



HAL
open science

Vécu de la maternité des femmes médecins généralistes exerçant dans la Manche (50)

Anne-Charlotte David

► **To cite this version:**

Anne-Charlotte David. Vécu de la maternité des femmes médecins généralistes exerçant dans la Manche (50). Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04482261

HAL Id: dumas-04482261

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04482261v1>

Submitted on 28 Feb 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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2023

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 novembre 2023 par

Mme DAVID Anne-Charlotte

Née le 14 avril 1997 à RENNES (Ille et Vilaine)

**Vécu de la maternité des femmes médecins généralistes
exerçant dans la Manche (50)**

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Madame le Professeur VILLOT Anne

Monsieur le Docteur SERGENT Alain (Directeur de thèse)

Année Universitaire 2022/2023**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)
Professeur Lydia GUITTET (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques (<i>surnombre universitaire</i>)	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale

Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
Mme	FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUDEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie

M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	COUETTE Pierre André	Médecine Générale
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	----------------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Mme	CHAPON Françoise	Histologie, embryologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2022/2023**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)
Professeur Lydia GUITTET (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
Mme	BOULANGER Marion	Neurologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	HODZIC Amir	Physiologie
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
M.	LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
M.	MENAHM Benjamin	Chirurgie digestive
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

M. VILLAIN Cédric

Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ARMAND Audrey

Médecine générale

M. BANSARD Mathieu

Médecine générale

Mme NOEL DE JAEGER Sophie

Médecine générale

M. PITHON Anni

Médecine générale

M. POUILLAIN PIERRE

Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ÉMÉRITE

Mme BENHAÏM Annie

Biologie cellulaire

Remerciements

Le sujet de cette thèse est inspiré des nombreuses discussions avec mon directeur de thèse, des « conseils » sur la maternité entendus de toutes parts – bien que n’ayant pas été demandés –, et des situations vues en stage. Le féminisme familial et l’aide de mes proches a fait le reste, et pour cela je vous en remercie.

A Monsieur le Professeur Xavier LE COUTOUR, vous me faites l’honneur de présider ce jury, et j’en suis très reconnaissante. Merci de votre aide et de votre disponibilité.

A Alain, tu m’as guidée et épaulée tout au long de la rédaction de cette thèse. C’est un privilège d’avoir été ton interne, et je ne te remercierais jamais assez pour tout le temps que tu m’as consacré (ainsi que tous les déjeuners) ! Merci également à Agnès.

Au Professeur Anne VILLOT, tu as accepté de faire partie du jury de ma thèse et d’examiner mon travail malgré ton emploi du temps très chargé. Merci également pour tout ce que tu fais pour les femmes au quotidien.

A toi Nicolas, pour être toujours là, même quand il s’agit de se prendre la tête avec un sommaire de thèse ! Merci de tout ce que tu m’apportes au quotidien. Ça y est, on tourne une page et la suite de l’aventure commence !

A mes parents, pour m’avoir élevée et m’avoir soutenue sans faille, dans les bons comme dans les moins bons moments. Maman, merci de m’avoir montré qu’être une femme ne doit pas limiter nos rêves, et merci d’avoir relu cette thèse encore et encore. Papa, merci d’avoir été, et d’être encore, un père si présent et fier de tes enfants.

A Elise et Louis-Marie, vous êtes des soleils, ne changez pas !

A mes grands-parents, pour avoir toujours été là. Un merci tout particulier aux mamies qui ont traqué la moindre faute d’orthographe dans cette thèse, jusqu’à en rêver la nuit. Ça y est mamie tu as une petite fille médecin !

A Corentin, Lola et Laura, pour cet internat passé à vos côtés, vive Cherbourg !

A mes amis Rennais et ex-Rennais, même si j'ai trahi notre chère Bretagne pour la Normandie, la route qui nous sépare n'est pas si longue et j'espère qu'on continuera à l'emprunter aussi souvent ! Un merci tout particulier à Elise et Alix, vous êtes géniales les filles !

Aux amis Cherbourgeois, merci de rendre la Normandie supportable, et même sympa finalement !

Aux médecins qui m'ont accompagnée en stage, que ce soit en ville ou à l'hôpital, durant toutes ces années, merci de m'avoir donné le goût de la médecine qui m'a permis de tenir dans les moments difficiles, et merci de tout ce que vous m'avez appris ! Un merci tout particulier à Benoit, Emmanuel, Mathieu et Tiffany pour m'avoir fait aimer la médecine générale un peu plus chaque jour.

Abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
BNC	Bénéfice Non Commercial
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DMG	Département de Médecine Générale
MACSF	Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PSLA	Pôle de Santé Libéral Ambulatoire
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Table des Tableaux

Tableau 1 : Montant de l'avantage supplémentaire maternité selon le mode d'exercice et le temps de travail.....	4
Tableau 2 : Estimations des revenus totaux en fonction du mode d'exercice (avant impôts) pendant le congé maternité.....	6
Tableau 3 : Durée du congé maternité en fonction de la situation familiale.....	7
Tableau 4 : Tableau descriptif de l'échantillon.....	10

Sommaire

Introduction	1
La protection sociale des généralistes en activité libérale.....	2
Par l'assurance maladie.....	2
<i>Conditions d'ouverture des droits</i>	2
<i>Prestations en nature</i>	2
<i>Prestation en espèces</i>	2
Par l'administration.....	4
Par la CARMF	4
L'URSSAF	5
Par les assurances privées	5
Par les mutuelles.....	5
Récapitulatif des aides financières.....	5
La protection sociale des généralistes salariées et des internes.....	7
Généralités.....	7
Le congé parental.....	7
Matériel et Méthode.....	8
Population étudiée	8
Autorisations réglementaires.....	8
Recrutement	8
Point de vue supplémentaire	9
Réalisation des entretiens.....	9
Le guide d'entretien	9
Analyse des données	10
Résultats	11
Médecins salariées (y compris internes)	11
<i>La protection sociale</i>	11
<i>Les relations avec les pairs et les patients</i>	11
<i>L'organisation et le temps de travail</i>	12
<i>Les relations institutionnelles</i>	13
Médecins libéraux (remplaçantes ou installées).....	14
<i>La protection sociale</i>	14
<i>Les relations avec les pairs et les patients</i>	15
<i>L'organisation et le temps de travail</i>	16
<i>Le cadre universitaire</i>	17
<i>La démographie médicale locale</i>	18
Point commun à toutes : trouver du soutien	19
<i>L'importance du conjoint et des proches</i>	19
<i>Le suivi par les professionnels de santé</i>	19
<i>L'aide domestique</i>	21
<i>Le soutien par les pairs</i>	21
<i>L'information quant à leurs droits</i>	22
Discussion	23
L'étude.....	23
<i>Forces de l'étude</i>	23
<i>Faiblesses et biais</i>	24
Analyse des résultats	25

Conclusion.....	32
Bibliographie	33
Annexe 1 – Guide d’entretien initial	36
Annexe 2 – Guide d’entretien final	37

Introduction

Alors que les femmes représentaient seulement 24.5% des médecins en 1984 (1), elles représentent aujourd'hui 51% des médecins en activité régulière (2). Cette hausse va se poursuivre puisque les femmes représentent désormais plus de la moitié des étudiants en médecine en France. Ainsi, le pourcentage de femmes inscrites à l'université pour étudier la médecine ou l'odontologie pour l'année scolaire 2020-2021 était de 64.3% (3). Cette féminisation récente de la médecine, en grande partie liée à l'accès aux études supérieures des jeunes filles, change progressivement le visage de la profession.

Si la féminisation de la médecine a soulevé des inquiétudes quant à l'accès aux soins des patients depuis ses débuts, elle soulève aujourd'hui également des questions sur les droits de ces femmes. La protection sociale des femmes libérales a connu d'importants progrès au cours du temps (4), et pourtant, nombreux sont les témoignages de femmes médecins qui ont continué à exercer leur métier malgré une grossesse avancée, qui ont poursuivi les gardes à rallonge et raccourci au strict minimum leur congé maternité. Ces confidences entendues interrogent sur l'accès à la maternité de ces femmes, et sur leur égalité par rapport aux salariées. Cependant, ces histoires sont souvent des cas isolés, parfois accompagnés de rumeurs ou d'exagérations qui rendent l'avis objectif et la généralisation difficiles.

En parallèle de cette féminisation, nous assistons également à une désertification médicale. Ainsi, le département de la Manche a perdu 11.5% de ses médecins en activité régulière entre 2010-2011 et 2020-2021, soit en 10 ans (5). Ce département a également une densité de médecins généralistes inférieure à la médiane nationale. Les médecins généralistes qui y exercent sont donc soumis à une pression supplémentaire, du fait des difficultés d'accès aux soins de la population. Cette désertification médicale peut-elle entraîner des difficultés dans le choix de la maternité ?

Quand la majorité des médecins étaient des hommes, la question de la maternité se posait peu. Aujourd'hui, les femmes représentent près de la moitié des médecins. La question de la maternité concerne donc l'activité médicale dans son ensemble. L'âge moyen d'une femme à son premier enfant est de 28.5 ans en France (6) et il ne semble pas y avoir de différence notable entre l'âge de la première grossesse des médecins et des autres femmes. Dans ce contexte de démographie médicale basse et de droits sociaux réputés comme insuffisants, il nous a semblé intéressant d'étudier le vécu de la maternité des généralistes exerçant dans la Manche. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 12 femmes médecins généralistes et d'un homme médecin généraliste également.

La protection sociale des généralistes en activité libérale

Par l'assurance maladie

Conditions d'ouverture des droits

Pour ouvrir les droits à la maternité, il faut être affiliée à la sécurité sociale, et envoyer la déclaration de grossesse à l'assurance maladie et à la Caisse d'Allocations Familiales, avant le 3e mois de grossesse. Cette déclaration est faite par un professionnel de santé (médecin ou sage-femme), en ligne ou en version papier (il appartient ensuite à la patiente de l'envoyer à la CPAM et à la CAF si version papier). Après cette déclaration de grossesse, la femme enceinte se voit octroyer des prestations, en nature et en espèce, par la CPAM. L'ouverture de ces droits est indépendante du statut, libéral ou salariat, et les démarches sont identiques pour toutes les femmes à ce niveau (7).

Prestations en nature

L'assurance maladie rembourse intégralement avec tiers payant les 7 examens prénataux obligatoires, ainsi que l'entretien prénatal précoce, la préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que les examens biologiques (du père également). Les éventuels frais supplémentaires nécessaires à la recherche de maladies génétiques (caryotype, amniocentèse) sont également pris en charge à 100% avec tiers payant (7).

Avant le 6e mois de grossesse, les frais médicaux (hormis ceux susmentionnés) sont remboursés au tarif en vigueur. Ainsi, les 2 premières échographies recommandées sont prises en charge à 70% par la sécurité sociale.

Dès le premier jour du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour post partum, l'intégralité des frais médicaux sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie avec tiers payant, qu'ils soient en lien avec la grossesse ou non. L'échographie recommandée du 3e trimestre est donc remboursée à 100% par l'assurance maladie avec tiers payant. Les frais d'accouchement sont aussi intégralement pris en charge.

Il est à noter que ces prestations en nature sont les mêmes pour tous les assurés, peu importe leur régime (salariés, libéraux...) (7).

Prestation en espèces

En cas de grossesse, les femmes généralistes sont indemnisées par l'assurance maladie (régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux, PAMC). La condition pour toucher ces indemnités est d'être affiliée à l'assurance maladie au moins 10 mois avant la date prévue d'accouchement, soit un mois avant le début de grossesse. Il faut également cesser toute activité pendant au moins 8 semaines, dont 6 semaines en post partum au minimum, et ne

pas exercer d'activité pendant la période de perception des indemnités. Si ces conditions sont remplies, l'indemnisation de la grossesse se compose de l'allocation forfaitaire de repos maternel et des indemnités journalières (8). Le remplacement pendant le congé maternité ne rentre pas dans le calcul des indemnités (un médecin remplacé ne touche pas moins d'indemnités).

Il est à noter qu'une carte CPS est nominative et ne doit pas être prêtée aux remplaçants. Si tel était le cas malgré tout, il est essentiel de le signaler à la CPAM, qui se fie à l'utilisation de cette carte pour attester de la cessation d'activité et attribuer les prestations. Si la carte reste en activité, le médecin risque de ne pas toucher les prestations sociales, même si elle ne travaille pas.

- L'allocation forfaitaire de repos maternel s'élève à 3666€, et est versée en deux fois, 50% au début du congé, et 50% à la fin de la période de 8 semaines d'arrêt obligatoire. Si l'accouchement a lieu avant la fin du 7^e mois de grossesse, cette allocation est versée en entier après l'accouchement.
- Les indemnités journalières sont calculées en fonction des sommes versées à l'URSSAF. Leur montant est de 60,26€/jour au maximum au 1^{er} janvier 2023 dans le cadre du congé maternité. Les indemnités journalières sont d'un montant plus élevé en cas d'arrêt maladie (autre que maternité), à savoir 180€/jour. Ces montants sont bruts, donc soumis à impôts (dont la CSG qui est généralement prélevée avant le versement des indemnités journalières).

Pour les médecins généralistes installées, il existe en plus un avantage supplémentaire maternité, qui a été créé dans le but d'aligner au maximum le congé maternité des libérales sur celui des salariées. Son montant dépend du temps de travail et du conventionnement. Les remplaçantes ne sont pas conventionnées en leur nom propre et n'ont donc pas accès à cet avantage. Pour un médecin conventionné secteur 1 exerçant à temps plein (8 demi-journées par semaine minimum), elle est de 3100€ par mois. Cette indemnité est versée dès le premier mois d'arrêt, mensuellement, dure le temps du congé maternité et peut être perçue pendant 3 mois au maximum. Cette prestation est versée sans condition de durée de cessation d'activité.

Cet avantage supplémentaire maternité a pour objectif d'aider les médecins installées à payer leurs charges de cabinet. En effet, si l'URSSAF et la CARMF peuvent diminuer leurs cotisations en cas de cessation temporaire d'activité, les charges du cabinet (loyer, secrétariat...) ne peuvent pas être franchement diminuées ou interrompues. Ces charges sont, au moins pour une part, indépendantes de l'activité du médecin. Elles sont cependant dépendantes d'une organisation interne au cabinet, et peuvent être réparties de différentes façons dans les cabinets de groupe.

Ces prestations étant perçues dans le cadre de la compensation de la perte des revenus habituels, elles sont imposables de la même façon, et subissent donc des prélèvements de la part de l'URSSAF et de la CARMF.

Montant de l'avantage supplémentaire maternité selon le mode d'exercice et le temps de travail (8)						
Mode d'exercice et temps de travail	Conventionnée secteur 1 ou secteur 2 avec option OPTAM			Conventionné secteur différent		
	Temps plein	Temps partiel 75%	Temps partiel 50%	Temps plein	Temps partiel 75%	Temps partiel 50%
Montant	3 100€/mois	2 325€/mois	1 550€/mois	2 066€/mois	1 550€/mois	1 033€/mois

Tableau 1 : Montant de l'avantage supplémentaire maternité selon le mode d'exercice et le temps de travail

Par l'administration

En cas d'exercice en zone sous dotée, et en lien avec l'ARS locale, il est possible de souscrire à des contrats qui offrent des garanties supplémentaires. Ainsi, il existe le PTMR (Praticien territorial médical de remplacement) pour les remplaçants et le PTMG (Praticien territorial de médecine générale) pour les médecins généralistes qui s'installent. Ces contrats permettent des aides financières supplémentaires en cas de perte de revenus, notamment maternité ou maladie, mais sont soumis à des contraintes territoriales et sont limités dans le temps. Il semble donc important d'informer les médecins de l'existence de ces propositions, mais elles ne peuvent pas concerner toutes les femmes médecins.

Par la CARMF

La CARMF ne verse pas d'indemnités journalières en cas d'arrêt dans le cadre d'une grossesse non compliquée. Cependant, en cas d'arrêt pathologique de plus de 90 jours, une indemnisation est versée à partir du 91e jour. (9)

En cas d'arrêt de plus de 90 jours pour congé maternité, la CARMF peut exonérer la médecin d'un semestre de cotisation, et lui donner 2 points, sous réserve qu'elle n'ait pas déjà bénéficié d'une exonération pour congé pathologique résultant de la grossesse.

Après la naissance d'un enfant, il suffit d'envoyer à la CARMF un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille pour obtenir 100 points supplémentaires (mais la somme totale des points ne peut pas excéder 550/an). Ces points permettent d'augmenter ses indemnités de retraite.

L'URSSAF

L'URSSAF ne verse aucune prestation directement aux femmes enceintes, mais elles peuvent adapter leurs charges mensuelles à la baisse de leurs revenus, directement sur le site internet de l'URSSAF, afin d'éviter une avance de trésorerie trop importante.

Par les assurances privées

La perte de revenu des professions libérales en cas de diminution ou d'arrêt d'activité étant peu compensée par l'assurance maladie, il est habituel pour les professionnels de souscrire à une assurance privée en complément. Cependant, le congé maternité « classique » n'est pas indemnisé par ces assurances. En effet, elles ne couvrent que la durée du congé maternité « pathologique », soit 15 jours au maximum, ainsi que les autres arrêts de travail pour raison médicale (*de facto*, le congé maternité est exclu). Souvent, il existe dans le contrat une « indemnité maternité », versée en une fois, dont la somme est variable en fonction des contrats. A titre d'exemple, la MACSF verse 100€/enfant dans son contrat de base.

La grossesse n'étant pas une pathologie en soi, les assurances privées ne couvrent donc pas le congé maternité classique, mais seulement le congé pathologique. Il convient ainsi d'être vigilant lors de la signature des contrats, la présentation pouvant être ambiguë.

Par les mutuelles

Les mutuelles (complémentaires santé) ne versent pas de revenus aux médecins, mais complètent les remboursements de la CPAM des deux premiers trimestres de grossesse. Le taux et les modalités de remboursement dépendent du contrat souscrit. Lors du dernier trimestre de grossesse et jusqu'au 12e jour post partum elles n'offrent aucune prestation puisque l'intégralité des prestations sont financées par la CPAM.

Récapitulatif des aides financières

Au total, nous avons réalisé un tableau récapitulatif des prestations en espèces principales touchées, pour donner une idée des revenus possibles pendant un congé maternité classique, ici pour un premier ou deuxième enfant. Cela est bien entendu purement indicatif, puisque beaucoup de paramètres entrent en compte dans le calcul. Le revenu « net » dépendra aussi fortement du taux d'imposition habituel.

Estimations des revenus totaux en fonction du mode d'exercice (avant impôts)				
	Indemnités journalières	Allocation forfaitaire de repos maternel	Avantage supplémentaire maternité	Total mensuel
Installée temps complet	1807€/mois	916€/mois	3100€/mois	5823€/mois
Installée temps partiel (75%)	1807€/mois	916€/mois	2325€/mois	5048€/mois
Remplaçante	1807€/mois	916€/mois	0	2723€/mois

Tableau 2 : Estimations des revenus totaux en fonction du mode d'exercice (avant impôts) pendant le congé maternité

La protection sociale des généralistes salariées et des internes

Généralités

Les médecins salariées et les internes bénéficient des mêmes prestations en nature que les médecins libérales en cas de grossesse. Cependant, leurs prestations en espèces sont différentes. En effet, elles touchent la totalité de leurs émoluments pendant la durée légale du congé maternité. Leur salaire est maintenu en partie par les indemnités journalières versées par la CPAM, avec éventuel complément de l'employeur en fonction de la convention collective (7). Dans les établissements publics de santé, le salaire de la femme médecin est maintenu dans son intégralité. Les internes bénéficient également du maintien des indemnités logement, nourriture et de la prime de responsabilité pour les internes en stage de SASPAS. La durée du congé maternité dépend de la situation familiale (tableau 3) (10,11) .

A noter tout de même que pour les médecins et internes faisant des gardes, le maintien de leur revenu ne comprend que le salaire de base, et elles ne touchent pas de compensation pour la perte de revenus liée à l'arrêt des gardes. Les assurances privées peuvent prendre en charge cette compensation, et de nombreux contrats sont possibles.

C'est leur employeur qui déclare leur grossesse à la sécurité sociale, et elles n'ont pas de démarches particulières à faire pour obtenir leur congé maternité.

Situation familiale	Congé prénatal	Congé postnatal	Total
1^{er} ou 2^e enfant (grossesse unique)	6 semaines	10 semaines	16 semaines
3^e enfant ou plus (grossesse unique)	8 semaines	18 semaines	26 semaines
Grossesse gémellaire	12 semaines	22 semaines	34 semaines
Grossesse triple ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

Tableau 3 : Durée du congé maternité en fonction de la situation familiale

Le congé parental

Une salariée peut décider de prolonger son congé maternité par le biais d'un congé parental. Ce congé peut être accordé après la naissance ou l'adoption d'un enfant. Pour une grossesse unique, il est de 3 ans maximum. La demande doit être faite au moins 2 mois avant le début de ce congé. Il ne peut pas être refusé par l'employeur. Ce congé n'est pas rémunéré. Les familles peuvent néanmoins bénéficier d'aides sociales (PREPARE), dont le montant est variable mais inférieur à 450€/mois.(12,13)

Matériel et Méthode

Population étudiée

Nous avons décidé d'étudier la population de femmes généralistes exerçant ou ayant exercé dans la Manche (50), quel que soit leur mode d'exercice. Pour obtenir un échantillon le plus varié possible nous n'avons pas fixé d'autres critères d'inclusion.

Autorisations réglementaires

Après avis du guichet d'orientation pour la recherche en santé, il est apparu qu'aucune démarche éthique n'était nécessaire. Le travail a été enregistré au DPO (Data Protection Officer) du CHU de Caen.

Recrutement

Nous avons cherché à interroger des médecins généralistes volontaires avec des profils qui nous semblaient pertinents. Pour avoir une diversité de profils en termes de modalités et lieux d'exercice, d'âge, de nombre d'enfants et de statut familial, nous avons utilisé plusieurs moyens.

Tout d'abord, nous avons contacté directement des connaissances (personnelles ou du directeur de thèse) par téléphone ou par message. Nous avons également contacté quelques cabinets médicaux du département par téléphone, en laissant des messages à l'intention des médecins dont le profil correspondait à quelque chose de nouveau. Elles pouvaient ainsi nous rappeler si elles étaient volontaires. Une partie du recrutement a également été réalisée sur les réseaux sociaux, via les groupes de remplacements, en postant une annonce pour rechercher des participantes.

Une sélection a ensuite été faite sur les profils les plus intéressants pour la recherche parmi les volontaires. Nous demandions également aux participantes si elles connaissaient des médecins dont les profils correspondaient à ceux qui nous manquaient, et si tel était le cas nous contactions les médecins en question.

Il est à noter que nous n'avons eu aucun refus de participation parmi les médecins sollicités directement. Les médecins ont semblé intéressés par le sujet et nous avons été obligés d'écarter certaines volontaires (surtout via les réseaux sociaux), notamment quand leur profil avait déjà été exploré chez d'autres.

Point de vue supplémentaire

Au cours d'une des séances d'analyse des données, nous nous sommes demandés si les pères médecins généralistes rencontraient le même type de problématiques que leurs consœurs. Il nous a semblé intéressant d'avoir en supplément un point de vue masculin sur le sujet, et nous avons donc recruté un jeune père médecin généraliste.

Cet entretien ne rentrant pas dans les critères d'inclusion, il ne sera pas décrit dans les résultats, mais pourra être mentionné dans la discussion.

Réalisation des entretiens

La maternité étant une expérience à la fois unique et intime, il nous a semblé plus pertinent de proposer des entretiens individuels, plus propices à des réponses franches et créant le climat de confiance nécessaire pour d'éventuelles confidences.

Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel. Le participant était libre de choisir le lieu de la rencontre. Les entretiens ont donc eu lieu dans des endroits variés : cafés, restaurants, domiciles du médecin ou au cabinet en fonction de ce qu'ils préféraient. Ce choix a permis qu'ils soient dans un lieu connu, et donc plus à l'aise. Nous les informions d'une durée prévisible de 30-45min. L'organisation de ces entretiens a été plutôt facile, les participants s'étant facilement rendus disponibles sur leurs jours de repos et leurs temps de pause, montrant ainsi leur intérêt pour le sujet.

Au début de chaque entretien, il était remis une fiche explicative sur les données personnelles à chaque participant (cadre réglementaire, cf. annexes), avec les coordonnées pour nous joindre. Les entretiens étaient enregistrés sur téléphone et ordinateur, avec l'accord des participantes. Les femmes ne savaient rien de plus que le thème général de la thèse (la maternité des généralistes) avant l'entretien et découvraient les questions au fur et à mesure de l'entretien, permettant ainsi des réponses spontanées et authentiques.

Le guide d'entretien

Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés, avec un guide d'entretien que nous avons fait évoluer au fur et à mesure de l'analyse des données. Ce guide était une trame lors des entretiens, mais les questions n'ont pas toujours été posées exactement de cette manière, afin que la discussion soit fluide. De ce fait, le guide d'entretien a été utilisé plus à la manière d'un « pense-bête » que comme cadre rigide. Des questions ont été ajoutées et d'autres supprimées ou modifiées au cours de la réalisation des entretiens en fonction de leur pertinence et des éclairages nouveaux apportés par l'analyse des données. Le guide initial et sa version finale sont en annexe.

Analyse des données

Les entretiens ont été réalisés entre fin octobre 2022 et début juin 2023. Ils ont tous été codés avec le directeur de thèse (double codage), et les données analysées selon le principe de théorisation ancrée. Nous nous réunissions pour le codage tous les deux ou trois entretiens afin de faire évoluer le guide en dégagant de nouvelles problématiques.

Lorsque nous n'avions plus de nouvelles problématiques se dégageant au bout de 3 entretiens, nous avons estimé que nous étions arrivés à saturation des données et avons arrêté le recrutement de nouvelles participantes.

Les entretiens étaient ensuite retranscrits dans leur intégralité. Au total, 13 entretiens ont été réalisés, dont la durée a été variable, le plus court ayant duré 24 min et le plus long 58 min.

Pour des raisons de simplicité, nous n'avons pas inclus les entretiens dans les annexes, mais ils sont disponibles sur demande (anonymisés, sur clé USB ou CD).

	Sexe	Age	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Nombre d'enfants	Seule ou en couple
1	Femme	36ans	Installée en libéral / SOS médecins	Urbain (cabinet de groupe)	1 enfant	En couple
2	Femme	68ans	Salariée (retraîtée)	Urbain (PMI)	5 enfants	En couple
3	Femme	42ans	Installée en libéral	Semi-rural (cabinet de groupe)	2 enfants	En couple
4	Femme	28ans	Interne en fin de cursus	Urbain (Hôpital)	1 enfant	En couple
5	Femme	32ans	Installée en libéral	Rural (Cabinet de groupe)	1 enfant	En couple
6	Femme	33ans	Installée en libéral	Semi-rural (seule)	2 enfants	En couple
7	Femme	33ans	Remplaçante	Urbain ou semi-rural	0 enfant	En couple
8	Femme	33ans	Mixte (libéral et salariat)	Semi-rural	2 enfants	En couple
9	Femme	32ans	Remplaçante	Urbain	2 enfants	En couple
10	Femme	35ans	Installée en libéral	Urbain (Cabinet de groupe)	3enfants	En couple
11	Femme	30ans	Remplaçante	Urbain	0 enfant	En couple
12	Femme	38ans	Installée en libéral	Semi-rural	2enfants	Séparée
13	Homme	39ans	Installé en libéral	Semi-rural	3enfants	En couple

Tableau 4 : Tableau descriptif de l'échantillon

Résultats

Il nous est apparu dès les premiers entretiens qu'il fallait séparer les femmes selon leur type d'activité. En effet, les problématiques rencontrées sont différentes selon le mode d'exercice. Nous avons ainsi séparé les résultats obtenus en fonction de la protection sociale de la femme médecin au moment de la grossesse.

Médecins salariées (y compris internes)

La protection sociale

Chez les médecins salariées la protection sociale a été un élément sécurisant. On retrouve ainsi peu d'anxiété financière à l'arrivée de la grossesse, voire même une planification de la grossesse au moment de l'internat du fait de cette protection sociale.

« La 1re grossesse, non, c'est juste que je m'étais dit qu'il fallait que ça tombe sur la fin de l'internat, je ne connaissais pas du tout la rémunération quand on était enceinte, comment ça allait se passer. Je savais juste que quand on était enceinte interne, on touchait une partie du salaire, mais je ne savais pas que ça marchait aussi en étant remplaçante, libérale et avec peu d'années de remplacements derrière soi. Donc j'ai préféré faire ça. »

« Au niveau finances, ça fait plus peur que là, en tant qu'interne, où comme j'étais salariée j'avais une garantie de mon salaire, ça faisait quand même une sécurité »

Les relations avec les pairs et les patients

Dans les relations avec leurs pairs, nous avons retrouvé parfois une impression de jugement négatif lors de l'annonce de la grossesse, mais celles-ci n'ont pas posé problème dans l'ensemble.

Ensuite, celles qui en ont eu besoin ont pu adapter leur poste de travail, avec des collègues jugés compréhensifs (arrêt des gardes, temps de pause pour repos). Ces relations semblent cependant dépendre énormément des collègues et maitres de stage rencontrés.

« Si c'était trop physique ils venaient d'office me relayer ou venir me donner, me filer un coup de main, vraiment à aucun moment je me suis sentie en difficulté, parce que tout le monde était aux petits soins. »

« Après je me suis sentie en marge effectivement par rapport à mes collègues spécialistes par contre, à mes co-internes spécialistes qui étaient clairement pas du

tout dans les projets grossesses et qui comprenaient pas pourquoi aussi jeune [le dit en mimant des guillemets] »

Les internes étaient parfois en stage en surnombre, ce qui permettait une meilleure adaptation du poste.

Le remplacement lors de leur congé maternité ne semble pas avoir été un élément très inquiétant pour les internes, probablement du fait des changements réguliers de stages et du fait que leur travail ne doit pas être indispensable au fonctionnement du service ou du cabinet. Une des femmes interrogées, ayant un exercice mixte, a cependant continué son activité de salariat (quelques heures par semaine) pendant toute la durée de son congé maternité, même si cela est interdit, et bien qu'elle aurait touché son salaire complet même sans travailler.

« Il n'y avait personne d'autre, d'une part et je vais pas laisser le SAMU dans la mouise [...] et puis d'autre part c'est un choix financier parce que j'ai un salaire pour ça, qu'on continue à me verser, donc c'est pas négligeable sachant que les indemnités journalières sont pas extraordinaires quand on a les charges du cabinet. »

L'organisation et le temps de travail

On retrouve plus de difficultés au moment de la reprise du travail, jugée brutale par les internes. Cela a notamment compliqué l'allaitement, avec un sevrage ressenti comme imposé chez une femme.

Chez les femmes faisant parfois des gardes, leur reprise est anxiogène. Celles qui ont pu éviter d'en faire à la reprise se sont ainsi estimées chanceuses.

« Forcément le plus dur à chaque fois ça a été la reprise, sur les chapeaux de roues. »

« Alors en tant qu'interne ça a été brutal. Passer de surnombre à un stage où on était que 2, donc pas assez, voilà, ce qui était bien c'est que c'était un hôpital où il y avait beaucoup d'internes, donc j'ai pu ne pas être sur la liste de garde, mais je travaillais 5 jours et un samedi sur 2, des journées entières, c'est très dur »

« Enfin, les nuits sont déjà assez courtes comme ça euh, ça j'appréhende, le fait de reprendre des gardes »

Trouver un mode de garde compatible avec le travail a parfois été compliqué en raison des horaires, mais aucune n'a été obligée de retarder sa reprise de ce fait, ni de changer ses horaires de travail. Le temps de travail à l'hôpital, jugé excessif et supérieur au cadre légal dans certains services a participé à la brutalité du retour de congé maternité, avec une transition

rapide entre le fait de passer tout son temps avec son bébé et le fait de passer tout son temps au travail.

Pour les 2 femmes interrogées n'ayant jamais eu d'enfant, la longueur, l'exigence et le temps de travail nécessaire aux études de médecine a été vécu comme un frein à la maternité.

« Faire un enfant oui, même si je pense que c'est difficile pendant les études, notamment pendant l'internat. J'ai des copines qui ont eu des enfants pendant l'internat, elles ont toutes trouvé ça... Elles l'ont fait par amour etc. mais elles ont toutes trouvé ça très difficile. Moi je trouve que personnellement je le ferais pas. »

Les relations institutionnelles

Chez les internes spécifiquement, il a été évoqué à plusieurs reprises le manque de souplesse du Département de Médecine Générale quant à la durée de stage obligatoire pour valider un semestre et à la nécessité de recommencer un semestre entier en cas de non-validation. Cependant, ceci n'est pas lié à une attitude propre au DMG, mais à un format, tant en quantité qu'en qualité d'enseignement, dont le DMG est le garant.

« J'ai eu de la chance ça tombait plutôt bien, le congé mat commençait à la fin de mon stage et donc j'étais vraiment dans les règles, par contre je me souviens que j'avais eu un entretien avec eux et il fallait que tout soit cadré »

Médecins libérales (remplaçantes ou installées)

La protection sociale

Pour les médecins exerçant en libéral, la problématique financière a été beaucoup plus anxiogène que pour les médecins salariées, notamment pendant la grossesse et lors de sa planification. Beaucoup ont ainsi relevé l'importance de faire des économies en prévision de la grossesse.

« Là forcément en libéral tout se calcule vraiment »

« Parce quand je vois toutes les charges que j'ai maintenant [liées à l'installation], je crois que je ne pourrais pas avoir de troisième enfant ! »

Cependant, cette problématique, bien que beaucoup décrite lors de la grossesse, semble s'atténuer lors du congé maternité. Le statut financier du conjoint peut également jouer un rôle majeur. Si ses revenus le permettent il peut assurer la stabilité financière du foyer pendant le temps de diminution des revenus liés au congé maternité.

« En fait par rapport aux revenus du foyer on peut vivre confortablement avec un seul salaire d'ailleurs voilà j'aurais pu rester on va dire quelques temps, enfin à la maison quoi, après ma fille parce que finalement on avait les moyens »

Pour les médecins installées, l'anxiété financière disparaît presque complètement si elles trouvent un remplaçant pour leur congé maternité, ce qui permet de payer les charges, mais également d'assurer la continuité des soins pour leurs patients. Cependant, elles doivent tout de même s'occuper de leur remplacement et doivent donc garder un pied dans leur cabinet, ne serait-ce que pour payer la rétrocession à leur remplaçant. Le remplacement est donc très favorable au bon déroulement du congé maternité, et à son éventuelle prolongation. Il faut avoir décidé en amont avec le(s) remplaçant(s) des modalités, et notamment de la régularité des rétrocessions, pour pouvoir anticiper et s'organiser.

« J'allais quand même travailler, parce que tous les 15 jours, ma foi tous les dimanches j'allais récupérer les comptes rendus de consultation, vite fait intégrer des bios, vite fait vérifier 2-3 trucs, la compta, j'avais encore du matériel... J'allais au cabinet quand même ! Des fois avec la petite... »

D'autre part, beaucoup de femmes installées en libéral souscrivent à une prévoyance privée couvrant la perte de revenus en plus de la protection sociale « classique ». Toutes les femmes interrogées pour qui cela était possible en avaient une. Cependant, une des femmes ayant développé une psychose puerpérale après sa première grossesse, aucune assurance n'avait accepté de lui proposer un contrat à un tarif raisonnable et sans exclusion selon elle.

Ceci n'est pas une problématique propre à la grossesse, mais est retrouvée à chaque fois que l'on veut souscrire à une assurance privée si l'on a une pathologie.

« Alors, en fait je n'ai pas de prévoyance... parce que lors de ma première grossesse.... Ma grossesse en elle-même s'est très bien passée mais l'après s'est mal passé.... J'ai fait une psychose puerpérale, et du coup c'est dans mes antécédents et personne ne veut me couvrir niveau prévoyance... »

Les relations avec les pairs et les patients

La continuité des soins est également une problématique que l'on retrouve beaucoup plus chez les médecins installées que chez toutes les autres, avec une forme de culpabilité à partir en congé maternité si elles ne sont pas remplacées (notamment le congé pathologique de 15 jours avant le congé maternité classique). Cette culpabilité se manifeste vis-à-vis des patients qui se retrouvent sans médecin, mais également vis-à-vis des collègues, qui doivent de ce fait absorber une quantité de travail plus importante en cas d'exercice en groupe. Ce sentiment de responsabilité a été retrouvé chez toutes les médecins installées en libéral. Les médecins installées lors de leur grossesse ont toutes continué de travailler jusqu'au congé légal.

Pour les confrères des médecins libérales, le vécu de l'annonce de leur maternité a parfois été mitigé, et les réactions pas toujours bienveillantes, mais cela ne représente pas la majorité des ressentis. Les réactions plus négatives à ce genre d'annonces ont spontanément été reliées par les médecins à l'âge et au sexe de leurs collègues. Certaines ont ainsi eu l'impression d'être victimes de sexisme. Dans notre échantillon, les femmes ont décrit des difficultés avec les plus âgés de leurs confrères. Cela semble être attribué par les femmes au lien avec une période où peu de femmes étaient médecins, et que donc le problème de la maternité des généralistes se posait peu. Les réactions restent cependant très diverses, et il serait hasardeux de généraliser.

« Il y en a un qui a fait la tête en mode "Quoi, mais tu viens de t'installer, ça va pas ?" »

« Justement peut-être moins de compréhension de la part des médecins hommes. [...] dans le cabinet où je remplaçais il y avait des vieux médecins hommes qui ne comprenaient pas Enfin qui comprenaient la situation mais qui étaient moins bienveillants »

« Alors que je m'attendais à ce que ça les embête mes collègues, ah bah tiens ça tombe mal, c'est pas le bon moment... Mais pas du tout »

« J'étais installée donc très bien, beaucoup de bienveillance de la part des confrères »

Le vécu des patients semble plus variable, et les femmes y accordent finalement moins d'importance qu'à la continuité des soins. Cette continuité des soins est vécue comme une sensation de devoir par les médecins installées interrogées, avec une importante difficulté à laisser leurs patients sans autre solution.

« C'était difficile de laisser les collègues et les patients. Il aurait fallu que je le programme à l'avance si j'avais voulu le prendre je crois » [à propos du congé grossesse pathologique]

Une des femmes interrogées a tout de même évoqué une sensation de jugement des patients sur ses horaires et son temps de travail, et cela représente un frein à son installation.

« C'est le plus gros frein, j'ai l'impression que les patients préfèrent pas de médecin qu'un médecin qui est là à des horaires de presque bureau, j'exagère. C'est pour ça que je reste remplaçante »

L'organisation et le temps de travail

Pour toutes les femmes exerçant en libéral, la souplesse de ce mode d'exercice a été relevé. Les femmes apprécient énormément la liberté dans leur organisation personnelle, permettant de se libérer facilement pour les rendez-vous de la grossesse et ensuite pour s'occuper de leur enfant.

« je trouve qu'être médecin libéral ça a quand même des bons côtés, c'est aussi une grande chance d'être libre, de pouvoir faire entre guillemets ce que tu veux, c'est toi qui choisit tes horaires, tes vacances ! Moi c'est pour ça que j'ai voulu être généraliste »

Cependant, cette liberté est dépendante d'une organisation rigoureuse en amont, et laisse peu de place à l'imprévu de dernière minute. A ainsi été pointée du doigt la difficulté de se rendre disponible pour un enfant malade. Cette problématique a été spontanément évoquée par les femmes à de nombreuses reprises, bien que cela n'ait pas été le sujet initial.

« Bref ça a été très compliqué, je l'ai très très mal vécu ce jour-là le fait de devoir fermer, donc maintenant c'est ma hantise, soit moi de tomber malade, soit qu'un de mes enfants tombe malade. »

Les médecins libérales interrogées ont toutes modifié leur organisation au travail depuis qu'elles sont mères, pour s'adapter aux contraintes des enfants. Grâce à la flexibilité du libéral, elles ont souvent repris beaucoup plus progressivement que ce que les salariées peuvent faire. La reprise a donc été beaucoup mieux vécue chez les libérales que chez les salariées. On retrouve ici le rôle fondamental du remplacement chez les installées, qui permet

une reprise progressive sans perte de la continuité des soins pour les patients. Aucune des femmes interrogées n'a pris de congé parental.

« Quand j'avais repris c'était genre juste 2 jours par semaine, tranquillement, en augmentant petit à petit quand j'étais prête »

Cette organisation plutôt libre a également permis de poursuivre l'allaitement pour la plupart des médecins qui le souhaitaient, avec une organisation en amont. Une des femmes interrogées faisant des gardes (parfois de nuit) en libéral, elle a trouvé son allaitement plus compliqué à organiser.

Les généralistes pouvant avoir des horaires variables et un temps de travail long, plusieurs médecins ont souligné l'importance du mode de garde et la difficulté de trouver quelque chose de compatible avec leurs contraintes. Trouver un équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle est décrit comme quelque chose de difficile par les libérales.

La variabilité du travail de remplaçante, avec des changements de lieux d'exercice fréquents potentiellement, peut être une source de difficulté. Cela n'a pas été évoqué par les remplaçantes ayant eu un enfant, mais cela a été cité comme frein par celles n'en ayant pas eu.

« On trouve des remplas, c'est pas la question, mais tu sais jamais où ça va être, à quel endroit, euh tu vois, enfin, c'est assez instable »

Pour les remplaçantes, il semble pourtant plus facile de prendre son congé maternité du fait de l'absence de charges de cabinet.

Le cadre universitaire

Plusieurs fois la thèse a été citée comme un potentiel frein à la maternité, et une des interrogées a ainsi attendu d'avoir passé sa thèse pour envisager une deuxième grossesse. Le délai accordé dans les suites de l'internat, pouvant sembler long initialement, peut passer très rapidement.

« Première grossesse je m'étais dit que je ferai ma thèse pendant la grossesse, ça a été un échec cuisant, et puis premières années [de son enfant] ça n'a pas été mieux, donc j'ai repoussé repoussé, je me suis retrouvée sur la deadline et donc là j'avais dit que je ferai pas de nouvelle grossesse avant la thèse. »

La démographie médicale locale

Dans le contexte actuel de pénurie de médecins, les grossesses et la maternité ne sont pas toujours reçues comme de bonnes nouvelles par la population et par les institutions étatiques. Les médecins peuvent se sentir forcés à travailler plus, notamment en cas de temps partiel.

« C'est maintenant, c'est aussi les enfants grandissent et ce côté y'a pas assez de médecins, faut en faire plus, les patients sont pas contents, les pouvoirs publics sont pas contents, et la seule solution c'est de s'écouter soi, de se dire bah non si je fais plus je vais pas être bien »

« Le plus difficile je dirais d'abord les patients, parce qu'on est tous empathiques, on reste médecins à la base, donc dire non à 15 mamans qui ont 40 de fièvre par jour pour moi c'est pas possible, et j'en passe, tous les ALD et tous ceux qui n'ont même plus... Les diabétiques qui n'ont même plus de médecin traitant c'est pas possible, sauf qu'on en est là dans la Manche »

« Forcément ça a été beaucoup d'inquiétude pour tous les professionnels du PSLA, le maire, donc ça n'a pas été bien accueilli par eux. »

Point commun à toutes : trouver du soutien

Peu importe le mode d'exercice, les femmes interrogées ont parlé de l'importance de trouver du soutien. Ce soutien peut prendre un nombre illimité de formes.

L'importance du conjoint et des proches

Le premier soutien évoqué a été le conjoint pour celles qui sont en couple. Le conjoint a ici un triple rôle : logistique, financier et affectif. En effet, l'éducation des enfants est en principe quelque chose qui se fait à deux. Le conjoint, en plus de sa présence et de son aide quotidienne peut apporter un soutien financier, particulièrement bienvenu lors de la diminution des revenus liée au congé maternité.

« J'ai la chance d'avoir un mari qui a des horaires de bureau, donc ça ne me dérangeait pas de finir tard le soir, il gérait les enfants le soir et puis voilà »

Les proches et la famille sont également très importants dans cette période, pour les femmes médecins comme pour toutes les femmes, pour apporter notamment une aide matérielle (garde des enfants par exemple).

« Je vis aussi dans un endroit où je suis très entourée donc j'ai toujours un proche ou une copine qui peut dépanner si ça déborde [la durée des consultations] »

Le suivi par les professionnels de santé

Les femmes interrogées ont insisté sur leur volonté d'être traitées comme n'importe quelle autre femme. Elles attendent des professionnels une écoute et des explications simples et non médicales. Elles ne veulent pas être prises en charge comme des consœurs mais comme des patientes, à tel point que certaines ne révèlent pas leur profession. Le suivi de grossesse n'a posé problème à aucune des femmes interrogées, avec une relation plutôt bien vécue avec les professionnels.

Les femmes ont besoin de se sentir libres de poser leurs questions, et elles sont régulièrement freinées dans leurs questions par la peur du ridicule, la peur d'être jugée.

« Je pense que c'est bien de passer incognito, de poser tes questions, d'avoir des réponses où t'as pas de jugement »

« J'avais cette relation de longtemps où je me sentais aussi capable de poser des questions, après c'était euh globalement un gynéco homme assez froid, mais avec qui j'étais à l'aise pour poser toutes mes questions, même qui semblaient bêtes »

« Qu'on ne considère pas que je sais, parce que parfois je sais pas tout, souvent je sais pas tout même, et c'est normal et encore plus dans la grossesse, dans la maternité, on apprend en étant enceinte, on apprend en devenant maman, honnêtement avant c'est difficile de tout savoir »

Cela est à nuancer par le fait que le fait d'être médecin peut apporter des « facilités » d'accès aux soins, qui sont parfois bienvenues.

« ils m'avaient même proposé, vu que je travaillais dans le service de la mater de choisir le gynéco que je voulais pour mon accouchement, la sage-femme que je voulais, tout ça. Je leur ai dit que la seule exigence que j'aurais c'est d'avoir si possible une chambre seule »

Malgré cet accompagnement jusqu'à la maternité plutôt réussi, nombreuses sont les femmes qui ont mal vécu l'accouchement et les premiers jours du post partum. Le manque d'accompagnement pour l'allaitement et lors de la sortie de maternité a été souligné par plusieurs femmes, sans qu'elles établissent un lien formel avec leur travail. Cependant, plusieurs ont reconnu qu'elles n'avaient pas osé demander de l'aide, probablement en partie du fait de leur profession.

« Après moi c'est parce que j'ose pas, je me suis dit que je devais aussi savoir donc j'ai pas posé 15000 questions, je me suis un peu renseignée dans mon coin, je pense qu'elles étaient débordées aussi »

« J'estime qu'on a pas pris soin de moi à l'hôpital, noyée dans la masse et je pense que si j'ai réussi à allaiter c'est grâce à ma mère et à mes copines, pareil pour les soins du bébé. »

S'il devient trop difficile de faire la part des choses entre la vie personnelle et la vie professionnelle, du fait de la quantité de travail ou des situations rencontrées, qui peuvent entraîner des contre transferts, il peut être utile de se faire suivre par un psychologue. Une des femmes interrogées en a spontanément parlé. Deux des femmes interrogées ont ainsi rencontré des difficultés importantes sur le plan psychiatrique lors de cette période

« Et puis il y a un truc aussi c'est qu'on rapporte beaucoup de choses à table, et ça c'est embêtant par rapport aux enfants, moi je trouve. [...] Quand j'ai travaillé vraiment, à la PMI, il y avait des choses, la protection de l'enfance tout ça, ça déborde. J'avais besoin d'en parler, si vous saviez comme ça m'avait choquée tout ce que j'ai vu. Je suis quand même passée par un creux hein, je suis allée voir un psychologue pour travailler sur la question. »

Lors de du suivi de grossesse, il est important de bien prendre en compte le conjoint. En effet, s'il n'est pas médecin, le conjoint peut se sentir un peu exclu lors du suivi de grossesse,

du fait des explications potentiellement plus succinctes par les professionnels. Cela a été décrit par plusieurs des femmes interrogées.

« [le gynécologue-obstétricien] savait que j'étais interne et il a pas du tout inclus dans les consultations mon conjoint, qui n'est absolument pas du milieu. Plusieurs fois, à la fin de la consultation quand je lui disais est ce que tu as compris, il me disait « bah non, là il parle de quoi ? » »

L'aide domestique

Beaucoup de femmes ont raconté la nécessité absolue d'une aide domestique. Cela commence par un moyen de garde pour les enfants, notamment en bas âge. Ce mode de garde a une importance capitale, mais est difficile à trouver. Si un médecin ne trouve pas de solution pour faire garder ses enfants, il peut être obligé de travailler moins pour respecter les horaires imposés par la garde, ou de modifier temporairement son mode d'exercice. Cela a été cité comme frein par une des femmes n'ayant pas d'enfant.

« Elle fait de la téléconsult parce que ça lui permet de rester avec l'enfant parce que du coup elle a pas de moyen de garde parce qu'elle s'y est pas prise en avance » [à propos d'une de ses amies]

Ensuite, il est également possible de se faire aider pour les tâches ménagères. Plusieurs femmes ont spontanément évoqué une femme de ménage, indispensable à leurs yeux.

« On a une femme de ménage qui vient 4h30 par semaine, on a une grande maison, et 2 enfants. Donc là-dessus, c'est sûr que sans ça le ferait pas »

Le soutien par les pairs

Le soutien peut également se trouver auprès de ses pairs, et là encore il peut prendre de nombreuses formes. Les relations avec les collègues, si elles peuvent parfois être tendues, peuvent également être enrichissantes. Ainsi, lors de l'annonce de leur maternité, nombreuses sont les femmes ayant reçu des témoignages bienveillants de leurs confrères.

Les collègues peuvent aussi être une source de conseils précieux, de par leur expérience, personnelle ou professionnelle. Ils peuvent aussi aider à prendre du recul par rapport aux situations cliniques rencontrées, qui biaisent parfois le jugement.

« Le fait d'être médecin a la PMI, les puers m'avaient donné leur liste de questions qu'elles posaient aux assistantes maternelles. Du coup, j'ai posé ces questions-là lors de mes recherches d'assistante maternelle »

« quand on fait un stage en oncopédia, on se dit que tous les enfants ont des cancers, [...]. Ça rajoute des craintes encore plus que quand on est médecin généraliste. »

Une des mères interrogées a également trouvé du soutien via les réseaux sociaux. Il existe un groupe sur Facebook qui regroupe uniquement des femmes médecins, mères ou intéressées de le devenir. Elle décrit ce groupe comme un endroit bienveillant, où elle se sent libre de poser ses questions, et où elle trouve des réponses de confiance.

« C'est une bénédiction ce groupe »

« Je l'adore parce que comme on est que entre médecins j'ai confiance dans les réponses et ça change tout et puis c'est très bienveillant »

L'information quant à leurs droits

De nombreuses femmes interrogées ont pointé du doigt le manque d'informations reçues sur leurs droits en matière de congé maternité. La plupart d'entre elles s'étaient tournées vers leurs proches ou collègues pour obtenir des informations qui ne sont pas forcément fiables. Elles se sont également tournées vers les assurances privées qui fournissent une information biaisée par leur côté commercial.

« des amis qui m'ont dit fais attention, ce qu'on te promet c'est pas toujours ce que tu as »

« les aides qui ne sont pas du tout, enfin personne ne nous en informe si on ne fait pas attention »

Discussion

L'étude

Forces de l'étude

L'échantillon

L'échantillon des médecins interrogées est varié, avec de nombreuses situations rencontrées. Ces nombreux modes d'exercice, situations familiales et de santé, organisations différentes permettent d'avoir un panel très large de vécus. Ainsi, chaque histoire est unique et les entretiens ne se ressemblent pas. La taille de l'échantillon s'est imposée par la saturation des données avec l'absence de nouvelle problématique dégagée et la redondance des sujets évoqués lors des derniers entretiens.

Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé avec le directeur de thèse, et testé lors d'un entretien exploratoire. Le test ayant été concluant, les entretiens ont été poursuivis par la suite. Au fur et à mesure de l'analyse des données et des apports des femmes, des questions ont été ajoutées, d'autres retirées ou modifiées afin d'améliorer ce guide d'entretien au maximum. Le guide a ainsi évolué et s'est enrichi au cours de l'étude. Néanmoins, les questions n'étaient là que pour relancer, recentrer ou préciser des éléments non spontanément abordés. Ces questions, et notamment la première question, étaient le plus ouvertes possibles, afin que la discussion soit la plus libre possible.

Les entretiens

Les médecins interrogés étant tous volontaires et informés d'un délai d'entretien approximatif plutôt long, tous avaient prévu un temps dédié, et aucun entretien n'a dû être écourté du fait de contraintes horaires. Ce temps, l'anonymisation des données ainsi que le fait de faire des entretiens individuels, et probablement aussi le fait de s'adresser à une consœur, ont permis une parole très libre et de nombreuses confidences. Le choix du lieu par les interrogés a contribué à les mettre à l'aise, dans un environnement de leur choix. Pour les femmes interrogées, le fait de s'adresser à une femme et de plus une consœur a créé très rapidement un climat de confiance, et nous avons obtenu de nombreuses informations sur des sujets pourtant très intimes (vie de couple, maternité et difficultés rencontrées, finances, maladies, fausses couches...).

Le sujet étant vaste et très chargé émotionnellement pour ces femmes, les entretiens réalisés ont été plutôt longs, avec beaucoup d'informations. La richesse de ces entretiens a permis d'avoir énormément de données à analyser, et régulièrement de nouvelles problématiques soulevées auxquelles nous n'avions pas pensé.

On ne note pas de cas de refus de participation, on constate au contraire un enthousiasme à participer, même dans les cas les plus douloureux.

L'analyse des données

Une autre force de cette étude est le codage des données. En effet, l'analyse des données a été faite avec un double codage (avec le directeur de thèse). Chacun codait de son côté, avec une confrontation des données obtenues dans un second temps. Ainsi, il a fallu harmoniser les interprétations faites, ce qui rend l'étude plus robuste.

Afin de nous former à cette méthode, nous sommes allés ensemble à une séance d'accompagnement à la thèse organisée par le DMG. Cela nous a permis d'être d'accord dès le début sur les buts et les attendus de la méthode. Etant peu familiers de cette méthode, nous avons été surpris par la convergence de nos analyses de codage, leur reproductibilité et la capacité de faire la part entre l'objectif et le subjectif.

Nous sommes allés jusqu'à saturation des données, même si chaque expérience de maternité est unique et qu'il existe autant de relations à la maternité qu'il existe de femmes.

Faiblesses et biais

Le recrutement

Le recrutement, même s'il a été effectué selon plusieurs modalités afin de limiter les biais, a pu tout de même en créer. En effet, le recrutement via les réseaux sociaux a potentiellement entraîné une sélection de femmes ayant envie de partager leur expérience, et donc une sur-représentation des vécus très positifs ou très négatifs. Cependant, les expériences sont très diverses, et les modalités de recrutement ont été diversifiées pour limiter ce biais.

Le recrutement par nos connaissances peut aussi entraîner des biais, avec plus de difficultés à se confier sur ces sujets intimes à quelqu'un que l'on connaît mais sans être proche. En pratique, nous n'avons pas eu ce sentiment lors des entretiens. A aucun moment nous n'avons interrogé des proches (amis ou famille), afin de limiter ce biais.

Ensuite, nous avons eu des difficultés à trouver des médecins salariées à interroger. Nous voulions demeurer sur une étude concentrée sur la médecine générale, et ne pas interroger des praticiens hospitaliers qui n'exercent plus en tant que médecins généralistes. Parmi les femmes interrogées, certaines avaient eu un enfant pendant l'internat (donc en tant que salariées), et une avait un exercice mixte. Une avait une activité salariée mais avait arrêté de travailler quelques années pour élever ses enfants. Il y a donc probablement une sur-représentation des internes pour ce qui est du vécu des salariées.

Nous n'avons trouvé qu'une femme exerçant seule à interroger. Ce mode de pratique est en effet moins représenté chez les jeunes générations de médecins où les femmes sont présentes en plus grande proportion. Cela aurait pourtant apporté un regard différent sur le sujet. Nous aurions voulu en trouver plusieurs puisque son expérience était particulièrement négative. Nous avons toutefois eu le sentiment que cela était davantage lié à son expérience personnelle qu'à la réalité de l'exercice.

Les données

Dans une étude qualitative, les données sont par définition subjectives. L'étude du vécu d'une période aussi chargée émotionnellement que la grossesse et la maternité la rend très peu objective, avec un vécu qui peut également être modifié par des facteurs hormonaux et psychiatriques. Néanmoins, cette subjectivité et ces facteurs, bien que variables, sont présents chez toutes les femmes à cette période de leur vie, et il convient d'en tenir compte.

Chez les femmes plus âgées, les grossesses étant plus lointaines, avec parfois souvenirs flous, cette subjectivité a été accentuée.

Analyse des résultats

Lorsque nous avons choisi ce sujet de thèse, nous l'avons choisi du fait de nos a priori et des histoires que nous avons entendues, ainsi que des croyances répandues sur la difficulté d'être mère en libéral, et peut-être en raison de craintes personnelles.

Au cours de la réalisation des entretiens, et pendant l'analyse régulière des données, nous avons compris que nos présupposés étaient erronés, rendant la thèse d'autant plus intéressante.

Tout d'abord, bien que les aides sociales soient plus favorables aux salariées, les médecins libéraux ont finalement eu peu de problèmes financiers, sous couvert d'une anticipation rigoureuse et avec la nécessité de trouver un remplaçant pour celles qui sont installées. Cela induit surtout une charge mentale supplémentaire, avec un stress supplémentaire, certes financier, mais également de relation avec les éventuels associés et la problématique de la continuité des soins. Cela n'a pas du tout été évoqué par les salariées, alors que cela revient systématiquement chez les installées.

Les aides sociales ont tout de même bien évolué, même si c'était un peu à retardement (14) et que certains préjugés ont la vie dure. Le fait de n'avoir que peu de choses à planifier pour son départ en congé maternité a un côté rassurant pour les femmes salariées ainsi que pour les remplaçantes. Ainsi, certaines femmes planifient leur grossesse pendant l'internat pour bénéficier de ces aides sociales. Pourtant, la décision de faire un enfant est une décision de couple, qui est prise à un moment dans la vie d'une femme, au sein de sa carrière professionnelle et non l'inverse !

Néanmoins, peu importe le mode d'exercice, les responsabilités qui incombent aux généralistes sont importantes. Cela se révèle par un professionnalisme retrouvé lors des entretiens. Notamment chez les femmes installées, l'importance de la continuité des soins et leur rigueur quant au suivi de leurs patients pendant leur absence, ainsi que dans leur relation avec leur remplaçant nous ont frappées. Le dévouement de ces femmes à leur travail est à souligner. Nombreuses sont celles qui surveillent les résultats biologiques de leurs patients pendant leurs congés si elles n'ont pas de remplaçant. Ceci est l'une des raisons qui font qu'il est indispensable de trouver un remplaçant pour vivre son congé maternité sereinement chez les installées. Il aurait été intéressant d'avoir l'avis d'une médecin généraliste installée salariée

d'un centre de santé sur ce point, car le professionnalisme des médecins ne dépend probablement pas de leur mode d'exercice.

Même si sur le plan des aides sociales les choses ont énormément progressé (4), certaines démarches ou aides restent assez obscures et les médecins interrogées ont beaucoup pointé le manque d'informations auxquelles elles ont accès. De nombreuses informations sont disponibles sur le site de la CPAM, mais en cas de questions plus précises il est très difficile de trouver un interlocuteur à qui s'adresser. Au cours de cette étude, nous avons expérimenté ces difficultés. En effet, nous avons des questions, notamment sur les prestations en cas de grossesse dans les premières années de cotisation, et avons tenté de joindre pour cela la CPAM. A chaque fois, la communication n'a pas abouti au bon interlocuteur, à chaque fois nous devons être rappelés dans la semaine et nous n'avons jamais obtenu nos réponses. Le directeur de thèse a également essayé d'obtenir ces informations sans succès. Nous avons fini par être découragés et avons abandonné cette voie et trouvé d'autres moyens pour obtenir les informations recherchées. Cela soulève donc le problème de l'accès aux informations importantes. Obtenir ces informations peut être prenant et chronophage. Les médecins interrogés se sont beaucoup tournés vers leurs connaissances ou les réseaux sociaux pour répondre à leurs questions, prenant ainsi le risque d'obtenir des informations peu fiables. Il semble donc important que la CPAM adapte ses supports, en augmentant les informations présentes sur leur site, permettant au moins de répondre aux questions les plus fréquentes de façon claire. Peut-être qu'ainsi les jeunes médecins pourront se rendre compte des aides auxquelles elles ont droit en cas de maternité et que cette charge mentale diminuera. Cela pourrait aussi favoriser les installations, puisque les aides sont finalement assez favorables aux installées, contrairement à ce que nous pensions.

Ainsi, à l'opposé de nos présupposés, la problématique financière prend assez peu de place dans le vécu de la maternité des installées. Finalement, la vraie problématique est plutôt la charge mentale associée à la grossesse et au congé maternité avec une anticipation et une organisation très rigoureuses en amont du congé, à un moment où, les femmes enceintes ont déjà une charge mentale majorée par l'arrivée prochaine d'un enfant. Cela se retrouve chez les installées bien plus que chez les remplaçantes, qui se rapprochent presque plus des salariées sur ce point. Cette charge mentale explique probablement en partie les présupposés que nous avons.

Les médecins libérales interrogées ont travaillé le plus tard possible dans la grossesse, pour diverses raisons citées, alors que pour les internes cela n'a pas été un enjeu. En revanche, là où les salariées ont repris le travail directement à la fin de leur congé légal, les libérales ont prolongé le congé ou repris progressivement, et la reprise a été mieux vécue. Cela est souvent possible en raison de la flexibilité du travail de remplaçante, et de l'existence d'un remplaçant disponible pour les installées.

La souplesse du travail en libéral a ainsi été retrouvée dans tous les entretiens, et a été vécue comme très positive, avec la possibilité d'organiser la vie familiale plutôt simplement. La prolongation du congé maternité était quelque chose d'essentiel pour les femmes interrogées qui avaient pu le faire. L'indépendance inhérente au libéral et la possibilité de choisir totalement son emploi du temps sont très utiles pour de nombreuses femmes. Il est

vrai que s'organiser pour aller à des rendez-vous ou pour des activités est faisable en libéral, alors qu'il semble plus compliqué de s'absenter quand on le souhaite quand on est salariée. Néanmoins, pour les rendez-vous médicaux liés à la grossesse, l'employeur est tenu de laisser la femme enceinte s'y rendre, sans retenue de salaire.

La souplesse du libéral est cependant peu adaptable aux changements de dernière minute, avec des difficultés décrites pour gérer les imprévus du quotidien quand on est seule ou que le conjoint ne peut pas non plus faire face à l'imprévu. Il s'agit d'une souplesse de l'organisation, et non d'une souplesse du quotidien. Il ne faut toutefois pas idéaliser le salariat sur ce point, car si certains postes sont plus facilement adaptables, nombreux sont les postes où une absence imprévue pose également problème.

L'exercice libéral nécessite une anticipation sur le plan administratif, alors que ce n'est pas le cas pour les salariées. Lors du congé maternité, cela se manifeste par une nécessité d'organisation en amont. Les charges d'URSSAF et de CARMF peuvent ainsi être réduites significativement pendant la durée du congé. Cependant, les charges de cabinet sont peu modifiables et peuvent peser sur les finances. C'est en ce sens qu'a été créé l'Avantage Supplémentaire Maternité. Cependant, il ne couvre pas forcément toutes les charges en l'absence d'un remplaçant. Lors de nos entretiens, il est apparu que plus le nombre de médecins du cabinet est important, moins la grossesse semble problématique. Le cabinet de groupe où exerçait une des médecins interrogées fait preuve de solidarité dans ce genre de situations (maternité, mais aussi maladie), en répartissant les charges de l'absent entre les autres médecins du cabinet. Cela permet de vivre de façon plus sereine ces périodes, et pèse finalement assez peu sur les autres associés (en l'occurrence 10 médecins dans le cabinet). Cela peut être une piste de réflexion pour nous tous, au regard du développement de l'exercice en groupe, cela pourrait être un moyen de faire preuve de solidarité entre confrères. Une autre piste pourrait être que la CPAM finance directement les charges de la femme enceinte si elle n'est pas remplacée, ce qui pourrait faire diminuer la charge mentale liée à la recherche de remplaçant, même si le remplacement est aussi un enjeu de continuité des soins.

Sur le plan universitaire, il peut apparaître compliqué de concilier l'internat, la maternité et la thèse. Après l'internat, la même problématique se pose et les années peuvent défiler rapidement, et ainsi mettre des médecins au pied du mur à devoir passer leur thèse en un temps record. L'idée d'une souplesse à ce sujet a été évoquée à plusieurs reprises, même s'il est difficile de généraliser des situations qui sont par définition individuelles, avec des abus possibles. Cette problématique sera probablement obsolète rapidement au vu des changements en cours dans l'internat de médecine générale, avec une 4e année obligatoire qui nécessitera d'avoir passé sa thèse pendant l'internat.

Par ailleurs, il existe une vraie difficulté quant à la validation des stages, avec parfois la nécessité de recommencer un semestre entier pour quelques jours de stage manquants, le DMG ne pouvant de toute façon pas valider un stage qui ne répond pas aux exigences réglementaires de présence. Il pourrait être envisagé le rattrapage de la partie du semestre non réalisée uniquement, permettant de faire des stages complets (6mois), mais en deux fois. Cependant, cette gestion au cas par cas peut être chronophage et compliquée.

Le métier de généraliste est un métier stressant, prenant et les femmes sont en contact avec de nombreuses pathologies contagieuses et produits chimiques voire radioactifs. Certains modes d'exercice comprennent également une station debout prolongée, parfois du travail de nuit... Il serait logique de penser que cela peut influencer sur le déroulement de la grossesse, mais ces dangers n'ont pas été préoccupants pour les femmes interrogées. Ces questions ne sont pas récentes, puisqu'un article de 1988 faisait déjà des recommandations sur les adaptations à prévoir pour les médecins enceintes (15). Une étude sur les médecins finlandaises ne retrouve pas non plus de sur-risque de complication de la grossesse chez elles par rapport aux femmes de la même catégorie socioprofessionnelle (16). Les femmes médecins n'ont pas des grossesses plus compliquées que les autres femmes, à condition de prendre en compte l'âge maternel lors des études, car les femmes médecins, du fait de leurs études longues, sont souvent plus âgées que la moyenne lors de leurs grossesses (17). Les études de médecine sont des études non seulement longues, mais également exigeantes, avec des concours difficiles et parfois le sentiment qu'elles ne se termineront jamais. Cela peut créer une injonction à la réussite et laisser peu de place à la vie personnelle, expliquant l'âge plus avancé des femmes lors de leurs grossesses.

Le suivi de grossesse, chez toutes les femmes, est d'une importance capitale et nécessite des consultations régulières, au moins les 7 obligatoires. Pour les femmes médecins, ce suivi est l'occasion d'endosser le rôle de patiente, alors qu'elles ont l'habitude d'être de l'autre côté du bureau. Cette position peut être vécue comme une position de faiblesse, avec d'autant plus de difficultés à la vivre que la personne en position de force est un pair. Il est très difficile pour les médecins de devenir patient (18). La maternité est un saut dans l'inconnu, avec de nombreuses interrogations nouvelles, rendant l'aide des professionnels de santé indispensable. Les femmes interrogées ont beaucoup dévalorisé ces interrogations, les qualifiant de « questions bêtes », probablement du fait de la difficulté des médecins à reconnaître leur ignorance. Ce sentiment d'ignorance est encore aggravé quand il s'agit de leur enfant, avec une charge émotionnelle et un sentiment de culpabilité décuplés. Cela est donc propre aux médecins, et ne se retrouve pas chez les femmes appartenant aux autres catégories socioprofessionnelles favorisées.

Par ailleurs, la grossesse est une situation à risque sur le plan psychologique, et peut révéler des difficultés préexistantes voire en créer des nouvelles. Les femmes médecins étant particulièrement soumises aux stress psychosociaux, il semble d'autant plus nécessaire pour elles d'être vigilants sur ce plan. Avoir une relation de confiance avec le médecin ou la sage-femme qui suit la grossesse permet d'avoir un espace pour parler de ces difficultés, rendant le suivi d'autant plus essentiel. Dépister les troubles psychiatriques doit également être fait lorsque la patiente est une consœur.

Cela n'est pas un problème que lors de la grossesse, mais un problème plus global de prise en charge de la santé des médecins, puisque 80% des médecins n'ont pas de médecin traitant en France. Cela a ainsi motivé une campagne de communication en 2017 « Dis Doc, t'as ton Doc ? » (19). Cependant, déclarer un médecin traitant ne fait pas tout, encore faut-il aller le voir ! Cette problématique est pourtant primordiale, comment peut-on soigner les autres si l'on ne va pas bien ?

Cependant, pour les soignants, suivre un confrère n'est pas non plus chose aisée. Trouver un juste milieu entre une relation confraternelle et professionnelle peut être difficile, notamment dans les cas les plus complexes. Un DU « Soigner les soignants » a vu le jour pour mieux former les professionnels à cela.

Les femmes médecins, peu importe leur mode d'exercice, travaillent énormément. Malgré les inquiétudes liées au temps médical disponible au début de la féminisation de la médecine, les femmes médecins travaillent finalement beaucoup, bien plus que 39h/semaine en moyenne, même si elles travaillent un peu moins que leurs confrères masculins (mais cela tend à évoluer). Les femmes travaillant à temps partiel se rapprochent finalement plus de la durée du temps plein que du temps partiel (plus de 30h en moyenne selon les études) (20). Ce temps de travail rend la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée épineuse, voire impossible. Les femmes interrogées ont bien décrit cela, avec un équilibre parfois précaire et difficile à trouver. Cela rend le soutien du conjoint indispensable. Cette conciliation difficile n'est pas propre à la profession médicale, mais surtout aux professions libérales et à responsabilités (21).

Alors que leurs confrères masculins ont plus souvent qu'elles un conjoint inactif ou aide familial, les femmes médecins ont plus souvent un conjoint actif, dont 57% sont cadre supérieur (vs 39% pour les hommes médecins). Cela implique que les conjoints des femmes médecins ont bien souvent un temps de travail important également (22). Pour avoir une chance d'atteindre l'égalité des sexes dans la sphère professionnelle, il faut d'abord l'atteindre dans la sphère familiale. En effet, l'allongement du temps « domestique » des femmes réduit d'autant leur temps de travail. Les femmes médecins ayant des enfants ont ainsi régulièrement recours au temps partiel, quelle que soit leur spécialité, alors que c'est rare chez leurs confrères (23). L'importance de partager les tâches domestiques avec son conjoint devient ainsi un enjeu de santé publique. Cela souligne également la nécessité pour de nombreux médecins d'avoir une aide pour ces tâches domestiques, avec souvent l'embauche d'un employé de ménage. Cette aide a certes un coût financier, mais il semble tout de même plus intéressant pour un médecin de travailler une heure et de payer son salarié à faire le ménage que de le faire lui-même. Pour rappel, le BNC moyen des généralistes en 2021 était de 81 228€ annuels (24), là où une heure de ménage coûte entre 20 et 30€, dont 50% déductible des impôts.

Par ailleurs, les femmes médecins se sentent régulièrement victimes de préjugés de la part de leurs confrères, que ce soit en libéral et à l'hôpital, lors de leurs études et en tant que médecin (25). Les femmes ressentent ainsi une réelle discrimination à l'hôpital notamment, ce qui joue sur leur carrière mais peut également jouer sur leur maternité. Et cela n'est pas vrai qu'à l'hôpital. Une des femmes interrogées, exerçant en libéral, a ressenti cela lorsqu'il lui a été posé la question de son désir de maternité dès le début de son entretien d'embauche. Ces discriminations peuvent non seulement altérer la santé mentale des femmes, mais également leur faire modifier ou annuler d'éventuels projets personnels, par peur du retentissement. Elles peuvent aussi donner aux femmes l'impression qu'elles ont quelque chose à prouver, qu'elles doivent faire, si ce n'est mieux, du moins aussi bien que leurs collègues masculins.

Ce vécu difficile peut être une partie de l'explication de pourquoi les femmes médecins ont tendance à travailler le plus longtemps possible lors de leur grossesse.

Choisir son mode d'exercice n'est pas évident, et pour les femmes cela peut être encore plus compliqué. L'exercice solitaire permet une indépendance totale, mais pose problème lors du congé maternité si l'on n'a pas de remplaçant. Les femmes choisissant peu l'exercice solitaire de la médecine, elles sont bien souvent amenées à devoir s'arranger avec leurs collègues, notamment dans le cadre du congé maternité et de la grossesse. Si l'exercice en groupe peut rendre le congé maternité plus serein, il peut aussi créer des conflits. Lors des entretiens, les femmes ayant eu des relations tumultueuses avec leurs collègues ont à chaque fois exprimé le fait qu'ils étaient des hommes, souvent plus âgés qu'elles. Une des femmes interrogées a même insisté sur le fait qu'elle pense que s'installer entre femmes est une bonne idée. Ainsi, non seulement le mode d'exercice est primordial, mais l'entente avec les collègues l'est tout autant. Certaines des femmes interrogées ont ainsi dû quitter un cabinet ou ont difficilement terminé un stage d'internat du fait de désaccords avec les confrères, parfois liés à la maternité (allaitement incompris par exemple). Il convient donc pour les femmes d'être attentives à ce genre de problématiques lors de leurs choix professionnels, peut-être encore plus que leurs confrères.

Ce sexisme n'est pas uniquement le fait des autres professionnels, mais également des patients (26), qui peuvent avoir tendance à genrer les professionnels de santé (et ainsi les femmes ne sont pas des médecins). Avec l'évolution de la société et la féminisation de la médecine, nous pouvons légitimement espérer que ce sexisme s'atténue avec le temps, et que les femmes n'auront plus à se poser ce genre de questions dans l'avenir. Néanmoins, ce sujet reste d'actualité pour le moment (27).

Au début de la féminisation de la médecine, nombreuses ont été les craintes quant à ses effets sur la profession médicale, notamment du fait du double rôle attribué aux femmes, domestique et professionnel. Ainsi, un article publié en 2005 disait « De ce fait, on craint que la féminisation n'entraîne une dévalorisation généralisée du statut de médecin (Cacouault, 2001), dans la mesure où elle s'accompagne (apparemment nécessairement) d'une remise en question des principes de la « disponibilité permanente » des médecins à l'égard des malades » (20). Cette remise en question de la disponibilité permanente des médecins, attribuée à ce moment-là à la féminisation, est en fait probablement plutôt un effet de génération.

En effet, la profession de médecin est en pleine transformation. Les jeunes médecins semblent être plus attentifs que leurs aînés à leur vie privée. Leur exercice de la médecine générale est différent de ce qu'il était pour les générations précédentes et cela ne semble pas limité au sexe des médecins. Il semble désormais inenvisageable pour les patients d'appeler leur généraliste au milieu de la nuit s'il n'est pas de garde. La pratique de la médecine générale évolue, avec de plus en plus d'exercice mixte et salarié seul, et de moins en moins d'exercice solitaire. Le rapport des jeunes générations au travail a changé, avec une importance croissante accordée à l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Bien que cette voie ait été initiée par les femmes, les jeunes hommes médecins s'en sont saisis. Le père interrogé au cours de notre étude partageait de façon équitable la charge de l'éducation des enfants avec sa femme, également généraliste, permettant d'avoir tous les deux une carrière professionnelle. Les jeunes médecins hommes, à l'instar de leurs consœurs, travaillent moins

que leurs confrères plus âgés (28), et accordent plus de temps à l'éducation de leurs enfants et à leur vie personnelle dans sa globalité (29). Désormais, les carrières se gèrent à deux (30).

Cela ne se retrouve pas que chez les médecins, et est en fait une des manifestations des changements du rapport au travail des jeunes générations, et de l'implication grandissante des pères dans la vie domestique. Ces changements sociétaux tendent à réduire les inégalités de genre, et permettront peut-être que les futures générations de médecins ne rencontrent pas certaines des problématiques rencontrées par les femmes interrogées.

Conclusion

Le souvenir du vécu de leur maternité par les généralistes est plutôt bon dans l'ensemble. Il est finalement plus dépendant des situations personnelles et professionnelles que lié à l'aspect financier. Certains facteurs comme l'entraide des pairs, l'acceptation d'aides extérieures et l'existence d'un conjoint soutenant, tant psychologiquement que matériellement, sont déterminants pour bien vivre la maternité.

On remarque qu'il a été difficile, voire impossible pour les installées, de pouvoir complètement décrocher de leur activité professionnelle, et de pouvoir pleinement se consacrer à leur maternité. Ce professionnalisme reste le propre de beaucoup de métiers à responsabilités. Il existe une charge mentale importante et solitaire liée à l'organisation nécessaire en libéral. Il n'y a que très peu de place pour l'improvisation dans ce cas. Une grossesse se passe d'autant mieux qu'elle a été anticipée. Cette charge mentale explique en partie leurs craintes lors de la planification d'une grossesse, et probablement nos a priori négatifs sur le vécu de la maternité.

Si de nombreux progrès ont déjà été accomplis, on note plusieurs voies d'amélioration. L'empathie entre pairs notamment, pour les médecins installées, une entraide entre confrères du même cabinet semble possible, et l'accès aux remplacements doit être favorisé. La bienveillance ne devrait-elle pas s'appliquer à nos pairs aussi bien qu'à nos patients ? L'accès à l'information ensuite, il convient d'informer de façon fiable et honnête les jeunes médecins sur leurs droits quant à la maternité. Cette information est actuellement trop incomplète et chronophage. Les femmes médecins doivent être accompagnées au mieux pour qu'elles ne planifient plus leur maternité en fonction de leur carrière, mais uniquement en fonction de leur envie. Pour finir, il semble nécessaire d'améliorer l'aide aux étudiantes confrontées à la maternité au cours de leurs stages. Il existe en effet une réelle demande des étudiantes en ce sens, même s'il faut rester conscient que le DMG est limité dans ses actions par un cadre réglementaire qu'il ne maîtrise pas et dont il est garant.

Une grossesse reste un moment particulier dans la vie d'une femme, qu'elle soit médecin ou non. De nombreux progrès institutionnels ont été faits ces dernières années, mais on ne peut pas tout attendre des institutions, et le regard que posent les confrères sur la grossesse reste un élément déterminant dans son vécu. Il est donc essentiel d'accueillir avec bienveillance la maternité de nos collègues. Comment faire pour que l'attente d'un enfant, qui pourrait apparaître comme un problème organisationnel, reste ce qu'elle est fondamentalement, une bonne nouvelle ?

Bibliographie

1. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographiePr ofSante/DemoMedecins.htm>
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2023 [cité 6 août 2023]. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale-2023>
3. Enseignement supérieur – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047727?sommaire=6047805>
4. Historique de la lutte pour la couverture maternité des femmes médecins - MG France [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/protection-sociale/maternite/301-historique-de-la-lutte-pour-la-couverture-maternite-des-femmes-medecins>
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 6 août 2023]. La démographie médicale. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
6. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642 [Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
7. Grossesse [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/manche/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/grossesse>
8. Prestations maternité des PAMC et des conjointes collaboratrices de PAMC [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/manche/assure/remboursements/indemnités-journalières-maladie-maternite-paternite/prestations-maternite-pamc-conjointes-collaboratrices-pamc>
9. Site internet de la CARMF [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=cdrom/prev/prev-ij.htm>
10. Durée du congé maternité d'une salariée [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/manche/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/duree-du-conge-maternite/conge-maternite-salariee>
11. MACSF.fr [Internet]. [cité 6 août 2023]. Interne : tout savoir sur la grossesse et le congé parental. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/actualites/internes-dr-junior/interne-tout-savoir-sur-la-grossesse-et-le-conge-parental>

12. Congé parental d'éducation à temps plein pour un salarié du secteur privé [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2280>
13. Congé parental dans la fonction publique [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F517>
14. Fanello S, Parot E, Renard H, Richard-Crémieux I. Les femmes médecins généralistes dans le Maine-et-Loire : « 1990-2000 ». Santé Publique. 2004;16(1):95-104.
15. Katz VL, Miller NH, Bowes WA. Pregnancy complications of physicians. West J Med. déc 1988;149(6):704-7.
16. Quansah R, Gissler M, Jaakkola JJK. Work as a physician and adverse pregnancy outcomes: a Finnish nationwide population-based registry study. Eur J Epidemiol. 1 sept 2009;24(9):531-6.
17. Cusimano MC, Baxter NN, Sutradhar R, McArthur E, Ray JG, Garg AX, et al. Evaluation of Adverse Pregnancy Outcomes in Physicians Compared With Nonphysicians. JAMA Netw Open. 23 mai 2022;5(5):e2213521.
18. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. BMJ. 29 sept 2001;323(7315):728-31.
19. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 6 juill 2023]. Dis doc, t'as ton doc ? Une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-brevs/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
20. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):59-81.
21. Lapeyre N, Le Feuvre N. Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France. Nouv Quest Féministes. 2004;23(3):42-58.
22. La situation professionnelle des conjoints de médecins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 7 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-situation-professionnelle-des-conjoints-de-medecins-0>
23. Toulemon L, Pontone S, Brouard N. Forte différence de fécondité entre hommes et femmes parmi les médecins spécialistes et les autres professions de cadre. In: Population et travail. Association Internationale des Démographes de Langue Française; 2006.
24. Site internet de la CARMF [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffresclats/stats/2023/bnc2021.htm>
25. Premiers résultats de l'enquête Vie privée / Vie professionnelle pour les praticiens à l'hôpital [Internet]. [cité 7 oct 2023]. Disponible sur: <http://www.avenir->

hospitalier.fr/index.php/grands-dossiers/enquetes/494-premiers-resultats-de-l-enquete-vie-privee-vie-professionnelle-pour-les-praticiens-a-l-hopital

26. Stavely T, Salhi BA, Lall MD, Zeidan A. “I just assume they don’t know that I’m the doctor”: Gender bias and professional identity development of women residents. *AEM Educ Train.* 2022;6(2):e10735.
27. Jain S. How Smooth Is the Road for Women in Medicine? A Pregnant Question. *J Gen Intern Med.* juill 2019;34(7):1362-3.
28. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
29. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. *Sociol Prat.* 2007;14(1):19-30.
30. Yumpu.com. yumpu.com. [cité 10 juin 2022]. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/read/17422190/les-pratiques-professionnelles-des-jeunes-generations-de-medecins>

Annexe 1 – Guide d’entretien initial

- Quels souvenirs que vous avez-vous de votre/vos grossesse(s) au travail ?
- Quelles ont été les réactions de vos séniors/associés/collègues/médecins que vous remplacez lors de votre grossesse ?
- Pouvez-vous me raconter les changements dans l’organisation de votre travail avant, pendant et après la grossesse ?
- Pouvez-vous m’expliquer comment vous avez vécu votre congé maternité ?
- L’aspect financier vous a-t-il fait peur lorsque vous êtes tombée enceinte ? Si pas déjà abordé lors de la question précédente !
- Comment parvenez-vous à concilier vie personnelle et vie professionnelle depuis que vous êtes mère ?
- Auriez-vous préféré mener cette grossesse en étant salariée ?
- Si vous aviez face à vous une collègue qui souhaite avoir un enfant, quels conseils pourriez-vous lui donner ?

Annexe 2 – Guide d’entretien final

- Quels souvenirs avez-vous de votre/vos grossesse(s)/des grossesses de votre femme au travail ?
- Quelles ont été les éventuelles difficultés que vous avez rencontrées à planifier une grossesse à ce moment-là ?
- Quel a été votre vécu de la maternité/paternité en tant que médecin ?
- Quelles ont été les réactions de vos seniors/associés/collègues/médecins que vous remplacez lors de votre grossesse ?
- Si interne : Comment les choses se sont-elles passées avec le DMG ?
- Pouvez-vous me raconter les changements dans l’organisation de votre travail avant, pendant et après la grossesse ?
- Pouvez-vous m’expliquer comment vous avez vécu votre congé maternité/paternité ?
- L’aspect financier vous a-t-il fait peur lorsque vous êtes/votre femme est tombée enceinte ? Si pas déjà abordé lors de la question précédente !
- Comment avez-vous envisagé financièrement cette grossesse ?
- Comment parvenez-vous à concilier vie personnelle et vie professionnelle depuis que vous êtes mère/père ?
- Auriez-vous préféré mener cette grossesse en étant salariée ?
- Comment avez-vous fait suivre votre grossesse ?
- Comment la question de l’allaitement s’est-elle posée pour vous ?
- Quelle a été la place du père de votre/vos enfants lors de votre/vos grossesses ?
- Si vous aviez face à vous une collègue qui souhaite avoir un enfant, quels conseils pourriez-vous lui donner ?
- Est-ce que vous avez des choses à ajouter sur ce sujet ? Y a-t-il des questions que vous auriez aimé que je vous pose ?

**« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972,
l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions
émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées
comme propres à leurs auteurs ».**

VU, le Directeur de Thèse
(qui atteste du respect des procédures éthiques et réglementaires)

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2023

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : DAVID Anne-Charlotte

TITRE DE LA THÈSE : Vécu de la maternité des femmes médecins généralistes exerçant dans la
manche (50)

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La médecine étant désormais féminisée, la question de la maternité des médecins se pose de plus en plus. De nombreux progrès ont été faits sur le plan institutionnel, avec de multiples revalorisations, mais il persiste néanmoins beaucoup d'a priori sur la grossesse et la maternité des généralistes. Il nous a semblé important de faire le point sur le vécu réel de cette situation. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 12 femmes généralistes dans la Manche (50). Il apparaît ainsi que les progrès sur l'indemnisation ont permis de reléguer cette question au second plan dans les préoccupations. Si des difficultés peuvent encore être rencontrées sur le plan financier et que des progrès restent à faire, le vécu de la maternité est surtout influencé par les relations interpersonnelles, et notamment le soutien d'un conjoint et les relations avec les confrères.

MOTS-CLÉS : Maternité, généraliste, grossesse, grossesse médecin, féminisation de la médecine,
femmes généralistes

TITLE : Motherhood experience of general practitioners working in Manche (50)

ABSTRACT

Since the feminization of medicine, the question of motherhood arises more and more. Many improvements have been done in order to financially support these women, but still, prejudice about doctors' motherhood remains. It seemed important to assess the real experience of general practitioners becoming mothers. The present study intended to do so by proceeding with a qualitative study made of semi-structured interviews of 12 women working in Manche (50). It appeared that progress has been made regarding the financial compensation mechanisms, thus allowing this concern to not be women's first priority. While difficulties may still be encountered financially and while progress remains necessary, the experience of motherhood is mainly influenced by interpersonal relationships, and in particular by the support of a partner and by the relationships with colleagues.

KEY WORDS : motherhood, doctor's pregnancy, pregnancy, feminization of medicine, female GP