



HAL
open science

Etre mère et médecin généraliste : est-ce compatible ? : enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine

Marie Pichon-Pawelski

► To cite this version:

Marie Pichon-Pawelski. Etre mère et médecin généraliste : est-ce compatible ? : enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01731812

HAL Id: hal-01731812

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731812>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Marie PICHON-PAWELSKI

Le 19 Novembre 2007

**ÊTRE MÈRE ET MÉDECIN GÉNÉRALISTE :
EST-CE COMPATIBLE ?
ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES FEMMES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DE LORRAINE**

Examineurs de la thèse :

Mme G. KANNY

Mme C. VIDAILHET

Mme M. C. BÉNÉ

M. A. AUBRÈGE

Professeur

Professeur

Professeur

Professeur associé

Président

Juge

Juge

Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

M. le Docteur François ALLA

du 2^{ème} Cycle :

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

du 3^{ème} Cycle :

M. le Professeur Marc BRAUN

de la Vie Facultaire :

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –

Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

REMERCIEMENTS

A notre Président de Jury

Madame le Professeur Gisèle KANNY

Professeur de Médecine Interne ; gériatrie et biologie du vieillissement

*Nous vous remercions d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse.
Votre intérêt pour ce travail et l'aide que vous nous avez apporté dès le commencement nous ont beaucoup touché.*

A notre juge

Madame le Professeur Colette VIDAILHET

Professeur émérite de Pédo-psychiatrie

*Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.
Nous avons assisté à vos enseignements avec passion. Nous avons eu le privilège de vous accompagner en consultation lors de notre stage dans votre service et avons énormément apprécié l'accueil que vous nous avez réservé. Votre investissement auprès des enfants est admirable.*

A notre juge

Madame le Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Professeur d'Immunologie biologique

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

*Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.
Nous apprécions l'enthousiasme avec lequel vous avez accueilli ce sujet.
Nous avons apprécié la qualité et la rigueur de vos enseignements.*

A notre juge

Monsieur le Docteur Alain AUBREGE

Médecin Généraliste

Professeur associé de Médecine Générale

*Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.
Nous admirons la passion avec laquelle vous défendez la médecine générale. Nous avons été honoré de travailler sous votre supervision. Nous avons beaucoup appris de vous, en médecine et en humanité.*

A Messieurs Les Docteurs Jean-Marc BOIVIN, Jean-Jacques DERLON, Marc HECKLER et Philippe PLANE.

Nous avons énormément apprécié travailler sous votre supervision. Sans le savoir, chacun de vous a contribué à forger notre vision de la Médecine Générale. Nous avons beaucoup appris auprès de vous.

Merci.

A Mesdames les Docteurs Caroline FRITSCH, Christelle DOUART, Nathalie POLINE, Christine COUR et Isabelle AUBERT.

Nous avons appris beaucoup à votre contact. Nous avons été touchés par votre confiance et vos marques d'affection. Nous espérons n'avoir pas trop déçu vos espoirs en choisissant la Médecine Générale.

Merci.

A tous les médecins qui nous ont accueilli lors de nos stages hospitaliers en tant qu'interne et en tant qu'externe.

Merci pour votre enseignement.

A Roger, mon mari.

*Pour ton amour et ta patience.
Dix ans, c'est si long...
Merci.
Je t'aime.*

A Maxime, mon fils.

*Pour ton amour et tes petits yeux qui pétillent.
Tu es à l'origine de tout.
Merci.
Je t'aime.*

A Juliette, ma fille.

*Pour tes sourires, pour ton souffle.
C'est aussi pour toi.
Merci.
Je t'aime.*

A ma mère.

Pour ton amour.

J'espère ne jamais te décevoir, en tant que fille, en tant que femme, et en tant que mère.

Merci.

Je t'aime.

A mon père.

Pour ton amour.

Malgré tout, je n'en ai jamais douté.

Merci.

Je t'aime.

A mes sœurs Elise, Pauline et Justine.

Pour votre amour.

Je suis si fière de ce que vous devenez. Ne doutez jamais de vous-même.

Merci.

Je vous aime.

A mes grand-mères.

Pour votre amour.

Vous avez toujours été avec moi, malgré l'éloignement.

Merci.

Je vous aime.

A mes grands-pères.

Pour ce que vous avez transmis.

Vous êtes toujours auprès de moi malgré votre absence.

Merci.

Je vous aime.

**A mes amis François, Isabelle, Bénédicte et Virginie.
A mes amies et futures consoeurs Aurélie, Cathy et Virginie.**

*Pour votre amitié.
J'espère ne jamais vous perdre.
Merci.*

**A Madame le Docteur EMPEREUR
A tous les médecins qui ont répondu à cette enquête.**

*Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.
Merci.*

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	p 25
PREMIÈRE PARTIE : LA FEMME MÉDECIN D'AUJOURD'HUI	p 27
I. Être mère : un enjeu de taille	p 28
II. Être mère : l'évolution de la vision de la maternité au cours des temps...	p 29
A. Des temps primitifs aux débuts de l'ère judéo-chrétienne	p 29
B. L'influence de la chrétienté	p 30
C. L'ère moderne.....	p 31
D. Et aujourd'hui : des zones d'ombre persistent.....	p 33
III. Le travail des femmes	p 34
A. Evolution au cours des temps.....	p 34
1. Les temps primitifs.....	p 34
2. L'Antiquité	p 34
3. Le Moyen-Âge	p 34
4. De la Renaissance à la Révolution	p 35
5. L'ère industrielle	p 35
6. Le XXème siècle	p 36
B. L'apparition des femmes dans la médecine	p 39
1. Les temps primitifs	p 39
2. L'Antiquité	p 40
3. Le Moyen-Âge.....	p 40
4. La Renaissance	p 41
5. Le siècle des Lumières	p 41
6. L'ère industrielle.....	p 41
7. Le XXème siècle	p 42

C. La situation actuelle :	p 42
1. démographie générale et médicale	p 42
a. dans la population générale.....	p 42
b. dans la population médicale.....	p 43
2. assurance sociale et prestations familiales	p 44
a. la couverture maternité des médecins libéraux.....	p 44
b. les aides à la garde des enfants	p 45
DEUXIÈME PARTIE : ENQUÊTE ET METHODOLOGIE	p 47
I. Objectifs :	p 48
A. Description générale des pratiques	p 48
B. Selon les pratiques	p 48
C. Quels sont les aménagements envisageables ?	p 48
II. Méthodologie	p 49
III. Questionnaire	p 50
TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS	p 51
I. Analyse descriptive	p 52
A. Description de l'échantillon.....	p 52
1. Age.....	p 52
2. Ancienneté.....	p 52
3. Situation familiale	p 53
a. situation maritale	p 53
b. nombre d'enfants	p 53
c. profession du père.....	p 53
B. Description des pratiques.....	p 54
1. Evaluation des conditions de travail	p 54
a. rural/urbain.....	p 54
b. association/isolée	p 54
c. rendez-vous/consultations libres	p 54
d. autre activité	p 54

2. Evaluation de la charge de travail.....	p 54
a. temps de travail.....	p 54
b. nombre de gardes.....	p 55
c. nombre de demi-journées libres.....	p 55
d. congés	p 55
3. Evaluation de l'implication personnelle.....	p 55
a. Lieu de travail sur le lieu de domicile.....	p 55
b. Numéro de téléphone personnel communiqué aux patients.....	p 55
c. Joignable la nuit en dehors des gardes	p 55
C. Celles qui n'ont pas encore d'enfant.....	p 55
1. Projets de grossesse	p 56
2. Difficultés liées à une grossesse/ à un enfant.....	p 56
3. Modification des conditions de travail.....	p 56
D. Description de leurs grossesses.....	p 56
1. Age du premier enfant.....	p 56
2. Durée moyenne des congés prénataux	p 56
3. Durée moyenne des congés post-nataux	p 57
4. Terme moyen.....	p 57
E. Description de leur vie de mère.....	p 57
1. Mode de garde	p 57
2. Nombre d'heures	p 58
3. Activités de loisirs	p 58
4. Satisfaction : de la mère/des enfants	p 58
5. Qui soigne ces enfants ?.....	p 58
F. Influence de leur vie de mère sur leur travail.....	p 59
1. Au moment de l'installation	p 59
a. avaient-elles déjà des enfants ?.....	p 59
b. leur installation a-t-elle été retardée par leurs enfants ?.....	p 59
c. quelle activité ont-elles exercé entre la fin de leurs études et leur installation?	p 59
2. Rythme de travail	p 59
a. leurs horaires sont-ils adaptés à ceux des enfants ?.....	p 59
b. leurs vacances correspondent-elles aux vacances scolaires ?.....	p 60

3. Répercussion sur la vie de famille	p 60
4. Modification des conditions de travail.....	p 60
a. fréquence des modifications effectuées en raison des enfants.....	p 60
b. fréquence et modifications effectuées après leur départ	p 60
G. Influence de leur travail sur leur vie de mère	p 60
1. Première grossesse.....	p 60
2. Répercussion sur la vie professionnelle.....	p 61
3. Sensation de regret après le départ des enfants.....	p 61
II. Interprétation.....	p 61
A. Existe-t-il une différence entre celles qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas ou plus ?.....	p 61
1. Conditions de travail.....	p 61
a. lieu d'exercice	p 61
b. association ou isolée.....	p 62
c. rendez-vous ou consultations libres	p 62
2. Charge de travail.....	p 62
a. nombre d'heures travaillées	p 62
b. nombre de gardes	p 62
c. nombre de demi-journées	p 63
d. nombre de semaines de vacances.....	p 63
3. Implication personnelle.....	p 63
a. lieu de travail.....	p 63
b. numéro de téléphone.....	p 63
c. joignable la nuit.....	p 63
B. Influence des conditions de travail sur leur vie de mère.....	p 64
1. Nombre d'heures passées avec leurs enfants.....	p 64
a. selon lieu d'exercice.....	p 64
b. selon mode d'exercice.....	p 64
c. selon mode de consultation	p 64
2. Activités de loisirs.....	p 65
a. selon lieu d'exercice	p 65
b. selon mode d'exercice.....	p 65
c. selon mode de consultation.....	p 65
3. Satisfaction de la mère	p 65
a. selon lieu d'exercice.....	p 65
b. selon mode d'exercice	p 66
c. selon mode de consultation	p 66

4. reproche des enfants	p 66
a. selon lieu d'exercice	p 66
b. selon mode d'exercice	p 66
c. selon mode de consultation	p 67
 C. Influence de la charge de travail sur leur vie de mère	 p 67
1. Nombre d'heures passées avec leurs enfants	p 67
a. selon nombre d'heures travaillées.....	p 67
b. selon nombre de gardes.....	p 67
c. selon nombre de demi-journées libres	p 68
d. selon nombre de semaines de vacances	p 68
2. Activités de loisirs	p 68
a. selon nombre d'heures travaillées.....	p 68
b. selon nombre de gardes	p 68
c. selon nombre de demi-journées libres	p 69
d. selon nombre de semaines de vacances.....	p 69
3. Satisfaction de la mère.....	p 69
a. selon nombre d'heures travaillées	p 69
b. selon nombre de gardes	p 69
c. selon nombre de demi-journées libres	p 70
d. selon nombre de semaines de vacances	p 70
4. Reproche des enfants	p 70
a. selon nombre d'heures travaillées	p 70
b. selon nombre de gardes	p 70
c. selon nombre de demi-journées libres	p 71
d. selon nombre de semaines de vacances	p 71
 D. Influence de l'implication personnelle sur leur vie de mère	 p 71
1. Nombre d'heures passées avec leurs enfants	p 71
a. selon lieu de vie.....	p 71
b. selon numéro personnel	p 71
c. selon joignable la nuit	p 72
2. Activités de loisirs	p 72
a. selon lieu de vie	p 72
b. selon numéro personnel	p 72
c. selon joignable la nuit	p 72
3. Satisfaction de la mère	p 73
a. selon lieu de vie	p 73
b. selon numéro personnel	p 73
c. selon joignable la nuit	p 73
4. Reproches des enfants	p 73
a. selon lieu de vie	p 73
b. selon numéro personnel	p 74
c. selon joignable la nuit	p 74

E. En synthèse.....	p 74
1. Entre celles qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas	p 74
2. Conditions de travail.....	p 75
3. Charge de travail.....	p 75
4. Implication personnelle.....	p 76

QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION p 77

I. Accueil de l'enquête p 78

II. Représentativité de l'échantillon p 78

A. En terme de population p 78

B. En terme de pratiques p 80

 1. Conditions de travail p 80

 2. Charge de travail p 80

 3. Implication personnelle..... p 80

C. En terme de vie parentale p 81

III. Grossesses chez les femmes médecins p 81

A. La première grossesse p 81

B. Déroulement des grossesses p 82

C. Congés maternité p 83

D. Comment envisager une grossesse dans ces conditions ? p 84

IV. Les pratiques	p 86
A. L'installation	p 86
B. La profession	p 88
1. Les conditions de travail	p 88
a. le lieu d'installation	p 88
b. le choix de l'association	p 89
c. le mode de consultation	p 90
2. La charge de travail	p 91
3. L'implication personnelle	p 93
V. Leur vie de mère	p 95
A. Influence des conditions de travail	p 95
1. Selon la région d'installation	p 95
2. Selon le mode d'exercice	p 96
3. Selon le mode de consultation	p 97
B. Influence de la charge de travail	p 98
1. Le nombre d'heures de travail	p 98
2. Le nombre de gardes	p 99
3. Le temps libre	p100
4. Les congés annuels	p101
C. Influence de l'implication personnelle	p102
1. Travailler à la maison	p102
2. Communiquer son numéro personnel	p103
3. Etre joignable la nuit	p104

VI. Quel est l'avenir des femmes médecins généralistes qui veulent réussir leur vie de mère?	p 105
CONCLUSION	p 108
BIBLIOGRAPHIE	p 110
ANNEXES	p 114

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'arrivée d'un enfant dans la vie d'une femme implique forcément des changements. Qu'en est-il lorsque cette femme exerce la médecine générale ? Alors que deux tiers des médecins généralistes de moins de trente ans sont des femmes, ceci implique-t-il que l'exercice de la médecine générale entre dans une phase de mutation ?

Devenir mère est l'une des étapes les plus importantes de la vie d'une femme. Il en a toujours été ainsi, même si la fonction maternelle n'a pas toujours été la même au fil du temps et a dû s'adapter à l'investissement croissant des femmes dans le monde du travail. C'est ce que nous avons pu constater en nous penchant sur l'histoire des femmes au cours des temps, en abordant d'une part l'évolution de la vision de la maternité et d'autre part leur apparition dans le monde du travail puis dans l'histoire de la médecine.

Nous avons voulu évaluer par une enquête quel était le ressenti des jeunes femmes médecin vis-à-vis de la maternité, qu'elles soient mères ou non. Nous avons interrogé pour cela les femmes médecins généralistes de moins de 50 ans installées en cabinet libéral en Lorraine sur leurs conditions de vie familiale et professionnelle. Nous avons cherché à déterminer s'il y avait une interaction entre leurs aspirations de mères et l'organisation de leur travail.

Ce travail nous a permis de recueillir de nombreux témoignages, et de connaître un peu mieux les motivations et les ambitions des jeunes médecins d'aujourd'hui, qui sont de plus en plus des femmes. Nous avons essayé de trouver, par l'intermédiaire de cette enquête, quels étaient les aménagements possibles, afin d'encourager nos jeunes consœurs qui s'inquiètent de ce que sera leur vie familiale si elles choisissent la médecine générale.

PREMIÈRE PARTIE

LA FEMME MÉDECIN D'AUJOURDHUI

PREMIÈRE PARTIE : LA FEMME MÉDECIN D'AUJOURD'HUI

La femme médecin, lorsqu'elle a des enfants, tient plusieurs rôles: elle est femme, elle est mère, elle est une travailleuse.

Etre une mère semble déjà être un emploi à plein temps et chacune d'entre nous voudrait réussir dans ce domaine. Pourtant, la femme médecin est une travailleuse. Elle ne se cantonne pas à sa vocation maternelle. La mère au travail est une notion qui tend à se banaliser mais il n'en a pas toujours été ainsi.

La situation actuelle, qui est encore loin d'être idéale, est le résultat d'une lente évolution, faite d'une succession de progrès et de régressions.

I. Etre mère : un enjeu de taille

Il serait trop long et hors propos de discuter ici de ce que devrait être une bonne mère –si elle existe...

Sur le plan symbolique, la mère est celle qui transmet le langage. Ne dit-on pas langue maternelle et jamais langue paternelle ? Quelle lourde tâche que de transmettre à un enfant, ce qui lui permettra de communiquer, d'apprendre et donc de développer son intelligence !

Sur le plan démographique, il a toujours été du devoir des femmes d'assurer le renouvellement des populations. Être mère, c'est donner des hommes à la nation. La responsabilité est grande, surtout en temps de guerre ou de difficultés économiques.

Sur le plan psychologique, on a démontré depuis un siècle l'importance capitale des interactions précoces d'une mère et de son enfant dans le développement psycho-affectif de ce dernier.

Sur le plan pratique, la vie quotidienne de tant de femmes dans le monde nous rappelle qu'être mère peut être un travail à temps plein. L'éducation des enfants étant jusque là plutôt considérée comme une affaire de femme, l'organisation de la vie quotidienne de la famille est souvent gérée par la mère. Et ce n'est pas toujours facile, surtout pour les mères de familles nombreuses.

Les temps changent pourtant et le père prend progressivement dans la vie familiale la place qu'il aurait sans doute toujours dû avoir. Être mère non plus n'a pas toujours été ce que nous connaissons.

II. Être mère : évolution de la vision de maternité au cours des temps

Certes la femme est anatomiquement faite pour être mère. Cependant, cette fonction primitive n'est pas à nos yeux ce qu'elle a été pour nos ancêtres (*cf biblio n°19*).

A. Des temps primitifs aux débuts de l'ère judéo-chrétienne

La seule représentation de la femme que nous ont laissée les hommes primitifs est celle des statuettes préhistoriques dont la rondeur du ventre et des seins fait plus que rappeler notre fonction première: la reproduction. Ces statuettes n'ont d'ailleurs la plupart du temps ni membres, ni tête.

Leur interprétation est pourtant encore floue et aucun spécialiste ne peut encore affirmer leur réelle signification. Vision réductrice ou sacralisation ?

Dans la civilisation hellénique, l'enfantement est l'accomplissement de la vie des femmes mortelles. On entoure alors la maternité de nombreuses croyances.

La représentation occidentale de la maternité et de ses sentiments ambivalents est marquée par la mythologie grecque.

Dans la civilisation romaine, la vision de la femme est tout aussi ambivalente.

La famille est basée sur le principe du *pater familias*. Le père a le droit de vie et de mort sur ses enfants et la mère n'est qu'un instrument pour la production de futurs citoyens. La seule fonction de la femme est celle d'enfanter.

Pourtant, la fécondité est glorifiée car le repeuplement de la cité et des armées est plus qu'une nécessité, surtout dans les périodes de conquêtes.

A l'origine, la première femme de l'ère judéo-chrétienne est Eve, dont le nom signifie mère des vivants. Sa fonction était donc maternelle elle aussi.

Dans la tradition judaïque, une femme vertueuse est la mère de nombreux enfants et une bonne mère est une femme qui est prête à tout pour le bonheur de ses enfants.

B. L'influence de la chrétienté

Dans la religion chrétienne au contraire, Marie, mère de Dieu, est vierge et impubère. Une femme vertueuse est une femme chaste, qualité préférable à la fécondité.

Au Moyen-âge, avec l'avènement des valeurs chrétiennes prônant la chasteté, la maternité n'est pas valorisée et la femme est toujours considérée comme inférieure à l'homme.

Malgré des grossesses fréquentes, aucun allègement de leur tâche n'est accordé aux mères. La fatigue et la charge de travail les amène souvent à avoir recours à des nourrices.

Pourtant, chaque naissance est l'occasion d'un rassemblement de ces femmes pour lesquelles la maternité est le fondement de l'identité féminine.

A la Renaissance, dans le milieu rural, la femme reprend son rôle biologique pour fournir la main d'œuvre nécessaire à la survie de la famille. La tendresse maternelle est admise, d'autant plus que la mortalité infantile est très précoce. Cependant, les soins aux nombreux enfants sont souvent confiés aux nourrices.

Dans la bourgeoisie naît une nouvelle conception de la famille, basée sur l'amour et le respect mutuel des parents et des enfants. La mère y prend soin du bien-être des siens.

Dans les couches supérieures de la société, l'éducation des enfants est confiée à des tiers (nourrices puis institutions religieuses) dès la naissance, laissant peu de place à l'attachement.

Les philosophes des Lumières mettent sur un piédestal la mère et l'amour maternel. La femme enceinte devient alors l'objet d'une attention toute particulière. La gynécologie et l'obstétrique se développent ainsi que les soins aux enfants (notamment l'importance de l'allaitement maternel).

La Révolution française voit s'amoinrir la toute-puissance paternelle avec la responsabilité croissante des femmes dans la société. Pourtant, cette avancée de la condition féminine ne durera que jusqu'à l'arrivée de Napoléon au pouvoir.

Aux débuts de l'ère industrielle, le père sort de l'entreprise familiale pour travailler au dehors et la mère garde le foyer et prend en charge les soins et l'éducation des enfants, en dehors de l'allaitement souvent confié aux nourrices. Le nombre des avortements ne cesse d'augmenter malgré la répression.

L'autorité laisse place à la tendresse et l'influence de la mère prend de l'ampleur. C'est alors que sont mis en évidence les troubles psycho-affectifs touchant le couple mère/enfant.

C. L'ère moderne

Les femmes sortent à leur tour du foyer pour travailler et consacrent moins de temps à l'éducation et aux tâches domestiques, dérogeant à l'image traditionnelle et convenable de la mère. Emerge alors la nécessité de lieux d'accueil pour leurs enfants. C'est la naissance des écoles maternelles, lieux d'éducation des mères au départ.

La reproduction se médicalise avec les grandes découvertes scientifiques. C'est également le moment du développement de la pédiatrie et de la puériculture.

L'allaitement est recommandé. Avec l'arrivée du biberon, la nourrice devient une simple gardienne pendant que la mère peut se consacrer à son travail.

Les mères mettent un pied dans la vie publique. C'est la naissance du féminisme pour lequel la maternité est une fonction sociale et l'occasion d'émettre ses premières revendications.

Au début du XXe siècle, le travail des femmes fait diminuer le nombre des naissances. La famille devient une affaire politique. C'est la naissance du natalisme.

Plusieurs moyens de protection de la natalité sont mis en œuvre : lutte contre l'avortement, contre le travail des femmes mariées, protection de la femme enceinte et de la mère (congés maternité), allocation « mère au foyer ». Cette dernière mesure est combattue par les féministes qui préfèrent voir les femmes exprimer leurs aptitudes à l'extérieur du foyer.

Après la deuxième guerre mondiale, dans un élan de reconstruction, on voit grimper la natalité en flèche, surtout dans les couches les plus basses et les plus hautes de la société, malgré un contrôle de plus en plus répandu de la fécondité.

Pour les femmes des couches moyennes de la société en revanche, c'est le désir d'ascension sociale qui prime sur le désir d'enfants. Des aménagements sont créés pour faciliter la vie de ces mères actives : temps partiel et structures d'accueil pour les enfants.

La séparation précoce du nouveau-né et de sa mère n'est plus la règle. Cette période est l'occasion du développement des concepts d'attachement. La vulgarisation de ces idées est favorable à l'augmentation de la culpabilité et de l'anxiété des mères actives.

Au milieu du XXe siècle, quelques revendications féministes développent l'idée que la fonction maternelle dégrade l'image des femmes. Avec la contraception orale, le dispositif intra-utérin et la libéralisation de l'avortement médicalisé, la maternité devient un choix.

La baisse de natalité qui résulte de ces changements est responsable de l'apparition de nouvelles politiques natalistes (en Suède par exemple, 7 mois de congé parental, rémunérés à 90% du salaire, à chaque naissance ...).

Par ailleurs, la banalisation du préservatif et la possibilité d'avortement amoindrissent la responsabilité des hommes dans la survenue des grossesses. Le pouvoir de la femme dans le couple s'en trouve grandi. Cependant, depuis les années 1980, le rôle du père et son importance affective et psychologique sont valorisés.

D. Et aujourd'hui : des zones d'ombre persistent (cf biblio n°24)

Sur le plan biologique, la maîtrise de la fécondité échappe aux femmes : contraception non remboursée, interruption volontaire de grossesse moins facile, médicalisation à outrance de la grossesse et de l'accouchement, procréation médicalement assistée, avortements thérapeutiques, essor de l'adoption...

Sur le plan économique, l'égalité des sexes en matière de travail est encore loin.

Sur le plan politique, la maternité a retrouvé une fonction sociale car le renouvellement des générations, dans cette période de vieillissement de la population, devient un rôle démographique.

III. Le travail des femmes

La femme médecin doit souvent assumer également le rôle de mère. L'évolution des mentalités lui a permis de travailler sans avoir l'impression d'être une mauvaise mère (cf biblio n°29). Pourtant, l'accès au travail n'a pas été accepté du jour au lendemain pour les femmes et il a toujours été en contradiction avec leur fonction maternelle (cf biblio n°5).

A. Evolution au cours des temps

1. Les temps primitifs

Dans les sociétés archaïques, la femme s'occupe de tout ce qui tourne autour du foyer, au sens propre. La femme est donc déjà affectée aux tâches domestiques. Sa fonction nourricière lui donne déjà une position d'infériorité.

2. L'Antiquité

Dans la Gaule conquise par le pouvoir romain, la femme n'a aucun droit civil, judiciaire ou politique, exerçant le plus souvent des professions de domestique, de commerçante ou d'ouvrière. En revanche, certaines professions sont exclusivement féminines, comme celle de sage-femme par exemple.

3. Le Moyen-âge

De nombreux métiers sont alors réservés aux femmes, surtout dans le textile. Les écoles ne sont pas ouvertes aux filles. Leur éducation se limite à l'apprentissage domestique.

4. De la Renaissance à la Révolution

L'influence des femmes augmente dans les salons de la haute société mais régresse dans le reste de la population.

En ville, après un enseignement primaire religieux, les petites filles retournent à leur foyer où leur sont inculquées les bases de la vie domestique.

Dans les campagnes, les femmes, très mal considérées, sont maintenues dans des emplois très difficiles dans les entreprises textiles. Le métier de nourrice se développe en parallèle.

L'une des premières revendications féministes correspond à la fin du XVIII^e siècle à une critique croissante de l'éducation des filles. Les très maigres acquis de la Révolution française dans ce domaine seront malheureusement remis en question par le code civil de 1804.

5. L'ère industrielle

a. au début de l'industrialisation

Avant l'industrialisation, les femmes exercent des métiers indépendants notamment certaines professions spécifiquement féminines (dans le textile par exemple). Elles ne peuvent cependant pas accéder à la direction des corps de métier.

Avec l'industrie rurale et familiale se développe le travail à domicile. Le travail des femmes est complémentaire à celui des hommes mais leur rémunération est inférieure.

A l'arrivée des premières fabriques, celles qui travaillaient jusqu'ici à la maison sont recrutées. On note une tendance au remplacement des hommes qualifiés par des femmes non qualifiées, ce qui ne remporte pas tous les suffrages.

b. la fin du XIXe siècle

Les filles sont employées très tôt comme domestiques dans des conditions souvent difficiles. Cependant, le travail permet l'accès à un statut social.

La couture fait partie intégrante de l'éducation de toutes les jeunes filles. Elles sont donc destinées naturellement aux postes du textile. Du fait de la sous-qualification des femmes, la féminisation est synonyme de dévalorisation dans ce domaine. L'absence de reconnaissance de leur savoir-faire comme une qualification réduit à néant les perspectives de carrière des femmes. Leur travail est sujet à l'hostilité des syndicats qui rappellent la place de la femme au foyer. Ils se heurtent ainsi aux revendications féministes naissantes.

A la fin du siècle, certains opposants au travail des femmes mettent en évidence l'importance de la protection de la maternité pour faciliter l'éducation des enfants et assurer la stabilité de la famille. En France, c'est en 1913 qu'aboutit la bataille pour le congé maternité : il se résume alors à quatre semaines post-natales avec indemnités journalières.

6. Le XXe siècle

a. la grande guerre

Il s'agit d'un bouleversement majeur mais peu durable de la place des femmes dans la société. L'industrie, notamment celle de la guerre, fait appel à elles, dans des emplois peu qualifiés.

Ce recrutement est en contradiction avec la volonté de protéger les mères. La réglementation est alors suspendue. Des institutions sont créées pour permettre aux femmes de concilier travail et maternité. Par ailleurs, des mesures sont prises pour la création de postes adaptés aux femmes enceintes, de crèches, pour faciliter l'allaitement. Malheureusement, elles sont très peu suivies.

Parmi les plus aisées se développe le bénévolat d'où découlera l'implication des femmes dans les professions sanitaires et sociales après-guerre. Elles revendiquent les premières une meilleure formation professionnelle et un accès à toutes les carrières.

Au retour des hommes, les femmes sont licenciées en masse. Cependant, le manque de main-d'œuvre impose une redistribution des tâches entre les hommes et les femmes. A la suite de deuils de la guerre, le besoin de travailler entre en contradiction avec le désir de reconstruire les familles.

b. entre-deux-guerres

Les familles sont de plus en plus favorables à la scolarité et à la formation professionnelle des filles qui travaillent au moins jusqu'au mariage.

Les femmes sont de plus en plus nombreuses dans l'administration, mais aux postes les plus précaires. Elles n'y ont ni les mêmes droits, ni les mêmes salaires, ni les mêmes carrières que les hommes. L'emploi des femmes est favorisé dans toutes les professions requérant des qualités féminines : enseignement, santé, aide sociale... Les filles se font alors plus nombreuses dans les universités.

Les années 1930 et 1940 représentent une période de remise en question du travail des femmes. Des mesures incitatives sont mises en place, telle l'allocation de la mère au foyer en 1939.

c. la deuxième guerre mondiale

Sous le gouvernement de Vichy, la « vocation » reproductrice des femmes s'impose comme une idéologie et des restrictions législatives à leur travail se mettent en place. Pourtant, ces mesures vont à l'encontre des besoins de main-d'œuvre et des difficultés financières de la France en période d'occupation.

d. les trente Glorieuses

La pénurie de main-d'œuvre pendant ces années de prospérité offre aux femmes de nouvelles perspectives d'emploi, surtout dans le secteur tertiaire, essentiellement dans des secteurs déjà très féminisés (enseignement, médico-social...) mais parfois peu qualifiés.

La situation des femmes est ambivalente. Le nombre d'enfants par femme augmente. Elles accèdent de plus en plus à l'instruction. De nouveaux biens de consommation permettent d'alléger les tâches domestiques. Deux salaires sont alors nécessaires à la satisfaction des nouveaux désirs des familles. Pourtant, plus l'homme gravit les échelons de la société, plus le modèle féminin correspond à la mère au foyer...

e. la fin du XXe siècle

La discontinuité de l'activité féminine se marginalise. Les femmes travaillent le plus souvent toute leur vie et la reprise après une grossesse est plus précoce. Elles cumulent travail et famille.

Il existe un véritable clivage entre les femmes diplômées dont la situation tend à se rapprocher de celle des hommes et les femmes non diplômées qui connaissent souvent la précarité.

Il existe toujours des filières féminines, même si l'essor de la scolarisation des filles leur ouvre les portes de certaines professions supérieures. Paradoxalement, ces professions se voient désertées par les garçons qui voient en leur féminisation une évolution négative, notamment en termes de conditions de travail et de statut dans la société. Au sein d'une même profession, il existe souvent une différenciation sexuée des fonctions, les filles se tournant toujours plus vers les domaines social, de la famille ou de l'enfance.

Les emplois atypiques (intérim, contrats à durée déterminée, temps partiel...) concernent le plus souvent des femmes. La précarité touche de plus en plus de femmes, surtout parmi les jeunes mères de famille. Cette tendance est renforcée par les mesures sociales telles que le congé parental ou l'allocation parentale d'éducation (de valeur supérieure à celle d'un salaire précaire). Ces jeunes mères sont donc parfois incitées à l'inactivité.

Par ailleurs, les femmes plus qualifiées n'interrompent plus leur activité pour élever leurs enfants. Des emplois féminins peu qualifiés se développent pour les aider à tenir leur ménage. Ces emplois sont favorisés par des aides financières (allocation pour garde d'enfants à domicile, chèque emploi-service...).

Depuis toujours, le parcours des femmes au travail a donc été marqué par des contradictions. Selon les besoins de la société, en matière de main-d'œuvre ou de population, elles sont soit appelées à la rescousse soit poussées à rester à la maison. Et pour les maintenir au foyer, rien de tel que de faire vibrer leur fibre maternelle...

B. L'apparition des femmes dans la médecine

L'intégration des femmes dans le monde du travail n'a pas été facile et l'égalité avec les hommes dans ce domaine n'est toujours pas atteinte. En matière de médecine, l'accès des femmes à la profession a été encore plus lent (cf biblio n°22) mais, vers la fin du XXe siècle, on peut parler de véritable féminisation.

1. Les temps primitifs

La médecine est alors fortement intriquée avec la religion et la magie et les femmes y ont une place à part entière, en tant que prêtresse, guérisseuse ou... sorcière.

2. L'Antiquité

a. la médecine grecque

Les femmes n'ont leur place le plus souvent qu'en tant que sages-femmes. Il existe quelques femmes médecins mais elles sont la plupart du temps spécialisées dans les maladies féminines.

b. la médecine romaine

Les Romains méprisent la médecine. Elle est donc exercée par des médecins grecs, hommes et femmes, qui importent leurs différents savoir-faire. Comme en Grèce, les femmes sont surtout infirmières ou sages-femmes, malgré l'existence de médecins femmes dont aucune ne s'est illustrée comme ses confrères hommes.

3. Le Moyen-âge

a. la médecine arabe

Comme dans toutes les civilisations monothéistes, la femme est exclue du monde médical, sauf en matière d'obstétrique.

b. la médecine occidentale

A Salerne, université ouverte en 1050, les femmes sont enfin admises à l'université. Ailleurs, les connaissances féminines sont encore considérées comme de la sorcellerie. Elles sont obligées d'exercer une médecine populaire, en marge de la médecine des universités. Les épouses des barbiers exercent la petite chirurgie avec leur mari et parfois même lorsqu'elles sont veuves. Les religieuses prodiguent des soins dans les couvents. Certaines laïques soignent les guerriers sur les champs de bataille.

4. La Renaissance

L'enseignement médical se développe et devient laïc. Il est cependant interdit aux femmes. L'obstétrique devient une discipline à part entière et surtout une discipline masculine. En 1680, les sages-femmes perdent de leur monopole sur l'accouchement avec l'interdiction qui leur est faite de réaliser les accouchements difficiles seules. Elles sont mises à l'écart du renouveau de l'obstétrique, malgré l'organisation de l'enseignement délivré aux sages-femmes par Louise Bourgeois au XVII^e siècle.

5. Le siècle des Lumières

Les femmes en médecine exercent encore le plus souvent la fonction d'accoucheuses. Dans les campagnes, les matrones, peu formées, diabolisent les chirurgiens pour conserver leur monopole, sous le contrôle de l'Eglise dans le but de limiter l'avortement et l'infanticide. Dans les villes, elles sont plus formées, mais peu nombreuses, en concurrence avec les chirurgiens. Cependant, le développement de cette profession permet une diffusion des règles d'hygiène et une variolisation systématique.

6. L'ère industrielle

Dès 1802, l'exercice de la médecine est autorisé à toute personne diplômée, ce qui n'exclut pas les femmes. Cependant, les jeunes filles n'ont pour la plupart pas accès au baccalauréat qui permet l'accès aux études médicales.

C'est en 1868 que s'inscrit Madeleine Brès, la première femme à l'université de Paris. Les premières femmes médecins seront des étrangères. Leur accès à l'externat, à l'internat puis au clinicat sera la victoire de certaines courageuses qui auront dû prouver leur valeur pour faire évoluer les mentalités. La plupart des femmes médecins, qui exercent en tant que pédiatre, gynécologue, médecin scolaire, ... doivent encore s'abstenir de poser leur plaque.

7. Le XXe siècle

Pour les femmes, l'accès à la profession médicale est plus facile, même si le développement de la profession d'infirmière reste une orientation fréquente des jeunes femmes qui s'intéressent à la santé. Le nombre de postes à responsabilité tenus par des femmes augmente, surtout dans les carrières hospitalières.

Les femmes médecins ont donc dû s'imposer pour accéder à leur statut actuel sur le plan professionnel mais aussi au sein même de la famille en tant que mère. Dans quel contexte socio-démographique évoluent les femmes concernées par notre enquête?

C. La situation actuelle

Un bref rappel des chiffres de la démographie française générale et de la démographie médicale semble s'imposer à ce moment de la réflexion.

1. Démographie générale et médicale

a. dans la population générale

Quelques chiffres¹ :

En France, le taux de fécondité est de 2 enfants par femme.

76,8 % des femmes de 15 à 59 ans sont actives.

Les femmes représentent 45,6 % des actifs et 36,3 % parmi les professions libérales.

¹ Source : INSEE

b. dans la population médicale

La population médicale a augmenté de près de 89 % en 25 ans (*cf biblio n°9*). Cependant, depuis les années 1990, son accroissement ralentit. Cette tendance, associée au vieillissement de la population générale, annonce une prochaine pénurie à laquelle devront faire face les jeunes médecins et parmi eux, beaucoup de femmes.

En France, 38,8 % des médecins actifs sont des femmes. Elles représentent notamment 54 % des médecins de moins de 40 ans. 29 % d'entre eux sont des femmes généralistes.

Alors que les femmes avaient plutôt tendance à se tourner vers l'exercice spécialisé, elles s'orientent proportionnellement plus vers la médecine générale depuis une dizaine d'années. Cependant, les proportions de femmes en résidanat et en internat tendaient à s'équilibrer en 2002 (respectivement 56 et 54 %).

Le taux de féminisation des bancs de la faculté de Nancy¹ peuvent nous éclairer sur ce que sera le genre de la population médicale future. Le premier cycle compte 61,3% de filles pour l'année universitaire 2004/2005. La première année n'étant pas très représentative, nous pouvons préciser que l'année de PCEM 2 compte 58,6 % de filles. Le deuxième cycle est féminin à 59,8 %. On retrouve 54,5 % de femmes en troisième cycle de médecine générale. La tendance se confirme donc quant aux dix années à venir à Nancy.

Certes, beaucoup de jeunes médecins sont des femmes mais elles commencent souvent leur carrière dans une situation un peu précaire. En effet, 55 % des médecins de moins de 40 ans remplaçants ou sans activité temporaire sont des femmes généralistes.

¹ Source : Service de la scolarité de la faculté de Médecine de Nancy

Par ailleurs, une enquête récente du Conseil national de l'Ordre des Médecins (*cf biblio n°27*) constate que l'exercice médical féminin est différent de l'exercice masculin. Cette différence, associée à la féminisation de la médecine, pourrait faire évoluer les habitudes professionnelles. En particulier, les femmes médecins exercent plus souvent à temps partiel (25 % des femmes contre 2 % des hommes). Lorsqu'elles travaillent à temps plein, elles travaillent 10 heures de moins que les hommes. Toutes choses égales par ailleurs, si la féminisation de la médecine reste la même, le temps de travail des médecins pourrait diminuer de 2h par semaine en moyenne d'ici 2020.

Cette constatation n'est qu'un exemple pour illustrer quelles pouvaient être les conséquences de la féminisation sur l'exercice médical. Mais pourquoi les femmes médecins ne travaillent-elles pas comme leurs confrères masculins ? Nous avons voulu savoir par le biais de notre enquête si la maternité était l'une des raisons pour lesquelles la médecine risquait de changer dans les années à venir.

2. Assurance sociale et prestations familiales

a. la couverture maternité des médecins libéraux

Rappelons en bref que les lois sociales prévoient depuis 1975 pour les femmes salariées, 16 semaines de congés maternité (6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après) pour un premier enfant, durée variable selon le rang de naissance et le nombre d'enfants à naître. Rappelons également que les indemnités journalières représentent pour elles 90 % du salaire brut, imposables.

Pour les femmes exerçant en secteur libéral, il n'existait aucun système d'indemnisation avant 1982 (*cf biblio n°7*). En 1982, est définie l'allocation forfaitaire de repos maternel à laquelle s'ajoutait alors une indemnité de remplacement. En 1995, des indemnités journalières forfaitaires s'ajoutent à l'allocation en cas d'arrêt de toute activité médicale (ces indemnités sont imposables depuis 1997). En 2006, la durée légale indemnisée du congé maternité a été calquée sur celle des femmes salariées (*annexe n°1*). Ces nouvelles conditions vont certainement modifier le rapport des femmes médecins libérales à la grossesse.

Actuellement, les femmes praticiens sont affiliées au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (*cf biblio n°1*).

L'allocation forfaitaire de repos maternel, destinée à compenser partiellement la diminution d'activité pendant la grossesse, est versée sans condition de cessation d'activité. Elle est égale à 2682 € au 1^{er} janvier 2007, versés en deux fois : à la fin du 7^e mois et à l'accouchement.

L'indemnité journalière forfaitaire est versée à la condition d'une cessation totale de toute activité professionnelle pendant au moins 8 semaines consécutives (cette période était de 30 jours avant le 1^{er} juin 2006), dont au moins 2 semaines avant la date d'accouchement présumée. Elle est versée au maximum pendant 16 semaines (6 semaines avant et 10 semaines après la date présumée d'accouchement). En cas de naissance multiple, ou d'état pathologique résultant de la grossesse ou de l'accouchement, cette période peut être prolongée. Cette indemnité journalière forfaitaire est égale à 44,70€ au 1^{er} janvier 2007. Pour un arrêt de 8 semaines, les indemnités s'élèvent au total à 2503€. Ces indemnités sont versées à conditions de fournir une déclaration sur l'honneur de cessation temporaire d'activité et un certificat médical d'arrêt de travail.

Les sommes touchées pour la grossesse et l'arrêt de travail sont imposables et soumises à CSG et RDS. N'oublions pas que le versement des cotisations sociales n'est pas interrompu pendant l'arrêt de travail.

b. les aides à la garde des enfants¹

Il s'agit des mêmes pour toutes les familles quels que soient les revenus.

Pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2004, il existe une seule aide : la prestation d'accueil du jeune enfant, comprenant une prime à la naissance ou à l'adoption, une allocation de base, un complément de libre choix du mode de garde et un complément de libre choix d'activité.

Le versement de la prime de naissance ou d'adoption, d'un montant de 855.25€ est limité par un plafond de revenus majorés selon le nombre d'enfant. Il semble que le revenu moyen des généralistes soit plus élevé que ce plafond.

Le versement de l'allocation de base, d'un montant de 171.06€ par mois entre la naissance de l'enfant et son 3^e anniversaire, est soumis au même plafond de revenus.

Le complément de libre choix du mode de garde est versé pour les enfants de moins de 6 ans, gardés par une assistante maternelle agréée ou une garde d'enfant à domicile. Ce complément n'est pas soumis à un plafond de revenus mais son montant est variable selon les ressources du foyer. Il varie de 80.30 € à 374.75 € par mois selon l'âge de l'enfant et les revenus du foyer. Par ailleurs, les cotisations sociales sont prises en charge totalement pour l'emploi d'une assistante maternelle et à 50% pour l'emploi d'une garde à domicile. Il existe enfin des déductions fiscales d'une partie des frais de gardes.

Nous avons donc pu constater que les femmes ont peu à peu réussi à s'imposer au sein de la famille, du monde du travail et de la médecine en particulier. Chaque mère active doit apprendre à gérer sa profession et sa vie de mère, dans des conditions plus ou moins favorables selon son emploi. Cependant chacun des rôles de ces femmes nécessitant un investissement quasi exclusif, nous avons voulu nous rendre compte de ce qu'était la vie de mère des femmes médecins généralistes à travers une enquête.

¹ Source : www.caf.fr

DEUXIÈME PARTIE :

MATERIEL ET MÉTHODE

DEUXIÈME PARTIE : MATERIEL ET MÉTHODE

La question posée « Les femmes médecins rencontrent-elles des difficultés à vivre pleinement leur vie de mère ? » nous a amenés à réaliser une enquête auprès de femmes médecins généralistes.

I. Objectifs :

Les objectifs étaient multiples :

A. Description générale des pratiques :

L'enquête vise dans un premier temps à obtenir une photographie, à un instant donné, des habitudes professionnelles des médecins interrogés. Nous tentons, à partir de plusieurs critères, d'évaluer :

- leurs conditions de travail,
- leur charge de travail,
- leur implication personnelle.

B. Selon les pratiques :

L'enquête portant également sur une description de leur vie de mère, nous tentons de déterminer s'il existait une corrélation entre les modes de vie, les satisfactions et les regrets sur le plan familial et les pratiques professionnelles.

C. Quels sont les aménagements envisageables ?

L'analyse des réponses a pour objectif de déterminer si des aménagements sont nécessaires et quelles sont les solutions les plus propices à un meilleur équilibre entre vie de mère et vie professionnelle.

II. Méthodologie

Le questionnaire a été conçu avec une proportion la plus importante possible de questions fermées pour faciliter l'interprétation des résultats et des commentaires libres pour recueillir des idées et des pistes de réflexion. Il a été adapté aux contraintes de l'analyse statistique, certaines questions s'y prêtant mal.

Ont été incluses dans l'échantillon toutes les femmes médecins généralistes installées en secteur libéral en Lorraine. Les coordonnées de ces médecins nous ont été fournies par le Conseil de l'Ordre des Médecins.

Ont été exclus tous les hommes, les spécialistes et les médecins salariés. Pour éviter un biais trop important lié à l'âge, l'échantillon a été limité aux médecins de moins de 50 ans.

L'échantillon sélectionné pour l'enquête comptait alors 364 sujets.

Il a fallu évaluer la faisabilité de l'enquête par un entretien avec trois médecins, avant l'envoi de l'enquête en nombre.

En pratique, l'enquête a été envoyée par courrier. L'enveloppe contenait une lettre explicative, quatre feuilles de questionnaire et une enveloppe affranchie à mon adresse personnelle pour le retour.

Un mois après l'envoi, une relance téléphonique a été réalisée auprès des médecins n'ayant pas encore répondu à l'enquête.

Après un mois encore, l'enquête a été considérée comme close et les résultats saisis avec l'aide du Service d'Épidémiologie et d'Évaluation Clinique du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy.

Ses résultats ont ensuite fait l'objet d'analyses statistiques (grâce au test T de l'écart réduit de comparaison des moyennes) nous permettant aujourd'hui de tirer les conclusions de ce travail.

III. Questionnaire (annexe 2)

Il évaluait :

- La situation personnelle et familiale
- La situation professionnelle :
 - conditions de travail ;
 - charge de travail ;
 - implication personnelle.
- Le retentissement de la présence des enfants sur la vie professionnelle
- La gestion quotidienne de la vie de mère de ces femmes.

TROISIÈME PARTIE :

RÉSULTATS

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS

I. Analyse descriptive

A. Description de l'échantillon

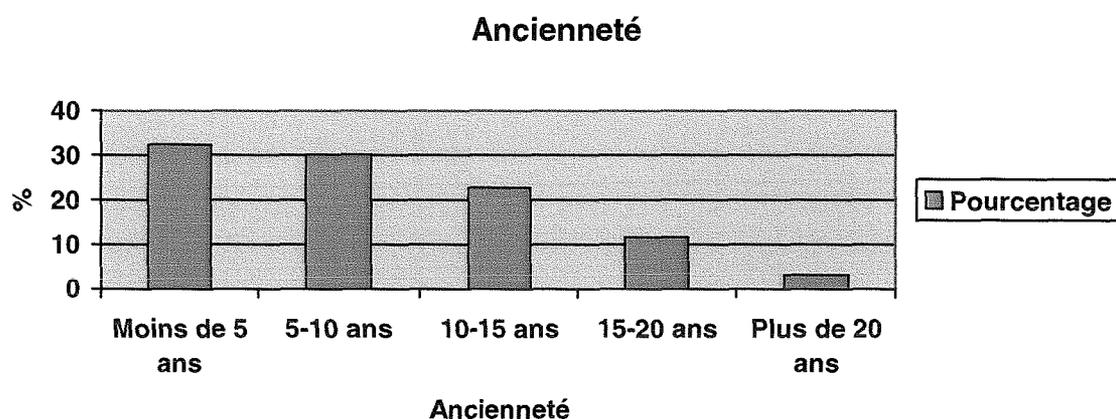
Sur 364 questionnaires envoyés, 271 ont été renvoyés avant la date prévue pour la clôture de la saisie des données, soit un taux de réponses de 74,4%. Cependant, parmi les 271 questionnaires reçus, 9 ont été sortis de l'échantillon, du fait d'un exercice particulier du médecin qu'elle nous a signalé au moment de le remplir. En effet, 4 exercent exclusivement l'angiologie, 1 la médecine nutritionnelle, 1 la médecine d'urgence, 1 l'allergologie, et 2 sont salariées (médecine du travail et médecine scolaire). On peut imaginer que d'autres destinataires du questionnaire étaient dans le même cas et n'ont pas répondu. On arrive finalement à un taux de 72% de réponses exploitables.

1. Âge

L'âge moyen des médecins interrogés est de $40,9 \pm 5$ ans, la plus jeune ayant 29 ans et la plus âgée 50 ans.

2. Ancienneté

L'ancienneté moyenne d'installation est de 8,9 ans. 32,3% ont moins de 5 ans d'ancienneté d'installation, 30,1% ont entre 5 et 10 ans d'ancienneté, 22,7% entre 10 et 15 ans, 11,6 % entre 15 et 20 ans et 3,1% plus de 20 ans.



3. Situation familiale

a. situation maritale

Les femmes interrogées vivent seules dans 18,3 % des cas. Parmi elles, 55,1% sont célibataires, 42,9 % divorcées ou séparées et 2% veuves.

Parmi les femmes vivant en couple, 84 % sont mariées, 27 % vivent en couple sans être mariées et 3,3 % sont remariées.

b. nombre d'enfants

Le nombre moyen d'enfant par femme est de 2,2 enfants.

c. profession du père des enfants

Parmi les médecins ayant renseigné cette rubrique, on retrouve :

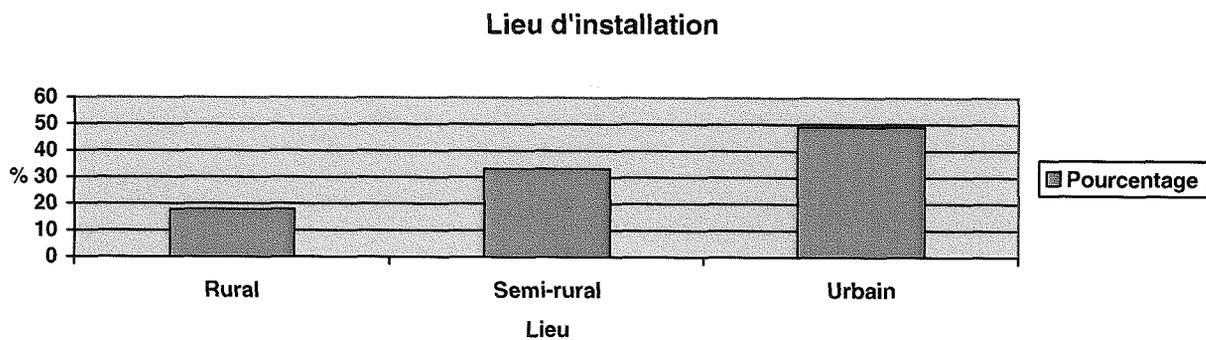
- Agriculteurs : 1 %
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise : 6,5 %
- Cadres, professions intellectuelles supérieures : 57,1 % (dont médecins 40 %)
- Professions intermédiaires : 24,1 %
- Employés : 7,9 %
- Ouvriers : 0 %
- Retraités : 0 %
- Inactifs : 3,4 %

B. Description des pratiques

1. Évaluation des conditions de travail :

a. rural/urbain

Concernant le lieu d'exercice, 17,8 % exercent en milieu rural, 33,2 % en milieu semi-rural, et 49 % en milieu urbain.



b. association/isolée

64,9 % des médecins interrogées exercent en association.

c. rendez-vous/consultations libres

37 % consultent exclusivement sur rendez-vous.

d. autre activité

18,8 % ont une autre activité que leur exercice libéral (médecine salariée, enseignement, recherche...).

2. Évaluation de la charge de travail :

a. temps de travail

Le temps moyen de travail par semaine est de $42 \pm 11,2$ heures.

b. nombre de gardes

Le nombre moyen de gardes de nuit est de 17,5 par an.

Le nombre moyen de gardes de week-end est de 4,7 par an.

c. nombre de demi-journées libres

En moyenne, week-ends compris, les médecins interrogés s'accordent 4,8 demi-journées de liberté par semaine.

d. congés

Le nombre moyen de semaines de vacances est de 5,8 par an.

3. Évaluation de l'implication personnelle

a. lieu de travail sur le lieu de domicile

14,6% ont leur cabinet dans leur habitation principale.

b. numéro de téléphone personnel communiqué aux patients

24,7% communiquent leur numéro de téléphone personnel (fixe ou mobile) à leurs patients.

c. joignable la nuit en dehors des gardes

9,7% sont joignables la nuit lorsqu'elles ne sont pas de garde.

C. Celles qui n'ont pas encore d'enfant

Parmi la population qui a répondu à l'enquête, 83,9 % des femmes ont des enfants.

1. Projets de grossesse

55 % des femmes interrogées qui n'ont pas d'enfant ne souhaitent pas en avoir dans l'avenir.

2. Difficultés liées à une grossesse ou un enfant

87,2 % d'entre elles pensent qu'il leur serait difficile d'assumer une grossesse dans les conditions actuelles de leur exercice professionnel.

84,6 % d'entre elles estiment difficile d'assumer le rôle de mère dans ces mêmes conditions.

3. Modification des conditions de travail

57,1 % des femmes qui n'ont pas d'enfant ne prévoient pas de modifier leur organisation de travail après la venue d'un enfant.

D. Description de leurs grossesses

1. Age du premier enfant

L'âge moyen lors de la naissance du premier enfant est de $28,8 \pm 4,2$ ans.

2. Durée moyenne des congés prénataux

Ces résultats ne concernent que les grossesses se déroulant après l'installation du médecin.

La durée moyenne des congés prénataux lors de la première grossesse est de 2,9 semaines.

Leur durée moyenne lors de la deuxième grossesse est de 2,9 semaines.

Leur durée moyenne lors de la troisième grossesse est de 5,5 semaines.

3. Durée moyenne des congés post-nataux

Là aussi, il s'agit uniquement des grossesses se déroulant après l'installation.

La durée moyenne des congés post-nataux lors de la première grossesse est de 5,7 semaines.

Leur durée moyenne lors de la deuxième grossesse est de 7,2 semaines.

Leur durée moyenne lors de la troisième grossesse est de 9 semaines.

4. Terme moyen

Le terme moyen des grossesses après installation est de 39 semaines d'aménorrhée.

E. Description de leur vie de mère

1. Mode de garde

Rappelons que les personnes interrogées ont pu donner plusieurs réponses à cette question, les modes de garde pouvant être multiples.

La crèche est un mode de garde utilisé par ces femmes pour la garde de leurs enfants dans seulement 3 % des cas.

L'assistante maternelle est la solution choisie dans 31 % des cas.

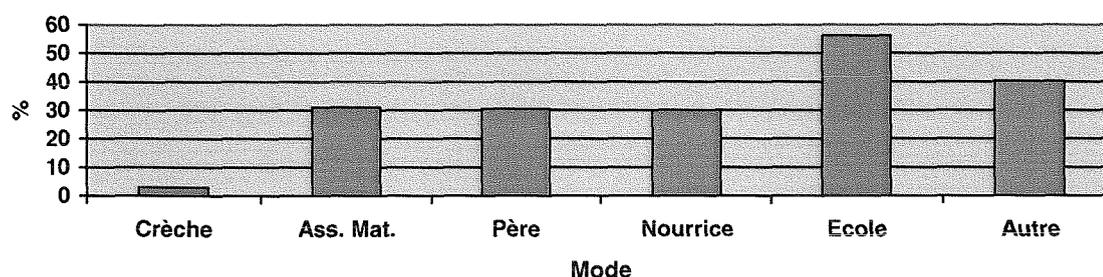
Le père des enfants est mis à contribution dans 30,5 % des cas.

30 % d'entre elles emploient une nourrice à domicile.

L'école a été considérée comme un mode de garde pour 56,2% d'entre elles.

Enfin, d'autres modes de garde sont cités dans 40,2 % des cas, le plus souvent la famille proche (grands-parents, tantes, oncles,...).

Mode de garde



2. Nombre d'heures

Le nombre d'heures passées avec leurs enfants chaque jour est en moyenne de $3 \pm 1,6$ heures.

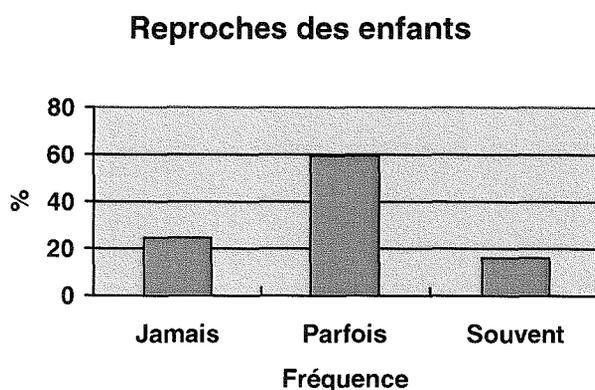
3. Activités de loisirs

84,4 % des femmes partagent des activités de loisirs avec leurs enfants.

4. Satisfaction : de la mère/des enfants

47,1 % de ces femmes ne sont pas satisfaites du temps qu'elles parviennent à accorder à leurs enfants.

Seules 24,5 % des femmes n'ont jamais eu de reproches de la part de leurs enfants concernant leurs absences répétées. Pour 59,4% d'entre elles, les enfants expriment parfois ce genre de reproches. Pour 16 %, ils sont fréquents.



5. Qui soigne ces enfants ?

Nous rappelons que plusieurs personnes peuvent prendre en charge la santé d'un même enfant.

Seuls 4,5 % de ces médecins ne se chargent pas de soigner leurs enfants.

23,5% les confient parfois ou à chaque fois à un pédiatre.

Dans 14 % des cas, un autre médecin généraliste peut être amené à les soigner.

F. Influence de leur vie de mère sur leur travail

1. au moment de l'installation :

a. avaient-elles déjà des enfants ?

Au moment de l'installation, 77,4 % des médecins interrogés avaient déjà des enfants.

b. leur installation a-t-elle été retardée par leurs enfants ?

34,1 % de ces médecins ont retardé leur installation du fait de la présence de leurs enfants.

c. quelle activité ont-elles exercé entre la fin de leurs études et leur installation libérale ?

Dans 30,7 % des cas, l'installation a été précédée d'une période d'activité salariée.

90,1% d'entre elles ont fait des remplacements avant leur installation.

5 % ont eu une autre activité.

2. Rythme de travail

a. leurs horaires sont-ils adaptés à ceux des enfants ?

59,3% des médecins de cette enquête ont adapté leurs horaires de travail à ceux de leurs enfants.

b. leurs vacances correspondent-elles aux vacances scolaires ?

60,9 % des médecins de cette enquête prennent toujours leurs vacances pendant la période des congés scolaires.

27,3 % les prennent souvent pendant ces périodes.

8,2 % ne les prennent que rarement et 3,6 % ne les prennent jamais à ces périodes.

3. Répercussions sur la vie de famille

41,4% de ces médecins ont la sensation que leur implication professionnelle nuit à la qualité de leur vie familiale.

4. Modification des conditions de travail

a. fréquence des modifications effectuées en raison des enfants

75,7 % de ces médecins ont modifié leurs conditions de travail pour mieux s'occuper de leurs enfants.

Parmi celles qui ne l'ont pas encore fait, 23,3 % envisagent de le faire prochainement.

b. fréquence des modifications effectuées après le départ des enfants

Le nombre de réponses apportées n'a pas été suffisant pour obtenir un résultat satisfaisant à ces questions.

G. Influence de leur travail sur leur vie de mère

1. Première grossesse

19,3 % d'entre elles ont retardé leur première grossesse pour privilégier leur installation et leur profession.

2. Répercussions sur la vie professionnelle

92,6 % d'entre elles déclarent parfois privilégier leur famille à leur profession.

3. Sensation de regret après le départ des enfants

Trop peu de femmes n'ayant plus d'enfants à charge ont répondu à cette enquête pour pouvoir donner une réponse satisfaisante à cette question.

II. Interprétation

Pour cette analyse, on a utilisé le test T de l'écart réduit de comparaison des moyennes pour comparer les variables quantitatives, avec un risque $\alpha=0,05$.

A. Existe-t-il une différence entre celles qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas ou plus ?

1. Conditions de travail

a. lieu d'exercice

	Rural	Semi-rural	Urbain	TOTAL
Femmes sans enfants	16,6 %	31%	52,4%	100%
Mères	18,1 %	33,5%	48,4%	100%

Il n'existe pas de différence significative dans le choix du lieu d'installation entre les femmes qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas.

b. association ou isolée

69,7 % des femmes médecins qui ont des enfants ont choisi de s'associer contre seulement 40,5 % des femmes sans enfants.

Il y a significativement plus de femmes exerçant en association chez les femmes médecins qui ont des enfants.

c. rendez-vous ou consultations libres

Parmi les femmes consultant uniquement sur rendez-vous, 33,3% sont sans enfants et 37,6% sont mères.

Il n'y a pas de différence significative de choix de mode de consultation.

2. Charge de travail

	ENFANTS		p
	NON	OUI	
Nombre d'heures travaillées	46 (10,7)	41,3(11,1)	0,016
Nombre de gardes de semaine	21,8	16,7	0,173
Nombre de gardes de week-end	5,1	4,6	0,590
Nombre de demi-journées libres	3,9 (1,3)	4,9 (3,1)	0,048
Nombres de semaines de vacances	5,2 (2,8)	5,9 (1,8)	0,037

a. nombre d'heures travaillées

Les mères travaillent significativement moins d'heures que les femmes sans enfants.

b. nombre de gardes

Il n'y a pas de différence significative de nombre de gardes de semaine ou de week-end entre les femmes médecins qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas.

c. nombre de demi-journées

Les mères s'accordent significativement plus de demi-journées de liberté par semaine que celles qui n'ont pas d'enfant.

d. nombre de semaines de vacances

Les mères prennent significativement plus de vacances que les femmes qui n'ont pas d'enfant.

3. implication personnelle

a. lieu de travail

Parmi les femmes médecins qui ont choisi de vivre sur leur lieu de travail, on retrouve 16,7% des femmes sans enfant et 14,3% des mères.

La différence n'est pas significative.

b. numéro de téléphone

26,2% des femmes sans enfants communiquent leur numéro de téléphone personnel à leurs patients contre 24,5 % des mères.

La différence n'est pas significative.

c. joignable la nuit

La nuit, 19 % des femmes médecins sont joignables contre 7,9 % des mères.

Cette différence est significative ($p < 0,03$).

B. Influence des conditions de travail sur leur vie de mère

1. Nombre d'heures passées avec les enfants

Nous avons comparé là les femmes qui déclarent passer 2 heures ou moins par jour travaillé avec leurs enfants à celles qui déclarent passer plus de 2 heures avec eux.

a. selon lieu d'exercice

	Rural	Semi-rural	Urbain	TOTAL
≤ 2 heures/j	22,2 %	39,7 %	38,1 %	100 %
> 2 heures/j	18,75 %	28,75 %	52,5 %	100 %

On constate que la proportion de femmes passant plus de 2 heures avec leurs enfants par jour augmente avec l'urbanisation du lieu d'exercice.

Cependant, après analyse, on constate qu'il n'y a pas de différence significative de temps passé avec les enfants selon le lieu d'exercice.

b. selon mode d'exercice

Parmi les femmes déclarant passer plus de 2 heures avec leurs enfants, on retrouve 64,2 % des femmes exerçant en association et seulement 42 % des femmes exerçant seules.

Les femmes exerçant en cabinet de groupe déclarent passer significativement plus de temps avec leurs enfants ($p < 0,02$).

c. selon mode de consultation

Parmi les femmes déclarant passer plus de 2 heures avec leurs enfants, on retrouve 57,7 % des médecins exerçant uniquement sur rendez-vous et 55,9 % des autres.

Cette différence n'est pas significative.

2. Activités de loisirs

a. selon le lieu d'exercice

Parmi les femmes ne partageant pas d'activité de loisirs avec leurs enfants, on retrouve 18,4 % des médecins exerçant en secteur rural, 15,5 % des médecins en secteur semi rural et 15,1 % des médecins en secteur urbain.

Il n'existe pas de différence significative entre ces différents groupes.

b. selon le mode d'exercice

Parmi les femmes ne partageant pas d'activité de loisirs avec leurs enfants, on retrouve 20,3 % des médecins exerçant seule et 13,6 % des médecins en cabinet de groupe.

Cette différence n'est pas significative.

c. selon le mode de consultation

Parmi les femmes qui ne partagent pas d'activité de loisirs avec leurs enfants, on retrouve seulement 9,8 % des médecins consultant exclusivement sur rendez-vous et 19,4 % des autres médecins.

Bien que remarquable, cette différence n'est pas statistiquement significative.

3. Satisfaction de la mère

a. selon le lieu d'exercice

Parmi les femmes satisfaites du temps passé avec leurs enfants, on retrouve 47,4 % des médecins ruraux, 50,7 % des médecins semi-ruraux et 56,8% des médecins urbains.

Il existe dans cette population une évolution qui n'est pas significative.

b. selon le mode d'exercice

Parmi les femmes satisfaites du temps passé auprès de leurs enfants, on retrouve 38,7 % des médecins exerçant seules et 58,7 % des médecins exerçant en association.

Cette différence est significative ($p < 0,01$).

c. selon le mode de consultation

Parmi les femmes satisfaites du temps passé auprès de leurs enfants, on retrouve 55,7 % des médecins consultants exclusivement sur rendez-vous et 50,8 % des autres médecins.

Cette différence n'est pas significative.

4. Reproches des enfants

a. selon le lieu d'exercice

Parmi les enfants qui formulent souvent des reproches à leur mère concernant son manque de temps auprès d'eux, on retrouve 29 % des enfants dont la mère exerce en rural, 15,7 % de ceux dont la mère exerce en milieu semi-rural et 11 % de ceux dont la mère exerce en milieu urbain.

Cette différence remarquable n'est cependant pas significative.

b. selon le mode d'exercice

Parmi les enfants qui n'ont jamais formulé de reproche à leur mère, on retrouve 27 % des enfants dont la mère exerce seule et 23 % de ceux dont la mère exerce en association.

Cette différence n'est pas significative.

c. selon le mode de consultation

Parmi les enfants qui n'ont jamais formulé de reproche à leur mère, on retrouve 27,2 % de ceux dont la mère consulte sur rendez-vous exclusivement et 22,3 % de ceux des autres.

Cette différence n'est pas significative.

C. Influence de la charge de travail sur leur vie de mère

1. Nombre d'heures passées avec leurs enfants

a. selon le nombre d'heures travaillées

Parmi les femmes passant 2 heures ou moins par jour de semaine avec leurs enfants, le temps de travail est de 47 heures par semaine en moyenne.

Parmi les femmes passant plus de 2 heures par jour avec leurs enfants, le temps de travail est de 39,2 heures par semaine en moyenne.

Cette différence est significative ($p < 0,0001$).

b. selon le nombre de gardes

Parmi les femmes passant 2 heures ou moins avec leurs enfants par jour, le nombre de gardes de nuit est de 18,9 par an et le nombre de gardes de week-end est de 4,8 par an en moyenne.

Parmi les femmes passant plus de 2 heures avec leurs enfants par jour, le nombre de gardes de nuit est de 16,2 par an et le nombre de gardes de week-end est de 4,7 par an en moyenne.

Ces différences ne sont pas significatives.

c. selon le nombre de demi-journées libres

Parmi les femmes passant 2 heures ou moins avec leurs enfants par jour, le nombre de demi-journées libres par semaine (week-end compris) est de 4,2 en moyenne.

Pour les femmes passant plus de 2 heures avec leurs enfants par jour, il est de 5 en moyenne.

Cette différence n'est pas significative.

d. selon le nombre de semaines de vacances

Parmi les femmes passant 2 heures ou moins avec leurs enfants par jour, le nombre de semaines de vacances est de 5,9 par an en moyenne.

Parmi celles passant plus de 2 heures avec leurs enfants par jour, il est de 6 semaines en moyenne.

Cette différence n'est pas significative.

2. Activités de loisirs

a. selon le nombre d'heures travaillées

Parmi les femmes ne partageant pas d'activité de loisirs avec leurs enfants, le temps de travail est de 46,8 heures par semaine en moyenne contre 40,3 heures pour celles en partageant.

Cette différence est significative ($p < 0,005$).

b. selon le nombre de gardes

Parmi les femmes ne partageant pas d'activité de loisirs avec leurs enfants, le nombre de gardes de nuit est de 16,6 par an et le nombre de gardes de week-end est de 5,8 par an en moyenne.

Parmi celles partageant des activités de loisirs avec leurs enfants, on retrouve respectivement des moyennes de 16,4 et 4,4 gardes par an.

Ces différences ne sont pas significatives.

c. selon le nombre de demi-journées libres

Parmi les femmes ne partageant pas d'activités de loisirs avec leurs enfants, le nombre de demi-journées libres par semaine (week-end compris) est de 5,4 contre 4,9 pour celles en partageant.

Cette différence n'est pas significative.

d. selon le nombre de semaines de vacances

Parmi les femmes ne partageant pas d'activités de loisirs avec leurs enfants, le nombre de semaines de vacances est de 4,7 par an en moyenne contre 6,2 pour celles en partageant.

Cette différence est significative ($p < 0,0001$).

3. Satisfaction de la mère

a. selon le nombre d'heures travaillées

Parmi les femmes satisfaites du temps passé auprès de leurs enfants, le temps de travail moyen est de 35,8 heures par semaine contre 47 heures pour celles qui ne le sont pas.

Cette différence est significative ($p < 0,0001$).

b. selon le nombre de gardes

Parmi les femmes satisfaites du temps passé auprès de leurs enfants, le nombre de gardes de nuit est de 12,3 et le nombre de gardes de week-end est de 3,9 par an en moyenne contre 21,3 et 5,5 par an respectivement pour celles qui ne le sont pas.

Cette différence est significative ($p < 0,005$ et $p < 0,05$ respectivement).

c. selon le nombre de demi-journées libres

Parmi les femmes satisfaites du temps passé auprès de leurs enfants, le nombre moyen de demi-journées libres (week-end compris) est de 5,4 par semaine contre 4,4 pour celles qui ne le sont pas.

Cette différence est significative ($p < 0,05$).

d. selon le nombre de semaines de vacances

Parmi les femmes satisfaites du temps passé auprès de leurs enfants, le nombre moyen de semaines de vacances est de 6,3 par an contre 5,6 pour celles qui ne le sont pas.

Cette différence est significative ($p < 0,005$).

4. Reproches des enfants

a. selon le nombre d'heures travaillées

Reproches des enfants	Temps de travail moyen par semaine
Souvent	47 heures
Parfois	40,5 heures
Jamais	38 heures

Cette différence est significative.

b. selon le nombre de gardes

L'influence des gardes sur la satisfaction des enfants n'a pas pu être analysée en raison d'écart-types trop importants.

c. selon le nombre de demi-journées libres

Reproches des enfants	Nombre de demi-journées par semaines
Souvent	5,4
Parfois	4,9
Jamais	5

Il n'existe pas de différence significative.

d. selon le nombre de semaines de vacances

Il n'existe pas de différence significative.

D. Influence de l'implication personnelle sur leur vie de mère

1. Nombre d'heures passées avec leurs enfants

a. selon le lieu de vie

50 % des médecins exerçant sur leur lieu de domicile déclarent passer plus de 2 heures par jour avec leurs enfants contre 57,6 % de celles exerçant dans un cabinet séparé.

Cette différence n'est pas significative.

b. selon la communication du numéro personnel

61,8 % des médecins communiquant leur numéro de téléphone personnel à leurs patients déclarent passer plus de 2 heures avec leurs enfants par jour contre 57,3 % de celles ne le communiquant pas.

Cette différence n'est pas significative.

c. selon la disponibilité la nuit

46,2 % des médecins joignables la nuit déclarent passer plus de 2 heures par jour avec leurs enfants contre 58,5 % de celles qui ne sont pas joignables.

Cette différence n'est pas significative.

2. Activités de loisirs

a. selon le lieu de vie

13,3 % des médecins ayant leur cabinet sur leur lieu de domicile déclarent ne pas partager d'activités de loisirs avec leurs enfants contre 16 % de celles qui ont un cabinet séparé.

Cette différence n'est pas significative.

b. selon la communication du numéro personnel

12 % des médecins communiquant leur numéro de téléphone personnel à leurs patients déclarent ne pas partager d'activités de loisirs avec leurs enfants contre 17,2 % de celles ne le communiquant pas.

Cette différence n'est pas significative.

c. selon la disponibilité la nuit

17,6 % des médecins restant joignables la nuit déclarent ne pas partager d'activités de loisirs avec leurs enfants contre 15,6 % de celles n'étant pas joignables.

Cette différence n'est pas significative.

3. Satisfaction de la mère

a. selon le lieu de vie

43,3 % des femmes exerçant à domicile sont satisfaites du temps passé avec leurs enfants contre 54,3 % de celles exerçant dans un cabinet séparé.

Cette différence n'est pas significative.

b. selon la communication du numéro personnel

44,7 % des femmes communiquant leur numéro de téléphone personnel à leurs patients sont satisfaites du temps passé auprès de leurs enfants contre 55,4 % de celles ne le communiquant pas.

Cette différence n'est pas significative.

c. selon la disponibilité la nuit

35,3 % des femmes restant joignables la nuit sont satisfaites du temps passé auprès de leurs enfants contre 55,8 % de celles ne l'étant pas.

Cette différence, bien que remarquable, n'est pas significative.

4. Reproches des enfants

a. selon le lieu de vie

Parmi les médecins exerçant à leur domicile, les enfants émettent souvent des reproches chez 26,5 %, parfois chez 11,9 % et jamais chez 8 %.

Cette différence, remarquable car contraire à nos attentes, est significative.

b. selon la communication du numéro personnel

21,2 % des médecins communiquant leur numéro personnel à leurs patients déclarent ne jamais entendre de reproches de la part de leurs enfants concernant leur absence de la maison contre 24,8 % de celles ne le communiquant pas.

Cette différence n'est pas significative.

c. selon la disponibilité la nuit

16,7 % des médecins restant joignables la nuit déclarent que leurs enfants ne leur font jamais de reproches contre 24,7 % de celles ne l'étant pas.

Cette différence n'est pas significative.

E. En synthèse :

1. Entre celles qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas

En matière de conditions de travail, il existe une différence, les mères exerçant plus en association.

En matière de charge de travail, il existe une différence, les mères travaillant moins d'heures par semaine et s'accordant plus de demi-journées de liberté. A noter qu'il n'existe pas de différence dans le nombre de gardes effectuées.

En matière d'implication personnelle, la seule différence réside dans le fait que les mères sont moins disponibles la nuit.

2. Conditions de travail

Le nombre d'heures passées auprès des enfants chaque jour est significativement plus important chez les femmes exerçant en association. Dans cette population, il augmente avec l'urbanisation sans que cette évolution soit significative. Il ne change pas lorsque les médecins exercent exclusivement sur rendez-vous.

En ce qui concerne les activités de loisirs partagées avec les enfants, elles ne sont pas influencées par les conditions d'exercice.

Les mères les plus satisfaites exercent en association. Dans cette population, elles exercent aussi en secteur urbain, sans que cette tendance soit significative. Les consultations sur rendez-vous ne semblent pas modifier leur indice de satisfaction.

Les différentes conditions de travail n'influent pas sur les reproches faits par les enfants à leur mère.

3. Charge de travail

Le nombre d'heures passées avec les enfants est plus élevé lorsque le temps de travail diminue. Cependant, il ne varie pas significativement avec le nombre de gardes, avec le nombre de demi-journées libres et le nombre de semaines de vacances.

Les mères partagent plus d'activités de loisirs avec leurs enfants lorsque leur temps de travail diminue et lorsque le nombre de semaines de vacances augmente. Le nombre de gardes et de demi-journées libres n'a pas d'influence sur ce facteur.

La satisfaction des mères est par contre significativement liée à la diminution du temps de travail, à l'augmentation du temps libre dans la semaine, à la diminution du nombre de gardes, et à l'augmentation du nombre de semaines de vacances.

La fréquence des reproches des enfants à leur mère augmente significativement avec la durée du temps de travail mais n'est pas liée à l'augmentation de la charge de travail (fréquence des gardes et durée des congés de la mère) par ailleurs.

4. Implication personnelle

Le nombre d'heures passées avec les enfants n'est pas lié significativement à l'implication personnelle des médecins dans leur profession.

Les activités de loisirs partagées avec les enfants n'y sont pas liées non plus.

La satisfaction des mères concernant le temps passé auprès de leurs enfants semble plus important chez les médecins de notre population ne restant pas disponibles la nuit pour leur patient. Cependant, cette relation n'est pas significative, de même qu'il n'existe pas de lien avec les autres facteurs de l'implication personnelle.

Paradoxalement, les reproches des enfants sont significativement plus fréquents chez les médecins ayant installé leur cabinet à leur domicile. Il n'existe par ailleurs pas de lien significatif entre les reproches des enfants et l'implication personnelle.

QUATRIÈME PARTIE

DISCUSSION

QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION

Il existe dans la littérature plusieurs travaux concernant la vie de famille des femmes médecins. Nous pouvons utiliser ces enquêtes (concernant parfois des médecins généralistes et parfois toute la population médicale féminine).

I. Accueil de l'enquête

Nous atteignons dans cette enquête un taux de réponses de 72 %, ce qui est plus élevé que les enquêtes réalisées en Ile-et-Vilaine par Mme CORNEC (*cf biblio n°12*) en 2003 et en Rhône-Alpes par Mmes LEFEBVRE et CHAVANNE en 1998, soit respectivement 52,4 % (*cf biblio n°20*) et 53,8 % (*cf biblio n°8*).

Par ailleurs, nous recueillons en commentaires libres de nombreux encouragements et témoignages d'intérêts pour ce travail.

Ces réactions nous font penser *a posteriori* qu'une enquête basée sur des entretiens individuels ou de groupe aurait été très intéressants dans ce contexte.

II. Représentativité de l'échantillon

A. En terme de population

L'âge moyen des femmes médecins en activité en France est de 45,7 ans (*cf biblio n°9*) (toutes spécialités et modes d'exercice confondus). Notre population est plus jeune par définition (nous avons exclu les médecins de plus de 50 ans) avec un âge moyen de 40,9 ans. Les populations concernées par les autres études avaient des âges proches (42,5, 43,6 et 37,6 ans).

Dans la population générale, on retrouve un taux de femmes mariées de 47%, cette statistique concernant toutes les femmes de plus de 15 ans. Les femmes seules représentent 53,1 % des femmes¹. Notre population comprenant uniquement de femmes de 29 à 50 ans, il est logique que la proportion de femmes en couple soit de 81,7 % et notamment 71 % de femmes mariées. La proportion de femmes seules dans notre enquête est de 17 % et notamment 10 % de célibataires.

Dans l'enquête menée en Rhône-Alpes en 1998 par Mme LEFEBVRE, les chiffres sont similaires avec 83 % de femmes en couple, 17 % de femmes seules et notamment 10 % de célibataires.

Notre population n'est donc pas voisine de la population générale, bien sûr, mais de la population étudiée par les autres enquêtes réalisées.

Le nombre d'enfants par femme en âge de procréer (taux de fécondité) est en France de 2,0. Dans notre enquête comme dans les autres, ce taux est proche (2,2 et respectivement 2,2 et 2,1 pour les enquêtes de Mmes CORNEC et CHAVANNE). En effet, l'âge de la population active correspond plus à l'âge de la maternité que la population concernée par le calcul du taux de fécondité de la population générale (pour laquelle on retient toutes les femmes en âge de procréer).

Dans la population générale française, l'âge des femmes lors de la naissance de leur premier enfant est de 28,7 ans. Dans notre population, elle est de 28,8 ans en moyenne, contre 28,9 (Mme CHAVANNE) et 29 ans (Mme LEFEBVRE) dans les populations des autres enquêtes. Ces populations sont donc comparables sur ce point.

¹ Source : INSEE

B. En terme de pratiques

1. Conditions de travail

Dans notre population, les médecins exercent en secteur rural à 17,8 % et urbain à 49 %. Ces proportions sont similaires à celles retrouvées par Mme CORNEC en Ille-et-Vilaine (15,5 et 43 %) et par Mme LEFEBVRE en Rhône-Alpes (17 et 54 %). La population étudiée par Mme CHAVANNE étant constituée de toutes les femmes médecins (généralistes et spécialistes) est donc plus urbaine.

Le taux de médecins en association est de 64,9% dans notre population, de 64, 63 et 60% dans celles des autres enquêtes.

Notre population est donc comparable de celles des autres enquêtes en terme de conditions de travail.

2. Charge de travail

Le temps de travail moyen des femmes médecins généralistes en France est de 46,9 heures par semaine. Dans notre population, il est de 42 heures en moyenne. Dans les autres enquêtes, il est de 44,1 heures (Mme CORNEC) et 40,6 heures (Mme LEFEBVRE).

Notre population est donc comparable à celles des autres enquêtes en termes de temps de travail.

3. Implication personnelle

Dans notre population 24,7 % des médecins communiquent leur numéro de téléphone à leurs patients contre 29 % dans la population étudiée par Mme CORNEC.

Si on se limite à cet aspect de l'implication, notre population n'est pas très éloignée de celle de l'autre étude.

C. En terme de vie parentale

Le mode de garde le plus fréquemment utilisé par les femmes de notre enquête est la garde à domicile à 60,5 %. Mme CHAVANNE en 1998 s'intéressait également à ce paramètre et retrouvait une proportion de 52 %, ce qui est un peu moins que nous. Dans la population générale, la garde individuelle extérieure est le premier mode de garde choisi par les familles, tous revenus confondus. Par contre, la garde rémunérée à domicile est effectivement le premier mode de garde choisi par les familles les plus aisées (*cf biblio n°14*).

Le nombre d'heures passées auprès des enfants par jour de travail est de 3 en moyenne dans notre enquête. Dans celle de Mme CORNEC, elle est de 18 par semaine, ce qui pourrait être comparable si ce chiffre ne comprend pas les heures passées pendant le week-end.

Nous avons donc pu constater que notre population était comparable, en termes démographiques, à celle de quelques autres études qui traitaient de sujets concernant la vie familiale des femmes médecins.

III. Grossesses chez les femmes médecins

A. La première grossesse:

Dans la population générale française, l'âge moyen des femmes lors de la naissance du premier enfant est de 28,7 ans. Dans notre enquête, il est de 28,8 ans. De façon comparable, dans les populations des enquêtes de Mmes CHAVANNE et LEFEBVRE en Rhône-Alpes, on retrouve un âge respectivement de 28,9 et 29 ans.

Contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, les femmes médecins ne semblent pas avoir de grossesses plus tardives que le reste de la population. L'âge de 29 ans est en moyenne l'âge auquel les médecins généralistes terminent leurs études. Même si on peut constater quelques grossesses chez les étudiantes en médecine, la plupart attendent d'avoir terminé leurs études. Cependant, l'âge de la première grossesse n'est pas retardée par rapport au reste de la population.

B. Déroulement des grossesses:

Nous retrouvons un terme moyen à 39 semaines d'aménorrhée (pour les grossesses après installation), ce qui correspond à un terme normal. Le taux de prématurité était assez faible dans notre échantillon. Dans l'étude de Mme CHAVANNE, il n'y a pas d'augmentation significative du taux de prématurité après l'installation (12,6% de naissances avant 36 SA vs 15,4%). Par contre, son étude a constaté significativement plus de naissances prématurées après installation chez les femmes généralistes que chez les femmes spécialistes (20,4% vs 15,4%).

Cette tendance peut sans doute s'expliquer par la difficulté des généralistes à planifier leur emploi du temps et à limiter les déplacements, en visites en particulier.

Certains médecins de notre étude nous décrivent des situations qui ne sont pas rares. Ce médecin, par exemple, après un décollement placentaire, une menace d'avortement, une menace d'accouchement prématuré décrit la fin de sa grossesse : « J'ai consulté jusqu'à terme, avec des contractions dans l'après-midi et l'enfant est né le soir même. » En particulier lorsque l'installation est récente, il semble primordial de pouvoir prouver à sa patientèle qu'on est disponible et la limitation de l'activité en cours de grossesse n'est pas toujours aisée. L'une d'entre elles précise : « Il ne faut pas compter sur les patients pour nous éviter des visites parce qu'on est enceinte. »

C. Congés maternité

La sécurité sociale prévoit maintenant pour les femmes médecins libérales comme pour les femmes salariées 16 semaines (6 en prénatal et 10 en post-natal) de congés maternité pour les deux premiers enfants et 26 semaines (respectivement 8 et 18) au-delà. Les femmes interrogées pendant notre étude ne bénéficiaient cependant pas encore de ces conditions.

Dans notre étude, la durée moyenne du congé prénatal est de 2,9 semaines pour les deux premières grossesses et 5,5 semaines pour la troisième. L'étude de Mme CHAVANNE retrouve des chiffres similaires avec une durée moyenne de 2,6 semaines.

La durée moyenne du congé post-natal est de respectivement de 5,7, 7,2 et 9 semaines pour les première, deuxième et troisième grossesses. L'enquête de Mme CHAVANNE retrouvait pour la première grossesse une durée de 6 semaines, ce qui est tout à fait comparable.

Par ailleurs, un arrêt de travail en cours de grossesse est assez difficile pour une femme médecin libéral.

Nous avons vu précédemment quelles étaient les conditions des congés maternité des femmes médecins en cabinet libéral. Il semble manifestement qu'elles ne bénéficient pas des mêmes chances que leurs consœurs salariées de mener une grossesse et une maternité épanouie et sereine. Les nouvelles dispositions prises en 2006 vont sans doute changer les données.

Même si notre enquête n'approfondissait pas ce sujet, beaucoup de médecins interrogés ont souhaité l'aborder, comme ce médecin qui attend des jumeaux : « Pour cette grossesse, j'ai prévu de m'arrêter trois mois maximum. En salariat, j'aurais été arrêtée neuf mois ! ». Ce manque de considération est parfois vécu comme une injustice : « À croire que le statut de maman ne s'applique pas aux femmes médecins ! » s'exclame une autre.

Plusieurs facteurs limitent la durée du congé maternité. Il s'agit en premier lieu (plusieurs d'entre elles le signalent) de l'insuffisance des indemnités journalières qui leur

sont accordées. La plupart du temps, elles ne couvrent pas la totalité des charges du cabinet et du coût du remplacement et exposent le médecin à des difficultés financières. D'après une enquête menée par le Quotidien du médecin en 2005 (*cf biblio n°21*), 91% des femmes généralistes estiment que la couverture maternité des femmes médecins est insuffisante et notamment 23% d'entre elles la jugent totalement dissuasive.

En second lieu, il semble difficile de se faire remplacer pendant le congé maternité, en raison d'une carence évidente en remplaçants, surtout en milieu rural. Un médecin souligne la difficulté d'organiser un remplacement : « On voudrait pouvoir planifier le remplacement pour son départ mais la grossesse est parfois imprévisible. En même temps, on voudrait partir au dernier moment et revenir le moins tard possible pour ne pas laisser les patients au remplaçant. »

Enfin, certaines craignent également la réaction des patients. L'une d'elles, amère, remarque : « Avant votre congé, les patients disent qu'ils comprennent, qu'ils sont contents pour vous. À votre retour, ils vous le font payer quand même. » La peur de perdre sa patientèle est toujours présente pendant une longue absence telle qu'un congé maternité.

D. Comment envisager une grossesse dans les conditions actuelles?

55% des femmes médecins interrogées qui n'ont pas d'enfants ne souhaitent pas en avoir dans l'avenir. Choix de vie personnel, contrainte liée à l'activité professionnelle ? Toujours est-il que 87,2% d'entre elles estiment qu'il leur serait difficile d'assumer une grossesse dans les conditions actuelles de leur exercice.

Cette tendance explique sans doute la prédominance des femmes dans la population de médecins remplaçants. 34,1% des médecins que nous avons interrogés ont retardé leur installation pour leurs enfants. 90,1% d'entre elles ont fait des remplacements avant leur installation. Cette période de la vie professionnelle permettrait une meilleure adaptation de l'emploi du temps, notamment en cas de grossesse. Cependant, même si les besoins en remplaçants ne cessent d'augmenter, cette situation ne précarise-t-elle pas les jeunes femmes médecins face à leurs confrères masculins ?

La solution serait-elle alors de profiter des études médicales pour mener ses grossesses ? Le statut de l'interne en médecine générale étant celui d'un salarié, les avantages sociaux sont bien différents. Cependant, d'autres facteurs entrent en compte et la grossesse des étudiantes en médecine ne semble pas encore admise par tous. Ce n'était pas le propos de cette étude. Cependant, l'enquête récente (*cf biblio n°17*) réalisée par Mme HOSDEZ à la faculté de médecine de Nancy nous permet de nous rendre compte de ces difficultés (conditions de travail, réaction des collègues et de l'administration, impact sur la formation, menaces d'accouchement prématuré, prématurité...). Quelques médecins de notre enquête en ont un éprouvant souvenir et soulignent tout de même la difficulté d'assumer une grossesse et une maternité pendant la période universitaire. D'autres nous encouragent au contraire à ne pas attendre d'être installée.

La faculté de médecine de Washington (USA) met à la disposition des jeunes mères des pièces insonorisées en fond d'amphithéâtre pour qu'elles puissent suivre les cours tout en s'occupant de leur enfant en bas âge (*cf biblio n°26*). Sans aller jusque là, des aménagements pourraient être envisagés pour améliorer les conditions de la maternité chez les étudiantes en médecine, comme c'est le cas dans d'autres pays.

Il semble donc que le statut social défavorable des femmes médecins enceintes les expose à des problèmes d'organisation et des difficultés financières qui dissuadent certainement certaines d'entre elles d'entamer une grossesse. Par ailleurs, les conditions de travail de ces femmes ne sont pas les plus favorables au bon déroulement d'une grossesse.

IV. Les pratiques

A. L'installation

77% des femmes interrogées avaient déjà des enfants au moment de leur installation. Cependant, seules 34% d'entre elles déclarent qu'elles ont retardé leur installation pour se consacrer à leurs enfants. D'autres n'ont pas retardé leur installation. Enfin, certaines auront probablement retardé leur installation pour d'autres raisons.

On constate que 90% des médecins interrogés ont fait des remplacements avant de s'installer. Les femmes médecins en début de carrière peuvent préférer ce mode d'exercice pour prendre soin de leurs enfants en bas âge. Elles sont alors plus disponibles, peuvent gérer leur emploi du temps. Lorsque les enfants rentrent à l'école, il est parfois moins approprié car les remplacements sont systématiques en période de vacances scolaires. Certains des médecins interrogés nous ont confié qu'elles ont vite abandonné ce mode d'exercice lors de la scolarisation de leurs enfants.

30% des médecins interrogés ont exercé la médecine salariée avant de s'installer. Là aussi, c'est un mode d'exercice qui, en début de carrière, est plus favorable à une jeune femme qui souhaite fonder une famille (congés maternité, congés payés...).

D'après l'enquête menée par Mme WOERTHER à la faculté de médecine de Nancy en 2005 (*cf biblio n°31*), 58,5% des étudiantes en troisième cycle de médecine générale seraient intéressées par un poste d'assistant collaborateur salarié en médecine ambulatoire contre 47,2% de leurs confrères masculins. Par ailleurs, 1/3 des étudiants (tous sexes confondus) sont attirés par l'exercice en maison médicale pluridisciplinaire. Ces deux choix peuvent être privilégiés par les jeunes femmes pour mener une vie de mère plus épanouie et pourraient favoriser une installation plus précoce. Il serait intéressant de rencontrer à nouveau ces étudiants dans quelques années afin de voir si leurs carrières ont été conformes à leurs choix initiaux et si non, pour quelles raisons.

Le retard à l'installation est-il synonyme de précarisation des jeunes femmes médecins ? Peut-on considérer que l'activité de remplaçant est plus précaire que celle de médecin installé ? En terme de revenus, il semble que l'absence de charges favorise le médecin remplaçant ayant une activité soutenue face au jeune médecin, surtout pendant les premières années d'installation. La stabilité de l'emploi n'est cependant pas la même et cette activité soutenue n'est peut-être pas celle choisie par les jeunes mères. 67% des médecins remplaçants ou sans activité temporaire de moins de 40 ans sont des femmes, 55% des femmes généralistes. Cette possibilité de mettre au ralenti sa vie professionnelle est compatible avec le désir de fonder une famille des jeunes femmes médecins. On peut simplement craindre que ce phénomène important de féminisation de la profession s'accompagne d'une précarité féminine plus importante en début de carrière.

B. La profession

1. Les conditions de travail

a. le lieu d'installation

Nous avons vu qu'il n'existe pas de différence significative de choix du lieu d'installation selon la présence d'enfants ou pas, avec notamment une moitié de médecins installés en ville. Beaucoup d'entre elles avouent que leur vie de mère serait plus compliquée, voire impossible en milieu rural.

On peut imaginer que chacun choisit son lieu de vie en fonction des ses aspirations. En secteur rural, on recherche une certaine qualité de vie pour les enfants, l'espace, loin du stress permanent de la ville. Pour le médecin de campagne, connu de tous dans son village, ce n'est pas le même contact avec les patients. Cette proximité, loin de l'anonymat de l'exercice urbain, peut être recherchée par le médecin qui s'installe. Cependant, il faut que la profession du conjoint permette une installation parfois un peu excentrée.

Par ailleurs, même si la scolarisation primaire ne pose pas trop de problème en campagne (et encore...), les collèges et les lycées sont souvent plus éloignés. Les enfants grandissant, les trajets générés par les activités scolaires et extrascolaires peuvent devenir envahissants dans l'emploi du temps d'un médecin rural. L'exercice en ville est souvent plus apprécié pour cette proximité avec les infrastructures culturelles, de sport et de loisirs, aussi bien pour les enfants que pour les parents. De plus, le système de régulations des gardes basé sur le volontariat mis en place dans les villes permet souvent aux médecins de limiter le nombre de gardes de nuit.

Pour une femme avec des enfants, l'exercice en ville semble plus attrayant en ce qui concerne la qualité de vie en général (personnelle et professionnelle). D'après l'enquête de Mme WOERTER auprès des étudiants de troisième cycle de médecine générale de Nancy en 2005, le problème du choix d'exercice ne se pose pas simplement pour les femmes. La médecine rurale n'attire pas (environ 7% des étudiants). Cependant, c'est la médecine semi-rurale qui suscite plus d'intérêt, avec 63% des femmes et 50% des hommes. La ville, saturée, ne serait plus aussi attractive et la création d'un cabinet en secteur semi-rural, sans doute plus vite rentable, permettrait de rester à proximité d'une ville tout en gardant les avantages de la campagne.

Pour les étudiantes de cette même enquête, l'aide financière à la création de maisons médicales (pour 70% d'entre elles) et l'organisation d'une permanence des soins avec régulation des gardes (64,2%) favoriserait l'installation en milieu rural. Ces deux propositions, les plus fréquemment citées par les jeunes femmes, démontrent leur crainte de ne pouvoir assurer la continuité des soins en secteur rural tout en vivant une vie familiale épanouie.

La possibilité d'un exercice en multi sites et la création de maisons de santé pourraient permettre aux jeunes femmes médecins (et aux autres) de garder un pied en ville tout en participant au maintien de la permanence des soins en campagne.

b. le choix de l'association

L'association semble être la solution idéale des médecins interrogés dans notre enquête. Alors que 65% d'entre elles exercent en association, elles sont nombreuses à déclarer que c'est ce mode d'exercice qui rend possible ou du moins plus facile la gestion de leur vie de mère. On constate d'ailleurs qu'il y a significativement plus de femmes exerçant en association parmi celles ayant des enfants.

Cependant, elles sont nombreuses à souligner l'importance de l'entente avec l'associé. L'essentiel est d'avoir exposé dès le début de l'association ses objectifs, c'est-à-dire la conciliation entre vies personnelle et professionnelle, qu'il ou elle ait les mêmes ou pas. Cette association idéale permet pour certaines le travail à temps partiel ou l'aménagement de journées ou de demi-journées de congé fixes dans la semaine. Pour d'autres, elle autorise parfois quelques absences prévues ou imprévues, en adressant ses patients à l'associé. Tous ces avantages sont favorables aux mères et à leurs obligations familiales.

Pourtant, trouver l'associé idéal ou être l'associé idéal n'est pas toujours facile au moment de l'installation. Imposer de nouvelles conditions de fonctionnement d'un cabinet n'est pas toujours possible lorsqu'on reprend une patientèle ou lorsqu'on rejoint un cabinet déjà bien installé. Si la solution choisie est de créer un cabinet, le problème est de trouver un autre médecin qui accepte les conditions de l'association, surtout en milieu rural.

c. le mode de consultation

Plus d'un tiers des médecins interrogées consulte exclusivement sur rendez-vous et il n'existe pas de différence significative entre les mères et les femmes sans enfants. Ceci est donc plus une tendance générale qu'une particularité des mères. Ce mode de consultation semble répondre à une exigence accrue des patients de ne pas attendre, d'être pris à l'heure dite. Il apporte également au médecin une certaine qualité de vie et d'exercice. Il permet de mieux gérer l'emploi du temps et d'être plus sûr de pouvoir accorder à chaque patient le temps de consultation qu'il mérite. C'est une solution qui permet aussi de gérer le stress de la salle d'attente pleine.

Même si ce mode de consultation reste encore minoritaire, nombreux sont les médecins interrogés qui pensent qu'il est une solution pour pouvoir accorder un peu plus de temps à ses enfants. Certaines, sans consulter exclusivement sur rendez-vous, ont aménagé des plages plus longues, l'après-midi par exemple, pour pouvoir aller chercher les enfants à l'école ou les accompagner à une activité extrascolaire avant de reprendre les consultations. Bien sûr, l'activité n'est jamais prévisible et une solution de secours doit toujours être prévue en cas d'urgence ou de consultation qui se prolonge. Toujours est-il que cette solution est souvent envisagée par les jeunes femmes après l'arrivée d'un enfant.

2. La charge de travail

Dans notre enquête, nous avons constaté que les femmes médecins ayant des enfants travaillent significativement moins que celles qui n'en ont pas, en termes d'heures de travail, de congés et de vacances.

Limiter la durée de la journée de travail est l'une des solutions proposées par les médecins interrogées. Certaines (14% environ) préfèrent arrêter plus tôt les consultations le soir pour rentrer aider aux devoirs ou dîner avec les enfants. D'autres débutent plus tard le matin (10% environ) pour les accompagner à l'école. D'autres encore (8% environ) essaient globalement d'adapter leurs horaires aux horaires scolaires. Ces adaptations réduisent le temps de travail hebdomadaire. Pourtant certaines s'interrogent sur la continuité des soins. Lorsqu'elles ferment leur cabinet à 18h, qui assure la continuité jusqu'au début de la garde ?

Souvent, les médecins choisissent de libérer une demi-journée ou une journée dans la semaine pour prendre du temps avec leurs enfants. Souvent, il s'agit du mercredi (26%) ou simplement le mercredi après-midi (14%). Il semble donc difficile de trouver un médecin le mercredi après-midi puisque 40% d'entre celles que nous avons interrogé ne travaillent pas. Le travail à temps partiel est la solution pour 17% d'entre elles. Parfois, ces aménagements sont effectués en accord avec l'associé ou un confrère du quartier à qui sont adressés les patients.

Par ailleurs, les vacances sont plus fréquentes ou plus longues pour les médecins qui ont des enfants. Nous avons vu que 61% des médecins de notre enquête qui ont des enfants prennent toujours leurs vacances en période scolaire. *A priori*, le problème de la continuité des soins ne se pose pas à ce moment-là, à condition de trouver un remplaçant, ce qui semble difficile pendant les périodes scolaires. Il reste toujours la possibilité de s'arranger avec un confrère à qui adresser ses patients.

La diminution du temps global de travail pose un autre problème que certaines ont soulevé. Il s'agit des difficultés financières liées à la diminution de l'activité. L'une d'entre elles répond à la question de la compatibilité entre la vie de mère et la vie professionnelle par un « Oui, à condition de ne pas avoir besoin d'argent. » Lorsqu'un médecin choisit le travail à temps partiel, il diminue ses revenus mais ne diminue pas d'autant les charges liées à son exercice.

Enfin, on constate que les médecins qui ont des enfants ne font pas significativement moins de gardes de nuit et de week-end que celles qui n'en ont pas. Dans l'enquête menée par le Quotidien du Médecin en 2005 (*cf biblio n°27*), on constate que les gardes de nuit représentent un problème pour 60% des femmes généralistes et les gardes de week-end pour 42% d'entre elles. Cette tendance n'est pas spécifique aux mères. Dans l'enquête menée auprès des étudiants de Nancy (*cf biblio n°31*), la participation aux gardes représente un inconvénient de la médecine générale pour 25,7% des hommes et seulement 21% des femmes.

Les gardes, qui sont considérées par toutes comme une nécessité en matière de continuité des soins, ne sont jamais bien vécues, surtout par les mères. Lorsque la soirée ou le week-end sont les seuls moments passés en famille, le fait de devoir être disponible au moindre appel est perçu comme une contrainte. Souvent, le conjoint est présent pour prendre en charge les enfants en cas de départ de la mère. Lorsqu'il n'est pas là, ou qu'il n'y a pas de conjoint, se pose le problème de la garde des enfants. « L'ordre des médecins ne voit aucun inconvénient à ce que mes enfants soient seuls la nuit ou en soirée en cas d'appel. Pour quelqu'un d'une autre profession, on préviendrait les services sociaux. » se plaint ce médecin, seule avec deux enfants. La régulation des gardes est accueillie par toutes comme la solution miracle. Elle n'est cependant pas appliquée partout, et reste basée sur le volontariat. Il faut donc quand même des médecins pour assurer les gardes.

3. L'implication personnelle

Nous avons vu que l'implication personnelle des médecins qui ont des enfants n'est pas significativement différente de celle des médecins qui n'en ont pas, sauf en matière de disponibilité nocturne.

La solution du cabinet sur le lieu de travail n'est pas privilégiée par les femmes médecins, qu'elles aient des enfants ou non. Pour celles qui en ont et qui ont choisi cette solution, elle est plutôt vécue comme un avantage permettant d'être à la fois plus disponible pour ses enfants et pour ses patients. Le fait de pouvoir s'absenter quelques minutes du cabinet pour embrasser ses enfants à la sortie de l'école ou déjeuner avec eux à midi sans perdre de temps dans les transports est favorable à une meilleure gestion de l'emploi du temps. Il permet également au contraire de pouvoir s'éclipser de la maison en cas d'urgence et d'être sur place pour les formalités administratives qui prennent de plus en plus de temps.

Par ailleurs, nous avons vu que ¼ des médecins interrogés fournissent leur numéro de téléphone personnel à leurs patients. Cette question a souvent été annotée dans les questionnaires : « c'est un numéro de portable » ou « surtout pour les patients lourds »... Elles semblent garder la possibilité de ne pas répondre en dehors des heures d'ouverture du cabinet. L'essentiel pour beaucoup d'entre elles, c'est d' « éduquer » les patients. C'est une notion essentielle semble-t-il pour la gestion de son temps. « Mes enfants et mon mari passent d'abord, sans négliger cependant les intérêts de mes patients que je respecte et que j'éduque à me respecter en ne m'appelant pas n'importe quand et pour n'importe quoi et en respectant mes horaires de consultations. » explique l'une d'entre elles.

Pour un jeune médecin qui s'installe, cette « éducation » n'est sans doute pas toujours facile. Il faut se faire une patientèle, se montrer disponible. Parfois, on reprend la patientèle d'un médecin qui n'avait pas les mêmes habitudes de travail. Cette situation va d'ailleurs se généraliser. Dans un sens, la tendance actuelle des médecins à ne plus vouloir être disponible jour et nuit va à l'encontre de l'exigence grandissante des patients. Tout est question d'habitudes. L'arrivée des jeunes médecins et des femmes en particulier fera peut-être changer les mentalités...

Quant à la disponibilité de nuit (en dehors des nuits de garde), le fait qu'elle soit significativement moindre chez les mères s'explique facilement, surtout en zone urbaine où la permanence des soins est bien organisée. Le téléphone qui sonne en pleine nuit est une source de désagréments pour toute la famille du médecin. En cas d'urgence, garde ou pas, il semble impossible de ne pas répondre à l'appel reçu et le départ est inévitable. Beaucoup choisissent donc de ne pas être joignable la nuit. La qualité des soins en est-elle altérée ? Dans certaines régions rurales, peut-être. En ville, le système de régulation des gardes qui se développe est plus favorable et il semble plus facile de trouver un médecin la nuit.

En définitive, nous avons vu que la vie professionnelle des femmes médecins est fortement influencée par la présence d'enfants ou pas. Il s'agit essentiellement d'une organisation du temps de travail qui s'articule pour beaucoup d'entre elles autour du rythme de la vie familiale. Ces médecins sont parfois tiraillés entre la nécessité de permanence des soins, les exigences des patients et les besoins de la vie familiale.

V. Leur vie de mère

A. Influence des conditions de travail

1. Selon le lieu d'installation

Nous aurions pu penser que l'exercice de ville, apparemment privilégié par les jeunes femmes médecins permettait de gagner du temps auprès des enfants. On constate dans notre population que c'est une tendance, sans qu'elle soit pour autant significative. Le temps perdu en transports dans les campagnes, du fait de l'éloignement des structures scolaires et de loisirs est sans doute compensé par les aléas du trafic urbain. De plus, pourrait-on imaginer que les enfants des villes aient plus d'activités extrascolaires, du fait de leur proximité, que les enfants des campagnes ? Le temps libre de ceux-ci est sans doute plus passé en famille. On constate d'ailleurs que les enfants des médecins de ville ne partagent pas significativement plus de loisirs avec leur mère que ceux des médecins de campagne. Les loisirs ne sont peut-être pas les mêmes.

Dans notre enquête, on constate que les médecins en secteur urbain sont globalement plus satisfaites du temps passé auprès de leurs enfants. C'est une tendance qui n'est pourtant pas significative. Les exigences des mères ne sont peut-être pas les mêmes. Lorsqu'une femme s'installe à la campagne, elle sait que ses conditions de travail ne seront pas les mêmes que si elle s'était installée en ville. Elle fait son choix en connaissance de cause. Elle se prépare donc aussi à ce que sera son quotidien familial. Lorsqu'on lui demande si elle est satisfaite du temps passé avec ses enfants, sa réponse dépendra évidemment de l'idée qu'elle s'était faite de sa vie de mère au moment de s'installer. Aucune mère qui travaille ne peut être réellement satisfaite du temps qu'elle passe avec ses enfants. Elle pourra dire que ce temps est insuffisant mais qu'elle s'en accommode finalement.

Dans notre population, les enfants de médecins de campagne expriment plus de reproches à leur mère que ceux des médecins urbains. Même si cette différence n'est pas significative, elle est remarquable puisqu'ils sont trois fois plus nombreux à souvent exprimer des reproches. La qualité de vie des enfants en campagne ne compense donc pas l'absence fréquente de la mère auprès d'eux.

Globalement, on constate donc que dans notre population, la qualité de vie maternelle est meilleure en ville. Cependant, c'est une tendance qui n'est pas significative et il semble donc qu'il n'existe pas de bénéfice réel à s'installer en ville pour améliorer son quotidien de mère.

2. Selon le mode d'exercice

D'après les témoignages recueillis au cours de notre enquête, il semble que l'exercice en cabinet de groupe soit ressenti par toutes comme la solution d'installation idéale.

En effet, les médecins qui passent le plus de temps avec leurs enfants sont celles exerçant en association. L'aménagement du temps de travail (temps partiel, journées libérées, vacances...) y est pour beaucoup. L'essentiel, nous l'avons dit, est de trouver l'associé avec lequel de tels aménagements sont possibles. Le temps passé avec les enfants n'est pas plus consacré aux activités de loisirs puisque la différence avec les médecins qui exercent seules n'est pas significative.

Les femmes qui exercent en association sont significativement plus satisfaites de ce temps familial gagné, alors que les enfants n'expriment pas moins de reproches. Cet aménagement des conditions de travail favorisé par l'exercice de groupe est donc ressenti essentiellement par les mères comme un bénéfice en temps et en satisfaction. Elles y gagnent probablement en qualité de vie générale, ce qui influe pour beaucoup dans la qualité des relations familiales. Lorsqu'un médecin est plus libre de ses mouvements, qu'il peut partager de temps en temps ses préoccupations avec son associé, sans doute peut-il être plus disponible pour ses enfants, physiquement et moralement.

Paradoxalement, les enfants ne le ressentent pas de la même façon. Leurs exigences sont peut-être ailleurs. On aurait pu penser que sentir sa mère plus disponible du fait de l'amélioration de ses conditions d'exercice pouvait satisfaire les enfants. La qualité du temps gagné et son utilisation sont peut-être différentes. On peut espérer que ce temps soit aussi utilisé par les femmes pour leurs propres loisirs, qui sont assez peu évoqués globalement. L'aménagement du temps de travail permis par l'association se fait surtout sur les journées de repos hebdomadaires et sur les vacances. Il concerne peut être peu le temps quotidien des mères auprès des enfants, celui qu'ils ressentent réellement comme du temps de présence. Sans doute un questionnaire destiné aux enfants aurait-il été très instructif dans notre enquête. Il semblait cependant un peu difficile à réaliser en pratique.

Au final, l'association semble être une solution satisfaisante sur tous les points pour les médecins désireux de consacrer plus de temps à leur vie familiale.

3. Selon le mode de consultations

Malgré les avantages décrits plus hauts à ne consulter que sur rendez-vous, notre enquête n'a trouvé aucune influence de ce mode de consultation en terme de temps passé auprès des enfants et de satisfaction de la mère ou des enfants.

Les avantages qu'il permet d'obtenir sont sans doute plus une satisfaction professionnelle que personnelle. Et le temps dans ce cas n'est peut-être pas gagné mais mieux géré. Le médecin se sent alors plus serein, ce qui n'est pas sans améliorer sa qualité de vie générale mais plus en influant sur son aspect professionnel.

Ce mode de consultation n'est donc pas une des solutions retenues pour améliorer le quotidien des médecins mères de famille.

B. Influence de la charge de travail

1. Le nombre d'heures de travail

De façon assez logique, on constate que la diminution du temps de travail hebdomadaire s'accompagne d'un temps accru auprès des enfants, souvent avec une part plus importante du temps de loisirs partagés. Ce temps gagné l'est pour le temps quotidien passé auprès des enfants. Ils y sont apparemment plus sensibles. Les mères y sont très attachées aussi. Il satisfait les mères comme les enfants.

« Il m'arrivait de rentrer le soir et de réveiller les enfants pour vérifier si la leçon de lecture avait bien été apprise !!! J'étais tellement prise par mon activité (...) que je ne me rendais pas compte de ce qui se passait. Une institutrice m'a dit que mon fils était triste en classe. » regrette un médecin.

Au final, ce temps est gagné pour des choses de la vie courante et pas pour des activités extraordinaires. Faire réviser les leçons, participer aux repas familiaux, être là à l'heure du coucher, tant de petits détails de la vie quotidienne qui sont sans doute d'une importance majeure pour l'enfant. On pense surtout dans ce cas au petit enfant mais le temps passé avec les adolescents n'est pas négligeable non plus, bien au contraire.

Dans l'enquête du Groupe de Division Familiale du Travail MATISSE (*cf biblio n°2*), menée en 1999 auprès de 1000 chefs de famille français représentatifs de la population nationale, le temps parental est divisé en quatre temps principaux :

- Le temps de sociabilité parentale (temps de présence auprès des enfants et temps consacré aux adolescents)
- Le temps parental domestique (repas, toilette des enfants en bas âge)
- Le temps parental « taxi » (trajets)
- Le temps parental scolaire (aide aux devoirs)

Le temps parental de sociabilité représente la moitié du temps parental, avec 19h56 par semaine, surtout en raison du temps passé avec les adolescents, relativisant le temps passé auprès des petits enfants, surtout représenté par le temps domestique qui se limite à 10h12 par semaine. Le temps parental total est en moyenne de 39 h.

Notre enquête retrouve une moyenne de 3 heures quotidiennes consacrées aux activités parentales, ce qui est bien inférieur au temps retrouvé dans l'enquête Matisse. Il semble que ce soit quand même le temps de sociabilité parentale qui soit mis au second plan par les femmes médecins qui manquent de temps. Les autres postes de temps semblent en effet plus difficiles à diminuer. C'est sans doute ce temps là, de présence pure de la mère auprès de l'enfant qui manque aux enfants comme aux mères.

2. Le nombre de gardes

On constate que le temps passé auprès des enfants ne varie pas en fonction du nombre de gardes réalisées par an. Cependant, les mères sont significativement plus satisfaites lorsqu'elles réalisent moins de gardes (nuit et week-ends confondus). Les enfants, par contre, ne semblent pas émettre plus de reproches lorsque le nombre de gardes augmente.

Avec le système de régulation des gardes, basé sur le volontariat, le nombre de déplacements pendant une garde de nuit ou de week-end diminue. Le dérangement occasionné est donc moindre, même pour les femmes qui ont choisi de participer au tour de garde de leur secteur. Lorsque le médecin vit en couple, et que les enfants peuvent être gardés par le conjoint pendant les absences de la mère, les visites nocturnes sont moins mal ressenties. C'est sans doute pour les mères seules que le problème des gardes est le plus difficile, les enfants devant être confiés à une tierce personne.

Il existe pourtant encore des endroits où la régulation médicale des gardes n'est pas encore effective. Les femmes médecins doivent y participer comme leurs confrères masculins à un rythme soutenu de gardes pour maintenir la continuité des soins.

En définitive, c'est sur ce concept de régulation médicale des gardes que repose la réussite de la continuité des soins. Les gardes, basées sur le volontariat, ne sont plus obligatoires pour les médecins qui ne peuvent vraiment plus les réaliser. Pour ceux qui le peuvent, leur déroulement est simplifié et allégé par le filtrage des appels, rendant le nombre des déplacements moindre (voire parfois nul en pratique) et permettant de garder une vie de famille, même un jour de garde.

En pratique, on constate que la vie de mère est peu modifiée par la contrainte des gardes. On ne passe pas moins de temps avec les enfants et ils ne s'en plaignent pas plus. C'est plus la contrainte psychologique qui pèse : le fait de devoir à tout moment abandonner ses activités pour partir en visite. La régulation peut être un bon compromis pour permettre aux femmes médecins de se sentir moins prisonnières de ces contraintes.

3. Temps libre

On constate dans notre enquête que le fait de prendre plus de temps libre dans la semaine (en terme de demi-journées), n'augmente ni le temps passé avec les enfants, ni leur satisfaction. Pourtant, les médecins qui prennent plus de demi-journées de repos dans la semaine sont significativement plus satisfaites du temps passé auprès de leurs enfants.

A quoi sont donc consacrées ces demi-journées ? Elles correspondent peut-être à du temps libre pour soi ou pour des tâches ménagères. Nous avons déjà vu que le mercredi est la journée la plus souvent libre chez les femmes médecins généralistes.

Cela correspond à la journée de congé scolaire. On pourrait donc en déduire que le temps gagné l'est sur le temps parental. Beaucoup d'entre les médecins interrogés regrettaient de ne pas accompagner les enfants à leurs activités extra-scolaires, de ne pas les épauler plus dans leur travail scolaire... Lorsqu'elles le peuvent en se libérant le mercredi après-midi par exemple, c'est sans doute le temps parental « taxi » et le temps parental « scolaire » qui est augmenté. Celui-ci semble important pour les mères. Pour les enfants, il semble que ce soit le temps de sociabilité parentale qui soit encore une fois privilégié.

Prendre une demi-journée de congés dans la semaine pour s'occuper de ses enfants est peut-être une solution. Mais dans ce cas, cette demi-journée, pour être vraiment satisfaisante pour tous, doit être réellement partagée. Pourquoi ne pas supprimer une activité de l'enfant (qui est parfois trop sollicité) pour passer du temps ensemble ? En réalité, c'est à chacune de trouver l'équilibre permettant son épanouissement, quelle que soit l'activité partagée avec son enfant.

4. Congés annuels

Nous avons vu que l'augmentation de la durée des congés annuels favorisait le partage d'activités de loisirs avec les enfants. Ces activités correspondent à du temps de sociabilité parentale, sans doute satisfaisant pour tous. En dehors du contexte professionnel, libérées des préoccupations du cabinet, les femmes médecins sont à même de s'investir plus fortement dans la vie familiale. On voit d'ailleurs que les médecins qui prennent plus de vacances dans l'année sont globalement plus satisfaites du temps passé avec leurs enfants. Outre la quantité de ce temps, c'est sans doute sa qualité qui prime.

C. Influence de l'implication personnelle

1. Travailler à la maison

Même si cette situation n'est pas très fréquente dans notre échantillon, le fait d'installer son cabinet médical à son domicile ne semble pas influencer sur la qualité de la vie de mère de nos sujets. Nous avons vu que cette solution pouvait présenter de nombreux avantages pour concilier avec plus de facilité sa vie professionnelle et sa vie de mère (en particulier par la rapidité de passer de l'une à l'autre en terme d'espace).

Cependant, la logique voudrait que cette solution soit appréciée par les enfants. Il semble que c'est le contraire puisque les enfants des femmes médecins exerçant à leur domicile émettent significativement plus de reproches à leur mère quant à leur absence auprès d'eux.

Quand un médecin quitte son cabinet le soir pour rentrer chez lui, il est tout de suite disponible pour ses enfants et ne peut souvent plus être disponible pour ses patients. Lorsqu'il exerce à domicile, il ne rentre jamais vraiment chez lui. Il n'existe plus de clivage net entre vie professionnelle et personnelle. On verra certains prolonger leurs consultations du soir jusqu'au dîner et retourner au cabinet après dîner par exemple, ce qui peut sembler très pratique pour le médecin mais est sans doute mal vécu par les enfants. L'inconvénient, ce n'est pas les patients qui sonnent à la porte parce qu'ils savent où vous trouver mais le médecin qui ne sait plus sortir vraiment de son cabinet.

Installer son cabinet à domicile peut-être très intéressant en termes d'organisation quotidienne pour une femme médecin. Il peut en revanche s'agir d'un vrai piège si l'on n'impose pas certaines barrières entre vie privée et vie professionnelle (pour les patients et pour soi). Quitter définitivement le cabinet le soir, ne pas garder la ligne téléphonique, éviter de retourner au cabinet le week-end...tant de résolutions à prendre avant de décider de ce mode d'installation.

2. Communiquer son numéro personnel

D'après nos résultats, il semble que le fait de communiquer à ses patients un numéro de téléphone personnel n'influe en rien sur la qualité de vie de mère des femmes médecins. Comme nous l'avons déjà remarqué, il s'agit souvent d'un numéro de téléphone portable. Il est toujours possible de ne pas répondre ou de mettre un répondeur. Par ailleurs, même si l'on choisit de répondre à tous les appels, la communication ne se solde pas fréquemment par un déplacement du médecin mais le plus souvent par de simples conseils ou la programmation d'un rendez-vous ou d'une visite.

En définitive, cette constatation est plutôt rassurante quant à la continuité des soins. Imaginons un médecin qui choisit de terminer ses consultations à 18 heures. Nous savons que le service de garde débute à 20 heures. Que se passe-t-il pendant ces deux heures de battement ? Que doivent faire les patients de ce médecin ? Conserver une ligne téléphonique (qu'elle soit privée ou plutôt un renvoi d'appel du cabinet) jusqu'à 20 heures permet de maintenir une permanence des soins ou du moins une certaine disponibilité assez rassurante pour les patients (qui devront réserver les appels pour des questions ne pouvant attendre le lendemain). Encore faut-il savoir dire non aux patients qui exigent une visite non justifiée ou une consultation tardive. Il reste tout de même la possibilité de brancher un répondeur indiquant les numéros d'urgence, les consultations non urgentes pouvant sans doute attendre le lendemain.

Rester au cabinet de 8 heures à 20 heures n'est pas compatible avec la vie de mère d'une jeune femme médecin. Nombreuses étaient les médecins de notre enquête qui s'inquiétaient de ce problème. Mais les téléphones portables, renvois d'appels et autres répondeurs téléphoniques jouent probablement un rôle essentiel dans la gestion du cabinet médical et les sujets de notre enquête semblent avoir opté pour cette solution.

3. Etre joignable la nuit

De même, le fait d'être joignable la nuit n'a aucun lien significatif avec la qualité de la vie de mère des médecins interrogés. En pratique, peu de médecins restent joignables la nuit en dehors des gardes.

En outre, le fait que le médecin reste joignable ne signifie pas pour autant qu'il est dérangé. Les patients semblent ne pas en abuser. Le système du médecin de garde est depuis longtemps passé dans les « mœurs » et les patients, surtout à proximité des villes, savent consulter les services d'urgence directement en cas de difficultés à joindre un médecin de ville.

Le médecin très consciencieux, craignant que l'appel de ses patients ne reste sans réponse, peut sans doute rester disponible mais les systèmes de gardes tendent à s'améliorer. Les femmes médecins trouveront sans doute plus d'avantages à laisser un message sur leur répondeur donnant les coordonnées du service de garde et bien sûr du SAMU.

VI. Quel est l'avenir des femmes médecins généralistes qui veulent réussir leur vie de mère?

Nous ne sommes donc pas surpris, au décours de cette analyse, de constater qu'il n'existe pas de solution idéale. Tout est sans doute question d'organisation mais chacune saura trouver celle qui lui permet le meilleur épanouissement personnel et professionnel.

Les nombreuses femmes médecins qui se sont intéressées à notre enquête, à laquelle elles ont répondu en racontant parfois une multitude de petites anecdotes, nous ont permis de cerner pourtant quelques tendances de l'organisation qu'elles privilégient.

La femme médecin qui veut s'épanouir dans sa vie de mère n'exerce pas forcément en ville. L'exercice rural (et la vie à la campagne) semble en effet apporter de nombreux avantages en terme de qualité de vie. En réalité, c'est le milieu semi-rural qui attire le plus actuellement. Par contre, elle exerce en groupe pour aménager son temps de travail de façon plus souple, gardant toujours en tête la permanence des soins. Elle ne consulte pas forcément sur rendez-vous, même si cette solution nous semble la plus adaptée à une maîtrise plus régulière de l'emploi du temps. La tendance est tout de même à la réduction du temps de travail chez les mères médecins. Le temps libre, souvent sous la forme d'une demi-journée par semaine, pourrait être consacré à ses propres loisirs ou à des loisirs partagés avec les enfants, plus satisfaisants que les trajets et l'aide aux devoirs auxquels il est le plus souvent consacré.

L'apparition du système de régulation des gardes avec filtrage des appels et tours de garde basés sur le volontariat est plébiscitée par les femmes médecins. La participation aux gardes dans ce cadre semble même possible pour une mère de famille, les nuits et les week-ends étant moins chargés et moins fréquents. Il faut par contre être certaine d'avoir quelqu'un à la maison pour garder les enfants en cas de départ.

L'installation du cabinet au domicile ne semble pas favorable au bon épanouissement familial, peut-être paradoxalement, par manque de clivage entre vie personnelle et vie professionnelle. Idéalement, le cabinet pourrait être dans le même village ou le même quartier pour limiter les temps de trajet.

Avec la disparition de la disponibilité permanente des jeunes médecins, et en particulier des femmes, se pose la question de la continuité des soins, qui ne semble pas poser de problème grâce à l'existence des aides techniques que sont les téléphones portables et les répondeurs, permettant d'orienter les patients vers les structures adaptées en cas d'urgence. N'oublions pas cependant qu'en milieu rural, déserté sur le plan médical, ces structures de secours ne sont pas toujours bien organisées (absence de régulation des gardes, absence de confrères proches à qui adresser les patients en cas d'absence, rareté des remplaçants, éloignement des établissements hospitaliers) et c'est le plus souvent le médecin de proximité qui en fait les frais.

Cette description n'est pas représentative de l'idée traditionnelle du médecin disponible à toute heure du jour et de la nuit et sacrifiant sa vie de famille pour son métier. Ce médecin-là était un homme. Sa femme ne travaillait pas et prenait en charge l'organisation du cabinet et celle du foyer. Aujourd'hui, non seulement les jeunes médecins généralistes sont - et seront de plus en plus - des femmes dont le conjoint travaille, mais de plus, les épouses des jeunes médecins travaillent elles aussi. L'organisation de la profession de médecin généraliste va donc changer. Le fait que les femmes médecins soient mères n'entre finalement que modérément en jeu dans ces modifications à venir.

Une récente enquête (*cf biblio n°27*) menée auprès de jeunes médecins confirme la tendance à la disparition de la disponibilité totale pour les femmes comme pour les hommes et le travail du conjoint. On y constate également que, si les tâches ménagères et la tenue de la maison sont encore majoritairement à la charge des femmes, l'éducation des enfants préoccupe de plus en plus les jeunes pères. Ceux-ci ne veulent plus se sentir à l'écart des soins aux enfants. Notre enquête aurait alors pu s'adresser aux hommes, en particulier aux médecins de moins de 35 ans chez lesquels cette tendance s'observe actuellement.

En conclusion, nous voyons d'un côté de jeunes femmes médecins qui organisent leur exercice autour de leurs contraintes familiales et de l'autre, sans doute de jeunes médecins hommes qui ne vont pas tarder à faire de même pour participer plus à la vie familiale. Combien faudra-t-il alors de médecins pour remplacer tous ceux qui vont partir à la retraite dans les années à venir ? Peut-être deux ou trois... L'augmentation du *numerus clausus* a-t-elle prévu cette tendance ? Il est difficile de l'évaluer. La génération n'est pas la même, les habitudes ne sont pas les mêmes. Le temps de travail est diminué, la disponibilité « régulée »... Il faudra sans doute « éduquer » les patients pour que l'adaptation se fasse en douceur. Cependant, la réalité brutale de la démographie médicale n'obligera-t-elle pas les jeunes médecins à revoir leurs aspirations en terme d'organisation de l'activité professionnelle ?

Ce travail a montré qu'il existait des solutions pour réussir sa vie de mère lorsqu'on est une jeune femme exerçant un métier épanouissant comme celui que nous avons choisi. Pourtant, la tendance démographique actuelle annonce quelques difficultés à venir. A nous de faire que tout se passe pour le mieux dans l'intérêt de nos patients et dans le respect de nos enfants.

CONCLUSION

CONCLUSION

Gérer vie professionnelle et vie familiale est difficile pour une jeune femme médecin... Sans doute cette affirmation peut-elle paraître clichée. Certains diront qu'il n'est jamais facile de mener de front une vie de femme, de mère et de travailleuse, qu'on soit médecin ou qu'on exerce une autre profession. En faire la preuve n'était cependant pas l'objectif de notre travail.

Celui-ci a permis de mettre en évidence qu'il s'agit d'une préoccupation de la plupart des femmes médecins et ceci dès les premières années de leur cursus universitaire. Par contre, il s'agissait pour nous de savoir si le statut de mère de ces femmes allait influencer l'organisation des soins primaires, la féminisation croissante de la médecine rendant la problématique plus actuelle.

La tendance est effectivement à l'installation des jeunes femmes médecin en milieu semi-rural, en groupe. Le temps de travail tend à diminuer et la présence des enfants au foyer n'y est pas pour rien. La permanence des soins, notion essentielle de la pratique médicale en soins primaires, est menacée par la volonté de limiter la disponibilité permanente pratiquée par les anciens médecins. La régulation des gardes basée sur le volontariat, comme elle est réalisée dans certains secteurs lorrains, permet aux médecins de se rendre disponible pour leur famille après leur travail et le week-end.

Une question se pose pourtant au terme de ce travail : cette tendance générale, retrouvée chez les sujets de notre enquête, est elle spécifique aux jeunes femmes médecin ? En réalité, il s'agit plutôt d'une aspiration des jeunes médecins des deux sexes, même si les femmes sont les premières à l'exprimer ouvertement et à l'associer au désir de partager plus de temps avec leur famille.

L'aménagement du travail des médecins en cabinet libéral va sans aucun doute évoluer en faveur d'une amélioration des conditions de vie personnelle des médecins en général et des femmes en particulier, qui seront de plus en plus concernées. A nous d'organiser nos cabinets et d'habituer nos patients à respecter nos vies familiales, tout en conservant la qualité et la continuité des soins. C'est un défi à relever pour chacun et chacune mais notre enquête prouve que c'est possible.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Ameli.fr:
Les prestations en cas de maternité
2. ALGAVA Elisabeth.
Quel temps pour les activités parentales ?
DREES. Etudes et résultats N°162 (mars 2002)
3. BARRERE-MAURISSON Marie-Agnès, RIVIER Sabine, MARCHAND Olivier.
Temps travail, temps parental – la charge parentale : un travail à mi-temps.
Premières synthèses, 2000.05, N°20.1
4. BARRERE-MAURISSON Marie-Agnès.
Les transformations de la famille : Masculin/féminin : vers un nouveau partage des rôles ?
Cahiers français N°322. Famille (s) et politiques familiales.
5. BATTAGLIOLA Françoise.
Histoire du travail des femmes.
La Découverte. Collection Repères n°284. 128 p. (mars 2004)
6. BENOIT Florence.
Femme médecin, réalité d'aujourd'hui.
Thèse Toulouse 3 (1994)
7. CHABRUN-ROBERT C.
Les prestations maternité des femmes médecins.
Concours Médical 117 (29): 2233-2235 (1995)
8. CHAVANNE-COULON Florence.
La maternité chez la femme médecin libérale.
Thèse Lyon 1 (1998).
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Démographie médicale française : situation au 1^{er} janvier 2005.
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Les filles d'Hippocrate: quand la médecine se féminise. (25 septembre 2003)
11. COLLOP Nancy.
"Doctor Mom".
Chest 107 (5) : 1185-1186 (1995).
12. CORNEC Valérie. Conciliation travail-famille chez les femmes médecins généralistes.
Thèse Rennes (2003)

13. CUJEC B, OANCIA T, BOHM C, JOHNSON D.
Career and parenting satisfaction among medical students, residents and physicians teachers at a Canadian medical school.
CMAJ 162 (5) 637-640 (2000)
14. FLIPO A., OLIER L.
Faire garder ses enfants, ce que les ménages dépensent.
Division conditions de vie des ménages et division études sociales, INSEE (Août 1996)
15. GJERBERG Elisabeth.
Women doctors in Norway : the challenging balance between career and family life
Soc sci med 57 : 1327-1341 (2003) .
16. GRILL-CALVANO Anne-Laure.
L'enfant et la mère médecin généraliste à travers le dessin de la famille.
Thèse Nantes (2003).
17. HOSDEZ Mélanie.
La grossesse chez les internes de médecine générale et de spécialité. Enquête auprès de 399 internes de la Faculté de Médecine de Nancy.
Thèse Nancy 1 (2006).
18. HOUZELLE-POINSOT Marie-Paule.
Les femmes médecin en Meurthe-et-Moselle. Tome II: Leur vécu professionnel, personnel et familial.
Thèse Nancy 1 (1993)
19. KNIEBIEHLER Yvonne.
Histoire des femmes et de la maternité en Occident.
Que sais-je? 3539 (2002)
20. LEFEBVRE Caroline.
Femme et médecin, un équilibre délicat : à propos d'une enquête menée auprès des omnipraticiennes libérales installées en 1990 et 1991 dans la région Rhône-Alpes.
Thèse Lyon 1 (1998).
21. LE QUOTIDIEN DU MEDECIN.
Qui sont les femmes généralistes (l'amour du métier, malgré les difficultés). N°7703 (8 mars 2005)
22. PAPON S.
Evolution de la condition féminine dans le milieu médical.
Thèse Limoges (2002)

23. PARRAUD Catherine.
Vécu de la maternité chez l'étudiante en médecine et la femme médecin.
Thèse Lyon 1 (1984).
24. PERUISSET-FACHE Nicole.
Etre mère aujourd'hui. Mythe, réalité, enjeux et perspectives.
L'harmattan. Collection Logiques sociales. 298p. (juin 2001)
25. PHILLIPS Susan.
Parenting, puppies and practice: juggling and gender in medicine.
CMAJ 162 (5) : 663-664 (2000)
26. POTEÉ RA, GERBER AJ, ICKOVICS JR.
Medicine and motherhood: shifting trends among female physicians from 1922 to 1999.
Acad med 74 : 911-919 (1999).
27. ROBELET M, LAPEYRE , ZOLESIO E.
Féminisation et pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins.
Genre, carrière et gestion des temps sociaux.
Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins. (Janvier 2006).
28. THIEBAUT Marc.
Médecine générale et rythme de travail.
Thèse Nancy 1 (2003).
29. TILLY Louise, WALLACH-SCOTT Joan, LEBAILLY Monique.
Les femmes, le travail et la famille.
Editions Payot. (février 2002)
30. WOELK Cornelius.
A parent and a doctor.
CMAJ 163 (6) : 696-697 (2000).
31. WOERTHER Audrey.
La féminisation de la médecine générale en Lorraine : enquête auprès des résidents de la Faculté de Médecine de Nancy en 2005.
Thèse Nancy 1 (2005)

ANNEXES

ANNEXE 1

Durée des congés maternité (source : www.ameli.fr)

Votre situation	Durée du congé maternité prénatal (1)	Durée du congé maternité postnatal	Durée totale du congé maternité
Vous attendez un enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins deux enfants à votre charge ou vous avez déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables	8 semaines (2)	18 semaines	26 semaines
Vous attendez des jumeaux	12 semaines (3)	22 semaines	34 semaines
Vous attendez des triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines

(1) La durée du congé prénatal non prise ne peut pas être reportée sur le congé postnatal.

(2) Vous pouvez anticiper, dans la limite de 2 semaines maximum, le point de départ de votre congé prénatal ; dans ce cas, votre congé postnatal est réduit d'autant.

(3) Vous pouvez anticiper, dans la limite de 4 semaines maximum, le point de départ de votre congé prénatal ; dans ce cas, votre congé postnatal est réduit d'autant.

VOTRE AGE: ___ ans

VOTRE SITUATION FAMILIALE:

Vous vivez seule : célibataire
divorcée ou séparée
veuve

Vous vivez en couple: mariée
en union libre
remariée

VOTRE PRATIQUE:

En quelle année vous êtes-vous installée ? _____

Quel est le lieu de votre exercice ? Rural Semi-rural Urbain

Exercez-vous en association ? Oui Non

Consultez-vous uniquement sur rendez-vous? Oui Non

Avez-vous une autre activité que l'activité libérale (salarial)? Oui Non

Combien d'heures travaillez-vous par semaine en dehors des gardes (en moyenne) ?
 _____ heures

De combien de demi-journées libres disposez-vous par semaine ? _____ demi-journées
 (week-end compris)

Combien de gardes de nuit assurez-vous par an ? _____ gardes

Combien de gardes de week-end assurez-vous par an ? _____ gardes

Combien de semaines de vacances vous accordez-vous par an ? _____ semaines

Vivez-vous sur votre lieu de travail ? Oui Non

Communiquez-vous votre numéro de téléphone personnel ou mobile
 à vos patients ? Oui Non

Etes-vous directement joignable la nuit lorsque vous n'êtes pas de garde ?
Oui Non

VOUS N'AVEZ PAS D'ENFANT

Souhaitez-vous en avoir dans l'avenir ? Oui Non

Pensez-vous qu'il soit difficile de vivre une grossesse dans les conditions actuelles de votre activité professionnelle ? Oui Non

Pensez-vous qu'il soit difficile de vivre pleinement sa vie de mère dans vos conditions professionnelles actuelles ? Oui Non

Pensez-vous modifier vos conditions de travail après la venue d'un enfant ? Oui Non

Si oui, comment?

VOS GROSSESSES

A quel âge avez-vous eu votre premier enfant ? _____ ans

Aviez-vous des enfants au moment de votre installation ? Oui Non

Si oui, avez-vous retardé votre installation à cause de vos enfants ? Oui Non

Si vous avez retardé votre installation, quelle a été votre activité entre la fin de vos études et votre installation ?

activité salariée remplacements
 autre: -----

Si non, avez-vous retardé votre première grossesse pour votre travail ? Oui Non

Pour vos grossesses qui ont eu lieu après votre installation, quelle a été la durée de vos congés pré- et post-natals et le terme au moment de l'accouchement ?

	Année	Congé prénatal	Terme	Congé post-natal
1ère grossesse				
2ème grossesse				
3ème grossesse				
4ème grossesse				
5ème grossesse				

VOS ENFANTS:

Combien avez-vous d'enfants (y compris adoptés) ?

___ enfants
dont ___ à charge

Combien d'entre vos enfants à charge ont:

moins de 3 ans ?

___ enfants

de 3 à 11 ans ?

___ enfants

de 11 à 18 ans ?

___ enfants

plus de 18 ans ?

___ enfants

Quelle est la profession du père des enfants ? _____

VOTRE VIE QUOTIDIENNE DE MERE

Qui le (les) garde pendant vos heures de travail ?
(plusieurs réponses possibles)

Crèche

Nourrice à domicile

Assistante maternelle Ecole

Père

Autre _____

Combien d'heures passez-vous avec votre (vos) enfant(s) par jour de semaine ? ___ heures

Ce temps vous satisfait-il ?

Oui

Non

Partagez-vous des activités de loisirs avec lui (eux) ?

Oui

Non

Vous reproche(nt)-il(s) votre absence ?

Souvent

Parfois

Jamais

Vos commentaires:

Qui est le médecin de votre (vos) enfant(s) ?
généraliste
(plusieurs réponses possibles)

Vous

Un autre médecin

Un pédiatre

LES INFLUENCES DE VOTRE VIE DE MERE SUR VOTRE TRAVAIL

Vos horaires sont-ils adaptés à ceux de vos enfants ? Oui Non

Vos vacances correspondent-elles aux vacances scolaires ? Toujours Souvent
Rarement Jamais

Avez-vous la sensation que votre implication professionnelle nuise à votre vie familiale?
Oui Non

Vous arrive-t-il de privilégier votre vie familiale aux dépens de votre vie professionnelle?
(absence à des séances de FMC, incapacité à assister à des congrès...) Oui Non

Avez-vous modifié vos conditions de travail pour vos enfants ? Oui Non

Si non, envisagez-vous de le faire? Oui Non

Si oui, quels aménagements avez-vous trouvé? _____

VOUS N'AVEZ PLUS D'ENFANT A CHARGE, remplissez cette partie:

Avez-vous modifié vos conditions de travail depuis que vos enfants ont quitté la maison?
Oui Non

Si oui, quelles modifications avez-vous apporté?

Eprouvez-vous a posteriori des regrets sur la façon avec laquelle vous avez géré votre vie de mère ?
Oui Non

Si oui, lesquels ?

COMMENTAIRES LIBRES (critiques et suggestions)

VU

NANCY, le 16 octobre 2007

Le Président de Thèse

Mme le Professeur G. KANNY

NANCY, le 22 octobre 2007

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 25 octobre 2007

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La façon qu'a la société occidentale d'appréhender la maternité a toujours été liée à la place qu'occupe la femme au sein du foyer, puis au sein du monde du travail. La féminisation de la médecine va-t-elle, du fait de l'importance de la maternité pour les femmes, amener des modifications de pratique dans l'avenir?

Ce travail s'intéresse en particulier à la médecine générale ambulatoire, par une enquête menée auprès des médecins généralistes femmes de Lorraine. Elle tente de définir les adaptations de pratique qui permettent de concilier au mieux vie professionnelle et vie familiale.

La tendance est à l'installation des jeunes femmes médecin en milieu semi-rural, en groupe. Le temps de travail tend à diminuer et la présence des enfants au foyer n'y est pas pour rien. La permanence des soins est menacée par la volonté de limiter la disponibilité permanente pratiquée par les anciens médecins. La régulation des gardes basée sur le volontariat permet aux médecins de se rendre plus disponible pour leur famille.

Reste encore à se demander si cette évolution est une spécificité des femmes ou s'il s'agit d'une tendance chez tous les jeunes médecins. Dans ce cas, il sera indispensable d'adapter nos pratiques afin de préserver la qualité et la continuité des soins.

TITRE EN ANGLAIS

Be a mother and a general practitioner: is it compatible? Survey on female general practitioners from Lorraine

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE, ANNÉE 2007

MOTS CLEFS

Femmes médecins, féminisation, maternité, enquête, pratique

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR

Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY CEDEX
