet médical de Villedieu La Blouère, Mélodie, Nancy, Pascal et Pauline, merci pour votre bienveillance, vos conseils, et vos bonnes blagues. Aux trois secrétaires formidables de ce cabinet, Gaëtane, Lydie, et Séverine, et aux kinés, Anne, Anne-Carole, Frank et François, merci de contribuer à la bonne humeur générale. Quelle joie de me projeter au sein de ce cabinet !

À mes anciens maîtres de stage, je pense notamment à Frank, Véronique, Martin, Gaëlle, Marc et Michelle, aux deux Catherine, secrétaires de St Père en Retz, à toute l'équipe du service de médecine de Pornic, à celles qui sont devenues des amies, à Clémence, Agathe, Cécile, Dorothee, Sandra, à tous les autres, merci de votre accueil et d'être autant d'images de soignants investis tant au travail qu'en famille.

À Catherine Bastard, sage-femme au CHU de Tours, qui, sans le savoir, à un moment de grand questionnement sur mon futur, a réinsufflé de l'espoir en me faisant découvrir l'univers de la consultation.

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	4
I. Tableaux.....	4
II. Figures.....	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	6
PRÉAMBULE.....	7
CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	8
I. Évolution démographique en France.....	8
A. Fécondité : généralités.....	8
B. Âge à la naissance des enfants.....	8
C. Différences selon les catégories socio-professionnelles.....	9
D. Fécondité des hommes.....	11
E. Démographie médicale.....	11
II. Évolutions de la vie familiale.....	12
A. Parentalité.....	12
B. Évolution de la famille.....	15
C. Bon développement de l'enfant.....	17
1. Émergence de normes éducatives.....	17
2. Apport de la théorie de l'attachement.....	18
3. Injonction d'être un « bon parent ».....	19
4. Temps parental augmentant avec les exigences éducatives.....	20
III. Vie professionnelle.....	21
A. Petite histoire du travail.....	21
B. Pourquoi travailler ?.....	24
C. Plaisir au travail.....	26
D. Identité du médecin généraliste.....	28
E. Féminisation de la médecine générale.....	30
IV. Synthèse.....	31
CHAPITRE II : MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	34
I. Type d'étude.....	34
II. Population.....	34
III. Méthodologie et déroulement de l'étude.....	34

IV. Questionnaire (<i>annexe 1</i>)	35
CHAPITRE III : RÉSULTATS	36
I. Participation	36
II. Description de l'échantillon	36
A. Caractéristiques personnelles et familiales	36
1. Genre.....	36
2. Âge.....	36
3. Situation familiale.....	37
4. Moyens de garde des enfants	39
B. Caractéristiques professionnelles.....	40
1. Mode d'exercice	40
2. Âge à l'installation.....	40
3. Conditions de travail.....	41
4. Temps hebdomadaire professionnel	42
5. Participation à la permanence des soins	43
C. Concernant les parents d'enfants	43
1. Retentissement de leur vie familiale sur leur vie professionnelle	43
2. Thèse et projet de grossesse.....	45
3. Retentissement de leur vie professionnelle sur leur vie familiale	45
4. Répartition temporelle entre vie professionnelle, temps parental, loisirs personnels et tâches ménagères.....	46
5. Priorisation entre vie professionnelle et vie familiale	47
6. Satisfaction des médecins quant à leur vie familiale et professionnelle....	48
7. Les enfants devenant autonomes : réorganisation ou non ?.....	50
D. Concernant les médecins sans enfant.....	51
E. Représentation de l'étudiant en médecine de la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle du médecin généraliste.....	52
III. Statistiques analytiques	53
A. Résultats de l'analyse selon le sexe (cf. tableau 6).....	53
B. Résultats de l'analyse selon l'âge (cf. tableau 7).....	55
C. Résultats selon la présence ou l'absence d'enfants (cf. tableau 8)	57

D. Résultats selon le mode d'exercice (cf. tableau 9).....	58
CHAPITRE IV : Discussion.....	61
I. Accueil de l'enquête.....	61
II. Critique de la méthode.....	61
A. Choix du type d'étude.....	61
B. Limites de l'étude.....	62
III. Principaux résultats de l'étude.....	62
A. Caractéristiques de la population.....	62
1. Sexe et âge.....	62
2. Situation conjugale.....	64
3. Fécondité et âge au premier enfant.....	65
B. Conditions de travail.....	66
C. Enfants.....	66
D. Charge de travail.....	67
E. Être parent et médecin.....	68
F. Père et médecin.....	71
G. Répartition plus équilibrée des temps chez les jeunes médecins.....	73
H. Médecins salariés.....	74
IV. Pistes de réflexion.....	75
CHAPITRE V : Conclusion.....	78
Annexe 1 : Questionnaire de thèse.....	80
Annexe 2 : Représentation des corrélations significatives selon l'âge du médecin.....	85
Bibliographie.....	86

TABLE DES ILLUSTRATIONS

I. Tableaux

Tableau 1 : profession du conjoint	37
Tableau 2 : Médecins travaillant le mercredi et le samedi	43
Tableau 3 : Empiètement de la vie professionnelle sur la sphère privée.....	46
Tableau 4 : Taux satisfaction du médecin quant à sa vie familiale et sa vie privée.....	49
Tableau 5 : Degré d'adhésion du médecin au sentiment d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale.....	50
Tableau 6 : Incidence du genre du médecin sur la répartition de la population étudiée et sur son comportement	53
Tableau 7 : Incidence de l'âge du médecin sur la répartition de la population étudiée et sur son comportement	56
Tableau 8 : Incidence de la parentalité du médecin sur la répartition de la population étudiée et sur son comportement.....	57
Tableau 9 : Incidence du mode d'exercice du médecin sur la répartition de la population étudiée et sur son comportement.....	59

II. Figures

Figure 1 : Répartition des premières naissances selon l'âge de la mère.....	9
Figure 2 : Âge moyen à la première maternité selon le diplôme de la mère en 2006 et 2012.....	10
Figure 3: Théorie des besoins selon Maslow (1954).....	26
Figure 4 : Modèle intégratif de la motivation au travail (Klein, 1989)	27
Figure 5: Représentation de l'âge de l'échantillon.....	36
Figure 6: Répartition de la 1 ^{ère} naissance selon l'âge du parent.....	38
Figure 7: Répartition des foyers selon le nombre d'enfant(s)	38
Figure 8 : Répartition des âges du premier et du dernier enfant	39
Figure 9 : Répartition des modes de garde pour les enfants en âge préscolaire	39
Figure 10 : Répartition des modes de garde pour les enfants en âge scolaire	40
Figure 11 : Répartition des modes d'exercice	40
Figure 12 : Age des médecins à l'installation	41
Figure 13 : Répartition des milieux d'exercice	41

Figure 14 : Distribution des médecins selon le volume horaire travaillé	42
Figure 15 : Représentation en boîtes à moustache du nombre de demi-journées travaillées et de temps libre	42
Figure 16 : Répartition des médecins selon s'ils ont retardé un projet professionnel ou non en raison de leurs enfants	44
Figure 17 : Répartition du type de projet retardé par les enfants	44
Figure 18 : Répartition des conséquences en cas d'impératif familial aigu	45
Figure 19 : Répartition des médecins selon s'ils ont retardé un projet d'enfant au profit d'une activité professionnelle.....	45
Figure 20 : Répartition de l'adhésion au sentiment que les horaires de travail sont adaptés à ceux de leurs enfants.....	46
Figure 21 : Représentation du classement du temps consacré à chaque domaine : vie familiale, professionnelle, loisirs, tâches quotidiennes	47
Figure 22 : Répartition des réponses : Priorisation entre vie familiale et professionnelle	48
Figure 23 : Représentation en boîte à moustache de la priorisation entre vie familiale et professionnelle	48
Figure 24 : Distribution des médecins selon le degré de satisfaction de leur vie familiale et professionnelle.....	49
Figure 25 : Distribution des médecins selon leur adhésion au sentiment d'équilibre entre vie familiale et professionnelle.....	50
Figure 26 : Répartition des réponses à la question : quand vos enfants ont/auront gagné en autonomie, pensez-vous modifier votre façon de travailler ?.....	51
Figure 27 : Distribution des médecins selon le degré d'adhésion, en choisissant la spécialité de médecine générale, que la spécialité permettait un bon équilibre entre vie professionnelle et vie familiale	52
Figure 28 : Représentation des moyennes d'âge selon la satisfaction professionnelle des médecins et leur sentiment d'équilibre entre vie professionnelle et familiale	56
Figure 29 : Répartition des médecins généralistes libéraux par tranche d'âge et par sexe en Pays de la Loire de 2016 à 2021	63
Figure 30 : Répartition des médecins de notre étude par tranche d'âge.....	63

LISTE DES ABRÉVIATIONS

C2S : Complémentaire Santé Solidaire

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CES : Certificat d'Études Spéciales

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DMG : Département universitaire de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FMC : Formation Médicale Continue

ICF : Indicateur Conjoncturel de Fécondité

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IUT : Institut Universitaire de Technologie

L. AS : Licence avec option Accès Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ORS : Observatoire régional de la Santé

PACS : Pacte Civil de Solidarité

PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PLFSS : Projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale

PMA : Procréation Médicalement assistée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

URML 44 : Union Régionale des Médecins Libéraux Pays de la Loire

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

PRÉAMBULE

La formation du médecin spécialiste en médecine générale s'étale depuis la rentrée 2023 sur au moins dix ans. Après une première année en Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) ou en Licence avec option Accès Santé (L. AS), le candidat admis en médecine participe au premier cycle d'études médicales se déroulant en deux années d'apports théoriques et pratiques, puis au deuxième cycle ou externat se déroulant sur trois années. Il passe alors le concours de l'internat où il aura le choix de sa spécialité. Enfin, depuis la réforme du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) adopté en 2022, le jeune médecin fera son internat pendant quatre ans pour obtenir son diplôme d'études spécialisées en médecine générale. (1)

Le jeune médecin généraliste doit également se consacrer à une thèse d'exercice pour obtenir son diplôme de Docteur en médecine générale. C'est donc autour de 30 ans, selon une thèse soutenue à Bordeaux, qu'il obtient son titre de Docteur. Il débute alors son exercice à un âge charnière sur le plan familial. En effet, celui-ci coïncide avec l'âge moyen des parents français pour avoir des enfants : 30,2 ans, selon le recensement de 2016. (2) (3)

Alors qu'en 2010, un homme et une femme consacraient respectivement 43 et 86 minutes par jour à leurs enfants (4) et qu'un médecin généraliste libéral déclare travailler en moyenne 54 heures par semaine (5) nous comprenons bien que les emplois du temps s'entrechoquent. À cet essor, la féminisation de la profession aurait contribué à faire évoluer les conditions d'exercice, sortant du modèle du médecin de famille répondant lui-même 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux demandes de ses patients, au profit d'une meilleure qualité de vie. Par ailleurs, la diversité des modes d'exercice : salarié, libéral, mixte, au sein de cabinet de groupe, de structure pluriprofessionnelle, semble promettre de s'adapter au profil de chaque médecin. Pour accorder professionnalisme et bien-être des enfants, des choix de vie et de carrière semblent nécessaires.

Quelques thèses ont abordé de façon qualitative et quantitative les conséquences de la maternité sur la vie professionnelle des médecins généralistes. Cependant, les représentations de la parentalité ont également évolué chez les hommes. Dès lors, il paraît intéressant d'étudier les répercussions de la parentalité sur l'organisation des médecins généralistes quel que soit leur sexe, ainsi que d'évaluer leur épanouissement à la suite de ces modifications.

CHAPITRE I : INTRODUCTION

I. Évolution démographique en France

A. Fécondité : généralités

Le taux de fécondité correspond au nombre de naissances vivantes de l'année rapporté à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (de 15 à 50 ans). L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) peut se comprendre comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si les conditions de fécondité restaient les mêmes qu'au moment de l'évaluation. Les calculs sont basés sur les données d'état civil et de recensement.

Le taux de fécondité est conditionné par de nombreux facteurs (6) parmi lesquels :

- Les variables biologiques et liées à l'état de santé de la population qui conditionnent la fertilité (capacité biologique à avoir des enfants) ;
- La qualité du système de soins : par exemple l'offre de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Les variables sociétales et culturelles comme le statut des femmes, le niveau d'éducation, la prise en charge du congé maternité, la législation de l'avortement ;
- Les flux migratoires.

Les variations de l'ICF à la baisse ou à la hausse sont donc fréquentes et peuvent s'observer après des décisions politiques sociales. Par exemple, la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse en 1975 s'est suivie d'une baisse de la fécondité (7). Depuis les années 2000, l'ICF diminue de nouveau (seule exception 2021, correspondant aux « bébés COVID »). Selon l'INSEE, en 2022, l'ICF était calculé à 1.80 enfant par femme (8).

B. Âge à la naissance des enfants

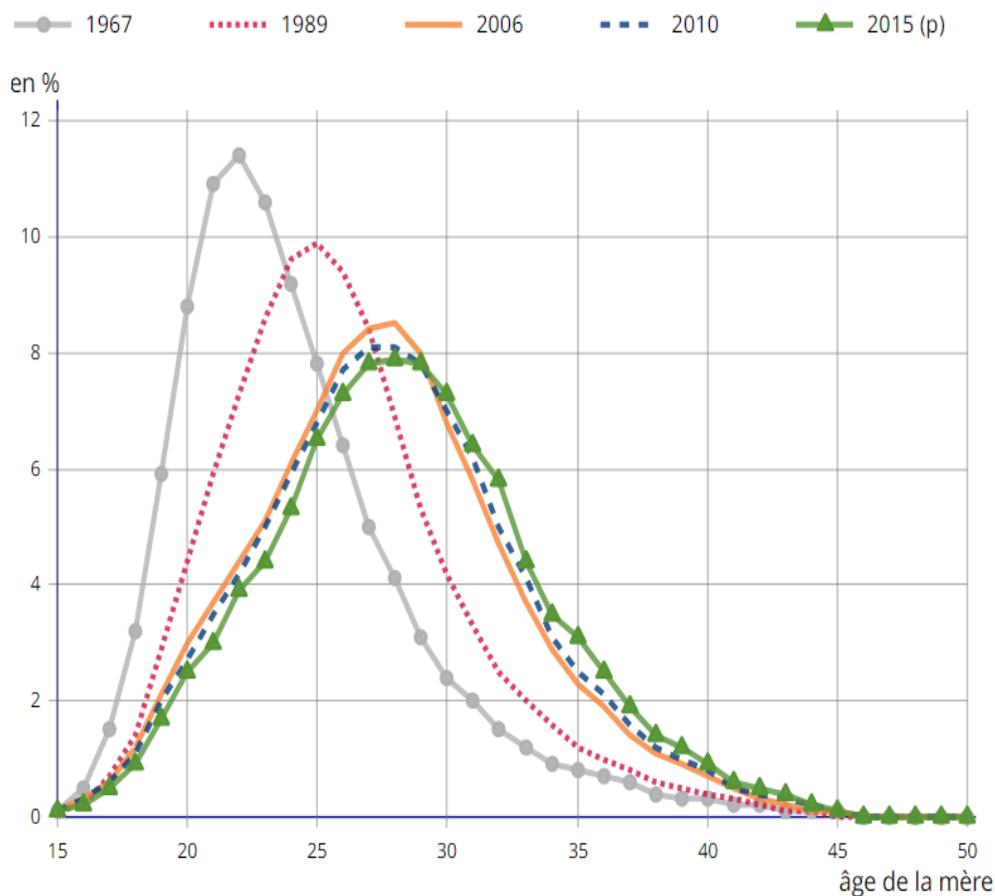
Pendant longtemps, l'âge de la maternité a dépendu de l'âge du mariage. Il y avait ainsi une grande variabilité culturelle et sociale. Après la Seconde Guerre mondiale, suivant l'effet de la mondialisation économique et culturelle ces différences se sont effacées dans les pays industrialisés. (9)

En France, dès la fin de la guerre, on observe un rajeunissement des mères à la première naissance, ce qui coïncide avec le baby-boom entre 1945 et 1975. La Française est alors mère pour la première fois en moyenne autour de 23 ans. Puis, grâce au développement de la contraception, les femmes ont eu une meilleure maîtrise de leur fécondité. L'âge au premier enfant s'est mis à augmenter. Selon la théorie du modernisme, ce serait le signe d'une meilleure

intégration sociale des femmes : les femmes peuvent se consacrer à leurs études, à leur travail, ce qui leur assure plus d'autonomie.

Le dernier calcul de l'âge moyen au premier accouchement a eu lieu en 2016, il était d'environ 28 ans (3). Sur la *Figure 1*, on observe à la fois le décalage vers la droite de la courbe, mais aussi un aplatissement du pic des naissances. Cela correspond à la fois au recul de l'âge de la tranche concernée par le plus de naissances, et à l'étalement de l'âge plus important de la première naissance au cours de la vie d'une femme.

Figure 1 : Répartition des premières naissances selon l'âge de la mère



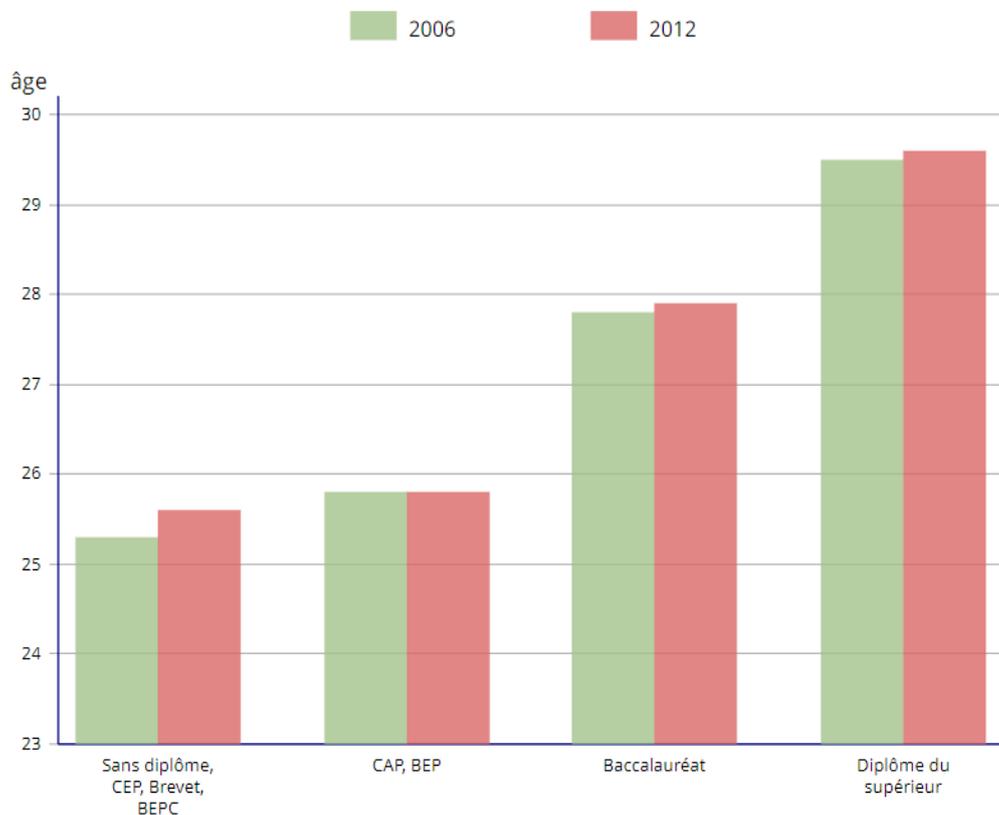
L'âge moyen de la mère à l'accouchement (quel que soit le rang de naissance), suit également cette augmentation depuis les années 60. En 2022, toujours selon les statistiques sur l'état civil de l'INSEE, il était de 31 ans, contre 28,8 ans en 1994.

C. Différences selon les catégories socio-professionnelles

On peut nuancer ces tendances en analysant la situation selon les catégories sociales des femmes. Les bilans de l'INSEE nous permettent de repérer des tendances : plus une femme est diplômée plus elle retarde l'arrivée de ses enfants (3). Ainsi, en 2012, une femme diplômée du

supérieur avait son premier enfant à 29,6 ans, contre 25,6 ans pour les femmes peu ou non diplômées (cf. Figure 2). On observe le même phénomène avec le niveau de niveau de vie : meilleurs sont les revenus d'une femme, plus elle retarde l'arrivée de son premier enfant (10).

Figure 2 : Âge moyen à la première maternité selon le diplôme de la mère en 2006 et 2012



La dernière analyse de l'INSEE de la fécondité en fonction des groupes sociaux remonte à 2016 (11). L'ICF était alors de 1,91 enfant par femme, et les femmes accouchaient à 30,5 ans (tous rangs de naissance confondus). Cette analyse montre que l'âge des accouchements, et la fécondité suivent un gradient : plus une femme appartient à un groupe social élevé, moins sa fécondité est forte. Les femmes sans profession se distinguent par une fécondité forte de l'ordre 2,57 enfants par femme, elles sont suivies par les employées à 1,91, puis les ouvrières à 1,76, les professions intermédiaires à 1,75, les artisanes, commerçantes ou cheffes d'entreprise 1,70, enfin les cadres à 1,64.

La baisse de la fécondité touche la population française quelle que soit sa catégorie sociale. Les deux tranches d'âge essentiellement concernées par cette diminution de la fécondité sont les femmes de 25 à 29 ans et celles de 30 à 34 ans, âges où la fécondité est la plus élevée. Elle concerne aussi bien les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants que celles qui en ont déjà. Les familles se font donc plus tardivement et avec moins d'enfants.

D. Fécondité des hommes

La fécondité des hommes est souvent moins étudiée. Pourtant se contenter d'analyser la fécondité féminine occulte des divergences intéressantes. Bruno Schoumaker s'y est consacré en 2017 pour l'Institut National d'Études Démographiques (INED). Dans le monde, les écarts de fécondité des hommes sont très prononcés : allant de moins de 1 à 13 enfants par homme, contre 1 à 8 enfants pour les femmes. Dans les pays européens, la fécondité masculine oscille entre 1 et 2 enfants par homme et se rapproche des celles des femmes. (12)

Au-delà de déterminants culturels, ces différences de fécondité entre hommes et femmes sont liées aux différences d'effectif entre les deux sexes. Par exemple, au Qatar ou au Japon où il y a une forte surreprésentation de la population masculine, la fécondité est proche de 1 enfant par homme. Au contraire, en Afrique sub-saharienne où les époux sont plus âgés que leur femme (mortalité plus élevée chez les hommes à l'âge de paternité), et où la polygamie est plus fréquente, la fécondité est bien plus élevée. Par exemple, au Niger elle est autour de 13,5 enfants par homme.

En France, l'ICF des hommes converge nettement vers celui des femmes. En 2016, il était de 1,92 enfant par homme (pour rappel 1,91 pour les femmes). Cet ICF varie peu au sein des différentes catégories socio-professionnelles. Parmi ceux qui travaillent ou ont travaillé : l'écart étant de 0,3 enfant par homme. L'ordre de la fécondité diffère sensiblement de chez la femme. Les plus féconds sont les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise avec un ICF à 2,1, puis les ouvriers 2,0, les cadres 1,9, puis les ouvriers et professions intermédiaires 1,8. (11)

La principale différence observée par rapport aux femmes, est une forte diminution de la fécondité dans le groupe des hommes n'ayant jamais travaillé. Pour ces inactifs, l'ICF est de 1,36. Rappelons-le, chez les femmes c'est la catégorie où l'ICF est le plus élevé. En effet, les hommes sans profession sont écartés du marché de l'emploi pour les mêmes raisons qui les écartent du marché matrimonial (par exemple des problèmes de santé, situation de handicap...).

E. Démographie médicale

Selon les données de janvier 2022 du Conseil National de l'Ordre des médecins, au 1^{er} janvier 2022, l'effectif des médecins inscrits à l'Ordre s'élevait à 317 554. Leur âge moyen était de 57,3 ans. Les moins de 40 ans représentaient 20,4% de l'effectif des médecins inscrits. Les femmes comptaient pour 45,2% des effectifs. (13)

Dans la spécialité de médecine générale, l'effectif s'élevait à 84 133 médecins enregistrés au Tableau de l'Ordre. Les femmes représentaient 52,5% des effectifs en activité régulière, et les moins de 40 ans représentaient 27,4% de ceux-ci. La parité est respectée, et la part des médecins susceptibles d'avoir des enfants à charge est importante.

Selon l'Observatoire Régionale de la Santé (ORS) en 2022, en Pays de la Loire, on dénombrait 5 512 spécialistes de médecine générale. Et pour la première fois, cet effectif était en recul dans la région (perte de 40 praticiens par rapport à 2021), rejoignant la baisse nationale observée depuis 10 ans (en moyenne -0,2% de médecins généralistes en activité par an). Depuis 2012, est également notée une progression des modes d'exercice mixte +5,1% et salarié +1,9%. 72% des médecins généralistes libéraux sont installés en groupe. Il est aussi intéressant de noter que 34% des médecins exerçant dans les Pays de la Loire avaient obtenu leur diplôme dans une autre région française. (14)

Faisant partie de la catégorie des cadres, l'ICF des femmes médecins devrait donc se rapprocher de 1,64 enfant par femme, un âge moyen des accouchements autour de 31,9 ans. C'est ce qui était retrouvé dans une thèse réalisée par le Dr Houlbert en 2013, estimant un taux de fécondité des femmes médecins généralistes en Midi-Pyrénées entre 1,6 et 1,9 enfant par femme. (15)

II. Évolutions de la vie familiale

A. Parentalité

La « parenté » est définie dans le Robert comme « le rapport entre personnes descendant les unes des autres, ou d'un ancêtre commun ». Ce terme renvoie essentiellement au caractère biologique de la filiation et à son aspect juridique. (16)

La « parentalité » semble plus difficile à définir. Dans *Les enjeux de la parentalité*, Didier Houzel, pédopsychiatre et psychanalyste, revient sur l'émergence de ce néologisme. (17)

C'est en étudiant une des pathologies les plus sévères de la parentalité que le terme de « maternalité » émerge chez Paul-Claude Racamier en 1961. Il propose le terme de maternalité pour définir « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité ». La psychose puerpérale constitue une pathologie sévère de cette maternalité, révélant ainsi un processus général intuitif resté jusqu'alors inconnu. Le terme « maternalité » veut transcrire l'aspect dynamique et progressif de l'expérience de devenir mère. P-C. Racamier compare cette phase à une crise d'identité comme l'est l'adolescence selon

M. Erikson. Lors de cette crise, le sujet est confronté à des remaniements identificatoires profonds, dictés par la reviviscence d'anciens conflits. Racamier suggère alors les termes de « paternalité » pour qualifier ce processus chez les pères et de « parentalité » pour le désigner chez les deux parents.

Avec son équipe de travail, Didier Houzel décrit trois aspects s'articulant dans les fonctions dévolues aux parents (18) :

- L'exercice de la parentalité : la loi

Dans notre société occidentale, c'est la législation qui définit l'exercice de la parentalité par le droit de filiation, de transmission du nom et d'autorité parentale entre autres. La législation a beaucoup évolué depuis les années 60 suivant l'évolution des mœurs et les avancées scientifiques et biologiques en matière de reproduction. La notion de filiation est soutenue par différentes composantes : une composante biologique (transmission du patrimoine génétique, relativisé par les progrès en matière de procréation médicalement assistée (PMA), une composante domestique (le fait de cohabiter sous le même toit, renforcé par la diminution du nombre de mariages et la recomposition des familles), et une composante juridique (désignant légalement le ou les parents).

Sur le plan psychique, l'exercice de la parentalité se manifeste par les interdits organisant le fonctionnement psychique des individus. En psychanalyse, cela renvoie à l'interdit de l'inceste, à la différenciation des sexes et des générations.

- L'expérience de la parentalité : le devenir parent

Subjective, consciente et inconsciente, c'est l'expérience « de devenir parents ». Composée de nombreux aspects, D. Houzel en décrit les deux principaux.

D'abord, le désir d'enfant. Il devenu séparable de l'acte sexuel (en lien avec les progrès de la PMA et de la contraception). Des analyses convergentes énoncent que la maturité psychique pleine et entière de l'individu suppose que la vie reçue soit transmise. En psychanalyse, cela renvoie à l'achèvement du processus œdipien : le désir d'enfant naît d'une identification au parent du même sexe, mais aussi de l'envie de réparer des objets parentaux fantasmatiquement endommagés. En systémie, cela correspond à la « dette de vie » : ce qui a été reçu doit être transmis pour restaurer l'homéostasie familiale.

Puis, le processus de « parentification » : autre néologisme renvoyant au processus de transformation en parents. Autrement décrit à travers les termes de « maternalité » et « paternalité ».

Concernant la maternalité, il cite notamment les écrits de D. Stern (pédopsychiatre et professeur de psychologie à l'Université de Genève) qui décrit la « constellation de la maternité : nouvelle organisation du psychisme de la femme qui se développe pendant la grossesse et dure, d'une manière variable, après la naissance de l'enfant ; elle comporte un ensemble de tendances, de sensibilités, de fantasmes, de peurs et de désirs spécifiques [...] les intérêts de la mère sont alors davantage dirigés vers sa mère en tant que mère [...], plus vers les femmes en général et moins vers les hommes, plus vers les problèmes de croissance et développement et moins vers sa carrière professionnelle, plus vers son conjoint en tant que père [...] moins vers lui en tant qu'homme et partenaire sexuel ».

Quant à la paternalité, elle est moins étudiée, mais les perturbations psychopathologiques de cette période attestent de son existence indéniable : syndrome de couvade, troubles des conduites, psychonévroses de la paternité etc.

D. Houzel rappelle alors que ces processus de parentification, constituent des changements enrichissants pour la personnalité de chaque parent, et contribuent à la maturation psychique.

S. Lebovici puis E. Fivaz insistent sur l'aspect dynamique de la relation des parents à l'enfant et rappelle que le bébé participe activement au processus de parentification. En effet, dès sa naissance, le nouveau-né reconnaît les voix de sa mère et de son père. Il tourne la tête vers eux lorsqu'ils lui parlent. Les parents ainsi gratifiés se sentent parents de leur enfant. (19)

- La pratique de la parentalité : les soins quotidiens

Elle renvoie aux soins parentaux tant physiques que psychiques. Ils sont apportés par les tâches quotidiennes que les parents remplissent auprès de leur enfant. Les besoins des enfants pour se développer au mieux et organiser leur personnalité sont rappelés par la Charte des droits de l'enfant, et les circulaires ministérielles sur l'aide à la parentalité.

Un déficit qualitatif ou quantitatif de soins parentaux qui aurait lieu de façon sévère et prolongée, peut engendrer des troubles du développement de l'enfant. La Seconde Guerre mondiale a permis d'étudier les conséquences de ces carences de soins. Placés dans des institutions, le développement psychique des orphelins de guerre a été étudié par de nombreux

psychanalystes telles que Anna Freud à Londres et Jenny Aubry en France. Ces carences peuvent entraîner des conséquences somatiques (retard de croissance, vulnérabilité aux infections), cognitives (retard de langage) et affectives (syndrome d'abandon : recherche éperdue d'attention et d'affection venant des personnes familières ou non).

Bien que la distance des pères vis-à-vis de leur bébé se réduise avec l'évolution des rapports entre les sexes, quelques différences persistent entre le père et la mère. Les mères demeurent plus disponibles et laissent davantage l'initiative aux bébés, et les accompagnent dans leur apprentissage fonctionnel (comment utiliser les objets qu'ils manipulent). Les pères prennent plus l'initiative et détournent plus souvent les objets dans un usage ludique, les accompagnant vers la subversion de l'usage, aidant l'enfant à aller vers l'aspect symbolique des choses.

B. Évolution de la famille

Dans le Journal français de psychiatrie, D. Weiss décrit l'évolution sociohistorique de la famille (20).

Dans l'Antiquité romaine, l'alliance est décidée entre familles, et non entre conjoints, et le système familial est déjà patriarcal. Le père présente le garçon au seuil de sa porte symbole de la transmission. Le lien parental est alors volontaire, l'adoption est d'ailleurs courante.

L'Église, à l'époque médiévale, impose le mariage et le nom de famille. Cela permet de fixer le foyer familial, puis d'assurer la perpétuation de la tradition religieuse. Le nom patronymique devient nom de baptême. La femme en se mariant adopte le nom de son époux. Des registres d'état civil sont tenus dans les paroisses.

Si les paysans cherchent à réduire le nombre d'enfants à nourrir, pour la bourgeoisie de la Renaissance la filiation permet la transmission des biens, des métiers, des charges.

En 1789, la Révolution française proclame la liberté et l'égalité des hommes en droit. L'égalité des sexes n'est cependant pas de mise, la femme étant toujours considérée comme une mineure sous l'autorité de son mari. Le Code Napoléon de 1804 renforce l'autorité unique au sein de la famille : celle du père.

À la fin du XIX^e siècle l'idée d'un amour conjugal émerge. Les idées romantiques qui étaient plutôt dévolues aux classes bourgeoises se propagent aux classes populaires. C'est la transition de la famille traditionnelle à la famille moderne. Au XX^e siècle, au cours de la Première puis de la Seconde Guerre mondiale, les femmes prennent la place des hommes au

travail, ce qui leur donne un rôle en dehors de leur foyer. Dans l'après-guerre, le modèle matrimonial connaît son apogée. Les foyers accueillant jusqu'alors plusieurs générations se resserrent autour d'une famille nucléaire (le père, la mère, les enfants). Le mariage d'amour transforme les attentes : on attend plénitude et harmonie de la vie de couple. Ces attentes déçues entraînent une multiplication des divorces (réautorisé par la loi Naquet en 1884 après un siècle d'État-Église sous Louis XVIII). (21)

Les années 70 modifient profondément la conception du couple avec la contraception et la liberté sexuelle tant dans le couple qu'en dehors. C'est alors que se dessine la famille contemporaine. La loi du 4 juin 1970 remplace la toute-puissance paternelle par l'autorité parentale partagée. Dorénavant, l'ensemble des catégories sociales accède à l'enseignement secondaire, y compris les filles. Les femmes s'émancipent peu à peu, s'insèrent de plus en plus dans la vie active et gagnent des emplois plus qualifiés. Les familles sont plus fréquemment décomposées, recomposées, monoparentales, homosexuelles ; le mariage est moins répandu. Les mœurs et lois évoluent parallèlement ; on pense notamment à la législation de la pilule contraceptive en 1967, au Pacte Civil de Solidarité (PACS) en 1999, au mariage pour tous en 2013, à la PMA pour toutes en 2021. (22)

Dans cette pluralité des familles, ce n'est plus le mariage mais l'enfant qui fait la famille comme le disent les sociologues J-H. Déchaux et M-C. Le Pape. C'est une véritable « inversion de la filiation [...] l'enfant rejeton venait perpétuer la lignée, il est désormais celui qui fait famille ». Faire un enfant se choisit, c'est un véritable projet parental. Cela nécessite de remplir des conditions socialement définies : des conditions statutaires (ancienneté de l'union et cohabitation conjugale), des conditions matérielles (stabilité professionnelle), un critère d'âge (pesant d'avantage sur les femmes qui est largement à l'initiative du projet d'enfant). (23)

Dans ces familles contemporaines, le sociologue N. Elias décrit les nouvelles pondérations du « Nous » et des « Je » intrafamiliaux. Il précise : « La structure des sociétés évoluées de notre temps a pour trait caractéristique d'accorder une plus grande valeur à ce par quoi les hommes se différencient les uns des autres, à leur identité du « je », qu'à ce qu'ils ont en commun, leur identité du « nous ». ». L'individualisation est encouragée par la production culturelle et matérielle. Selon U. Beck, l'amour conjugal participe encore à une forme valorisée du « nous » en valorisant le « je » : je me sens aimé pour ce que je suis. (24)

Ce « Nous » familial demeure cependant inégal dans les couples hétérosexuels. Dans la revue Recherches Familiales, F. De Singly rappelle que cette vie familiale a toujours un coût

plus important pour les femmes, et ce, malgré les nombreux progrès féministes des cinquante dernières années. Les femmes adoptent encore largement le nom de leur époux, et leurs enfants également. L'égalité est alors oubliée au profit de la tradition. (25)

Toutes ces évolutions conduisent à parler des familles et non plus de la famille comme modèle unique. Chaque famille se compose et se définit comme elle le souhaite mais l'enfant en devient la condition nécessaire.

C. Bon développement de l'enfant

1. Émergence de normes éducatives

Les normes sociales résultent de multiples vecteurs. Dans le cas du « travail parental », transmission familiale, évolution sociale et politique, école, institutions accueillant des enfants, et travailleurs de la petite enfance contribuent à l'élaboration d'une norme. (26)

Au Moyen-Âge, à une époque où la mortalité infantile est très élevée, les parents évitent de trop investir leurs enfants. Ils sont vus comme des adultes miniatures qui participent au travail dès leur plus jeune âge. C'est au XVIII^e siècle qu'émerge dans les hautes classes sociales le sentiment d'amour pour l'enfant et le souci de son développement et de son éducation. En 1881, on légifère les droits de scolarité des enfants, quelques décennies après avoir encadré leur travail. Ce nouveau regard se propage progressivement aux classes inférieures de la société. Après les deux Guerres mondiales, des comités de protection de l'enfance sont créés pour les orphelins. Ces comités vont évoluer pour aboutir à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant adoptée en 1989. Ce texte énonce les droits de l'enfant, se focalisant sur son développement social, intellectuel, sur sa santé physique et mentale, et sur son bien-être. Par là même, ce texte fixe les devoirs et responsabilités des parents, et des États. (27)

En reproduisant les comportements et habitus, les familles tendent à transmettre leur norme entre générations. Entre rupture et continuité avec leur histoire familiale, la mise en concurrence avec les normes sociales véhiculées par les professionnels de l'enfance (pédiatres, puéricultrice), et leur entourage amical, les couples choisissent un « style éducatif » tantôt autoritaire, maternaliste ou négociateur (26). Le rôle que se donnent les institutions et professionnels de l'enfance est de promouvoir l'éducation qui accompagnera le mieux l'enfant vers ses pleines compétences.

Les études de la psychologie de l'enfant permettent de mieux penser le bien-être de l'enfant et alimentent ces recommandations. Elles guideront les politiques de santé de l'enfance dans ce qui fait un « bon parent ».

2. Apport de la théorie de l'attachement

Il existe de nombreux courants théorisant les caractéristiques de la « bonne éducation parentale ». La théorie de l'attachement énoncée par J. Bowlby, enrichie par M. Ainsworth entre autres, participe à se faire une idée d'une « bonne parentalité ». Citant leurs recherches, B. Pierrehumbert revient sur ce concept d'attachement (28). J. Bowlby décrit deux besoins fondamentaux du jeune enfant qui demandent à être satisfaits par son entourage significatif :

- Le besoin de sécurité :

Lorsque le bébé émet un signal d'alarme, comme des pleurs, en réponse à une sensation négative (peur, douleur, faim intense), la réponse de son entourage proche est déterminante. En obtenant du réconfort, le bébé apaise son état émotionnel ce qui régule son état interne (rythme cardiaque et respiratoire, sécrétion de cortisol). La répétition des expériences apaisantes procure au bébé un sentiment de sécurité. Le bébé intègre le fait que les autres (ses parents d'abord, puis de nouvelles relations sociales) sont capables de l'aider à se calmer.

- Le besoin d'exploration :

Face à une situation inédite, le bébé est soumis à du stress. Si ses proches lui ont permis de trouver suffisamment d'apaisement, il apprend que la crainte de l'inconnu peut être maîtrisée par la certitude de pouvoir se sécuriser auprès de personnes familières. Il se développe ainsi une forme d'« autonomie dans le lien » comme le dit B. Pierrehumbert.

Il cite le travail de M. Ainsworth, dans les années 50, qui a observé en laboratoire la réponse de bébés face à un stress répété en présence de leur mère. De nombreuses études, dont celles d'E. Waters en 1985, ont observé les enfants à la maison se mettant eux même en situation de stress. Ces études conduisent à catégoriser différents types d'attachement :

- L'attachement « sécure » : capacité d'équilibre entre activation et désactivation des comportements d'attachement sous stress. Les enfants demandent du réconfort puis repartent explorer ;
- L'attachement « insécure-résistant » : les enfants exagèrent leur demande de proximité, suractivent les comportements d'attachement ;

- L'attachement « insécure-évitant » : les enfants semblent ne pas avoir besoin de réconfort. Ils ont probablement compris qu'il valait mieux éteindre l'expression de son appréhension et ses affects.

M. Ainsworth a montré que la sécurité de l'attachement du bébé envers la mère dépend de la qualité de la relation avec celle-ci. Plus celle-ci s'est montrée chaleureuse, et prévisible (respectant donc un cadre), plus la relation est sécurisée. Ce sont donc ces « qualités » de chaleur, disponibilité et d'autonomisation que l'on encourage.

D'autres études ont par la suite observé l'influence du type d'attachement sur le développement de l'enfant : les enfants « sécures » ont une meilleure estime d'eux-mêmes, manifestent plus d'empathie, on se montre facilement chaleureux avec eux ; les enfants « insécures » vont se comporter de sorte qu'ils vont être de nouveau infantilisés ou rejetés par les autres. Les nouvelles relations viennent alors reconfirmer l'histoire relationnelle de l'enfant.

Il n'y a par ailleurs pas de raison, en dehors de certaines normes culturelles, pour qu'un père ne puisse pas être une figure d'attachement. Les relations d'attachement au père et à la mère sont indépendantes, et la proportion d'attachement « sécure » est similaire avec la mère et avec le père. Ces relations d'attachement ne sont pas propres à l'enfant mais bien à la relation : un bébé peut avoir un attachement « sécure » avec son père et « insécure » avec sa mère, inversement ou « sécure » avec ses deux parents.

Il convient de lire ces résultats et de les replacer dans leur contexte social et historique sans conclusion hâtive sur un lien de causalité.

3. Injonction d'être un « bon parent »

Résultant de ce savoir croissant concernant le développement des enfants, le modèle de « parentalité positive » émerge au début de XXI^e. Le « parent positif », en respectant des principes de base, participe au développement du plein potentiel de son enfant. Évidemment des similitudes se retrouvent entre ces principes de base et les caractéristiques des mères ayant élevé des enfants « sécures ». Le Conseil de l'Europe par sa recommandation (2006)¹⁹ encourage « les parents à leur apporter :

- Une éducation affective : en répondant à leur besoin d'amour, d'affection et de sécurité ;
- Des structures et orientations : en leur donnant un sentiment de sécurité, en instaurant des règles de vie et en fixant les limites voulues ;
- Une reconnaissance : en les écoutant et en les appréciant en tant qu'individus à part entière ;

- Une autonomisation : permettant de renforcer chez eux le sentiment de compétence et de contrôle personnel ;
- Une éducation non violente : excluant tout châtement corporel ou psychologique humiliant [...] en ayant recours si nécessaire à des punitions non violentes, comme imposer la mise à l'écart temporaire, leur faire réparer des dommages causés [...] ». (29)

Ces principes sont exigeants, et les parents humains. Sous l'effet de caractéristiques propres (tempérament, maladie), de caractéristiques de l'enfant (malade, en situation de handicap), et de caractéristiques contextuelles (moyens financiers, qualité de la relation de couple), les parents se rapprochent ou non de cet idéal. (27)

Mais ce concept de « parentalité positive » est très largement relayé dans les médias et sur les réseaux sociaux, et véhicule une image d' « excellence » en matière de parentalité. Cette injonction à être un « bon parent toujours positif » culpabilise, puis épuise ces parents pourtant férus de bonnes intentions. Dans leur étude I. Roskam et M. Mikolajczak retrouvent effectivement un risque plus élevé de burn-out parental chez les mères ne valorisant pas les limites éducatives. (27)

Comme le signal C. Goldman, ce concept est souvent repris par des « idéologues » sans formation en pédopsychologie, qui considèrent toute mise en place de limites comme néfastes pour la psychologie des enfants. Ces enfants choyés, aimés, et souvent très éveillés, mais manquant de cadre seraient souvent turbulents, agités, et on leur trouverait volontiers des troubles du comportement. (30)

4. Temps parental augmentant avec les exigences éducatives

Les données issues de l'enquête Emploi du Temps de 2009 à 2010 menées par l'INSEE permettent d'étudier le temps consacré aux enfants, que l'on appellera « temps parental ». Ce temps parental représente 10% du temps quotidien des parents. Les femmes y consacrent en moyenne 1h33 chaque jour, et les hommes 44 minutes. Cette différence genrée est également retrouvée sur le type d'activité mené par les parents : les mères se consacrant plus souvent aux soins et déplacements, les pères s'investissant plus dans la sociabilité et les loisirs des enfants. Le nombre d'enfants, et la présence d'un enfant de moins de 3 ans font augmenter ce temps parental. Si on analyse le temps passé avec les enfants (en réalisant des activités qui ne sont pas en lien direct avec eux : par exemple les repas, regarder la télévision) les femmes et hommes consacrent respectivement 4h41 et 3h29 supplémentaires à leurs enfants. Le niveau éducatif des parents, et le niveau de vie des pères sont associés à un temps parental. (4)

En comparaison à 1985, les inégalités de genre concernant les temps domestique et parental diminuent. Si l'écart diminue sur le temps domestique, c'est essentiellement du fait d'une diminution du temps que les femmes y consacrent, 183 minutes par jour, soit 69 minutes de moins qu'en 1985. En effet les hommes ont également réduit leurs activités domestiques de 9 minutes. Cette diminution de la charge domestique serait essentiellement liée à une diminution des normes sociales en matière de tenue d'un foyer (on accepte plus facilement de porter un vêtement non repassé par exemple), et une externalisation de certaines tâches (recours aux plats préparés). Au contraire, les normes éducatives plus élevées conduisent les parents à se consacrer davantage à leurs activités parentales, et ce malgré l'augmentation de l'emploi des femmes. Le temps parental des hommes a augmenté de 19 minutes, celui des femmes de 13 minutes. On peut par ailleurs noter la plus grande dispersion du temps parental des hommes : dans un quart des familles, c'est l'homme qui réalise plus de travail domestique que sa conjointe. (31) (32)

III. Vie professionnelle

A. Petite histoire du travail

En français, le mot « travail » est porteur de beaucoup de sens. Il peut désigner à la fois l'effort ou l'activité conduisant à produire un résultat, le produit de l'activité (l'ouvrage, l'œuvre), il renvoie également à l'emploi qui correspond à l'effort aboutissant à une rémunération. (33)

Les ethnographes s'accordent pour dire que la notion de « travail » émerge avec les sociétés organisant leur agriculture. Les sociétés aborigènes qu'ils ont pu étudier, acceptent ce que la Terre leur offre et ne prennent que le nécessaire. Ils ne consacraient que deux ou trois heures par jour à la cueillette et à la chasse négligeant l'effort nécessaire à cette activité, qu'ils ne considèrent pas comme un travail. En cultivant, les sociétés se sédentarisent, les tâches sont réparties, certains s'approprient les terres et accaparent des surplus. Cette organisation permet l'émergence de classes sociales, et d'une hiérarchisation des rôles au sein de la société.

Dans l'Antiquité, les tâches les plus dures sont réalisées par les esclaves pour leur Maître, possesseur de terres et des ressources qu'elles produisent. À l'époque médiévale, le modèle sociétal se stabilise. Les serfs s'assurent de produire suffisamment de ressources vivrières pour la noblesse et le clergé, improductifs. Grâce à leur savoir-faire, les artisans produisent des objets manufacturés que la richesse créée par la production agricole permet d'acheter. À cette époque, il n'y a pas d'ascension sociale possible. La Peste Noire au XIV^e

siècle réduit la population d'au moins un quart. Les seigneurs anglais manquent alors de serfs, et d'artisans. Cette situation profite à ces derniers qui peuvent négocier leur gage à la hausse. En Angleterre, Edouard III promulgue l'Ordonnance des Travailleurs en 1349. Cette loi régule les prix du marché et les salaires et fait émerger le statut du travailleur. Est alors considéré comme travailleur chaque sujet, homme ou femme, libre ou servile, de moins de 60 ans (tiens-donc) ne possédant pas de biens ni de terre dont il puisse vivre. Tout travailleur se doit de servir celui qui le requit. Ce même texte rend illégal la mendicité, et la punit. Des règles similaires sont édictées en France.

La Révolution française rebat les cartes de la servitude avec la déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Les différents privilèges et droits féodaux sont tantôt effacés puis réinstaurés entre Empire, Restauration, et les premières Républiques. En parallèle, des progrès techniques tels que l'invention de la machine à vapeur et le développement du chemin de fer participent à la révolution industrielle au début du XIX^e siècle. Les paysans et artisans sont massivement mobilisés au sein des grandes entreprises pour la production industrielle. (34)

Le salariat à temps plein devient progressivement la norme. Les études statistiques et sociologiques contribuent à l'élaboration de méthodes d'organisation du travail au service de la productivité. C'est ainsi que l'ingénieur américain F. W. Taylor préconise de diviser le travail entre concepteurs et exécutants (hiérarchiser) et de standardiser le travail des ouvriers limitant leurs tâches. La rémunération est alors fonction du rendement de l'ouvrier. C'est le taylorisme, si bien dépeint et critiqué dans le film de Chaplin : *Les Temps Modernes*. Dans le monde de la consommation de masse, le plein emploi semble pouvoir être garanti. La période des Trente Glorieuses par sa stabilité permet une prévisibilité de l'emploi salarié. Les aléas de production peuvent être anticipés et des caisses de protection sociale (accident de travail, chômage et retraite), des conventions collectives et autres sociétés d'assurance permettent de gérer les risques qui sont limités et attendus. (35)

Dans cette période de plein-emploi se dessinent les contours du travail actuel. En 1936, après la victoire du Front Populaire aux élections législatives, les travailleurs obtiennent 15 jours de congés payés dans l'industrie. La même année, la semaine de travail de 40 heures est promulguée. La productivité étant toujours la priorité, dans un monde où les travailleurs se sont réunis pour mieux défendre leurs intérêts, des lois protégeant la santé sont instaurées : comme l'ordonnance du 4 octobre 1945 créant la Sécurité Sociale fusionnant les anciennes assurances, ou le décret du 1^{er} août 1947 instituant les comités d'hygiène et de sécurité. Il faut attendre 1982

pour que soient adoptées les cinq semaines de congés payés, 2000 pour que la durée légale de travail hebdomadaire passe à 35 heures. (36)

La planification bien huilée de la production pendant les Trente Glorieuses est mise à mal par la mondialisation et les progrès informatiques. Les aléas de productivité sont bien plus nombreux et difficiles à prévoir. Les chocs pétroliers, les pénuries, la concurrence bon marché des pays de l'Est et des machines perfectionnées ébranlent l'équilibre de l'industrie. L'emploi se fait plus rare. Par ailleurs, la division excessive du travail aliène le travailleur qui se trouve contraint, et non reconnu, et ne peut être créatif. Dès les années soixante, le taylorisme est remis en question et la place du travail jugée trop prépondérante. (37)

L'emploi des femmes décolle dans les années 60. C'est le fruit d'un long combat dès le XVIII^e siècle pour l'éducation des filles qui étaient cantonnées aux travaux domestiques, de couture, sans reconnaissance d'un savoir-faire et sans qualification. Pendant les deux Guerres Mondiales, l'industrie a besoin de la main d'œuvre féminine, mais au retour des hommes, elles sont licenciées en masse. La « vocation » reproductrice des femmes est encore largement imposée. Seules les femmes aisées tirent leur épingle du jeu en occupant des postes administratifs ou dans les professions requérant des qualités « féminines » : enseignement, aide sociale, paramédical. Pendant les Trente Glorieuses, la nécessité croissante de main-d'œuvre offre une nouvelle perspective d'emploi mais elles occupent le plus souvent les emplois peu qualifiés. En parallèle, la scolarisation devient mixte, les petites filles accèdent progressivement aux mêmes cours que les petits garçons, puis aux mêmes diplômes supérieurs que ceux-ci. La consommation de biens et de services devient telle que deux salaires sont souvent nécessaires pour un foyer. Depuis la fin du XX^e siècle, on parvient à une distinction claire entre les femmes diplômées qui accèdent aux statuts similaires des hommes, et les femmes non diplômées qui demeurent dans des emplois précaires.(38)

Dans ce même temps, les investissements dans l'éducation, la santé et l'action sociale contribuent à améliorer le niveau de qualification global des travailleurs français. (39)

Nuançons cependant notre propos en rappelant l'émergence de nouveaux emplois précaires, tels que le travail intérimaire, le travail à temps partiel, et les contrats à durée déterminée qui concernent bien souvent une frange de la population moins qualifiée et plus féminine. Ces emplois offrent une moins bonne rémunération et moins de sécurité. Selon les sociologues, cela correspondrait à une forme de pauvreté laborieuse et amène l'image de « monsieur gagne-pain et de madame gagne-miette ». (34)

Le modèle salarial se propage dans tous les domaines d'activité, aussi bien dans l'agriculture que dans le secteur tertiaire. Ce dernier secteur, domaine des services (marchands ou non), connaît une croissance fulgurante depuis les années 70. En 2021, le secteur tertiaire était à l'origine de 70,1% du Produit Intérieur Brut (PIB) en France. (40)

L'externalisation des services explique ce boom du secteur tertiaire : la garde d'enfant devient nécessaire pour que les femmes travaillent, la population vieillissante requiert des services d'assistance et de santé, le temps libre croissant permet de s'adonner aux loisirs, les tâches domestiques sont plus souvent déléguées, l'urbanisation nécessite de multiplier les services de proximité et de transport.(39)

Le modèle salarial, par la sécurité qu'il procure, tend à séduire même dans des domaines historiquement libéraux.

B. Pourquoi travailler ?

Le travail occupe une place prépondérante dans nos vies : on le fête le 1^{er} mai, dès notre plus tendre enfance les adultes nous posent la question « que voudrais-tu faire plus tard ? ». Mais pourquoi travailler est-il si important ?

D'un point de vue pratique, nous travaillons pour payer un logement, de la nourriture, des vêtements, accéder à certains loisirs.... L'expression « gagner sa vie » ne saurait pas aussi bien renvoyer à la notion de santé.

L'économiste américain Michael Grossman introduit la notion de « capital santé » dans les années 70. À la naissance, l'individu est doté d'un capital santé qui décroît avec l'âge et les aléas de la vie. Grâce à ses revenus, l'individu a la possibilité d'investir dans des soins curatifs et préventifs pour améliorer ce capital. Ce modèle permet d'envisager le cercle vertueux qui existe entre santé et travail qui est confirmé par le gradient social de santé. Ces inégalités sociales en santé persistent en France malgré l'existence d'une assurance maladie obligatoire et d'une complémentaire santé solidaire (C2S). (41) La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) établissait qu'en 2017, les 10% les plus modestes de la population française développent plus souvent une maladie chronique que les 10% les plus aisés : 2,8 fois plus de diabète, 2,0 fois plus de maladies psychiatriques, ce qui se répercute sur l'espérance de vie. (42)

De façon simpliste, nous pourrions conclure que « le travail c'est la santé ». Pourtant comme poursuit la chanson d'Henri Salvador « Ne rien faire c'est la conserver » : de mauvaises

conditions de travail, la pénibilité de certaines tâches détériore le capital de santé. Là encore, la qualité des conditions de travail dépend d'un gradient social, le travail le plus pénible, étant souvent le moins rémunéré. (41) De façon plus générale, comme le sous-entend le terme « travail », il nécessite un effort, une déperdition d'énergie : à quoi bon ?

Plusieurs approches psychosociales permettent de comprendre pourquoi le travail est essentiel.

Par le travail, le sujet s'affronte aux limites et contraintes imposées par le réel (le possible) et aux règles qui régissent les rapports entre les Hommes. Le travail contribue inmanquablement à humaniser : l'Homme échange une part de son mouvement pulsionnel contre une part de sécurité. Il contribue également à la subjectivation en mobilisant la créativité et la sublimation. La créativité intervient lorsque les normes antécédentes du travail sont mises à mal par un imprévu et que l'individu doit transgresser et inventer, contribuant à de nouvelles normes. Lorsque la créativité est contrainte par une exigence de conformité, le travail expose à un risque de stigmatisation (car appartenir suppose de répéter) puis d'exclusion. La sublimation, chère à Freud, survient lorsque l'énergie pulsionnelle agressive ou sexuelle est transformée en activité valorisée par la société (ne se limitant pas à la création artistique et au développement intellectuel). (43)

Selon la psychologue britannique Marie Jahoda, le travail permet :

- De structurer la temporalité des individus en donnant des repères : temps de travail/temps de repos, weekends et vacances, planification des tâches et missions ;
- De se socialiser en dehors des cercles familiaux et amicaux. Le réseau social permettant des opportunités professionnelles et un soutien en cas de coup dur ;
- De développer des compétences tant physiques, sociales qu'intellectuelles au service d'une production de biens et services ;
- De définir l'identité et le statut social de chacun. Mêlant représentations, intentions et valeurs, notre activité procure un sentiment d'utilité et de dignité quel que soit son métier. Le travail nous permet de participer à la construction de la société ;
- Une flexibilité psychique en nous mettant face aux aléas du quotidien. (44)

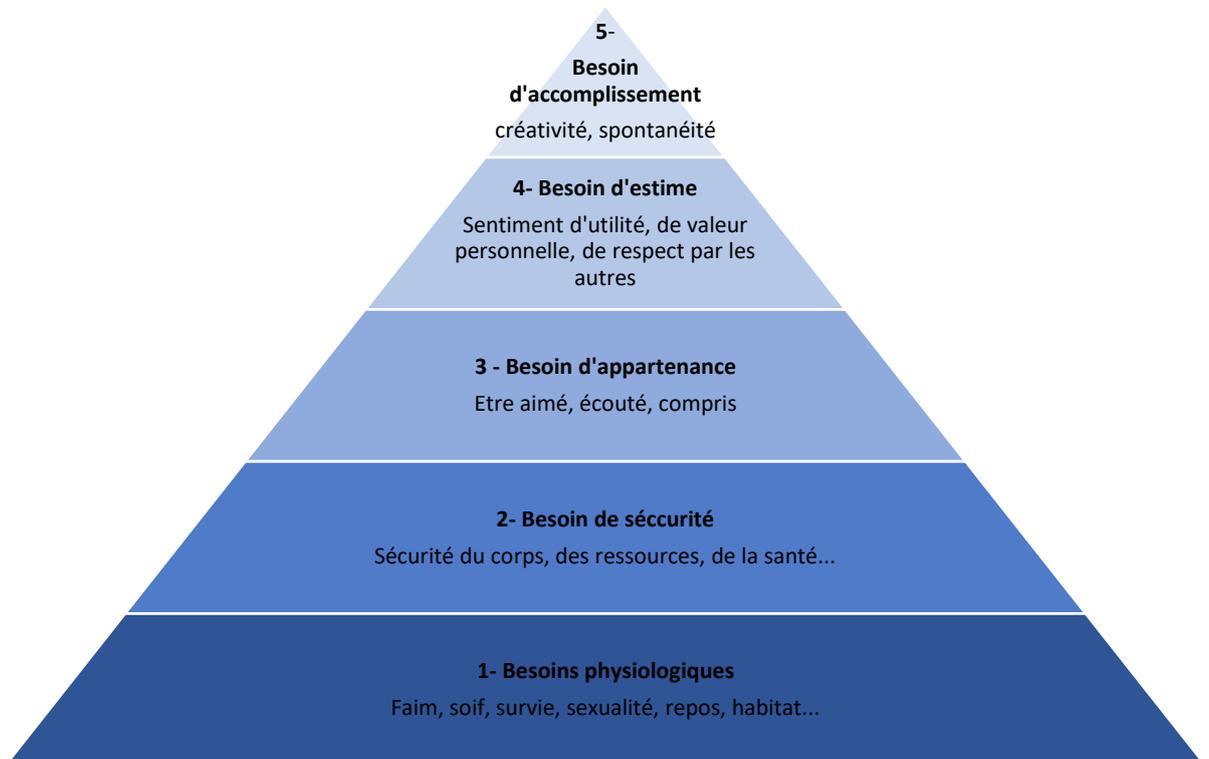
En résumé, le travail en permettant de participer à la construction de la société, induit un sentiment d'appartenance à celle-ci et structure l'identité de l'individu. Il n'est pas surprenant que l'on demande si facilement à un inconnu « ce qu'il fait dans la vie ».

C. Plaisir au travail

Nous comprenons bien pour quelles raisons le travail occupe une place prépondérante dans nos vies, mais nous observons malgré tout un rapport différent à celui-ci : tantôt métier-passion, tantôt mouvoir. Quelles sont donc les caractéristiques faisant un travailleur heureux et motivé ?

L'une des théories les plus connues de la motivation, est celle des besoins telle qu'elle a pu être envisagée par Maslow. Selon cette théorie, chaque niveau de besoin doit être satisfait par la base avant que le besoin de niveau supérieur ne soit ressenti. Cette théorie est modélisée par la figure suivante appelée « pyramide de Maslow ».

Figure 3: Théorie des besoins selon Maslow (1954)



Ce modèle se voulant universel ne prend cependant pas en compte les variabilités culturelles. Imparfait, il n'est pas validé par les études socio psychologiques.

Un autre courant de théories, dites des choix cognitifs, a également pu servir à expliquer la motivation au travail. Parmi celles-ci, le psychologue Vroom en 1964 présentait son modèle VIE pour Valence, Instrumentalité, Expectation. La valence correspond à la valeur (salaire, prestige) que l'individu attribue aux résultats de son travail. L'instrumentalité correspond au lien qu'il établit entre la qualité de ses performances et l'obtention d'un résultat. L'expectation

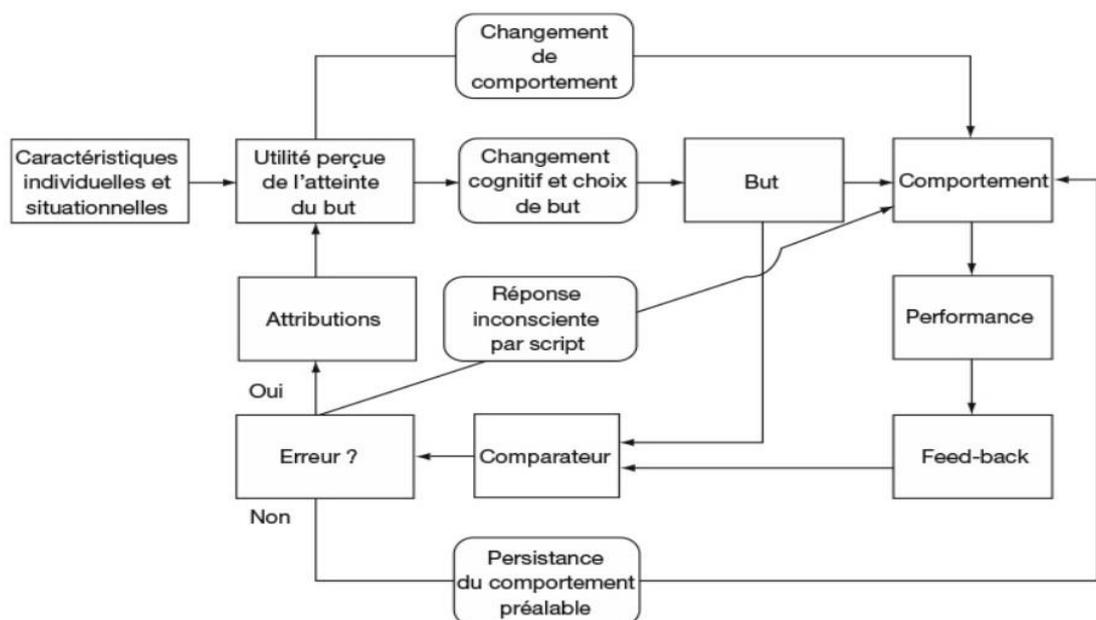
renvoie à la confiance de l'individu dans ses capacités à atteindre le résultat escompté. Grâce à ce modèle, on comprend bien que si le salarié se voit proposer une tâche qu'il ne peut accomplir de manière satisfaisante, il ne sera pas motivé. Il en va de même, s'il ne perçoit pas le lien entre son effort et la rétribution de cet effort par une reconnaissance. Ce modèle a l'avantage d'intégrer une approche affective (valence) et cognitive de la motivation (instrumentalité et expectation) qui sont propres à chaque sujet.

Adams présente lui une théorie de l'équité : l'individu évalue la rétribution qu'il perçoit pour sa contribution en se comparant à des collègues servant de référence. Ainsi, si le rapport rétribution/contribution est meilleur que pour la référence, l'individu devra augmenter sa contribution.

Locke, propose de son côté une théorie de la régulation de soi : l'activité est mobilisée pour atteindre un but. Deux caractéristiques des buts à obtenir sont déterminants dans la motivation : l'intensité du but (son importance), et son contenu (sa précision, sa complexité). Dans ces travaux, Locke a pu montrer que des buts précis et difficiles mais atteignables augmentent la motivation. Les attachements aux buts dépendent de facteurs extrinsèques (influence du groupe, de l'autorité), de facteurs internes (expectations) et interactifs (le but est-il fixé de façon interactive ?).(45)

Par ses travaux, dans la fin des années 80, Klein a proposé un modèle intégrant l'ensemble des théories de la motivation.

Figure 4 : Modèle intégratif de la motivation au travail (Klein, 1989)



Le but reste le principal régulateur des comportements, qui induit une activité et un résultat. Un feed-back compare le résultat à une référence, si le résultat n'est pas satisfaisant, de façon consciente ou inconsciente et selon les caractéristiques propres à l'individu, l'individu pourra modifier son comportement et son effort s'il juge le but atteignable et utile.(46)

Le bien-être au travail renvoie à la satisfaction générale en rapport à son travail, aux émotions positives et négatives mobilisées par celui-ci. Reposant sur les théories de la motivation, et les déterminants psychosociaux que nous avons pu voir dans le paragraphe précédent, le bien-être au travail repose donc sur de nombreux éléments.

Pour résumé, le bien-être au travail dépendrait :

- D'un sentiment d'authenticité : qui renvoie au fait que le sujet et ses collègues agissent dans le respect de leurs valeurs, en y étant loyaux ;
- D'un sentiment d'acceptation de soi : respectant les limites du sujet ;
- De relations positives à autrui : clients, patients, collègues ;
- D'un sentiment d'autonomie : tant dans l'orientation de sa trajectoire professionnelle que dans le choix de ses objectifs ;
- D'un sentiment de maîtrise sur son environnement ;
- D'une capacité à donner un sens à son travail et à sa vie ;
- De la possibilité de développer son potentiel. (47)

D. Identité du médecin généraliste

La relation médecin-malade, évoluant avec son temps, les mœurs et considérations éthiques propres à chaque époque, reste le cœur de l'activité médicale. Ce « colloque-singulier » fait toute la spécificité de l'exercice de la médecine. Le terme, attribué tantôt à Hippocrate, Duhamel ou Portes (tous trois médecins) renvoie au contrat tacite passé entre le médecin et son patient. Sous un éclairage très contemporain, il s'agit de la relation de confiance bilatérale qui s'établit entre le patient souffrant, livrant ses secrets, et le médecin possesseur du Savoir Médical qui s'engage d'une part à respecter ce secret, et à transmettre et réaliser ce qu'il peut pour soigner le patient. C'est inévitablement cette relation qui « fait » le médecin depuis des siècles.

Si la vocation était avant les années 50 motivée par une envie de perpétuer l'autonomie permise par l'exercice libéral, c'est aujourd'hui cette dimension prestigieuse de maîtrise d'un

savoir scientifique et d'aide à autrui qui continuent d'attirer. C'est surtout ce dernier point qui confère tout le sens de l'exercice. (48)

Un autre élément à la base du « contrat » du médecin avec la société est le professionnalisme. On peut voir que ces principes de base s'articulent avec les éléments de bien-être au travail cités plus haut. Le médecin doit continuellement développer ses compétences et agir dans le respect de ses connaissances et normes de pratique. Il doit faire preuve d'intégrité, accepter les responsabilités et se comporter dans la limite de ses capacités. Il doit faire preuve d'empathie, pour s'engager dans une relation positive tant avec le patient qu'avec ses confrères. Il s'engage à travailler en partenariat avec patients, et de façon interdisciplinaire avec tous les autres acteurs de la santé. Le médecin doit fonder ses choix sur l'intérêt du patient, dans le respect d'une réflexion éthique de santé publique. (49)

Le médecin généraliste s'inscrit dans ce schéma, mais la place qu'il occupe historiquement et socialement lui confère certaines particularités. Dans son travail de thèse, le Dr Rastègue faisait une revue de la littérature pour retrouver les éléments favorisant le bien-être des médecins généralistes.

Les valeurs véhiculées par la médecine générale sont : humanité, diversité et liberté. Le médecin généraliste se sent valorisé, reconnu, avec le statut particulier de « médecin de famille ». La stimulation intellectuelle, l'acquisition de « sagesse » au cours de la pratique, l'importance de la résilience, de l'autonomie en font un métier source de plaisir et d'épanouissement.

D'une relation avec le patient s'inscrivant dans la durée, où une forte coopération est valorisée, naît une relation généralement positive. Elle se noue dans la mesure où le médecin généraliste a instauré et fait respecter les limites qu'il souhaite fixer.

La liberté d'exercice et d'installation sont également des facteurs positifs : à chacun de trouver le mode d'exercice qui lui réussira. Certains facteurs semblent tout de même prédictifs du plaisir au travail : avoir une liberté de gestion de son temps pour permettre un meilleur équilibre en vie privée et vie professionnelle, l'exercice sur rendez-vous, la modularité de l'emploi du temps, la délégation de certaines tâches aux secrétaires médicales et comptables, la qualité des locaux et matériels. Cette liberté permet également à chacun de placer le curseur du juste équilibre entre charge de travail et apports financiers. Le médecin généraliste a également la possibilité de diversifier son activité pour en restreindre la monotonie.

L'exercice en groupe, l'insertion dans un réseau de soins interdisciplinaires permet à la fois un soutien moral, mais également de faire jouer la complémentarité des compétences de chacun. La formation médicale continue renforce le sentiment de progrès et de perfectionnement constant. (50)

E. Féminisation de la médecine générale

Historiquement le rôle médical de la femme se limitait à la sphère de la naissance et de l'obstétrique. Les premières et très rares femmes médecins en France telle Madeleine Brès, en 1866, suivaient cette trajectoire en exerçant auprès des femmes et des enfants. Il faut attendre les Trente Glorieuses pour que les femmes investissent progressivement les études de médecine. Suivant la tendance générale d'amélioration de la scolarisation des filles, et l'accès aux mêmes qualifications que les hommes, le nombre de femmes participant aux études de médecine a lentement augmenté pour que la parité soit respectée dès la fin des années 2010. (38)

Contrairement à une idée reçue, elles ne prenaient pas la place des hommes puisque le nombre d'hommes inscrits continuait de croître également. Dès les années 80, la valorisation de l'entreprise, de la finance et du commerce est telle, que les jeunes hommes s'y précipitent. Ils libèrent alors une place où les femmes sont bienvenues dans une dynamique où les besoins médicaux sont croissants. L'idée que les fonctions de soin feraient de la médecine un monde féminin est également remis en question par les aspirations tout autant « humanistes » chez les jeunes hommes inscrits en médecine.

La trajectoire professionnelle des femmes médecins mérite cependant notre attention. Avant l'instauration de l'internat de spécialité, trois voies étaient possibles : l'internat de CHU préparant aux spécialités d'organe et chirurgicales, la médecine générale et les certificats d'études spéciales (CES) préparant à des spécialités médicales ambulatoires (pédiatrie, gynécologie, dermatologie...). Les deux premières pratiques supposaient une implication domestique importante du partenaire de vie, les CES permettaient par leur apparition récente de créer de nouvelles règles semblant mieux s'adapter à la vie de famille des femmes. Les femmes choisissaient donc massivement cet exercice spécialisé. Avec l'apparition de l'internat de spécialité, tel qu'il a été instauré en 1982, deux solutions étaient proposées : soit la médecine générale, soit le concours. À cette époque, les femmes faisaient leur choix en rejetant un modèle, plutôt qu'en adhérant à l'autre :

- soit passer le concours de crainte de devoir exercer une médecine générale très chronophage,

- soit renoncer au concours pour prendre de la distance avec les études et se donner du temps (pour avoir des enfants entre autres).

Les femmes se sont alors redistribuées de façon plus équitable entre l'univers hospitalier et libéral. Il faudra attendre une réforme en 2004 pour que la médecine générale soit considérée comme une spécialité. (51)

Dans les années 80, le modèle de disponibilité permanente des médecins est ébranlé. C'est le fruit de la part croissante des femmes dans toutes les formes d'exercice de la médecine, mais également de la modification du rôle domestique de l'épouse du médecin. Les épouses d'homme médecin sont de plus en plus diplômées, et tiennent à se maintenir dans l'emploi. La disponibilité des hommes médecins vis-à-vis de la sphère familiale et domestique devient également un plus grand sujet de tension. Tant les femmes, que les hommes ont alors contribué à un réaménagement du temps de travail pour un réinvestissement familial des médecins. (52)

En 2006, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) réalisait une étude auprès des jeunes médecins confirmant le caractère non genré de la remise en question de l'éthos de la disponibilité permanente. Hommes et femmes médecins ont mis en œuvre des stratégies visant à réduire le temps consacré aux activités professionnelles. Plusieurs phénomènes expliquent cette tendance. Le jeune médecin se pense dans un contexte de couple avec un autre actif, où deux carrières et deux emplois du temps doivent s'articuler. Si l'aspiration à diminuer le temps de travail les anime, elle ne se traduit pas par une diminution drastique du temps de travail par rapport à leurs aînés. Ils ne sont pas moins impliqués, ni moins préoccupés par la qualité des soins. La plupart des jeunes médecins mettent en place des stratégies d'intensification de leur travail pour se libérer des demi-journées ou journées de travail. Par ailleurs, ils voient l'exercice collectif comme une façon de réguler collectivement l'accès aux soins au profit des médecins (partage des plannings de garde) et des patients (continuité des soins). Des disparités persistent, notamment parmi les chirurgiens où cette réorganisation semble plus difficile à mettre en œuvre. (53)

IV. Synthèse

La féminisation de l'exercice médical, et, plus largement, l'emploi des femmes, a contribué à assouplir les contraintes d'exercice de la médecine générale. En sortant d'une dynamique de disponibilité permanente. Le médecin généraliste se voit moins contraint dans sa forme d'exercice. Cependant, les exigences de qualité des soins prodigués demeurent une préoccupation importante pour tout jeune médecin.

En parallèle, l'importance de l'éducation des enfants a pris de l'ampleur avec l'amélioration des connaissances de la psychologie infantile. Les femmes sorties de leur foyer pour travailler ont dû faire face à une double journée pour combler ces exigences éducatives. Les évolutions politiques et sociétales ont progressivement permis une meilleure distribution des tâches domestiques et familiales au sein du couple. Même si les femmes prennent encore majoritairement en charge le travail domestique, la charge de la vie familiale tend à mieux se répartir.

La temporalité des études de médecine, et la fécondité des hommes et femmes médecins généralistes se superposent. L'arrivée du premier enfant au début de l'exercice du médecin généraliste est donc fréquent. Le jeune médecin généraliste porte alors le poids de deux injonctions sociétales très fortes : le professionnalisme du bon médecin et celle d'être un bon parent. Tirailé par des exigences temporelles et qualitatives, le médecin généraliste doit faire des choix d'organisation, des choix de carrière.

Question de recherche

La parentalité modifie-t-elle de façon significative l'organisation de la vie professionnelle des médecins généralistes en Loire-Atlantique ?

Hypothèses

Nous suggérons les modifications suivantes. L'arrivée d'un enfant entraîne une remise en question de la façon de travailler des médecins généralistes. Le volume horaire travaillé diminue, le nombre de demi-journées non travaillées augmente. Une proportion de médecins change de mode d'exercice et privilégie le salariat. Toutes ces modifications contribuent à l'épanouissement des médecins généralistes. La pluralité des modes d'exercice permet à chacun de trouver sa solution.

Objectifs

- Objectif principal

Observer avec quelle importance parentalité et mode d'exercice sont liés chez les médecins généralistes de Loire-Atlantique ;

- Objectifs secondaires

Recueillir des informations sur le mode d'exercice, et la fécondité des médecins généralistes en Loire-Atlantique ;

Évaluer la satisfaction des médecins généralistes en Loire-Atlantique dans leur vie professionnelle et familiale ;

Observer des différences selon les caractéristiques socio-démographiques de la population (sexe, âge), selon leur statut parental, et selon le mode d'exercice de la médecine générale.

CHAPITRE II : MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

Afin de répondre à l'objectif principal, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive quantitative.

II. Population

La population ciblée par l'étude est l'ensemble des médecins généralistes en activité en Loire-Atlantique en 2023 au moment de l'envoi du questionnaire, quel que soit leur type d'exercice : remplaçant, salarié, mixte, libéral. Nous ne retiendrons pas les réponses des médecins d'une autre spécialité, ou d'un autre département.

III. Méthodologie et déroulement de l'étude

En raison de contraintes budgétaires et temporelles, nous nous sommes tournés vers la réalisation d'un questionnaire informatisé grâce à l'application Google Forms®. Les données ont été traitées par l'intermédiaire du logiciel Excel® de Microsoft®.

S'agissant d'une étude observationnelle quantitative concernant des professionnels de santé, il n'y avait pas de nombre de sujets nécessaires. Cependant, afin de pouvoir réaliser des statistiques intéressantes, et restant modestes quant à la participation à un questionnaire en ligne, nous espérions recueillir 200 réponses. Le questionnaire est anonyme, aucune donnée médicale n'est collectée, et notre étude entre dans la méthodologie de référence MR-004 ne nécessitant pas de déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

L'administration du questionnaire s'est faite entre mai 2023 et juillet 2023.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) 44 a accepté de publier notre questionnaire sur son site internet. L'Union Régionale des médecins libéraux (URML) 44 a accepté de relayer notre étude aux professionnels libéraux de Loire-Atlantique par l'envoi simultané de plusieurs questionnaires de thèse. Aucune relance n'était possible par leur intermédiaire. Pour toucher des médecins généralistes non libéraux et remplaçants, nous avons relayé notre questionnaire sur le groupe Facebook® des Remplacements en médecine générale en Pays de la Loire. Une relance a été nécessaire pour atteindre le nombre de réponses que nous nous étions fixés. Nous nous attendions à un faible taux de participation et comptions sur la largeur de la population sollicitée pour atteindre nos 200 réponses.

Nous avons analysé les résultats sur le logiciel Excel® avec l'aide d'un enseignant de statistiques en IUT et le logiciel en ligne BiostaTGV® qui nous a été recommandé. Pour tester

la liaison entre deux variables qualitatives nous avons utilisé le test du « Khi-2 », et lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5 le test de « Fisher ». Lorsque l'une des variables qualitatives était ordinale, nous avons utilisé le test de Kruskal-Wallis. Pour tester la liaison entre une variable qualitative et une variable quantitative, nous avons utilisé les test « t de student » et de Kruskal-Wallis (quantitatif). Pour rechercher une corrélation entre deux variables quantitatives, nous avons réalisé le test de corrélation de Pearson. Lorsqu'il s'agissait de comparer une variable qualitative ordinale (seuil de satisfaction) avec des données quantitatives, nous avons utilisé le test de corrélation de Spearman.

Le seuil de significativité est fixé pour un p inférieur à 0,05 comme il est d'usage courant. Pour simplifier l'interprétation des données, nous avons parfois réalisé des regroupements et décidé de ne pas comparer les réponses neutres.

IV. Questionnaire (*annexe 1*)

Nous avons élaboré notre questionnaire pour qu'il soit complété en moins de 10 minutes. Nous avons utilisé le plus possible des questions fermées pour faciliter l'interprétation statistique. Les échelles de Likert nous permettaient de mesurer les attitudes des répondants.

La faisabilité de notre questionnaire a été testée par 8 confrères volontaires d'autres départements, dont les réponses n'ont pas été retenues pour l'analyse des résultats. Leurs commentaires nous ont permis de corriger certaines formulations.

Ce questionnaire permettait, après une brève présentation de notre travail et de la population concernée, d'évaluer :

- La situation professionnelle :
 - Modalités d'exercice
 - Temps de travail
 - Implication dans la permanence des soins
- La situation personnelle et familiale :
 - Caractéristiques propres
 - Caractéristiques socio-démographiques du conjoint le cas échéant
 - Nombre et âge des enfants
 - Ressources disponibles pour la garde des enfants
- Les interactions entre vie professionnelle et vie familiale
- Des éléments de satisfaction quant à la vie familiale et professionnelle.

CHAPITRE III : RÉSULTATS

I. Participation

Nous sommes parvenus à recueillir 291 réponses. Parmi celles-ci, 78 réponses ont été obtenues lors de la seule invitation par mail de l'URML 44. L'URML 44 n'a pas souhaité partager avec nous le nombre de médecins libéraux présents sur leur liste d'envoi. Les 213 autres réponses sont survenues grâce au partage du lien sur le groupe Facebook® des remplacements en Pays de la Loire qui compte 3431 participants ; ce qui fait un taux de participation à 6,2% par ce canal. Notons bien que le groupe de remplacement concerne la région et que mon questionnaire ne s'adresse qu'aux médecins de Loire-Atlantique.

Parmi ces réponses, 8 médecins ont signalé en commentaire être d'autres spécialités ou d'un autre département, leurs réponses n'ont donc pas été analysées nous laissant avec 283 réponses.

II. Description de l'échantillon

A. Caractéristiques personnelles et familiales

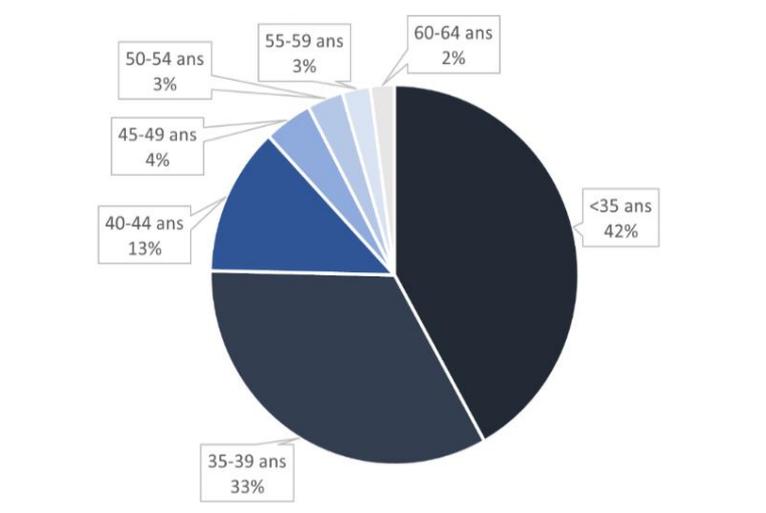
1. Genre

Notre échantillon est essentiellement féminin. Sur 283 répondants, 254 sont des femmes et 29 des hommes, soit un échantillon composé à 90% de femmes et de 10% d'hommes.

2. Âge

L'âge moyen de notre échantillon est de 37 ans (271 réponses). Le plus jeune médecin répondant à l'étude a 27 ans, le plus âgé 64 ans.

Figure 5: Représentation de l'âge de l'échantillon



3. Situation familiale

a. Situation conjugale

Sur notre échantillon de 283 médecins, 267 médecins (94%) sont en couple au moment de l'étude.

Sur ces 267 médecins en couple, 266 médecins nous ont renseignés sur la profession de leur conjoint. Nous avons omis la catégorie « Profession intermédiaire », donc la plupart des réponses « Autres » concernaient cette catégorie, pour les autres nous pouvons les rattacher aux catégories déjà listées. La plupart des médecins qui ont répondu sont en couple avec une personne de la même catégorie socio-professionnelle qu'eux : 184 médecins (69%). Seuls 7 médecins (3%) ont un conjoint sans profession, parmi eux 3 sont étudiants.

Tableau 1 : profession du conjoint

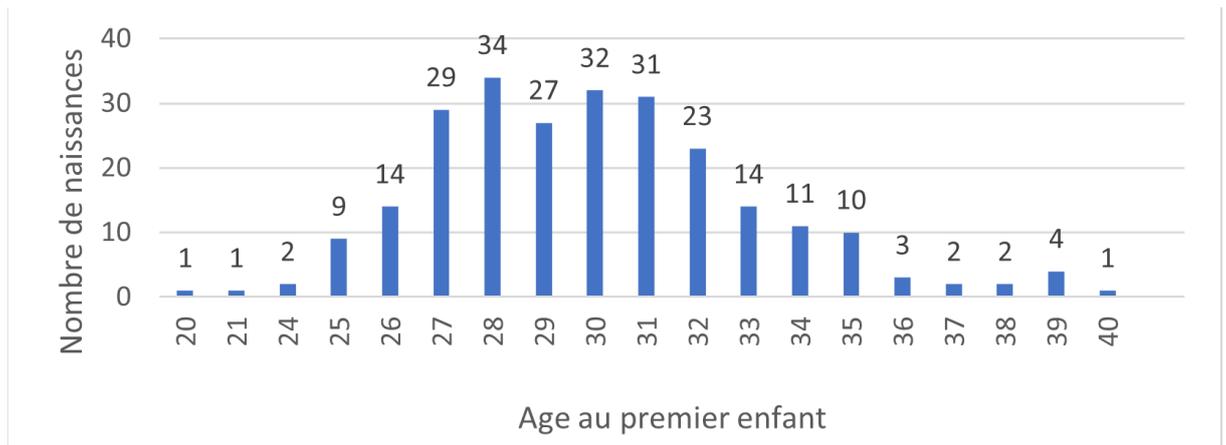
Quelle est la profession de votre partenaire ?	Nombre de conjoints	Proportion
Chef d'entreprise, cadres, profession libérale	184	69%
Employé, ouvrier	44	17%
Profession intermédiaire	16	6%
Artisan, commerçant	10	4%
Sans profession	7	3%
Retraité	3	1%
Agriculteur, exploitant	2	1%

b. Parentalité

Notre échantillon est composé de 250 praticiens ayant des enfants, et de 33 praticiens sans enfant, soit respectivement 88% et 12% de notre échantillon.

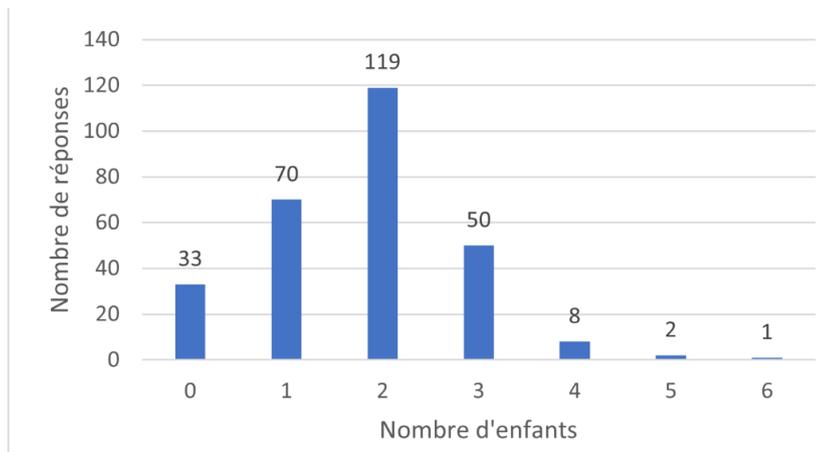
Sur ces 250 parents, tous indiquent l'âge qu'ils avaient lorsqu'ils sont devenus parents pour la première fois. Cet âge au premier enfant est en moyenne de 30 ans (29,97 exactement). Le plus jeune parent avait 20 ans, le plus âgé 40 ans.

Figure 6: Répartition de la 1^{ère} naissance selon l'âge du parent



En moyenne, les médecins avec enfants que nous avons interrogés ont 2 enfants à charge (2,04 enfants/médecin). En considérant tous les praticiens interrogés (parent ou non) nous obtenons un taux de fécondité de notre échantillon de 1,8 (1,78 exactement) enfant par médecin.

Figure 7: Répartition des foyers selon le nombre d'enfant(s)

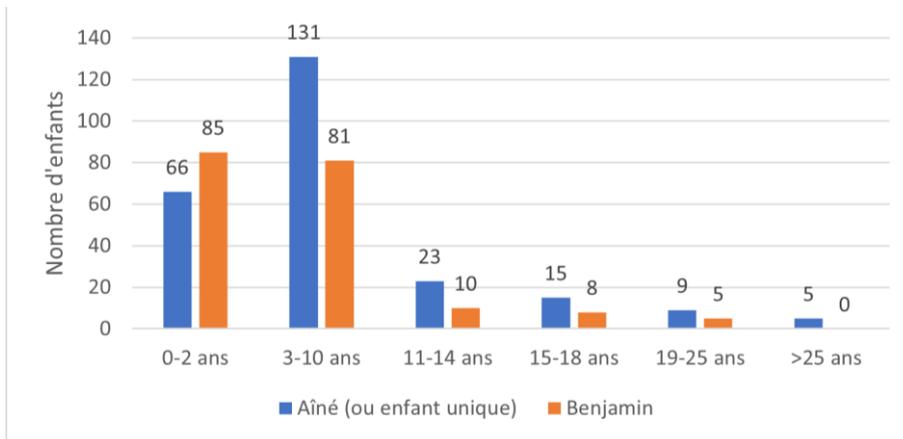


L'aîné (ou l'enfant unique) de nos participants a en moyenne 7 ans (6,96 exactement pour 249 réponses, 1 donnée manquante). Nous avons obtenu 189 réponses concernant l'âge du dernier enfant, ce qui n'est pas cohérent avec le fait que seuls 180 personnes ont signalé avoir plus de 1 enfant à charge. En reprenant les données des questionnaires, 9 personnes ont signalé l'âge de beaux-enfants, sans les compter dans leur foyer. Nous avons donc décidé de conserver leur réponse. En moyenne, s'ils ont eu plusieurs enfants, le petit dernier (benjamin) avait 4,5 ans.

Nous avons regroupé les enfants par âge pour représenter leur répartition. Nous avons choisi ces classes d'âge pour être le reflet d'époques marquées par des besoins différents : âge

préscolaire (0-2 ans), petite école (3-10 ans), collège (11-14 ans), lycée (15-18 ans), étudiant (19-25 ans), jeune adulte (>25 ans).

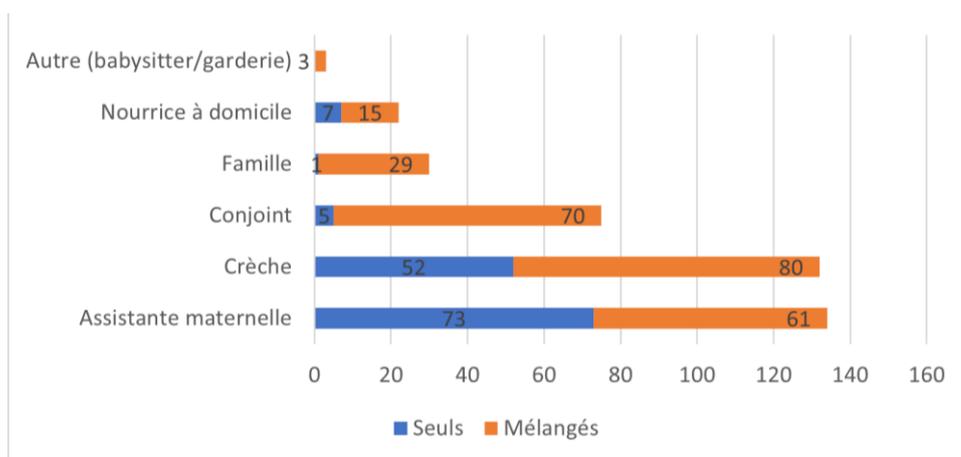
Figure 8 : Répartition des âges du premier et du dernier enfant



4. Moyens de garde des enfants

À l'âge préscolaire, les enfants des médecins interrogés sont gardés tout autant en crèche (26%) que par des assistantes maternelles (27%). 75 médecins (30%) peuvent compter sur un conjoint pour s'en occuper au moins une partie du temps. Mais seuls 5 conjoints de médecin (2%) s'occupent seuls de leurs enfants sans recours à un autre mode de garde. De même que la famille ne prend exclusivement le relais de la garde de l'enfant que pour 1 médecin (0,4%). 111 médecins (44,6%) doivent recourir à plusieurs modes de garde pendant leur temps de travail.

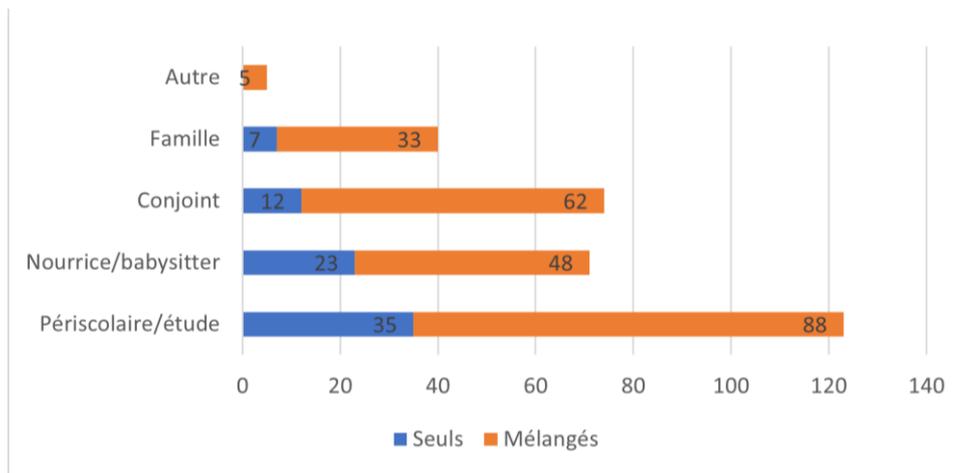
Figure 9 : Répartition des modes de garde pour les enfants en âge préscolaire



À l'âge scolaire, 69,4% des enfants de médecins vont au périscolaire (123 enfants), 41,8% sont gardés au moins en partie par le conjoint (74 enfants), 40,1% sont gardés par une nourrice ou en baby-sitting entre autres (71 enfants), 22,5% sont gardés au moins en partie par

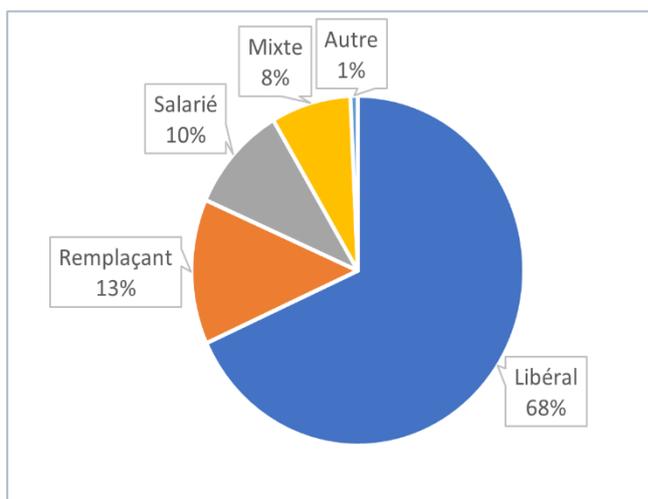
de la famille. Les autres moyens de garde cités, plus anecdotiques, sont le voisinage, et des associations de garde d'enfants. Là encore, 55,9% des médecins interrogés doivent jongler entre plusieurs modes de garde. Si l'on considère que les 73 médecins qui n'ont pas répondu à la question n'ont besoin d'aucun mode de garde en dehors des horaires de travail, alors 29,2% des médecins sont disponibles pour les amener et retourner les chercher à l'école.

Figure 10 : Répartition des modes de garde pour les enfants en âge scolaire



B. Caractéristiques professionnelles

Figure 11 : Répartition des modes d'exercice



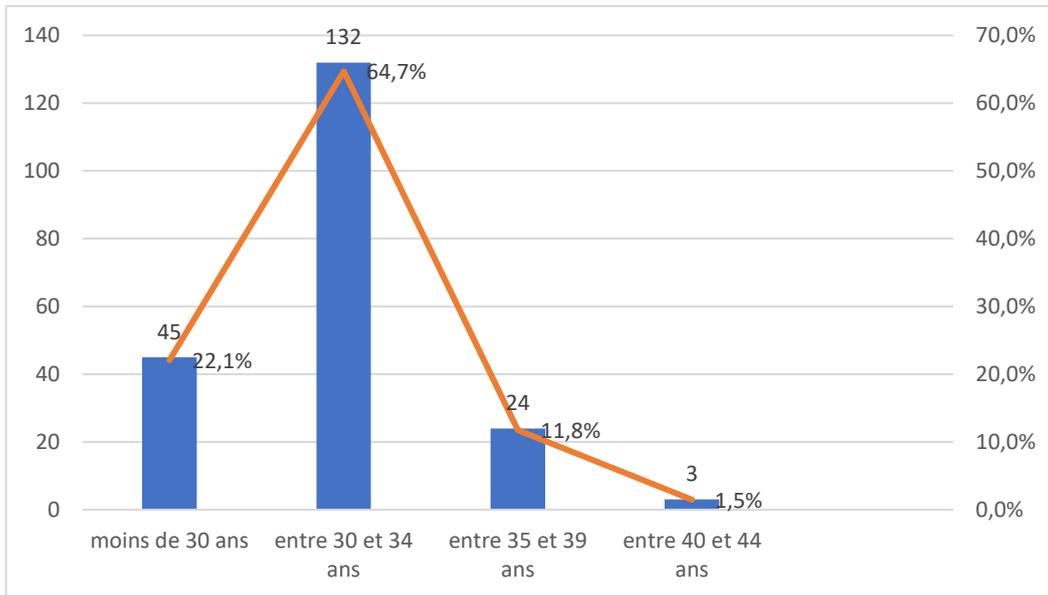
1. Mode d'exercice

La majorité de notre échantillon 68% exerce en libéral (193 médecins), puis il est composé à 13% de remplaçants, à 10% de salariés (la plupart du temps en hospitalier et en PMI), à 8% d'exercice mixte et à 1% autre (médecin militaire et pompier) que nous avons souhaité catégoriser différemment des salariés du fait des particularités de leur exercice.

2. Âge à l'installation

Parmi les 215 médecins installés (Libéral + mixte), 204 médecins ont signalé leur âge d'installation (11 données manquantes). L'âge moyen lors de l'installation en libéral de nos médecins est de 31,5 ans. 65% des installations ont lieu entre 30 et 34 ans. Le plus jeune, et le plus âgé ont respectivement 26 et 44 ans au moment de leur installation.

Figure 12 : Age des médecins à l'installation

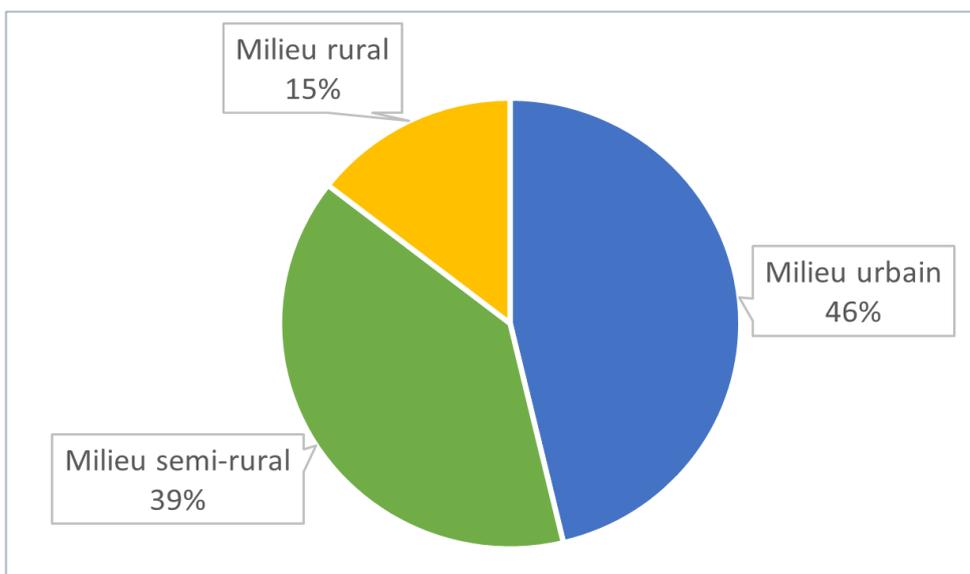


3. Conditions de travail

La plupart des médecins répondant à notre enquête exercent dans un milieu urbain (46%) et semi-rural (39%). Seuls 15% exercent en milieu rural (283 réponses).

Sur les 277 médecins qui ont répondu à la question, 256 praticiens, soit l'écrasante majorité (92%), exercent en groupe ou au sein de structures pluridisciplinaires ou d'hôpitaux. Les 21 médecins restants (8%) exercent seul au sein de leur cabinet.

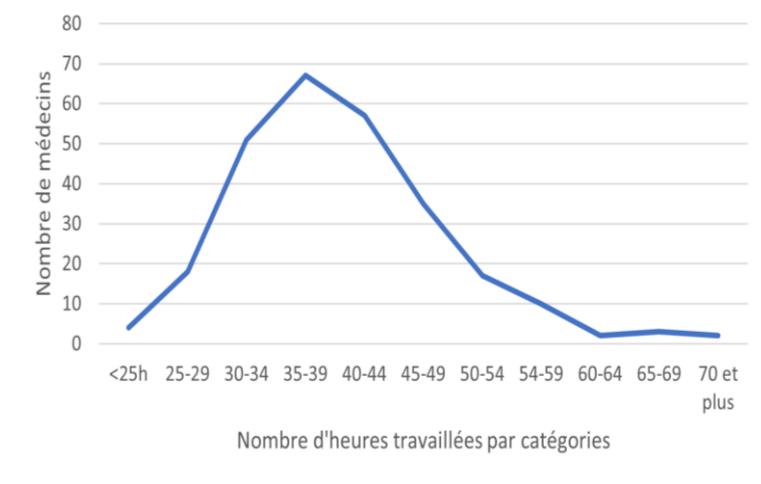
Figure 13 : Répartition des milieux d'exercice



4. Temps hebdomadaire professionnel

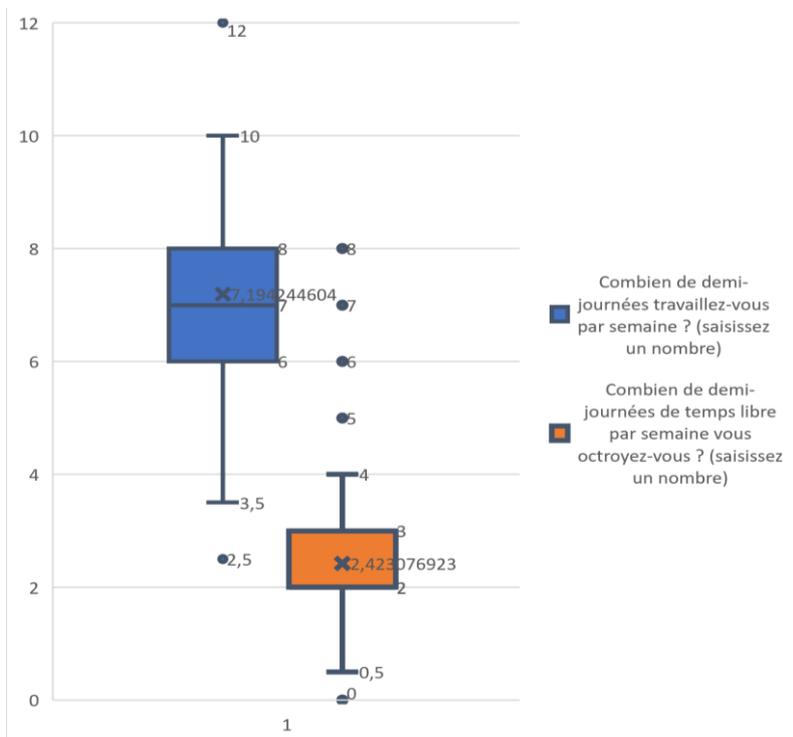
Les médecins que nous avons interrogés travaillent en moyenne 38,8 heures par semaine (266 réponses exploitables, nous avons supprimé de notre analyse 12 données aberrantes incohérentes avec le reste du questionnaire).

Figure 14 : Distribution des médecins selon le volume horaire travaillé



Avec un minimum de 21h par semaine et un maximum de 80h par semaine, et un coefficient de variabilité à 22,6%, ce qui constitue un groupe hétérogène, mais suivant une répartition Gaussienne lorsque nous les catégorisons par tranches de 5 heures.

Figure 15 : Représentation en boîtes à moustache du nombre de demi-journées travaillées et de temps libre



En moyenne, dans notre échantillon les médecins travaillent sur 7,2 demi-journées (278 réponses exploitables) et s'octroient 2,4 demi-journées sans travailler (277 réponses exploitables).

Là encore, les données sont dispersées avec un coefficient de variabilité respectif de 22,7% et de 58,9%.

Au sein de notre échantillon, 29% des médecins ne travaillent ni le mercredi, ni le samedi matin. Les cabinets sont occupés à 66% le samedi matin, 72% le mercredi matin et 65% le mercredi après-midi. Environ un tiers des médecins interrogés disent travailler le mercredi et le samedi matin.

Tableau 2 : Médecins travaillant le mercredi et le samedi

<i>Jour(s) travaillé(s)</i>	<i>Nombre de médecins (219 réponses)</i>	<i>Pourcentage de médecins</i>
<i>Samedi matin</i>	144	66%
<i>Mercredi matin</i>	158	72%
<i>Mercredi après-midi</i>	143	65%
<i>Ni l'un ni l'autre</i>	64	29%
<i>Mercredi entier uniquement</i>	136	62%
<i>Mercredi matin uniquement</i>	22	10%
<i>Mercredi après-midi uniquement</i>	7	3%
<i>Samedi + mercredi complet</i>	73	33%
<i>Samedi matin uniquement</i>	54	25%

5. Participation à la permanence des soins

51,6% des médecins interrogés ne font pas de garde en semaine (permanence des soins jusqu'à minuit ou garde de nuit complète), et 49,6% n'en font pas le weekend. En moyenne, les médecins interrogés font 5,8 gardes en semaine par an (médiane 0 garde/an), et 3 gardes de weekend par an (médiane 1 garde/an). Notre groupe est encore très hétérogène avec un minimum à 0 garde en semaine et en weekend par an, un maximum de 100 gardes en semaine, 40 gardes en weekend par an, et un coefficient de variabilité respectif de 197% et 190%.

C. Concernant les parents d'enfants

1. Retentissement de leur vie familiale sur leur vie professionnelle

67% des médecins ont diminué leur temps de travail à l'arrivée de leurs enfants. 18% ont changé de mode d'exercice : la plupart sont passés du libéral au salariat (34 réponses), l'autre part sont des remplaçants qui se sont installés en libéral (12 réponses) et 1 médecin a arrêté d'exercer pour se réorienter professionnellement. Pour 23% d'entre eux il n'y a pas eu de changement dans leur façon de travailler. 1% des médecins déclare augmenter leur temps de travail, et 3% réorganisent leur temps de travail pour l'optimiser sans changer leur temps de

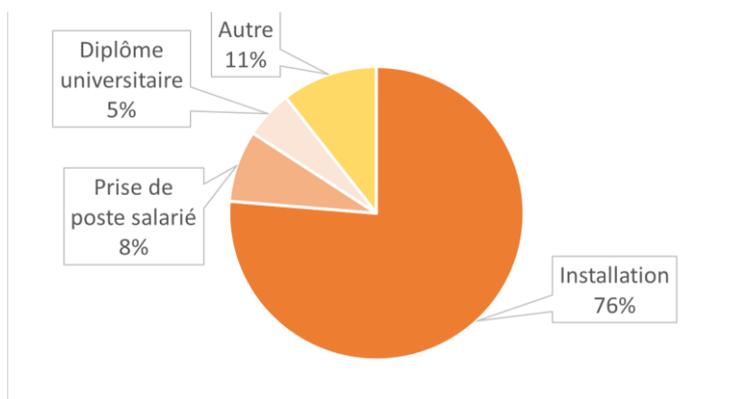
présence au cabinet. Les modifications s'additionnent pour certains ce qui fait que l'addition de ces pourcentages ne correspond pas à 100%.

Figure 16 : Répartition des médecins selon s'ils ont retardé un projet professionnel ou non en raison de leurs enfants



Parmi les 248 réponses que nous avons obtenues à notre question, 172 médecins (69%) n'ont pas retardé de projet professionnel en raison de leurs enfants, contre 76 (31%) d'entre eux qui l'ont fait.

Figure 17 : Répartition du type de projet retardé par les enfants



Le projet professionnel le plus souvent repoussé est une installation en cabinet libéral (76%). Suit la prise d'un poste salarié pour 8% d'entre eux, et de la participation à un diplôme universitaire pour 5% d'entre eux.

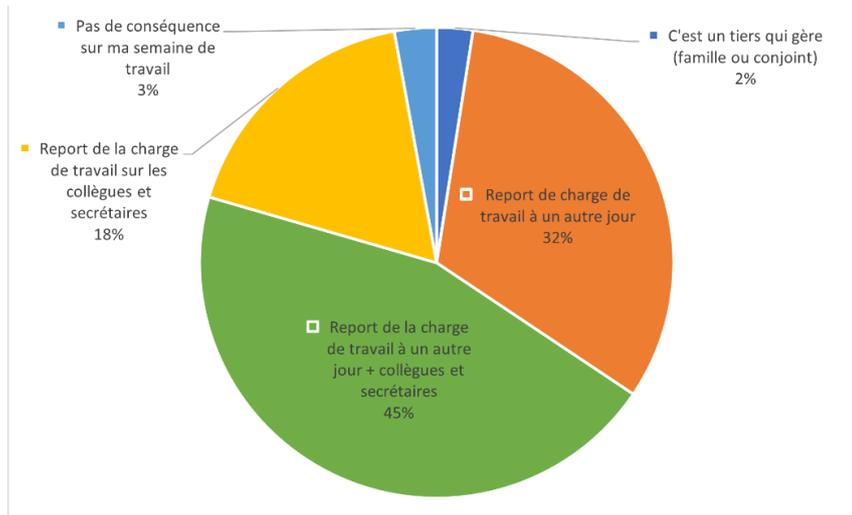
Parmi les autres projets professionnels (11%) cités on

retrouve : une mission militaire, une activité universitaire, un concours de Professeur Hospitalier, une formation en acupuncture et la création de projets pluridisciplinaires (4 médecins).

En cas de maladie d'un de leurs enfants ou de grève de l'école, par exemple, 95% des médecins interrogés doivent alors déplacer leur charge de travail initiale. Si 63% d'eux peuvent compter sur leurs collègues et employés pour les aider à gérer l'imprévu, pour 77% de notre échantillon cela signifie un report de la charge de travail à un autre jour.

Seule une minorité, 5% au total ne voit pas de conséquences sur leur semaine de travail. Parmi les médecins interrogés, 6 (soit 2%) peuvent compter sur un conjoint ou un membre de leur famille pour prendre le relais.

Figure 18 : Répartition des conséquences en cas d'impératif familial aigu



2. Thèse et projet de grossesse

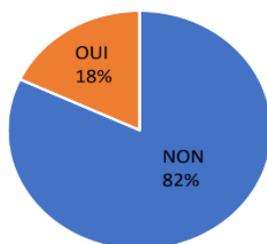
Parmi nos 250 médecins parents d'enfant, 14% (36 médecins) retardent un projet d'enfant/une grossesse le temps de passer leur thèse, et 24% (59 médecins) retardent le passage de leur thèse en raison de leur grossesse/projet d'enfant. Pour les 62% restants (155 médecins) les deux projets ne sont pas entrés en conflit.

3. Retentissement de leur vie professionnelle sur leur vie familiale

a. Retarder un projet d'enfant

Figure 19 : Répartition des médecins selon s'ils ont retardé un projet d'enfant au profit d'une activité professionnelle

Avez-vous retardé un projet d'enfant au profit de votre activité professionnelle?

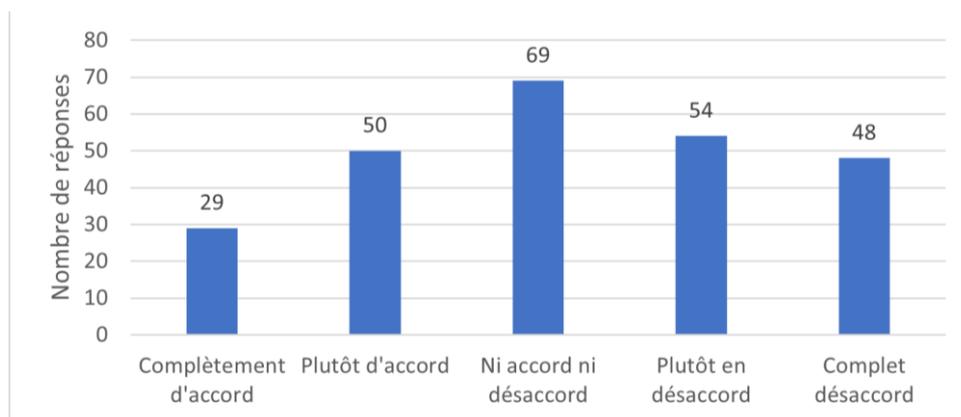


Parmi notre échantillon de 250 médecins parents, 18% (45 médecins) déclarent avoir retardé un projet d'enfant au profit de leur carrière, pour les 82% autres (205 médecins), leur carrière n'a pas d'impact sur le projet d'enfants.

b. Des horaires adaptés à la vie familiale

Sur nos 250 médecins-parents, 41% pensent que leurs horaires de travail ne sont pas adaptés au rythme de vie de leurs enfants, 28% n'expriment ni accord ni désaccord, et 32% pensent que leurs horaires sont adaptés à ceux de leurs enfants.

Figure 20 : Répartition de l'adhésion au sentiment que les horaires de travail sont adaptés à ceux de leurs enfants



c. Empiètement de la vie professionnelle sur la sphère privée

Pour la majorité de notre échantillon, l'étanchéité entre vie professionnelle et vie familiale n'est pas parfaite. Nous leur avons demandé s'il leur arrive, par argument de fréquence, de rapporter du travail à la maison (biologie, comptabilité) et s'ils réalisent leur formation médicale continue (FMC) sur des temps normalement dévolus à leur famille (le soir au lieu de dîner en famille par exemple). Si aucun ne déclare que c'est systématique, seuls respectivement 31% et 40% ne laissent jamais ces deux aspects empiéter sur leur temps familial.

Tableau 3 : Empiètement de la vie professionnelle sur la sphère privée

	Je ramène du travail à la maison (250 réponses)	Je réalise ma FMC sur le temps familial (248 réponses)
Souvent	28%	19%
Parfois	41%	41%
Jamais	31%	40%

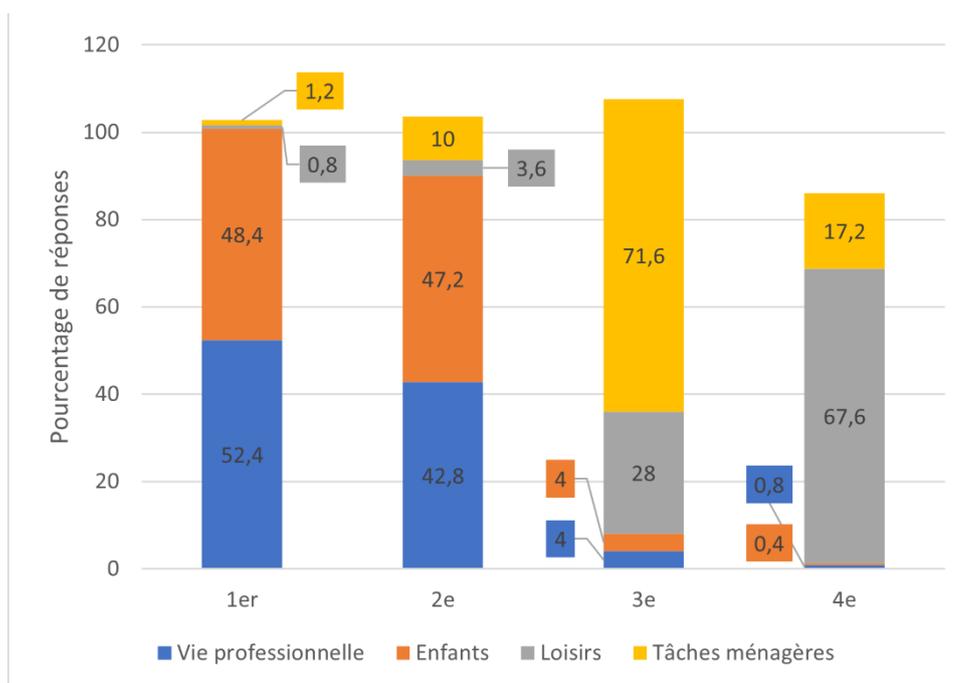
4. Répartition temporelle entre vie professionnelle, temps parental, loisirs personnels et tâches ménagères

Nous avons obtenu 250 réponses exploitables afin de comprendre comment les médecins généralistes pensent répartir leur temps en fonction de chaque domaine. Nous leur

avons demandé de classer les temps consacrés à chaque domaine (vie professionnelle, vie parentale, loisirs personnels et tâches ménagères) du plus important au moins important. Nous avons laissé la possibilité aux répondants de signaler des ex-aequo, par exemple de signaler que vie professionnelle et tâches ménagères occupent tous deux la première place. C'est ce qui donne des colonnes comprenant plus de 100% de réponses cumulées dans la colonne du 1^{er} poste temporel, et moins de 100% de réponses pour la 4^e colonne.

La vie professionnelle semble donc être le domaine auquel les médecins semblent accorder le plus de temps, c'est le cas pour 52,4% d'entre eux. De très près, 48,4% des médecins interrogés pensent accorder le plus de temps à leur vie familiale. On voit d'ailleurs nettement sur le graphique que vie professionnelle et temps familial se disputent majoritairement la 1^{ère} et la 2^e place du classement. En 3^e position, les médecins semblent se consacrer majoritairement aux tâches ménagères (71,6%), et un peu moins aux loisirs (28%). Enfin, en dernier, leur temps est dévolu aux loisirs personnels pour 67,6% d'entre eux, et pour 17,2% aux tâches ménagères.

Figure 21 : Représentation du classement du temps consacré à chaque domaine : vie familiale, professionnelle, loisirs, tâches quotidiennes



5. Priorisation entre vie professionnelle et vie familiale

Nous avons utilisé une échelle de mesure pour cette question et obtenu 251 réponses. Les réponses se rapprochant du 1 priorise la vie familiale. Au contraire, en se rapprochant du 10, les médecins priorisent la vie professionnelle.

On observe une boîte à moustache qui n'est pas centrée sur le 5, qui n'est pas symétrique, mais très légèrement décalée vers le 1. Cette boîte est également plus ramassée sur elle-même pour les valeurs inférieures à 4. La moyenne des réponses est de 4,3/10, avec une médiane à 4 (la neutralité correspondant au chiffre 5). On peut donc dire que les médecins interrogés semblent, en moyenne, légèrement prioriser la vie familiale.

Figure 22 : Répartition des réponses : Priorisation entre vie familiale et professionnelle

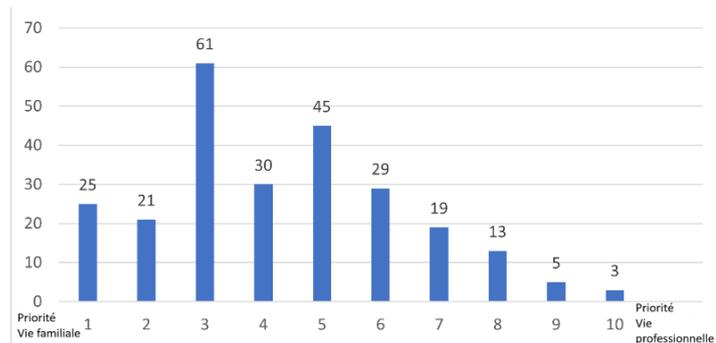
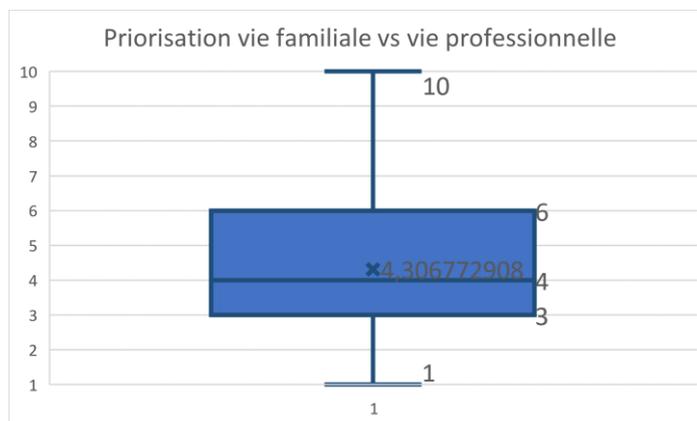


Figure 23 : Représentation en boîte à moustache de la priorisation entre vie familiale et professionnelle



6. Satisfaction des médecins quant à leur vie familiale et professionnelle

Nous avons obtenu le même nombre de réponses (251) pour l'évaluation respective de la vie familiale et professionnelle des médecins généralistes.

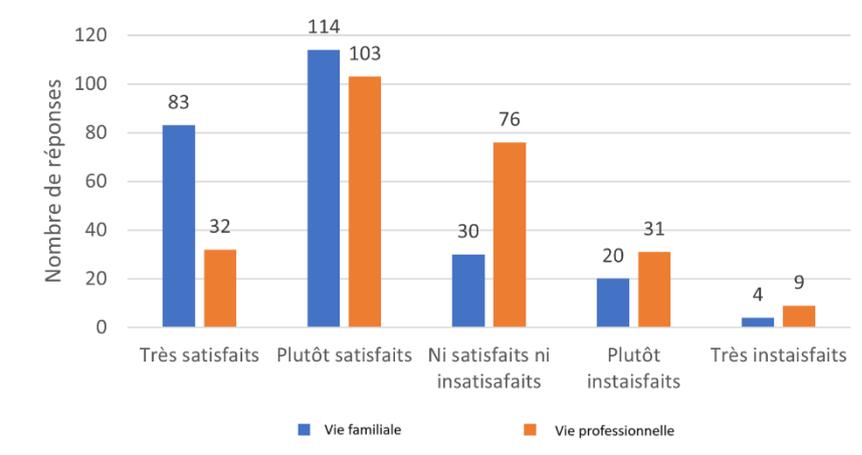
Les médecins interrogés semblent satisfaits (78%) de leur vie familiale : ils sont 33% à se dire très satisfaits, et 45% à se dire plutôt satisfaits.

Si l'on observe un léger décalage sur la droite de la distribution de la satisfaction des médecins interrogés quant à leur vie professionnelle, ils demeurent légèrement majoritaires (54%) à avoir un sentiment positif par rapport à leur vie professionnelle (13% de très satisfaits et 41% de plutôt satisfaits). On observe une plus grande neutralité quant à leur vie professionnelle : 30% des interrogés ne sont ni satisfaits ni insatisfaits. Et ils sont plus nombreux à avoir des sentiments négatifs concernant leur travail (16% sont insatisfaits de leur vie professionnelle), que par rapport à la vie familiale (10% d'insatisfaits).

Tableau 4 : Taux satisfaction du médecin quant à sa vie familiale et à sa vie privée

Niveau de satisfaction	Concernant la vie familiale		Concernant la vie professionnelle	
	Nombre de réponses	Pourcentage	Nombre de réponses	Pourcentage
Très satisfaits	83	33%	32	13%
Plutôt satisfaits	114	45%	103	41%
Ni satisfaits ni insatisfaits	30	12%	76	30%
Plutôt insatisfaits	20	8%	31	12%
Très insatisfaits	4	2%	9	4%

Figure 24 : Distribution des médecins selon le degré de satisfaction de leur vie familiale et professionnelle



Parmi les médecins interrogés, 144 médecins s'adressent des reproches sur un manque de présence auprès de leurs enfants. Ce qui correspond à 58% de notre échantillon (248 réponses à la question). À l'inverse, seuls 84 médecins, soit 34% des médecins interrogés ont des enfants leur reprochant un manque de présence (245 réponses).

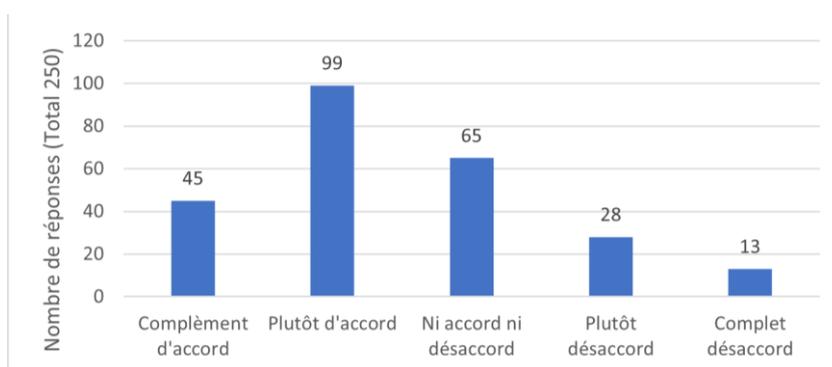
Quelques médecins, 38% de notre échantillon, s'adressent des reproches quant à un manque de temps consacré à leurs patients (93 sur 248 réponses).

Nous avons demandé aux médecins d'évaluer leur degré d'adhésion au sentiment d'avoir trouvé un bon équilibre entre vie professionnelle et vie familiale. 58% des médecins interrogés estiment qu'ils ont su trouver le bon équilibre entre vie familiale et vie professionnelle, 16% sont en désaccord avec ce sentiment.

Tableau 5 : *Degré d'adhésion du médecin au sentiment d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale*

Degré d'adhésion au sentiment d'avoir trouvé le bon équilibre entre vie familiale et vie professionnelle	Pourcentage des réponses
Complètement d'accord	18%
Plutôt d'accord	40%
Ni accord ni désaccord	26%
Plutôt désaccord	11%
Complet désaccord	5%

Figure 25 : *Distribution des médecins selon leur adhésion au sentiment d'équilibre entre vie familiale et professionnelle*



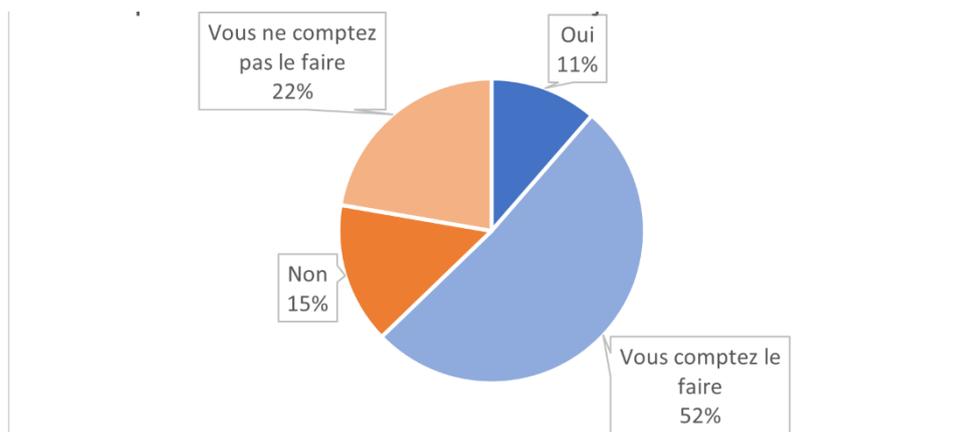
7. Les enfants devenant autonomes : réorganisation ou non ?

La plupart des médecins généralistes (63%) interrogés ont modifié ou comptent de nouveau modifier leur façon de travailler une fois que leurs enfants seront autonomes. Dans ce

cas, nous leur avons demandé comment ils comptent le faire. Nous avons regroupé les réponses libres des médecins selon plusieurs idées :

- 55 médecins travaillent ou comptent travailler plus ;
- 17 médecins pensent qu'ils travailleront autant mais changeront leur planning : présence plus tôt ou tard au cabinet, changement des jours de repos ;
- 7 médecins comptent s'installer en libéral ;
- Pour 7 médecins, cela changera le niveau de stress perçu : moins d'impératifs à gérer ;
- 5 médecins ont repris ou comptent reprendre le travail le mercredi ;
- 5 médecins travaillent ou comptent moins travailler. 2 d'entre eux estiment que leurs charges diminueront et qu'ils diminueront leur activité en conséquence, 3 autres comptent consacrer plus de temps à leurs loisirs ;
- 5 médecins se sont ou comptent diversifier leur activité avec une activité associative (2 médecins), ou une activité salariée (vacations à la PMI : 2 médecins, planning familial : 1 médecin) ;
- 3 médecins comptent arrêter leur activité libérale sans préciser si c'est en vue d'une reconversion ou non.

Figure 26 : Répartition des réponses à la question : quand vos enfants ont/auront gagné en autonomie, pensez-vous modifier votre façon de travailler ?



D. Concernant les médecins sans enfant

Parmi les médecins interrogés, 33 sont sans enfant à charge. 10 d'entre eux (30%) n'ont pas de désir de parentalité, 18 autres désirent un enfant plus tard (55%) et enfin 5 d'entre eux (15%) n'ont pas souhaité se prononcer. Qu'ils souhaitent ou non avoir des enfants, nous leur avons demandé s'ils pensent qu'il faille modifier sa façon de travailler avec l'arrivée d'un

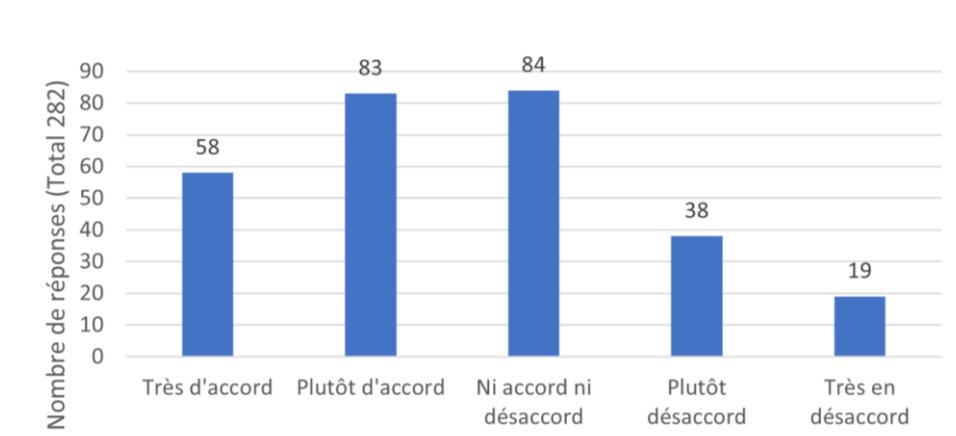
enfant et comment. Pour 85% d'entre eux (28 médecins) l'arrivée d'un enfant implique des modifications dans l'organisation du travail, les 15% autres (5 médecins) ayant répondu par la négative. Certains argumentent ces changements de la façon suivante :

- Pour 10 médecins il s'agira de changer ses horaires de travail pour s'adapter aux contraintes de l'école, du mode de garde de l'enfant ;
- Pour 7 médecins, il faudra diminuer leur temps de travail pour que leur emploi du temps soit compatible avec le fait d'élever un enfant ;
- Pour 5 médecins, ils diminueront le nombre de gardes auxquels ils participent, dont 1 médecin qui pensera arrêter temporairement d'y prendre part ;
- Pour 1 médecin il s'agira d'arrêter de travailler le mercredi.

E. Représentation de l'étudiant en médecine de la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle du médecin généraliste

Lorsqu'ils ont fait leur choix d'exercer la médecine générale, 50% des médecins interrogés pensaient que cette spécialité permettait un bon équilibre entre vie familiale et vie professionnelle. Pour 30% d'entre eux, ils n'étaient ni en accord ni en désaccord avec cette idée, et seuls 20% pensaient que ce n'était pas une spécialité permettant de trouver un tel équilibre.

Figure 27 : Distribution des médecins selon le degré d'adhésion, en choisissant la spécialité de médecine générale, que la spécialité permettait un bon équilibre entre vie professionnelle et vie familiale



III. Statistiques analytiques

A. Résultats de l'analyse selon le sexe (cf. tableau 6)

Dans notre échantillon, les femmes sont statistiquement plus jeunes que les hommes. Ces femmes travaillent de façon significative moins que les hommes que ce soit en termes de volume horaire travaillé, ou du nombre de demi-journées travaillées. Les femmes médecins font également statistiquement moins de gardes que les hommes en semaine, ce qui n'est pas vérifié le weekend.

Concernant les parents d'enfants, les femmes sont plus nombreuses de façon significative à avoir modifier leur façon de travailler et retardé un projet professionnel au profit d'un projet d'enfant. Les femmes médecins sont aussi plus susceptibles de retarder le passage de leur thèse en raison de leurs enfants.

Les femmes médecins ont plus souvent la sensation que leurs horaires de travail sont adaptés à ceux de leurs enfants, et ont une meilleure adhésion au sentiment d'un bon équilibre entre vie personnelle et professionnelle.

Tableau 6 : Incidence du genre du médecin sur la répartition de la population étudiée et sur son comportement

		Médecins hommes	Médecins femmes	p
Situation conjugale (Fisher)	En couple (n)	28	238	1
	Célibataire (n)	1	16	
Âge de l'échantillon	Moyenne d'âge	41,6	36,8	0,02
Âge à la 1^{ère} naissance	Moyenne d'âge	30,9	29,9	0,21
Nombre d'enfant(s) en charge	Nombre moyen d'enfants à charge	2 ,1	1,7	0,16
Mode d'exercice (Fisher)	Libéral (comprenant mixte)	28	225	0,34
	Non libéral (salarié, fonctionnaire)	1	29	
Milieu d'exercice	Urbain	17	114	0,09
	Semi-rural	6	105	
	Rural	6	35	
Âge lors de la 1^{ère} installation	Age moyen	31,8	31,7	0,91
Temps de travail hebdomadaire	Moyenne horaire	44,9	38,1	0,05

Nombre de demi-journées travaillées	Moyenne	7,9	7,1	0,02
Nombre annuel de gardes	En semaine	14,8	4,8	0,038
	En weekend	4,7	2,9	0,29
Jours travaillés	Samedi Oui	16	129	0,94
	Pas samedi	12	94	
	Mercredi matin	18	140	0,88
	Pas mercredi matin	10	83	
	Mercredi après-midi	15	128	0,70
	Pas mercredi après-midi	13	95	
En choisissant médecine générale sentiment que la spé permet un bon équilibre vie familiale/professionnelle	Accord	11	129	0,18
	Désaccord	8	49	
Concernant les médecins parents :				
Modification de la façon de travailler en devenant parent	Modification (tout type)	15	174	0,001
	Pas de Modification	12	47	
Retardement d'un projet professionnel en raison des enfants	Projet retardé	1	75	0,001
	Pas de retard de projet	26	146	
Retardement de la thèse pour les enfants	Ont retardé leur thèse	2	57	0,03
	N'ont pas retardé leur thèse	26	166	
Retardement projet d'enfant pour passer la thèse (Fisher)	Ont retardé un projet d'enfant pour la thèse	2	34	0,39
	N'ont pas retardé	26	189	
Retardement projet d'enfant au profit d'un projet professionnel (Fisher)	Ont retardé un enfant	2	43	0,18
	N'ont pas retardé	25	180	
Sentiment que les horaires de travail sont adaptés à ceux de leurs enfants	D'accord	3	76	0,006
	Désaccord	17	85	
1^{er} poste de temps	Vie professionnelle	17	115	0,27
	non	10	107	
	Vie familiale	9	111	0,10
	non	18	111	
Priorisation de la vie familiale ou de la vie professionnelle	Moyenne	4,97	4,22	0,11
Ramener du travail à la maison	Oui	19	154	0,89
	Non	8	69	
	Oui	20	180	0,61

Faire sa FMC sur un temps familial	Non	6	42	
Enfant malade et conséquence sur le travail (Fisher)	Oui	25	206	1
	Non	1	4	1
Culpabilité pour un manque de temps auprès des enfants	Oui	17	126	0,57
	Non	10	94	
Culpabilité pour un manque de temps pour les patients	Oui	8	84	0,39
	Non	19	136	
Reproche des enfants de ne pas leur consacrer assez de temps	Oui	6	77	0,21
	Non	20	141	
Satisfaction de leur vie familiale (Fisher)	Accord	20	176	1
	Désaccord	2	22	
Satisfaction de leur vie professionnelle (Fisher)	Accord	16	119	0,37
	Désaccord	2	38	
Sentiment d'équilibre entre vie familiale et vie professionnelle	Accord	11	132	0,04
	Désaccord	8	33	
Concernant les médecins sans enfants :				
Désir d'enfant	Oui	0	18	0,11
	Non	2	8	
Pensez-vous qu'il faille modifier son travail en devenant parent (Fisher)	Oui	1	27	0,28
	Non	1	4	

B. Résultats de l'analyse selon l'âge (cf. tableau 7)

La représentation des corrélations retrouvées peut être retrouvées en Annexe 2.

Dans notre échantillon l'âge du médecin et l'âge à la première installation sont corrélés ($p < 0,0001$) : plus les médecins sont âgés, plus ils se sont installés tard.

Le nombre de demi-journées travaillées, ainsi que le volume horaire hebdomadaire travaillé augmentent tous deux de façon significative avec l'âge (pour les deux tests $p < 0,0001$). L'âge n'influe cependant sur le nombre de gardes réalisées (en semaine $p = 0,15$, en weekend 0,93).

L'âge à la naissance du 1^{er} enfant augmente également de façon significative en fonction de l'âge du médecin interrogé ($p = 0,001$). Nous avons testé le nombre d'enfants par rapport à l'âge, en s'attendant bien entendu à une corrélation, qui a été retrouvée ($p = 0,0003$).

Il y a également une tendance statistique à ce que plus les médecins soient âgés, moins ils soient satisfaits de leur vie professionnelle ($p=0,007$), et moins ils adhèrent au sentiment d'avoir un bon équilibre entre vie professionnelle et vie familiale ($p=0,0006$). En revanche, il n'y a pas de corrélation significative entre l'âge des médecins interrogés et le degré de satisfaction de leur vie familiale.

Selon les catégories d'âge, il semble que les médecins plus âgés de notre échantillon participent de façon significative au travail le mercredi.

Par ailleurs, plus les médecins sont jeunes, plus ils ont modifié leur façon de travailler au moment d'avoir des enfants, et plus ils ont le sentiment que leurs horaires sont adaptés à ceux de leurs enfants.

Figure 28 : Représentation des moyennes d'âge selon la satisfaction professionnelle des médecins et leur sentiment d'équilibre entre vie professionnelle et familiale

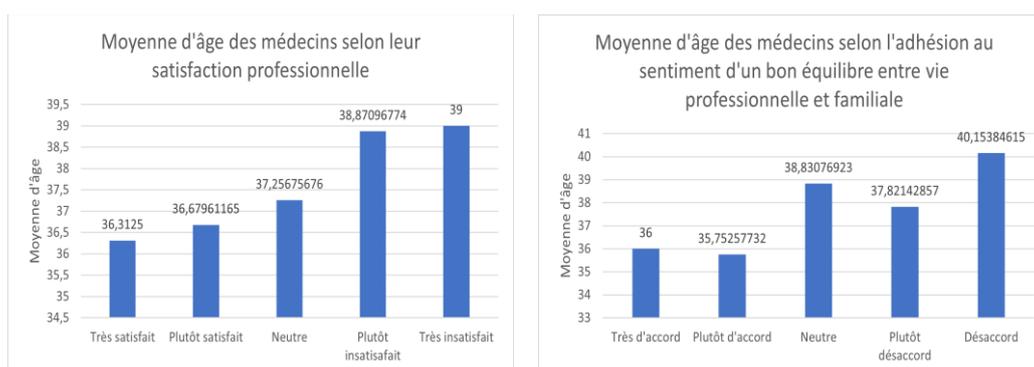


Tableau 7 : Incidence de l'âge du médecin sur la répartition de la population étudiée et sur son comportement

Situation testée		30 ans et moins				31-40 ans		41-50 ans		51 ans et plus		p
		7	17	1	10	15	19	6	18	10		
Milieu d'exercice <i>(Kruskal Wallis)</i>	Urbain	7	17	1	10	15	6	18	10	0,29		
	Semi-rural	17	17	1	10	15	6	18	6			
	Rural	1	17	1	10	15	6	18	3			
Samedi travaillé	Oui	10	15	19	6	18	10	25	13	0,17		
	Non	15	15	19	6	18	10	17	6			
Mercredi travaillé	Oui	19	6	18	10	24	15	18	4	0,01		
	Non	6	6	18	10	24	15	17	10			
	Oui	18	18	18	10	24	15	17	10	0,09		

Mercredi après-midi travaillé	Non	7	98	25	9	
Modification de la façon de travailler	Oui	11	144	24	10	0,02
	Non	3	34	15	7	
Horaires adaptés à ceux des enfants	Oui	7	62	8	2	0,01
	Non	4	65	24	9	

C. Résultats selon la présence ou l'absence d'enfants (cf. tableau 8)

Les résultats concluants que nous obtenons sont que les médecins parents d'enfants sont statistiquement plus souvent en couple que les parents sans enfant. Les médecins parents travaillent moins d'heures de façon significative, sans que cela ne se répercute sur le nombre de demi-journées travaillées. Si les médecins parents et sans enfants semblent travailler autant le samedi les uns que les autres, les parents travaillent significativement moins le mercredi.

Tableau 8 : *Incidence de la parentalité du médecin sur la répartition de la population étudiée et sur son comportement*

Situation testée		Parents	Sans enfant	p
Âge	Moyenne	37,2	38,1	0,66
Situation conjugale (Fisher)	En couple	243	23	<0,0001
	Célibataire	7	10	
Mode d'exercice (Fisher)	Libéral (comprenant remplaçants et mixte)	221	32	0,22
	Salarié	29	1	
Milieu d'exercice	Urbain	122	9	0,06
	Semi-rural	93	18	
	Rural	35	6	
Âge à l'installation	Moyennes	31,7	31,8	0,96
Exercice en groupe ? (Fisher)	oui	225	31	1
	seul	19	2	
Nombre de demi-journées travaillées	Moyenne	7,2	7,1	0,64
Volume horaire travaillé	Moyenne	36,9	39,9	0,04
Samedi travaillé	oui	128	17	0,82

	non	118	17	
Mercredi matin travaillé	oui	130	28	0,001
	non	116	6	
Mercredi après-midi travaillé	oui	116	27	0,0004
	non	130	7	
Nombre de gardes en semaine	Moyenne	5,9	4,7	0,46
Nombre de gardes WE	Moyenne	2,9	4	0,35
En choisissant médecine générale sentiment que la spé permet un bon équilibre vie familiale/ professionnelle	Accord	125	15	0,97
	Désaccord	51	6	

D. Résultats selon le mode d'exercice (cf. tableau 9)

Pour nous permettre d'obtenir un groupe suffisamment conséquent face au groupe des médecins libéraux, nous avons fait le choix de considérer les médecins remplaçants comme des libéraux car ils sont soumis à des contraintes similaires, et les médecins ayant une activité mixte comme des médecins libéraux. Le médecin militaire et le médecin pompier ont été considérés comme des médecins salariés. Dans notre échantillon nous avons donc 30 médecins salariés pour 253 médecins libéraux.

De façon significative, les médecins libéraux travaillent moins de demi-journées, mais pour un volume horaire similaire. Les médecins salariés travaillent moins les samedis matin que les médecins libéraux. Les médecins salariés de notre échantillon sont plus jeunes que les médecins libéraux. Globalement libéraux et salariés sont autant satisfaits de leur vie familiale et de leur vie professionnelle, en revanche les médecins libéraux sont statistiquement plus nombreux à s'adresser des reproches sur un manque de temps dévolu aux patients.

Tableau 9 : Incidence du mode d'exercice du médecin sur la répartition de la population étudiée et sur son comportement

Proposition testée		Médecins libéraux	Médecins salariés	p
Exercice en groupe ou seul (<i>Fisher</i>)	En groupe	233	23	0,43
	Seul	18	3	
Nombre de demi-journées travaillées	Moyenne	7,07	8,36	0,0001
Volume horaire hebdomadaire	Moyenne	39,7	38,5	0,48
Nombre annuel de gardes	Semaine	5,7	5,9	0,94
	Weekend	3,1	2,8	0,75
Samedi matin travaillé	Oui	140	5	0,0001
	Non	113	25	
Mercredi matin travaillé	Oui	143	15	0,63
	Non	110	15	
Mercredi après-midi travaillé	Oui	128	15	0,95
	Non	125	15	
Âge	Moyenne	37,4	35,8	0,05
Nombre d'enfants	Moyenne	1,79	1,8	0,97
Situation conjugale (<i>Fisher</i>)	En couple	236	30	0,23
	Célibataire	17	0	
Concernant les médecins parents :				
Âge au premier enfant	Moyenne	29,9	29,9	Non testé
Sentiment que les horaires de travail sont adaptés aux horaires des enfants	Accord	68	11	0,53
	Désaccord	92	10	
Priorité vie familiale ou vie professionnelle	Moyenne	4,36	3,90	0,31
Rapporter du travail à la maison	Oui (souvent+parfois)	156	17	0,19

	Non	65	12	
Faire sa FMC sur du temps familial	Oui	178	22	0,49
	Non	41	7	
Culpabilité manque de temps dévolu aux enfants	Oui	125	18	0,47
	Non	94	10	
Reproche des enfants d'un manque de présence	Oui	141	20	0,52
	Non	75	8	
Culpabilité manque de temps pour les patients	Oui	132	23	0,02
	Non	87	5	
Satisfaction vie familiale (Fisher)	Accord	175	21	0,49
	Désaccord	20	4	
Satisfaction vie pro (Fisher)	Accord	121	14	0,77
	Désaccord	35	5	
Sentiment d'équilibre entre vie familiale et professionnelle (Fisher)	Accord	128	15	1
	Désaccord	37	4	

CHAPITRE IV : Discussion

I. Accueil de l'enquête

Selon les données du CNOM et sa cartographie interactive de la démographie médicale, en 2023, il y aurait 1982 médecins généralistes libéraux ou mixtes, salariés et y compris médecins remplaçants dans le département Loire-Atlantique. (54) Nos réponses représentent donc 14,3% de cette population.

Le faible niveau de participation était attendu du fait de notre méthode d'administration du questionnaire qui était impersonnelle mais avait l'avantage d'être rapide et gratuite. Il est donc difficile de comparer le taux de participation à notre étude aux précédentes enquêtes, qui lorsqu'elles étaient faites sur un mode quantitatif étaient passées par une sollicitation par courrier ou par appel téléphonique ce qui est plus personnel. (15)(55) (56) (57)

Nous pouvons cependant signaler le fort enthousiasme des participants vis-à-vis de notre sujet d'étude. De nombreux médecins ont encouragé notre travail dans les commentaires libres et ont pu souligner l'importance à leurs yeux de ce questionnement. Nombreux sont ceux qui souhaitent avoir un retour sur les résultats obtenus.

II. Critique de la méthode

A. Choix du type d'étude

Le thème de la parentalité mais surtout de la maternité avait été traité au cours d'études qualitatives se penchant sur le vécu des femmes médecins généralistes. (15) (55) (56) (57) En menant notre étude, nous souhaitons inclure les hommes qui à notre connaissance étaient exclus de ces réflexions quant à la conjugaison de la vie familiale et professionnelle, alors qu'ils sont questionnés lorsqu'il s'agit des interactions entre vie personnelle et professionnelle. Nous souhaitons également inclure des médecins sans enfants. Nous voulions également donner du poids aux travaux précédents en essayant de montrer que les médecins modifiaient très majoritairement leur vie professionnelle à l'arrivée d'un enfant.

L'étude observationnelle quantitative nous est apparue adaptée pour répondre à notre objectif principal, et pour réaliser des analyses en sous-groupes selon le sexe, l'âge, l'absence ou la présence d'enfant et du mode d'exercice. Bien que peu nombreuses, les réponses de médecins non parents (33 médecins) et d'hommes (29 médecins) nous a permis de rechercher des corrélations entre nos données, et de tester quelques hypothèses. À notre connaissance, les

hommes médecins n'étaient pas interrogés concernant les sujets de parentalité, qui souvent étaient réduits à la maternité. (15)(55) (56) (57) (58) (59)

B. Limites de l'étude

Le biais de sélection dans cette étude est important. En effet, seuls les volontaires à une sollicitation ont répondu. Nous imaginons donc bien, que les répondants sont intéressés par la question de la parentalité en interaction avec la vie professionnelle. Par ailleurs, l'envoi par mail, puis sur un groupe Facebook a également pu contribuer à sélectionner des praticiens plus jeunes et tournés vers la technologie. On aboutit effectivement à un échantillon non représentatif de la population générale comme nous le décrirons plus loin.

Le questionnaire étant anonyme, nous n'avons pas les moyens de vérifier que les répondants sont bien des médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique. Cependant, l'accès au groupe Facebook® est sujet à modération et nous laisse supposer que les membres admis sont bien médecins généralistes.

Un biais d'information est également présent puisque nous avons laissé certaines réponses libres d'interprétation : comme par exemple, le milieu d'exercice rural ou urbain n'est pas défini clairement. Nous avons utilisé les échelles de Likert quand il s'agissait de recueillir un niveau d'adhésion afin de mieux mesurer des données relativement objectives et minimiser ce biais. Un biais de mémorisation est également mis en jeu puisque nous avons interrogé les médecins sur leur passé et leur ressenti antérieur.

III. Principaux résultats de l'étude

A. Caractéristiques de la population

1. Sexe et âge

Notre échantillon d'étude est composé très majoritairement de femmes, pour rappel elles étaient 90% de nos répondants. Selon le rapport de l'ORS, en 2021, la moitié des médecins généralistes libéraux en Pays de la Loire (comprenant exercice mixte et remplaçants) étaient des femmes. (14) Pourtant les moyens de communication que nous avons utilisés ne supposaient pas de différentiel selon les hommes et les femmes.

Deux présuppositions permettraient de comprendre ce phénomène :

- Notre échantillon d'étude est plus jeune que les médecins généralistes des Pays de la Loire.

En effet, la moyenne d'âge de notre échantillon est de 37,3 ans, alors qu'en 2021, elle était de 48,3 ans en Pays de la Loire. Si l'on compare notre pyramide des âges à celle des médecins généralistes de la région, on observe effectivement que notre population est plus jeune que celle de la région. Notre étude qui est passée par un canal informatisé a eu du mal à toucher les médecins de plus de 50 ans. Or, si l'on observe la pyramide des âges des médecins généralistes des Pays de la Loire selon le sexe, on observe une très nette féminisation des médecins généralistes dans le bas de la pyramide. Pour résumé, plus les médecins généralistes des Pays de la Loire sont jeunes, plus il y a de femmes. À moins de 35 ans, les femmes représentent 72% des praticiens. Notre échantillon étant plus jeune que la moyenne régionale, il paraît logique qu'il soit plus féminin. Mais ces 72% de praticiennes de moins de 35 ans en Pays de la Loire restent loin de nos 90% de femmes dans notre échantillon.

Figure 29 : Répartition des médecins généralistes libéraux par tranche d'âge et par sexe en Pays de la Loire de 2016 à 2021

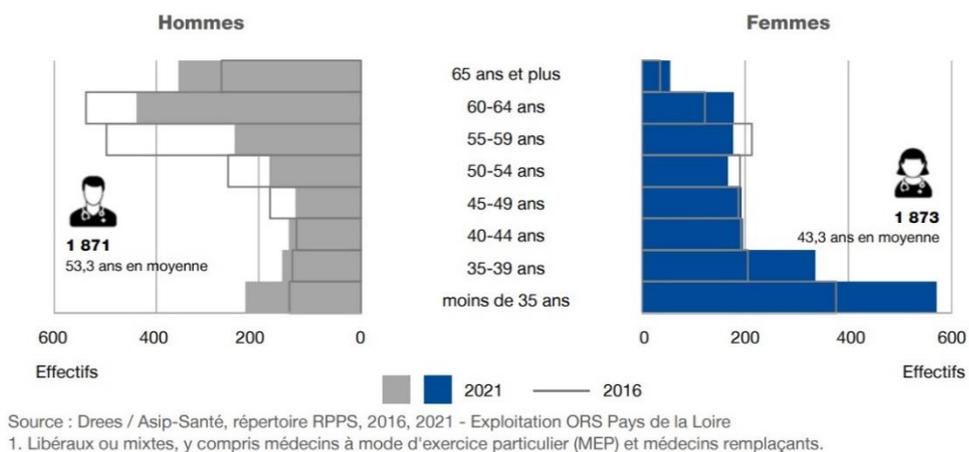
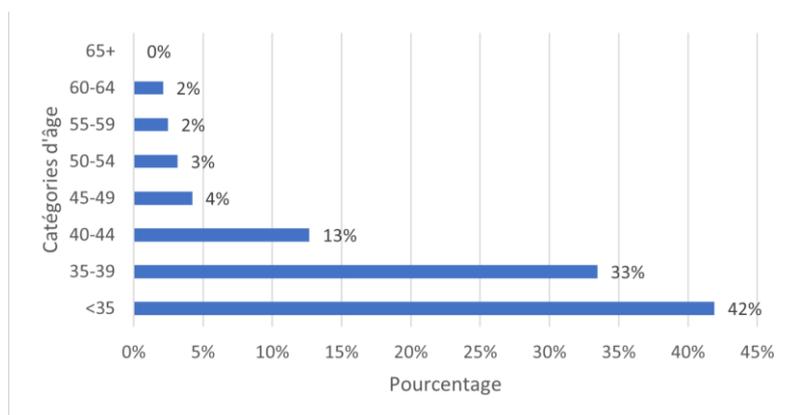


Figure 30 : Répartition des médecins de notre étude par tranche d'âge



- Les hommes se sentiraient toujours moins concernés par l'éducation des enfants.

Notre enquête faisant appel au volontariat, il semble que les hommes aient été moins séduits par le sujet que les femmes, ils représentent 10% de notre échantillon. Nos sollicitations n'étaient pas genrées, et nous avons même envoyé une relance sur le groupe Facebook® appelant les hommes à répondre, sans porter ses fruits. Nous avons pu observer que dans notre échantillon les hommes étaient statistiquement plus âgés que les femmes interrogées ce qu'il ne nous faudra pas oublier pour l'interprétation des résultats. Les modifications des comportements domestiques des hommes étant relativement récentes, il est à noter cependant un enthousiasme certain des hommes interrogés en commentaire libre.

2. Situation conjugale

Les médecins de notre étude sont à 94% en couple, sans influence du sexe sur ce taux, ni du mode d'exercice. En revanche, comme nous pouvions nous y attendre, les médecins sans enfant de notre étude sont également moins nombreux à être en couple (69,7%). Ces données contrastent avec la population générale puisqu'en 2020, les ménages en couple avec et sans enfants représentaient 49,5% de la population française. (60) Ce taux est également supérieur au taux observé par la DREES entre 1990 et 2004, qui était de 83% des médecins actifs déclarant être en couple (61), ce qui est cohérent avec les populations des thèses des Dr Pichon-Paweslki (55), et Dr Lefebvre(56) qui avaient respectivement 81,7% et 83% de femmes en couple dans leur échantillon. Ce taux plus élevé que dans la population générale s'explique en partie par l'âge de notre échantillon, compris entre 27 et 64 ans, ce qui exclut les jeunes adultes qui n'ont pas encore formé leur vie conjugale et les plus de 65 ans chez qui on observe une ré augmentation de la vie solitaire. (60) Ce taux plus élevé est certainement lié au fait que les médecins ayant répondu sont majoritairement des parents, donc il était plus que probable qu'ils vivent en ménage avec un conjoint.

Nous notons également que les médecins sont majoritairement en couple (69%) avec une personne de catégorie socio-professionnelle équivalente. L'homogamie marquée dans la population de notre échantillon se retrouve de façon moindre entre 1990 et 2004 : 46% des médecins actifs ont alors un conjoint cadre supérieur. Si nous n'avons pas questionné plus finement le métier de ces conjoints, dans l'étude de la DREES il semble que la moitié de ces cadres sont eux-mêmes des médecins. La part des conjoints inactifs est de 3% dans notre échantillon, ce qui contraste fortement avec les chiffres (qui datent un peu) de la DREES : 25% des médecins généralistes ont un conjoint inactif, mais qui n'est qu'à 4% chez les femmes

médecins. (61) Rappelons que parmi nos conjoints inactifs, 3 sont étudiants au moment de l'enquête, donc certainement prochainement actifs, ce qui fera tomber encore ce taux.

3. Fécondité et âge au premier enfant

Les médecins que nous avons interrogés sont essentiellement des parents (88%). Il nous semblait cependant important d'interroger des médecins non parents pour pouvoir mener des comparaisons en sous-groupe, mais également pour recueillir leur sentiment, a priori, de l'impact de la parentalité sur la façon d'exercer des médecins généralistes.

Le taux de fécondité de notre échantillon est de 1,78 enfant par médecin. Sans que la différence soit significative, il est de 2,1 enfants par homme interrogé, et de 1,7 enfant par femme interrogée. Ce taux est bien entendu influencé statistiquement par l'âge, il paraît logique qu'en vieillissant la population ait plus d'enfants. Il est indépendant de la conjugalité, et du mode d'exercice.

Ce taux semble similaire à l'ICF français de 2022 qui, pour rappel, est de 1,80 enfant par femme en âge de procréer. (8) Pourtant la catégorie socioprofessionnelle des cadres n'est pas réputée pour être la plus fertile. En effet, en 2016 en France, on observait des taux de fécondités chez les cadres de 1,64 enfant par femme cadre et 1,92 enfant par homme cadre. (11) Un colloque qui date de 2006, observait cependant une fécondité à part des médecins libéraux au sein de la catégorie des cadres. L'étude portait sur la population en 1999, et permettait de retrouver un taux de fécondité de 1,6 enfant par femme cadre, alors qu'il était de 1,91 enfant par femme médecin généraliste. Chez les hommes médecins libéraux, cet indice était de 2,6 enfants par médecin. (62)

Si la diminution du taux de fécondité est nette dans le groupe des hommes, il ne l'est pas pour les femmes. Ce qui traduit très certainement le fait que la population étudiée contient une proportion plus importante de médecins parents que dans la population générale.

L'âge moyen à la naissance du premier enfant est de 30 ans dans notre population d'étude. Sans que la différence ne soit significative, cet âge est de 30,9 ans chez les hommes et de 29,9 ans chez les femmes. En 2016, en France l'âge moyen du premier accouchement d'une femme était de 28 ans. Les thèses des Dr Chavanne-Coulon (1998), Dr Lefebvre (1998), Dr Pichon-Pawelski (2007), permettaient de retrouver respectivement un âge au premier enfant de 28,9 ans, 29 ans et 28,8 ans. (56) (63) La tendance indéniable à retarder la naissance du premier enfant en France, ainsi que les dizaines d'années qui se sont écoulées depuis ces données

expliquent certainement que l'âge à la naissance du premier enfant soit plus fort dans notre population.

B. Conditions de travail

En Pays de la Loire, en 2021, l'ORS recensait 60% des médecins généralistes exerçant en libéral, 7% ayant une activité mixte et 33% de médecins généralistes ayant une activité salariée. Parmi les 60% de libéraux, 16% étaient des médecins remplaçants. Les médecins généralistes interrogés étaient à 81% des libéraux (68% de libéraux installés, 13% de remplaçants), 10% des salariés, 8% d'exercice mixte. Les moyens de communication de l'enquête que nous avons utilisés ont sélectionné des médecins ayant une activité libérale (mailing liste de l'URML et groupe de remplacement).

Toujours selon cette enquête de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), 70% des médecins généralistes installés en Pays de la Loire le seraient au sein de cabinet de groupe ou de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP). Dans notre échantillon, les médecins exerçant en groupe représentaient 92% de notre échantillon. Cependant, le panel de 2021 de l'ORS et de l'URML retrouvait une tendance similaire : 90% des praticiens âgés de moins de 50 ans exerçaient en groupe. Notre échantillon étant plus jeune que les médecins généralistes de la région, cela explique que l'on retrouve cette différence. (14) (64)

Les médecins généralistes installés entre 2005 et 2011 en France métropolitaine se répartissaient comme suit : 75,9% d'exercice urbain (35,6% banlieue et 40,3% centre-ville), 10,6% d'exercice semi-rural (ville isolée) et 13,5% d'exercice rural. Notre population diffère avec des taux respectifs de 46%, 39% et 15%. D'une part nous avons laissé libre l'interprétation de cette catégorisation, des confusions ayant pu être faites entre urbain et semi-urbain. Mais au sein de l'enquête que nous venons de citer, il était noté de grandes disparités selon les départements.

C. Enfants

Les ménages étudiés ont en moyenne 2 enfants dès lors qu'ils sont parents. Pour 63,6% de l'échantillon, les médecins avaient plusieurs enfants. Le caractère traditionnel des familles de médecins généralistes est bien retrouvé ici, tranchant avec le modèle américain de l'enfant unique. L'âge moyen de l'aîné était de 7 ans, celui du benjamin de 4,5 ans. Les médecins que nous avons interrogés, plus jeunes que la population générale, ont également des enfants jeunes, majoritairement de moins de 11 ans. À ces âges, les enfants sont peu autonomes, et ne

participent que peu à la logistique qui les entoure. Ce sont probablement ceux qui nécessitent le plus d'investissement parental.

En France, en 2021, les enfants en âge préscolaire (moins de 3 ans) étaient gardés à 20% par une assistante maternelle, 18% en crèche et 56% principalement par ses parents. Pour 1 enfant sur 2, le moyen de garde combine un mode d'accueil payant et la garde de ses parents. Comme nous l'avons vu plus haut, les médecins que nous avons étudiés sont très majoritairement en couple avec un conjoint actif, c'est donc sans surprise que seuls 2% de leurs enfants soient gardés exclusivement par leur conjoint. Les médecins de notre enquête ont plus souvent recours à la crèche (26%) et aux assistantes maternelles (27%) que dans la population générale. Pour 44,6% de nos médecins, il faut multiplier les modes de garde. (65)

En 2016, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) observait une participation de 80% de enfants entre 3 et 10 ans au périscolaire, montant à 85% pour les enfants dont les 2 parents étaient actifs. Les contraintes d'emploi du temps professionnel étaient alors la principale raison évoquée par les parents, très loin devant la demande des enfants. (66) C'est sans surprise que 69,4% des médecins interrogés aient recours au périscolaire. 40,1% de ces médecins ont recours au baby-sitting ou à une assistante maternelle, en commentaire, ils ont souvent précisé que l'amplitude horaire de ce mode de garde et souvent l'accompagnement au repas sont plus confortables pour eux. Les conjoints des médecins contribuent à la garde de l'enfant à 41,8%. 55,6% des médecins interrogés comptent sur plusieurs moyens alternatifs.

Le jeune parent médecin est donc largement confronté au problème national du manque de place d'accueil des jeunes enfants. En outre, il doit très souvent faire preuve d'une organisation redoutable pour coordonner les modes de garde. L'entourage proche des médecins est une ressource essentielle au bon fonctionnement de ces rouages.

Les familles des médecins interrogées semblent être moins sollicitées. Cette tendance peut certainement s'expliquer d'une part par la mobilité géographique des médecins généralistes qui ne s'installent que rarement dans la ville où vivent leurs parents, mais également par l'augmentation de l'âge de la retraite qui rend les grands-parents généralement moins disponibles.

D. Charge de travail

Selon le Panel d'observation de 2019 des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, les médecins généralistes travaillaient 53 heures par semaine. La moyenne de notre

échantillon s'élève à 38,8 heures de travail par semaine. Ce temps de travail est réparti en 7,2 demi-journées de travail, et 2,5 demi-journées non travaillées. Nos données sont cependant très dispersées, certains médecins déclarant encore travailler jusqu'à 80 heures par semaine. (67)

Cette étude nationale retrouvait également une tendance à travailler moins d'heures chez les femmes, et chez les médecins exerçant en groupe. Notre échantillon étant d'une part plus jeune que la population nationale des médecins généralistes, plus féminine et ayant une forte tendance à travailler en cabinets de groupe a certainement contribué à faire diminuer notre moyenne. Par ailleurs la présence de médecins salariés dans notre échantillon, dont le volume horaire est contractualisé a certainement fait pencher la balance vers des semaines moins remplies.

Notre analyse en sous-groupes est concordante avec cette étude nationale en retrouvant une association entre la charge de travail et d'une part le mode d'exercice et de l'autre, le genre des médecins. Notre travail nous permet également de montrer une association entre la charge de travail et l'âge de nos médecins, ce qui n'était pas vérifié dans le Panel de 2019. Il retrouve également un lien entre l'absence et la présence d'enfant, ce qui semble renforcer les observations qui ont été faites lors de thèses qualitatives sur la maternité des médecins généralistes.

E. Être parent et médecin

Notre enquête permet de mettre en avant les répercussions de la parentalité sur l'exercice des médecins généralistes de plusieurs façons.

L'écrasante majorité (77%) des médecins que nous avons interrogés a modifié sa façon de travailler en devenant parent. Il s'agissait, au moins en partie, de diminuer leur temps de travail, voire de changer de mode d'exercice. En commentaire, nombreuses sont les femmes qui ont signalé avoir abandonné l'exercice libéral au profit d'un exercice salarié. Elles disent avoir été motivées par l'attrait d'horaires moins étalés sur la journée, plus réguliers et prévisibles sur la semaine, l'existence de journées « enfant malade ». On retrouve bien ici l'idée que l'exercice libéral serait plus chronophage et ne permettrait pas d'avoir accès aux mêmes droits que le salariat.

Environ un tiers de notre échantillon a retardé un projet professionnel en raison de leurs enfants. Pour la plupart, ils ont retardé leur installation en cabinet libéral. Bien souvent c'est un sentiment de pression financière qui à la fois retarde cette installation le temps de la grossesse

et en même temps pousse à s'installer dès que possible. Ces sentiments sont retrouvés dans la thèse du Dr Mazeau. Les médecins remplaçants craignent l'instabilité de leur emploi et de leurs revenus à la reprise du travail, alors que les médecins installés craignent un manque à gagner pendant le congé maternité ou lorsque l'enfant est malade du fait de la pression financière du fonctionnement d'un cabinet (charges du cabinet, cotisations URSSAF, CARMF). (58) L'installation n'est pas le seul projet retardé, les enfants, notamment en bas âge, semblent être un frein à une prise de poste, à un engagement universitaire et au passage de la thèse.

Si certains n'ont pas changé leur volume horaire travaillé, ils ont modifié leurs horaires et optimisé leur temps de travail pour se rendre disponibles plus tôt le soir. Cette idée de liberté d'organisation de leur vie professionnelle est une grande ressource pour les médecins généralistes libéraux qui semblent reproduire ce qui est observé dans le salariat : une moindre amplitude horaire travaillée, plus de régularité et de prévisibilité. Cette diminution de la charge de travail serait d'ailleurs bénéfique à tout médecin : tant pour son niveau de satisfaction que pour ses capacités d'empathie. (68)

S'ils déclarent moins travailler, nous voulions vérifier que les médecins parents travaillent moins que les médecins non parents. Nous retrouvons effectivement une association entre la présence ou l'absence d'enfant et le volume horaire travaillé, les médecins sans enfants travaillant 3 heures/semaine de plus que les médecins parents. En revanche, il n'y a pas de différence sur le nombre de demi-journées travaillées. Les médecins parents ont donc tendance à réduire l'amplitude horaire de leurs journées travaillées. Ils répartissent différemment leurs demi-journées de travail, les médecins parents étant moins souvent au cabinet le mercredi que les non parents. En revanche, nous n'observons pas de différence quant à la participation à la permanence de soin au travers du nombre de gardes réalisées.

Si l'on entend souvent que la nouvelle génération de travailleurs est égoïste et fainéante (jugement également appliqué aux jeunes médecins), il faut également les replacer dans un contexte de changements sociétaux complexes. Nous entendons parler d'individualité, de logique du plaisir et de consommation des loisirs personnels prenant une place croissante qui seraient autant de motifs jugés « peu louables » pour délaissé le travail. (69) Mais on oublie souvent de mentionner les changements de structures familiales (deux parents actifs, famille monoparentale avec parent actif), et l'internalisation des normes concernant la parentalité contribuant largement à faire diminuer le temps de travail.

En tant que professionnels de santé, les médecins généralistes sont sensibilisés à l'importance de l'investissement parental dès la naissance de leur enfant. Leurs stratégies de régulation de leur activité professionnelle sont donc bénéfiques pour la société en permettant d'élever des enfants équilibrés, sécures. Ce désir de s'impliquer dans la vie de ses enfants s'oppose souvent à une pression sociétale sur la présence du médecin généraliste : déserts médicaux, injonction à la toute disponibilité médecin traitant, taux de participation à la permanence des soins. Autant de sujets faisant régulièrement les gros titres des médias.

En demandant à nos médecins parents de classer le temps qu'ils consacrent à chaque domaine (professionnel, familial, loisirs et tâches ménagères), nous voulions remettre en perspective cette idée d'oisiveté des travailleurs lorsqu'ils ne sont pas au travail. Sans grande surprise, en première et deuxième place, au coude à coude, vie professionnelle et vie familiale sont les plus chronophages, avec un léger avantage pour la vie professionnelle. En 3^{ème} position arrivent les tâches quotidiennes et ménagères qui occupent nos médecins. Les loisirs personnels passent bien souvent en dernier.

Entre vie familiale et vie professionnelle, les médecins interrogés déclarent prioriser très légèrement la vie familiale sur leur vie professionnelle, ce qui ne se vérifie pas exactement sur la répartition de leur temps : 48,4% des médecins consacrent le plus de temps à leurs enfants. Notre échantillon de médecins généralistes qui, rappelons-le, travaillent moins que la moyenne nationale, semblent plutôt satisfaits de leur vie familiale (78%).

Il semble donc que les adaptations de la vie professionnelle des médecins généralistes parents soient bénéfiques pour leur vie familiale. Si la volonté de se plier aux exigences qualitatives et temporelles de l'éducation de leurs enfants semble primordiale, n'oublions pas l'existence de contraintes organisationnelles inévitables. Par exemple, dans l'agglomération Nantaise, l'accueil du soir s'arrête à 18h30, et il est fréquent que les assistantes maternelles refusent de travailler après 18h. (70) Le Dr Mazeau retrouvait également que le mode de garde des enfants, au-delà de générer un stress pour les médecins généralistes, était une véritable contrainte temporelle sur leur organisation professionnelle.(58) Rares sont encore les médecins libéraux fermant leur cabinet à 18h. Le soutien du conjoint et de l'entourage proche des médecins généralistes devient alors indispensable pour gérer les débuts de journées et/ou les débuts de soirées. La liberté d'installation des médecins libéraux serait très certainement garante de cet équilibre précaire en permettant aux médecins d'exercer proche de ces ressources indispensables. L'annulation de cette liberté serait-elle plus délétère que bénéfique en forçant le médecin généraliste à s'adapter seul aux horaires de garde de ses enfants ?

Bien que plutôt satisfaits de leur vie familiale, plus de la moitié (58%) des médecins parents culpabilisent, malgré tout, de ne pas accorder suffisamment de temps à leurs enfants, et un tiers d'entre eux ont déjà entendu leurs enfants leur reprocher un manque de présence.

D'une part, en travaillant 38,8 heures/semaine, les médecins généralistes sont malgré tout au-dessus des « 35 heures » qui s'appliquent chez les salariés. Par ailleurs, la limite entre vie professionnelle et vie familiale n'est pas parfaitement imperméable : pour une majorité des médecins que nous avons interrogés, soit ils rapportent du travail à la maison, soit ils réalisent leur FMC sur des temps familiaux (participer à un groupe de pairs le soir au lieu de dîner en famille, participer à une journée de sensibilisation un samedi non travaillé). La charge de travail est donc très certainement minimisée lors de notre enquête.

D'autre part, les médecins interrogés ont certainement internalisé les normes et la pression sociale à être un « parent parfait ». Sociologues, psychologues et psychiatres s'accordent à reconnaître que les injonctions de l'éducation positive véhiculent une image utopique et inatteignable. En renforçant une tendance à l'hyperparentalité, cette image est culpabilisante pour quiconque s'en éloignerait même un peu. (71) (72)

Ce sentiment de satisfaction de leur vie familiale n'est pas parfaitement égalé sur le plan professionnel, ils étaient 54% à être satisfaits de leur vie professionnelle. En commentaires, les sentiments négatifs quant à l'exercice de la médecine générale sont nombreux (rappelons-le : on commente souvent le négatif, rarement le positif). La culpabilité d'avoir choisi de prioriser la vie familiale est importante. On retrouve cette culpabilité chez les médecins qui se reprochent un manque de temps dévolu aux patients. Les témoignages sont nombreux à constater une dégradation des conditions de travail en libéral, avec un sentiment de diminution du niveau de vie et de sécurité financière. Nous pouvons donc nous demander si c'est par goût du travail, par logique financière ou sous l'effet de la pression sociale à produire plus de soins que 63% des médecins généralistes parents de notre étude comptent travailler plus lorsque leurs enfants auront gagné en autonomie.

F. Père et médecin

Les hommes de notre étude travaillent en moyenne 7 heures/semaine de plus que les femmes, et un peu plus d'une demi-journée supplémentaire. Cette différence selon le genre des médecins est également vérifiée par le Panel de 2019. (67) Les hommes prennent également part à plus de gardes en semaine que les femmes, 10 gardes de plus dans l'année, mais participent de façon similaire aux gardes de weekend.

Même si 44,4% des pères de notre étude ont déclaré avoir changé leur façon de travailler en devenant père, c'est considérablement moins fréquent que chez les femmes (78,7%). Ils sont également moins nombreux que les femmes à laisser l'arrivée d'un enfant les retarder dans un projet professionnel (3,7% vs 34,3%) ou dans le passage de la thèse (7,1% vs 34,3%). Pourtant ils ont en moyenne autant d'enfants que les femmes.

L'inégalité de durée des congés paternité et maternité joue très certainement un rôle important dans le fait que les carrières des hommes soient moins impactées que celles des femmes. Ce n'est que depuis le 1^{er} juillet 2021 que la durée du congé paternité est passé de 14 à 28 jours, dont seuls 7 jours sont obligatoires (pour les salariés). (73) En comparaison, le congé maternité (libérales alignées sur salariées depuis le 1^{er} décembre 2019 (74)) est de 16 semaines pour les 2 premiers enfants et de 26 semaines à partir du 3^{ème} enfant. Cette coupure d'activité est donc bien moins longue chez les hommes.

Au-delà de la durée du congé qui induit une coupure moindre dans la carrière des hommes, tous les hommes n'y ont pas recours. C'est ce qui est observé par la DREES, en 2021 : seuls 76% des pères éligibles en emploi utilisaient leur congé paternité. Ce taux chute considérablement quand il s'agit des travailleurs indépendants (dont font partie les médecins libéraux) où il n'était que de 46% en 2021. (75)

Le risque professionnel et financier en devenant parent est encore inégalement porté entre hommes et femmes. Les hommes bénéficient de la discrimination statistique des employeurs qui voient encore souvent en eux des employés s'interrompant moins longtemps et moins souvent en devenant parent. Les hommes sont également plus susceptibles d'être promus et augmentés que les femmes. (76)

Dans le milieu hospitalier, un sondage IPSOS de 2022 retrouvait que 80% des femmes médecins s'étaient senties discriminées dans leur parcours professionnel. Les stéréotypes sont encore ancrés chez les médecins, beaucoup d'hommes (mais aussi de femmes) considérant que les femmes médecins devaient sacrifier leur vie de famille, que les inégalités de genre dans le milieu hospitalier étaient exagérées, ou encore que les hommes étaient plus ambitieux que les femmes. (77)

Seule une femme médecin de notre étude signale ces stéréotypes. Au contraire, il semble que la plupart des médecins de notre étude aient bénéficié du soutien de leurs collègues. Ce qui était également retrouvé dans le travail du Dr Mazeau. (58)

Malgré les disparités que nous avons pu mettre en avant, notons tout de même les progrès réalisés. En 2013, seuls 32% des indépendants prenaient leur congé paternité. (75) Dans une étude de 2006 auprès des médecins de 30 à 35 ans, les hommes accordaient autant d'importance que les femmes au fait d'accorder deux carrières dans les couples. Cette même étude retrouvait malheureusement une timide participation des hommes aux tâches domestiques, et la prégnance du modèle « classique » de répartition des tâches familiales et domestiques. (53)

Nous avons obtenu une faible participation des hommes à notre enquête, qui sont par ailleurs statistiquement plus âgés que les femmes de notre étude. Il est probable qu'avec plus de réponses, et des hommes répondants plus jeunes, les résultats auraient eu tendance à s'équilibrer. Souvent sollicités pour les études évaluant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, les hommes avaient été oublié des travaux sur la parentalité des médecins généralistes. Aussi serait-il intéressant de les questionner plus spécifiquement sur ces rôles de père et de médecin généraliste.

G. Répartition plus équilibrée des temps chez les jeunes médecins

Plus les médecins de notre étude sont âgés, plus ils travaillent en termes de volume horaire et de nombre de demi-journées travaillées. Les médecins âgés de notre étude ont également moins tendance à avoir modifié leur façon de travailler en devenant parents. Les médecins plus âgés travaillent plus souvent les mercredis.

De façon surprenante, au sein de notre échantillon, plus les médecins sont jeunes, plus ils se sont installés tôt en libéral. Nous formulerons deux hypothèses pour expliquer cela :

- Les mesures de régulation de la durée d'exercice en tant que remplaçant, et d'incitation à l'installation encouragent les jeunes médecins à s'installer plus jeune ;
- La pression financière en avançant en âge et certainement en devenant parents pousse les jeunes médecins à s'installer pour gagner en stabilité.

L'âge au premier enfant augmentant avec l'âge du médecin est également une donnée que nous obtenons qui semble aller à l'encontre de la tendance nationale. C'est certainement lié au facteur confondant du genre des médecins interrogés, les hommes étant statistiquement plus âgés dans notre étude, et ayant leurs enfants plus tard, ils ont certainement contribué à fausser ce résultat. Nous n'avions pas prévu de faire une analyse multivariée, mais celle-ci aurait pu permettre de déterminer si le sexe était un facteur de confusion dans ce résultat.

Si le temps de travail augmente avec l'âge de notre échantillon, la satisfaction de leur vie professionnelle, le sentiment d'avoir des horaires adaptés à ceux de leurs enfants et le sentiment d'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale semblent suivre une tendance inverse. Sans pouvoir tirer de lien de cause à effet avec notre étude, cela nous amène à questionner le fait qu'une charge de travail trop importante pourrait être néfaste au bien-être professionnel et plus général.

Cette relation entre le temps de travail et le sentiment d'accomplissement professionnelle serait une affaire bien plus complexe. Il est effectivement retrouvé une association négative entre le nombre d'heures travaillées par semaine et la qualité de vie du médecin et le sentiment d'équilibre. Alors que le sentiment d'accomplissement du médecin n'était pas affecté par le volume horaire travaillé. Ce qui ressort de ces études, c'est surtout la nécessité d'adapter la cadence de travail, le nombre d'actes accomplis par jour pour améliorer ce sentiment d'accomplissement. (78) (79)

L'âge ne semble pas influencer le sentiment de satisfaction quant à la vie familiale. On peut imaginer, que les médecins plus âgés sont moins soumis ou en tout cas ressentent moins la pression des normes éducatives. Une image intéressante est celle proposée par William Bird, médecin anglais qui a suivi les déplacements à pied des enfants d'une famille de Sheffield sur plusieurs générations. Il trouvait que la distance de sécurité au-delà de laquelle un parent contemporain s'inquiétait pour un enfant de 12 ans était de 300m, alors qu'elle était de 880m en 1979, et de 1,5 km en 1950. Des résultats similaires ont été retrouvés en France. (80)

H. Médecins salariés

Les médecins salariés de notre étude travaillent plus de demi-journées, pour un nombre similaire d'heures de travail. Ils travaillaient également moins souvent les samedis matin.

Il semble donc que les médecins salariés travaillent sur des horaires moins amples, ils finissent leur journée moins tard ce qui doit leur permettre de mieux s'adapter aux horaires de leurs enfants. Ce sentiment d'équilibre ou de satisfaction de leur vie familiale n'est cependant pas plus retrouvé que chez les médecins libéraux. En revanche, les médecins salariés culpabilisent moins souvent d'un manque de temps dévolu aux patients. On pourrait donc imaginer que la liberté laissée aux médecins généralistes de gérer leur emploi du temps génère de la culpabilité.

En 2018 et 2020, deux thèses étaient consacrées à l'exercice salarié chez les médecins généralistes. En concordance avec notre observation, les médecins salariés semblaient avoir des journées de travail plus légères. Si les revenus paraissaient moins importants, les jeunes médecins appréciaient la stabilité des revenus et la qualité du temps de travail. L'accès à la protection sociale ne relevant plus des prévoyances coûteuses était également un facteur déterminant dans le choix du salariat. Un sentiment de sécurité plus important émergeait de leurs études. Les contraintes de l'exercice libéral étaient souvent des facteurs de stress. En effet ce statut de chef d'entreprise générait une charge de travail administratif sortant du rôle de soignant que les salariés étaient heureux de privilégier. Le travail en équipe était bien souvent valorisé par le salariat. Il ressortait un meilleur sentiment d'équilibre entre vie privée et professionnelle. Les inconvénients de l'exercice salarial étaient un sentiment de perte de liberté et une distribution inégale des postes salariés sur le territoire. La contractualisation de leur exercice semblait aller à l'encontre de l'autonomie qui est propre à la spécialité de médecine générale. Les postes de médecins généralistes salariés concerneraient surtout des déserts médicaux où il était plus difficile pour les médecins de se projeter sur le plan familial.(81) (82)

Dans son étude comparative, en 2016, le Dr Vincendon retrouvait un meilleur bien-être chez les médecins généralistes salariés. L'exercice libéral était associé à un plus haut niveau de stress, et à une charge de travail plus importante, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. (83)

IV. Pistes de réflexion

Un médecin sur deux de notre étude a le sentiment que la médecine générale permet un bon équilibre entre vie professionnelle et vie familiale. A posteriori, chez les médecins parents que nous avons interrogés ce sentiment n'est que très légèrement meilleur (58%). Les qualités de vie personnelle, familiale et professionnelle sont primordiales pour les jeunes et futurs médecins. Comment améliorer cet équilibre pour rendre la spécialité de médecine générale plus attractive ?

- Travailler moins

C'est une piste de réflexion qui nous paraît intéressante. Travailler moins par rapport aux aînés, c'est déjà ce qui est en train de se produire. Réduire le temps de travail, mais aussi ralentir la cadence des consultations semblent être des facteurs favorisant le bien-être des médecins généralistes. Par rapport au salariat, la médecine générale pâtit de la rémunération à l'acte, dans leur diminution d'activité les médecins libéraux auront toujours des exigences

financières (attentes de revenus, charges et diverses cotisations) à satisfaire. Néanmoins, de nombreux médecins font le choix de ralentir en favorisant leur qualité de vie.

Selon le travail des sociologues et économistes, la diminution collective du temps de travail serait également un vrai gain pour l'égalité des revenus et une plus juste répartition des tâches domestiques entre hommes et femmes. (84) Si les hommes adhèrent de plus en plus au discours ambiant sur la nécessité de mieux répartir les rôles, cela leur permettrait certainement de pouvoir joindre plus massivement l'acte à la parole. Notre étude a enfin intégré des hommes à la réflexion de la parentalité chez les médecins généralistes, les inclure à l'avenir semble indispensable pour élargir le champ des solutions.

- Travailler mieux

Le poids et le stress procurés par la charge administrative font fuir certains médecins de l'exercice libéral. Une simplification des démarches de soins, un allègement de la paperasse, une délégation aux comptables, infirmières, secrétaires seraient autant de moyens de se délester de ce poids. Mais cet accompagnement a un coût. Les aides financières régionales et institutionnelles qui sont proposées plus récemment permettraient d'alléger cette contrainte. L'exercice salarial permet de s'affranchir clairement de ces contraintes.

L'exercice en groupe s'est également largement démocratisé. Aujourd'hui, les jeunes médecins n'envisagent plus de s'installer seul en cabinet libéral. À raison, comme nous l'avons vu, ce type d'exercice est associé à une meilleure qualité de vie. La proximité des autres professionnels de santé, et l'accès aux structures d'hospitalisation sont également des facteurs déterminants dans l'installation des médecins généralistes.

Bien limiter les contours du travail semble aussi être protecteur. Les cours dispensés par les DMG et associations sur la communication avec les patients, sont autant d'armes permettant au médecin de donner des limites à son travail, pour éduquer le patient à ce qu'il peut être attendu d'un médecin ou non.

- Améliorer les congés parentaux et l'accueil des enfants

De même que réduire le temps global de travail, tendre à égaliser les congés paternité et maternité permettrait de favoriser l'investissement ultérieur des pères dans la vie familiale et renforcerait l'égalité de genre.

L'accueil de la petite enfance est encore une source de stress importante pour les parents médecins, qui, comme la population générale, a beaucoup de mal à trouver des moyens dignes

de faire garder leurs enfants à la reprise du travail. Aussi, espérons-nous que les engagements du gouvernement actuel pour garantir l'accueil de chaque jeune enfant porteront leurs fruits.

- Penser le médecin comme faisant partie d'une société qui évolue

Changer le discours ambiant sur la médecine générale devrait être une priorité. Le sentiment de manque de reconnaissance des médecins généralistes est évident dans les commentaires de notre étude. Bien que travaillant en moyenne plus que la population salariée, ils se sentent attaqués de toute part. La médiatisation des déserts médicaux, de la liberté d'installation, des chiffres sur le coût des études en médecine, ou sur la diminution du temps de travail, bien souvent sortis du contexte socio-économique global, sont autant de coups portés à leur estime.

Les symboles de réussite professionnelle sont érodés. Les Français peinent à s'identifier et se démotivent au travail. Pourtant l'implication est toujours soutenue alors que le manque de reconnaissance est une réelle frustration. (69)

Le médecin généraliste ne peut demeurer le seul professionnel à conserver l'éthos des générations précédentes. Par notre travail nous avons voulu inscrire la trajectoire de la profession au sein d'une évolution sociétale concernant les couples, les familles, le travail.

La féminisation de l'emploi, et pas uniquement de la profession médicale, en produisant des couples où les deux partenaires travaillent est responsable d'une diminution du temps de travail pour les deux sexes. L'importance du rôle joué par les parents dès la petite enfance ne peut que motiver les parents à s'investir dans leur vie familiale.

CHAPITRE V : Conclusion

De nos jours, l'enfant est le fruit d'un choix conscient, d'un désir profond de parentalité. Le jeune parent se rend donc inévitablement responsable (et parfois même hyper-responsable) de ce nouvel arrivant. L'investissement émotionnel, éducatif, temporel des parents dès la naissance de ces petits êtres est primordial à leur bon développement. C'est ce que confirme, entre autres, le rapport de la commission d'experts présidée par B. Cyrulnik intitulé « Les 1000 premiers jours ». (85) Ce rapport et les nombreuses autres recommandations de parentalité positive sont autant d'images véhiculés par les soignants et professionnels de la petite enfance. Il paraît inévitable que le médecin généraliste ait intériorisé ces normes.

L'autonomie et la liberté d'exercice qui s'offrent au médecin généraliste semblent être des opportunités pour s'adapter à l'arrivée d'un enfant. Par notre étude nous voulions montrer que repenser son exercice à l'arrivée d'un enfant n'est pas anecdotique mais concerne un grand nombre de médecins généralistes.

Parentalité et exercice de la médecine générale semblent compatibles mais nécessitent de nombreux ajustements. Pour beaucoup, il s'agit de diminuer leur temps de travail en devenant parent. Pour certains, il s'agit de changer de statut pour acquérir plus de sécurité. L'installation des remplaçants, et le changement pour le salariat sont les principaux moyens d'y parvenir. La grossesse, les enfants en bas âge constituent fréquemment un frein aux projets professionnels du médecin généraliste. Nous notons les progrès qu'ont faits les hommes dans leur implication familiale mais ne pouvons omettre les inégalités persistantes : les hommes travaillent plus que les femmes et se sentent moins impactés dans leur parcours professionnel par l'arrivée d'un enfant. La garde des enfants, l'imprévu familial sont des défis organisationnels que doivent surmonter les médecins généralistes, fort heureusement avec l'appui de leur conjoint et de leur proche entourage.

Les médecins généralistes de notre étude, qui travaillent moins que la moyenne nationale, sont généralement satisfaits de leurs vies familiale et professionnelle et ont une bonne perception de leur équilibre entre vie professionnelle et vie familiale. Ce sentiment est teinté d'ambivalence puisqu'une part non négligeable d'entre eux culpabilise de ne pas être assez présents pour leurs enfants, ou au contraire pour leurs patients.

Il n'y a pas une définition univoque du juste équilibre entre vie professionnelle et vie familiale. Chaque médecin a sa sensibilité propre aux injonctions sociétales d'être un « bon

parent » et d'être un « bon médecin ». La médecine générale semble offrir la possibilité de placer ce curseur librement. Aussi faudrait-il que les attentes envers les médecins généralistes évoluent en même temps que la société.

Si la vocation pour la médecine générale a encore de beaux jours devant elle, attirer les jeunes médecins vers cette spécialité par des arguments concrets quant à leur qualité de vie semble indispensable. Une étude sur la parentalité dans les autres spécialités (sans oublier les hommes) permettrait peut-être de mettre en perspective nos résultats.

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Message d'introduction

Parents et médecins généralistes : comment se conjuguent ces deux rôles ?

Chères consœurs, Chers confrères,

Par ce travail de thèse de DES de médecine générale, réalisé sous la direction du Dr LEMORT Marie-Françoise, je questionne l'importance de la parentalité dans l'organisation de la vie professionnelle des médecins généralistes. Pour cela, voici un auto-questionnaire anonyme (temps moyen pour le compléter : 8 minutes) évaluant votre propre expérience. Il est à destination de tout médecin généraliste libéral, salarié, remplaçant ou autre de Loire-Atlantique. Que vous soyez parent ou non.

Dans l'attente de vos réponses que j'espère nombreuses,

Barbara Le Cocq

Situation professionnelle

1. Quel est votre mode d'exercice ? (une seule réponse possible)
 - Libéral
 - Salarié
 - Mixte
 - Remplaçant
 - Autre :
2. Le cas échéant, quel âge aviez-vous lors de votre première installation ? (saisissez un nombre, par exemple 29 pour 29 ans) *Si vous n'êtes pas installé, ne répondez pas à cette question.*
3. Exercez-vous en milieu urbain, rural, semi-rural ? (une seule réponse possible)
 - Milieu urbain
 - Milieu rural
 - Milieu semi-rural
4. Exercez-vous seul ? en groupe ? (une seule réponse possible)
 - Seul
 - En groupe
5. Combien de demi-journées travaillez-vous par semaine ? (saisissez un nombre)
6. En moyenne, quel volume horaire hebdomadaire cela représente-t-il ? (saisissez un nombre)
7. Combien de demi-journées de temps libres par semaine vous octroyez-vous ? (saisissez un nombre)
8. Travaillez-vous : le samedi matin ? le mercredi ? (plusieurs réponses possibles)
 - Samedi matin
 - Mercredi matin
 - Mercredi après-midi
9. Par an, combien de gardes faites-vous en semaine ? (saisissez un nombre)
10. Par an, combien de gardes faites-vous en weekend ? (saisissez un nombre)

Données socio-démographiques

11. Etes-vous : (une seule réponse possible)
 - Une femme
 - Un homme
 - Autre :

12. Quel âge avez-vous ? (saisissez un nombre)
13. Vivez-vous en couple ? (une seule réponse possible)
- Oui *Passer à la question 14*
 - Non *Passer à la question 15*

Vous êtes en couple

14. Quelle est la profession de votre partenaire ? (Une seule réponse possible)
- Artisan, commerçant
 - Chef d'entreprise, cadres, profession libérale
 - Agriculteur, exploitant
 - Employé, ouvrier
 - Retraité
 - Sans profession
 - Autre :
15. Avez-vous un ou des enfant(s) en charge ? (parents ou beaux-parents) (Une seule réponse possible)
- Oui *Passer à la question 17*
 - Non *Passer à la question 16*

Vous n'avez pas d'enfant

16. Souhaitez-vous en avoir ? (une seule réponse possible)
- Oui *Passer à la question 43*
 - Non *Passer à la question 42*
 - Ne souhaite pas répondre *Passer à la question 42*

Vous avez des enfants

17. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre premier enfant ? (saisissez un nombre)
18. Combien d'enfants avez-vous en charge ? (saisissez un chiffre)

Age des enfants

19. Quel est l'âge de votre premier enfant ? (saisissez un nombre)
20. Quel est l'âge de votre dernier enfant ? (saisissez un nombre) *Si vous n'avez qu'un enfant, ne remplissez pas cette case.*
21. A l'âge préscolaire, qui s'occupait/occupe de vos enfants pendant vos heures de travail ? (Plusieurs réponses possibles)
- Crèche
 - Assistante maternelle
 - Nourrice à domicile
 - Conjoint
 - Famille
 - Autre :
22. A l'âge scolaire, avez-vous eu ou avez-vous recours à un mode de garde complétant les heures d'école ? *Si vous n'êtes pas concerné, ne répondez pas à cette question.* (plusieurs réponses possibles)
- Périscolaire/étude
 - Nourrice ou babysitting
 - Conjoint
 - Famille
 - Autre :

Conciliation vie familiale et professionnelle

23. Avez-vous modifié votre façon de travailler en devenant parent ? (plusieurs réponses possibles)
- Diminution du temps de travail
 - Augmentation du temps de travail
 - Je n'ai pas changé ma façon de travailler
 - Changement de mode d'exercice
 - Autre :
24. Avez-vous... (cochez la case si la proposition vous concerne) (plusieurs réponses possibles)
- Retardé le passage de votre thèse en raison de votre/vos enfants ?
 - Retardé un projet d'enfant en raison de votre thèse ?
 - Je n'étais pas concerné par le passage d'une thèse
25. Avez-vous retardé un projet professionnel ou d'installation en raison de votre/vos enfant(s) ? (Une seule réponse possible)
- Oui
 - Non
26. De quel projet s'agit-il ?
27. Avez-vous retardé un projet d'enfant au profit de votre activité professionnelle ? (une seule réponse possible)
- Oui
 - Non
28. Pensez-vous que vos horaires sont adaptés à ceux de vos enfants ? (Une seule réponse possible)
- Complètement d'accord
 - Plutôt d'accord
 - Ni accord ni désaccord
 - Plutôt désaccord
 - Complet désaccord
29. En semaine, comment pensez-vous répartir votre temps ? Classez dans l'ordre du plus important au moins important : Vie professionnelle, enfants, loisirs personnels, vie quotidienne (tâches ménagères)
30. Pensez-vous prioriser votre vie familiale ou professionnelle ? (placez le curseur selon votre ressenti)

Le travail empiète-t-il sur votre vie familiale ?

31. Je ramène du travail à la maison (ex : comptabilité, courrier, biologies...)
- Souvent
 - Parfois
 - Jamais
32. Je réalise ma Formation Médicale continue sur des temps habituellement consacrés à ma vie familiale (ex : le soir, le weekend...)
- Souvent
 - Parfois
 - Jamais
33. Dans le cas où vous auriez dû vous absenter de façon imprévisible de votre travail pour vous occuper de votre enfant (ex : en cas de maladie, de grève...) : comment cela impacte-t-il votre semaine de travail ? (plusieurs réponses possibles)
- Report de la charge de travail à un autre jour
 - Report de la charge de travail sur d'autres personnes (collègues, secrétaires etc)
 - Pas de conséquence sur votre semaine de travail

- Autre :
34. Vous adressez-vous des reproches sur un manque de temps dévolu à vos enfants ? (une seule réponse possible)
- Oui
 - Non
35. Vos enfants vous ont-ils déjà reproché un manque de présence ? (une seule réponse possible)
- Oui
 - Non
36. Vous adressez-vous des reproches sur un manque de temps dévolu à votre activité professionnelle ? (une seule réponse possible)
- Oui
 - Non
37. Etes-vous satisfait de votre vie familiale ? (une seule réponse possible)
- Très satisfait
 - Plutôt satisfait
 - Ni satisfait ni insatisfait
 - Plutôt insatisfait
 - Très insatisfait
38. Etes-vous satisfait de votre vie professionnelle ? (une seule réponse possible)
- Très satisfait
 - Plutôt satisfait
 - Ni satisfait ni insatisfait
 - Plutôt insatisfait
 - Très insatisfait
39. Avez-vous trouvé le bon équilibre entre votre vie familiale et professionnelle ? (une seule réponse possible)
- Complètement d'accord
 - Plutôt d'accord
 - Ni accord ni désaccord
 - Plutôt désaccord
 - Complet désaccord
40. Avez-vous modifié, de nouveau, votre façon de travailler lorsque vos enfants ont/auront gagné en autonomie ? (une seule réponse possible)
- Oui *Passer à la question 41*
 - Non *Passer à la question 45*
 - Vous comptez le faire *Passer à la question 41*
 - Vous ne comptez pas le faire *Passer à la question 45*
41. Comment avez-vous fait ? ou comment comptez-vous faire ? *Puis passer à la question 45*

Ne souhaite pas d'enfant

42. Pensez-vous qu'il faille modifier sa vie professionnelle en devenant parent ? (une seule réponse possible)
- Oui
 - Non

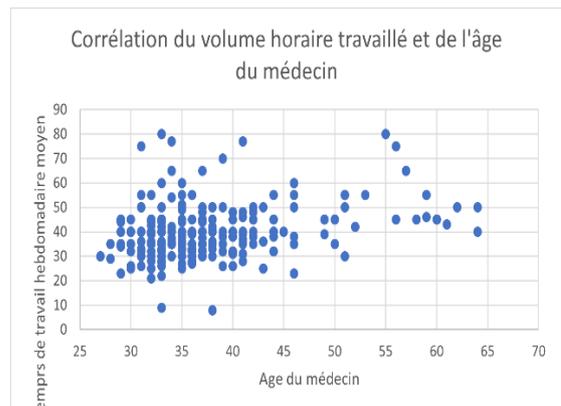
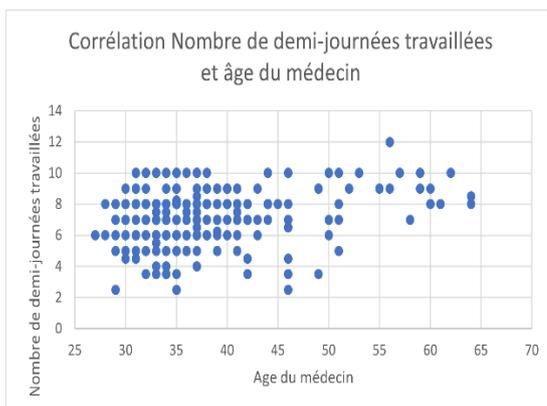
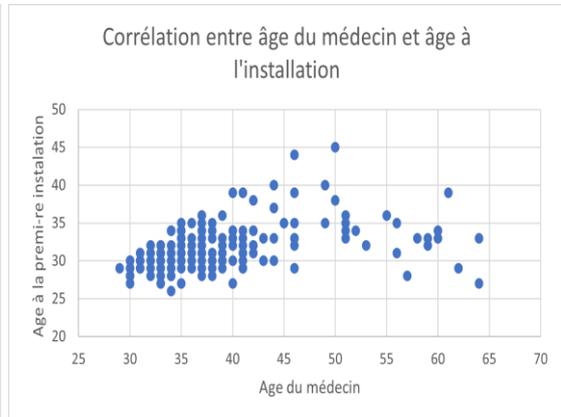
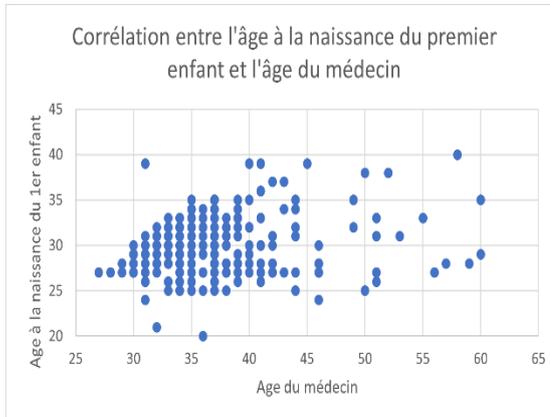
Vous désirez avoir un/des enfant(s)

43. Pensez-vous devoir modifier votre façon de travailler quand vous aurez un enfant ? (une seule réponse possible)
- Oui

- Non
44. Comment comptez-vous faire ?
45. En choisissant la spécialité de médecine générale, pensiez-vous que cette spécialité permettait un bon équilibre entre vie familiale et professionnelle ?
- Complètement d'accord
 - Plutôt d'accord
 - Ni accord ni désaccord
 - Plutôt désaccord
 - Complet désaccord
46. Avez-vous des remarques concernant votre propre expérience ?

Merci pour votre participation.

Annexe 2 : Représentation des corrélations significatives selon l'âge du médecin



Bibliographie

1. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale. 274 sept 26, 2022.
2. Labernède M. Les thèses dans la filière de médecine générale : étude descriptive des thèses des futurs médecins généralistes soutenues à Bordeaux entre 2007 et 2014. Université de Bordeaux; 2016.
3. Volant S. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. INSEE Première. mars 2017;(1642).
4. Bouchardon M, De Saint Pol T. Le temps consacré aux activités parentales. DREES. mai 2013;(841).
5. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zeytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler moins de 50 heures par semaine. DREES. 7 mai 2019;(1113).
6. Donnay F. Les déterminants de la fécondité. Développement et Santé. 1 oct 1994;(113).
7. Dumont GF. La fécondité en France : des évolutions aléatoires ? Population & Avenir. 2017;732(2):3-3.
8. Papon S. Bilan démographique 2022. INSEE. 17 janv 2023;(1935).
9. Sullerot E. Un premier enfant de plus en plus tard. Population & Avenir. 2005;674(4):14-6.
10. Reynaud D. Fécondité selon les niveaux de vie : une nouvelle estimation. INSEE [Internet]. 12 mai 2022;(72). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6441218#consulter>
11. Daguet F. En 2016, les femmes cadres ont un peu moins d'enfants que les employées. INSEE [Internet]. 27 août 2019;(1769). Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/4202277#:~:text=En%20France%2C%20en%202016%2C%20la,f%C3%A9condit%C3%A9%20\(2%2C57\)](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4202277#:~:text=En%20France%2C%20en%202016%2C%20la,f%C3%A9condit%C3%A9%20(2%2C57)).
12. Schoumaker B. La fécondité des hommes dans le monde : différente de celle des femmes? INED [Internet]. oct 2017;(548). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26956/548.population.societes.octobre.2017.fecondite.hommes.monde.fr.pdf
13. Atlas de la démographie médicale en France 2022. CNOM. 1 janv 2022;
14. ORS Pays de la Loire. Démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. 2021;(31):4.
15. Houlbert C, Motoko I. Conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes installées en Midi-Pyrénées. [Toulouse]: Université Toulouse 3 Paul Sabatier; 2013.
16. Parenté. In: Le Petit Robert de la langue française. 2023^e éd. (Le Robert).

17. Houzel D. IV – Les enjeux de la parentalité. In: La parentalité [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2002. p. 61-70. (Le fil rouge). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-parentalite--9782130530534-p-61.htm>
18. Houzel D. Chapitre IV. La parentalité et ses enjeux. In: La Transmission psychique [Internet]. Odile Jacob; 2010. p. 107-50. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-transmission-psychique--9782738118486-p-107.htm>
19. Solis-Ponton L. II – La construction de la parentalité. In: La parentalité [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2002. p. 23-47. (Le fil rouge). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-parentalite--9782130530534-p-23.htm>
20. Weiss D. Évolution sociohistorique de la famille. *Journal français de psychiatrie*. 2010;37(2):23-4.
21. Quand le divorce était interdit (1816-1884) [Internet]. justice.gouv.fr. 2009 [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/proces-historiques-10411/quand-le-divorce-etait-interdit-1816-1884-22402.html>
22. Jacquet A. I. La récente évolution de la famille et de la loi française. In: La relation éducative parent-enfant [Internet]. Paris: L’Harmattan; 2021. p. 27-54. (Savoir et Formation). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-relation-educative-parent-enfant--9782343227153-p-27.htm>
23. Déchaux JH, Le Pape MC. Sociologie de la famille [Internet]. Paris: La Découverte; 2021. 128 p. (Repères; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-famille--9782348064197.htm>
24. Elias N. Les transformations de l’équilibre « Nous-je ». In: La société des individus. Fayard; 1991. p. 205-301.
25. de Singly F. Les familles contemporaines : une tension entre les « je » individuels et les « nous » conjugal et familial. *Recherches familiales*. 2023;20(1):17-28.
26. Chauffaut D, Dauphin S. Normes de parentalités : production et réception [Revue de littérature]: *Revue de littérature*. caf. 2012;108(1):108-15.
27. Roskam I, Mikolajczak M. Le burn-out parental. Comprendre et prendre en charge [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2018. 334 p. (Carrefour des psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-burn-out-parental--9782807314450.htm>
28. Pierrehumbert B. L’Attachement en questions [Internet]. Odile Jacob; 2020. 272 p. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-attachement-en-questions--9782738152251.htm>
29. Rec(2006)19 [Internet]. Conseil de l’Europe; Disponible sur: [https://rm.coe.int/politiques-visant-a-soutenir-une-parentalite-positive/16809a5bf4#:~:text=La%20Recommandation%20\(2006\)19%20relative,suffisant%20pour%20C3%A9lever%20leurs%20enfants.](https://rm.coe.int/politiques-visant-a-soutenir-une-parentalite-positive/16809a5bf4#:~:text=La%20Recommandation%20(2006)19%20relative,suffisant%20pour%20C3%A9lever%20leurs%20enfants.)
30. Goldman C. Etablir des limites éducatives. Dunod; 2022. (Les ateliers du praticien).

31. Champagne C, Pailhé A, Solaz A. Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans ? *estat*. 2015;478(1):209-42.
32. de Singly F. 3. À la découverte de l'enfant. Les nouvelles normes de l'éducation. In: *Le soi, le couple et la famille* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016. p. 133-87. (Individu et Société). Disponible sur: <https://www.cairn.info/soi-le-couple-et-la-famille--9782200614003-p-133.htm>
33. Dujarier MA. Travail n.m. In: *Idées reçues sur le travail* [Internet]. Paris: Le Cavalier Bleu; 2023. p. 17-17. (Idées reçues). Disponible sur: <https://www.cairn.info/idees-recues-sur-le-travail--9791031805818-p-17.htm>
34. Perreau T. Le travail et ses évolutions. In: *Travailler, se former* [Internet]. Nîmes: Champ social; 2023. p. 13-40. (Métiers et formations). Disponible sur: <https://www.cairn.info/travailler-se-former--9791034607839-p-13.htm>
35. Fouquet A. Travail, emploi, activité – Une histoire sociale. *Annales des Mines - Réalités industrielles*. 2011;Février 2011(1):11-5.
36. Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. Histoire du droit du travail de 1841 à nos jours [Internet]. 2014 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/histoire-du-droit-du-travail/reperes-chronologiques/article/histoire-du-droit-du-travail-de-1841-a-nos-jours>
37. Piotet F. Présentation générale. *L'Année sociologique*. 2003;53(2):305-20.
38. Battagliola F. Histoire du travail des femmes. *La Découverte*. La Découverte; 2004. (Repères).
39. Marchand O, Minni C. The Major Transformations of the French Labour Market Since the Early 1960s. *Ecostat*. 6 janv 2020;(510-511-512):89-107.
40. Statista Research Department. Répartition du produit intérieur brut (PIB) en France de 1960 à 2021, selon le secteur économique [Internet]. 2022 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/1047192/distribution-de-produit-brut-pib-dans-secteurs-economiques-en-france/>
41. Barnay T, Jusot F. Chapitre 1. L'influence du travail et des statuts d'occupation sur la santé. In: *Travail et santé* [Internet]. Paris: Presses de Sciences Po; 2018. p. 11-46. (Sécuriser l'emploi). Disponible sur: <https://www.cairn.info/travail-et-sante--9782724622058-p-11.htm>
42. Allain S. Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. *DREES*. oct 2022;(1243).
43. Lhuillier D. Introduction à la psychosociologie du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2013;15(1):11-30.
44. Lazarsfeld PF, Jahoda M, Zeisel H. *Les Chômeurs de Marienthal*. Paris: Les Editions de Minuit; 1981. 144 p.

45. Louche C. Fiche 24. La motivation au travail. In: Introduction à la psychologie du travail et des organisations [Internet]. Paris: Dunod; 2018. p. 142-7. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/introduction-a-la-psychologie-du-travail-et-des-or--9782100776917-p-142.htm>
46. Louche C. Chapitre 6. La motivation au travail. In: Psychologie sociale des organisations [Internet]. Paris: Dunod; 2019. p. 91-106. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-sociale-des-organisations--9782100788484-p-91.htm>
47. Grosjean V. Bien-être au travail. In: Psychologie du Travail et des Organisations [Internet]. Paris: Dunod; 2016. p. 61-3. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100738113-p-61.htm>
48. Hardy AC. Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013. 306 p. (Recherche, santé, social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/travailler-a-guerir--9782810901111.htm>
49. Sereni D. Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. *Pédagogie Médicale*. févr 2004;5(1):43-5.
50. Rastègue M. Les déterminants du bien être au travail des médecins généralistes. [Marseille]: Université des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2022.
51. Hardy AC. 4. Les transformations du genre médical. In: Travailler à guérir [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013. p. 111-32. (Recherche, santé, social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/travailler-a-guerir--9782810901111-p-111.htm>
52. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales*. 2005;59-81.
53. Robelet M, Lapeyre-Sagesse N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas de médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins. janv 2006;
54. Cartographie Interactive de la Démographie médicale [Internet]. [cité 26 août 2023]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#bbox=-179648,7138345,1709043,1116604&c=indicator&f=23&i=qualif.total&s=2023&selcodgeo=44&view=map10>
55. Pichon-Pawelski M. Etre mère et médecin généraliste : est-ce compatible? Enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine. Nancy 1; 2007.
56. Lefebvre C. Femme et médecin, un équilibre délicat : à propos d'une enquête menée auprès des omnipraticiennes libérales installées en 1990 et 1991 dans la région Rhône-alpes. Lyon 1; 1998.
57. Edo S. Etude comparative des conditions de vie et d'exercice des femmes médecins en milieu urbain, semi-urbain et rural en Isère. Lyon; 2010.
58. Mazeau A. Mère et médecin : comment est-ce possible? Limoges; 2019.

59. Cohen A. Etre mère et médecin généraliste : la gestion de la maternité. Nice Sophia Antipolis; 2016.
60. Couples-Familles-Ménages. Tableau de bord de l'économie française. INSEE. 8 juill 2022; Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/24_CFM
61. Breuil-Genier P, Sicard D. La situation professionnelle des conjoints de médecin. Etudes et Résultats. DREES. sept 2005;
62. Toulemon L, Pontone S, Brouard N. Forte différence de fécondité ente hommes et femmes parmi les médecins spécialistes et les autres professions de cadre. In Portugal: Association Internationale des Démographes de Langue Française; 2006. (Population et Travail. Dynamiques démographiques et activités).
63. Chavanne-Coulon F. La maternité chez la femme médecin libérale. Université Lyon 1; 1998.
64. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Modes d'exercice et emplois du temps des médecins généralistes des Pays de la Loire. 2019;Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale(N°21).
65. Caenen Y, Virot P. La part des enfants de moins de 3 ans confiés principalement à une assistante maternelle ou une crèche a presque doublé entre 2002 et 2021. DREES. févr 2023;(1257).
66. Crépin A. Baromètre des temps et activités peri et extrascolaires 2016. L'e-ssentiel. 2017;(170).
67. Biais M, Cassou M, Franc M. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. DREES. mai 2022;(1229).
68. Ceolato-Fourastier M. Evaluation du niveau d'empathie au cours des études de médecine. Université de Limoges; 2017.
69. Baumlin F, Bendavid R. « Je t'aime, moi non plus » : les ambivalences du nouveau rapport a travail. IFOP, Fondation Jean Jaurès. 23 janv 2023;
70. S'informer sur l'accueil périscolaire et ses tarifs [Internet]. Nantes Métropole. [cité 16 août 2023]. Disponible sur: <https://metropole.nantes.fr/tarifs-periscolaires#:~:text=accueil%20est%20gratuit.-,L'accueil%20du%20soir,18h30%2C%20les%20d%C3%A9parts%20sont%20libres>.
71. Chambry J. Être un bon parent : une notion dangereuse ! L'école des parents. 2020;634(1):3-3.
72. Martin C. « Etre un bon parent ». Une injonction contemporaine. 2015. (EHESP).
73. La durée du congé paternité passe de 14 à 28 jours [Internet]. Gouvernement. 2021 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/actualite/la-duree-du-conge-paternite-passe-de-14-a-28->

NOM : LE COCQ

PRÉNOM : Barbara

Titre de Thèse : Parent et médecin généraliste : une réorganisation nécessaire ?

RÉSUMÉ

Introduction : Les évolutions sociétales ont bousculé le concept de famille, le rapport à l'enfant et à la parentalité, mais également le rapport des Français au travail. Le médecin généraliste n'échappe pas à ces révolutions.

Méthode : Notre étude observationnelle descriptive quantitative vise à observer les modifications de la vie professionnelle des médecins généralistes au moment d'avoir un enfant, et d'évaluer l'équilibre qu'ils ont trouvé. Cette enquête a été réalisée chez les médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Résultats : Les médecins généralistes ayant répondu à notre étude sont majoritairement des femmes, exerçant en libéral, plus jeunes que la moyenne nationale. Pour une majorité d'entre eux (77%), l'arrivée d'un enfant s'est accompagnée de modifications dans leur organisation professionnelle, bien souvent, une réduction de leur temps de travail, ou un changement de statut. Le projet d'un enfant entre fréquemment en conflit avec un projet professionnel. Des inégalités de genre persistent, les hommes étant moins concernés par ces phénomènes. Les médecins interrogés sont majoritairement satisfaits de leur vie familiale, professionnelle et de l'équilibre qu'ils pensent avoir trouvé.

Conclusion : Par la souplesse de son cadre, la médecine générale semble permettre à chacun de trouver le juste équilibre entre vie professionnelle et vie familiale. Encore faudrait-il se débarrasser des stéréotypes de genre et de l'éthos de la disponibilité permanente du médecin, ce qui serait bénéfique à l'image de la spécialité, au bien-être des médecins généralistes et, in fine, aux patients.

MOTS-CLÉS

Parentalité – Maternité – Paternité – Médecin généraliste – Vie professionnelle – Vie Familiale