

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 113

**THÈSE**  
**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

KONG Simone

Née le 27 novembre 1991 à Strasbourg

**ETUDE DE LA QUALITE DE VIE DES FEMMES MEDECINS GENERALISTES**

**Etude qualitative auprès de 12 femmes médecins généralistes en Alsace**

Président de thèse : Madame le Professeur Maria GONZALEZ

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne-Elisabeth SANSELME



**FACULTÉ DE MÉDECINE,  
MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ**

Bûches, SEPTEMBRE 2022  
Année universitaire 2022-2023

- Prédécanat de l'université
- Doyen de la faculté
- Membres (trois membres de la faculté)
- Doyens honoraires (1995-1999)  
(2005-2006)  
(2004-2005)  
(2003-2004)
- Changé de Médéric au Collège de France
- Responsables administratifs

- M. DENICH H. (1991)
- M. LAUREN (1991)
- M. LAUREN (1991-1992)
- M. MOURV (1991-1992)
- M. VINCEBON (1992)
- M. BERNARDI (1993)
- M. LORZ (1993-1994)
- M. LAUREN (1995)
- M. VILLACON (1995-1996)



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE			
40401111	3	1	1
A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)			
40401112	3	1	1
A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (DH-DH)			
N° de l'enseignant	Titre	Service hospitalier ou universitaire	Spécialité
40401113	3	1	1
40401114	3	1	1
40401115	3	1	1
40401116	3	1	1
40401117	3	1	1
40401118	3	1	1
40401119	3	1	1
40401120	3	1	1
40401121	3	1	1
40401122	3	1	1
40401123	3	1	1
40401124	3	1	1
40401125	3	1	1
40401126	3	1	1
40401127	3	1	1
40401128	3	1	1
40401129	3	1	1
40401130	3	1	1
40401131	3	1	1
40401132	3	1	1
40401133	3	1	1
40401134	3	1	1
40401135	3	1	1
40401136	3	1	1
40401137	3	1	1
40401138	3	1	1
40401139	3	1	1
40401140	3	1	1
40401141	3	1	1
40401142	3	1	1
40401143	3	1	1
40401144	3	1	1
40401145	3	1	1
40401146	3	1	1
40401147	3	1	1
40401148	3	1	1
40401149	3	1	1
40401150	3	1	1
40401151	3	1	1
40401152	3	1	1
40401153	3	1	1
40401154	3	1	1
40401155	3	1	1
40401156	3	1	1
40401157	3	1	1
40401158	3	1	1
40401159	3	1	1
40401160	3	1	1
40401161	3	1	1
40401162	3	1	1
40401163	3	1	1
40401164	3	1	1
40401165	3	1	1
40401166	3	1	1
40401167	3	1	1
40401168	3	1	1
40401169	3	1	1
40401170	3	1	1
40401171	3	1	1
40401172	3	1	1
40401173	3	1	1
40401174	3	1	1
40401175	3	1	1
40401176	3	1	1
40401177	3	1	1
40401178	3	1	1
40401179	3	1	1
40401180	3	1	1
40401181	3	1	1
40401182	3	1	1
40401183	3	1	1
40401184	3	1	1
40401185	3	1	1
40401186	3	1	1
40401187	3	1	1
40401188	3	1	1
40401189	3	1	1
40401190	3	1	1
40401191	3	1	1
40401192	3	1	1
40401193	3	1	1
40401194	3	1	1
40401195	3	1	1
40401196	3	1	1
40401197	3	1	1
40401198	3	1	1
40401199	3	1	1
40401200	3	1	1







NOM et Prénoms	CS*	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialités du Conseil National des Universités
SAUDY Amal	MSp NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SNC • Service d'Ophtalmologie / Niveau II/IIIa, CHU	11.01. Ophthalmologie
SOUDAN F. Y. Yvonne	MSp NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail • Service de Santé publique / Niveau II/III • Oculoplastique et Ophthalmologie / Centre de recherche / HC	11.01. Ophthalmologie, Ophthalmologie médicale et Technologie de communication (ophtalmologie)
SAISSINE Christian	PRF CS	• Pôle d'Urologie, Néphrologie et Diabétologie • Service de Chirurgie Urologique / Niveau Hospital CHU	11.24. Urologie
Mme SAHET Claude	MSp CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SNC • Service d'ophtalmologie / Niveau II/IIIa, CHU	11.01. Ophthalmologie
Mme SAHOUH-ROUSSEL Annie	MSp NCS	• Pôle de Néphrologie • Service de Néphrologie / Niveau Hospital CHU	11.01. Néphrologie (ophtalmologie)
SOUKOU Françoise	MSp CS	• Pôle Urgences - Soins médicaux critiques / Centre d'urgence • Service de Médecine interne / Niveau de soins II/IIIa	11.01. Médecine interne
Mme SUDREZ Lorraine	MSp CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale • Service de psychiatrie pour enfants et adolescents / HC	11.01. Pédiopsychiatrie, Psychiatrie
GAULT Philippe	MSp NCS	• Pôle TBC et CS - CETS • Service d'Onco-Hématologie et de Chimie clinique / Niveau II/III	11.01. Onco-Hématologie
DEFRAY Laurence	MSp CS	• Pôle des Pathologies digestives, Hépatobiliaires et de la nutrition infantile • Service d'Endocrinologie, Diabète et Nutrition / Niveau II/III	11.01. Gastro-entérologie, Hépatologie et Nutrition Niveau : <b>Hématologie</b>
BARA Jean	MSp NCS	• Pôle de Médecine interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Gériatriologie (MSP-IC) • Service de Néphrologie / Niveau de Soins Hospitaliers	11.01. Néphrologie
THOMAS Bernadette	MSp CS	• Pôle d'accueil médecine générale et pédiatrie • Service des Maladies chroniques - Niveau Hospitalier (MSP-IC)	11.01. Pédiatrie / Médecine chronique
Mme TRANCHANT Odette	MSp CS	• Pôle TBC et CS - CETS • Service de tuberculose / Niveau de soins II/IIIa	11.01. Médecine
GAULT Franck	MSp CS	• Pôle d'urgence • Service d'urgence 2 - Urgences adultes, pédiatrie et maternité / HC	11.01. Radiologie et Imagerie médicale (ophtalmologie)
DELTEVEY Emil	MSp NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail • Département de Santé Publique / Section 2 - Ophtalmologie et Diabète de la santé / Niveau II/III • Laboratoire d'ophtalmologie et de santé publique / Niveau II/III	11.01. Ophtalmologie, Diabète de la santé et prédiabète (ophtalmologie)
RETTÉ Denis	MSp NCS	• Pôle de Médecine interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Gériatriologie (MSP-IC) • Service de Médecine interne, Néphrologie et Maladies chroniques	11.01. Néphrologie, Gastro-entérologie
ARWING Marie	MSp CS	• Pôle de psychiatrie et de santé mentale • Service de psychiatrie d'urgence, de liaison et de psychiatrie ambulatoire / Niveau II/III	11.01. Psychiatrie / Pédiatrie
Mme SAHOUH Annie	MSp NCS	• Pôle de Néphrologie • Laboratoire de Néphrologie et de technologies transfusionnelles	11.01. Néphrologie médicale et de développement, soins de réanimation (ophtalmologie)
DEBA Thomas	MSp CS	• Pôle de Santé • Service de santé de soins et de réadaptation, soins aux enfants de la Réunion	11.01. Pédiatrie, Gériatrie et Soins de réadaptation
Mme SAHOUH Christiane Marie	MSp CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SNC • Service de Médecine interne / Niveau II/IIIa, CHU	11.01. Néphrologie, Médecine interne
Mme SAHOUH Annie	MSp NCS	• Pôle des Maladies digestives, Hépatobiliaires et de la nutrition infantile • Service de Chirurgie Digestive et de la Nutrition infantile / Niveau II/III • Centre de soins adultes et pédiatriques et transfusionnels / Niveau II/III	11.01. Chirurgie générale
Mme SAHOUH Annie	MSp CS	• Pôle TBC et CS • Pôle Tuberculose / Niveau de Soins Hospitaliers	11.01. Médecine

HC : Niveau CHU - H : Niveau de soins II/IIIa - MS : Niveau Hospitalier - NCS : Niveau de soins II/IIIa - Niveau de soins II/IIIa

\* : CS (Chef de service) ou MS (Niveau de soins II/IIIa) - CHU : Chef de service paritaire - CS : Chef de service paritaire (niveau de soins II/IIIa)

CS : Chef de service hospitalier

MS : Niveau de soins II/IIIa ou Niveau de soins II/IIIa (Niveau de soins II/IIIa)

MSp : Chef de service hospitalier (niveau de soins II/IIIa) ou Niveau de soins II/IIIa (niveau de soins II/IIIa)

HC : Niveau de soins II/IIIa

#### AA - PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialités du Conseil National des Universités
SAUWI Laurent	MSp CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SNC • Service de Santé publique / Niveau II/IIIa, CHU	11.01. Ophtalmologie
HOUMERON MARYSE	CS	• Pôle de Santé publique • Service de Santé publique - Niveau II/IIIa, CHU	11.01. Ophthalmologie
SALVATIN	CS	• Pôle TBC et CS • Centre de soins adultes et pédiatriques et transfusionnels / Niveau II/IIIa	11.01. Tuberculose, Médecine de la tuberculose, Nutrition

**24 - MEMBRES DE COMMISSIONS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HÔPITALIERS (MCI-UN)**

NOM et Prénoms	CS <sup>1</sup>	services hospitaliers ouverts / Laboratoire	non-secteur du Conseil National de l'Université
AGN Ahmad		+ Pôle d'Imagerie - service de radiologie nucléaire et oncologie médicale / FMC	43.00 Oncologie et Médecine nucléaire
AME GHEDICI Khaled		+ Pôle de Pharmacie - Pôle de Pharmacologie Clinique / FMC de Médecine	44.00 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie Clinique ; radiologie Cancer ; pharmacologie fondamentale
BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Spécialités Médicales (ophtalmologie / OMC) - service de radiologie transfusionnelle / FMC	42.00 Radiologie
AME MASCALAN Mehdi		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Hôpital Hôtel Dieu	42.00 Génétique (autres biologie)
BOUMHAROU Ali		+ Pôle d'Imagerie - service de radiologie nucléaire et oncologie médicale / OMC	43.00 Radiologie nucléaire (autres biologie)
BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / FMC	44.00 Biochimie et biologie moléculaire
AME HENRI		+ Pôle de Biologie - service de radiologie / service de médecine	43.00 Histologie-cytologie (ophtalmologie) autres biologie-cytologie histologie histologie
AME MOKACHEF		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / FMC - Institut de Parasitologie / Institut de Médecine	43.00 Parasitologie et Mycologie (ophtalmologie)
AME MOUAMMAD		+ Pôle d'Imagerie - service de radiologie nucléaire oncologie médicale / FMC	43.00 Radiologie nucléaire (autres biologie)
CAHILLI Hassen		+ Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie (biologie) / Hôpital Hôtel Dieu	42.00 Immunologie
CAZZATO Souad		+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A l'Interne / FMC	43.00 Radiologie (autres biologie) (ophtalmologie)
AME CELLA HENRI		+ Pôle Tri-Case - Service de Vaccinologie / FMC	43.00 Vaccinologie
BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - Département de Biologie et Médecine Moléculaire / FMC	43.00 Cytologie (histologie)
BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie (biologie) / Hôpital Hôtel Dieu	43.00 Immunologie (ophtalmologie)
BOUMHAROU Ali		+ Pôle d'Imagerie - (MC) - Imagerie (ophtalmologie)	43.00 Radiologie et médecine nucléaire
BOUMHAROU Ali		+ Pôle d'Imagerie - Spécialités Médicales / Centre d'ophtalmologie - service de radiologie nucléaire / service de médecine	43.00 Immunologie
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle d'Imagerie médicale / Oncologie médicale / FMC - service de radiologie nucléaire / FMC	43.00 Ophtalmologie nucléaire
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / FMC	44.00 Biochimie et Biologie moléculaire
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Spécialités Médicales - Cytologie / OMC - service de radiologie nucléaire / service de médecine	43.00 Cancer / Maladies Infectieuses
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Spécialités Médicales - Oncologie / FMC - Service de Chirurgie générale et Digestive / FMC	43.00 Oncologie générale
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital Hôtel Dieu	42.00 Génétique (autres biologie)
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle Tri-Case - CPT - Service de Vaccinologie / Hôpital Hôtel Dieu	43.00 Vaccinologie
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et de Biologie moléculaire / FMC	44.00 Biochimie et biologie moléculaire
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - Service de radiologie et d'ophtalmologie nucléaire / OMC	44.00 Mycologie
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - service de radiologie (ophtalmologie), consultations d'ophtalmologie médicale / FMC - Laboratoire de radiologie / Hôpital Hôtel Dieu	43.00 Maladies infectieuses et OMC de la santé
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle Tri-Case - CPT - service de vaccino (ophtalmologie) / Hôpital Hôtel Dieu	43.00 Maladies infectieuses, Maladies de la Santé, Immunologie
AME BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et de Biologie moléculaire / FMC	44.00 Parasitologie et Mycologie (ophtalmologie)
BOUMHAROU Ali		+ Institut de Biologie / Faculté de Médecine + Pôle de Psychiatrie de la santé mentale - service de radiologie / Hôpital Hôtel Dieu	44.00 Mycologie (autres biologie)
BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de radiologie / FMC	43.00 Histologie-cytologie (ophtalmologie) autres biologie-cytologie histologie histologie
BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - service de radiologie et d'ophtalmologie nucléaire / FMC	44.00 Parasitologie (ophtalmologie)
BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Spécialités Médicales - Cytologie / OMC - service de radiologie nucléaire / service de médecine	43.00 Parasitologie (ophtalmologie)
BOUMHAROU Ali		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et de Biologie moléculaire / FMC	43.00 Cancer / histologie-cytologie (ophtalmologie)

INOM et Dénoms	CS	Services Hospitaliers ou Institut / Localisations	Sous-section du Conseil National des Universités
INOM Coll.		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie et de Biologie moléculaire / IIR	44.03 - Biologie cellulaire (section zoologique)
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie (Biologie moléculaire - cytogénétique / IIR) Service de Médecine moléculaire et de Biologie cellulaire / IIR	47.03 - Microbiologie (section zoologique)
INSTRON ANI (AN) - LARIN		- Pôle de Transfert Service de Médecine moléculaire et de Biologie moléculaire / IIR	43.03 - Microbiologie et médecine moléculaire
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Transfert Service de Médecine moléculaire et de Biologie moléculaire / IIR Service de Biologie cellulaire et de Médecine moléculaire / IIR	42.03 - Microbiologie et médecine moléculaire
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - Département de Biologie (Microbiologie et autres) / IIR	47.04 - Microbiologie (section zoologique)
www.instron.ro		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie et de Biologie moléculaire / IIR	44.01 - Microbiologie et Biologie moléculaire
INSTRON ANI (AN)		- Institut d'Histologie / Faculté de Médecine - Pôle de Biologie Service de Pathologie et Histo- et Immunologie	42.02 - Histologie, Embryologie et Cytogénétique (section zoologique)
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie et de Biologie moléculaire / IIR	44.01 - Microbiologie et Biologie moléculaire
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie (Biologie) Service de Cytologie Clinique et de Histo- et Immunologie	46.01 - Cytologie (clinique) / cytologie médicale Cancer - Cytologie clinique
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Chirurgie thoracique / Clinica, Histologie et Dermatologie - Service de Dermatologie et Mycologie / Mycologie	50.03 - Dermatologie
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie et Histo- et Immunologie	40.03 - Anatomie et cytologie médicale
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Chirurgie thoracique / Clinica et Histologie, Cytologie médicale - Tumeurs, neurologie et dermatologie - Service de Chirurgie thoracique et Histo- et Immunologie	55.01 - Chimie médicale - chimie et microbiologie
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie clinique et Histo- et Immunologie / IIR	44.03 - Biologie cellulaire (cytogénétique / immunologie)
INSTRON ANI (AN) - Ap. IIR (AN)	SI	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / IIR / IIR (AN)	46.03 - Biologie et médecine du Développement et de la reproduction (cytogénétique)
www.instron.ro		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / IIR (AN) / IIR (AN)	46.04 - Génétique (cytogénétique)
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie et Histo- et Immunologie	42.03 - Anatomie et cytologie médicale (clinique - chimie)
www.instron.ro		- Pôle de Biologie (Biologie) - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine moléculaire / IIR	44.01 - Microbiologie (cytogénétique)
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic et de Biologie moléculaire / IIR	42.02 - Anatomie et cytologie médicale
www.instron.ro		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic et de Biologie moléculaire / IIR	44.04 - Microbiologie (cytogénétique)
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Transfert - Pôle de Neurobiologie, Immunologie et Histo- et Immunologie	42.02 - Anatomie et médecine moléculaire (cytogénétique)
www.instron.ro		- Pôle de Biologie - Service de Anatomie (clinique) et Mycologie / IIR	47.04 - Microbiologie (cytogénétique)
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - IIR (AN) / IIR (AN) de Biologie cellulaire et de Biologie moléculaire / IIR	45.01 - Cancer - Biologie cellulaire et cytogénétique (biologie)
INSTRON ANI (AN) - HIRSA		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie clinique / IIR (AN) / IIR (AN)	47.02 - Immunologie (cytogénétique)
www.instron.ro		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic et de Biologie moléculaire / IIR - Service de Chirurgie / IIR	46.01 - Microbiologie et médecine moléculaire
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pathologie et de Chimie analytique / IIR	44.02 - Microbiologie (cytogénétique)
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic et de Biologie moléculaire / IIR	44.01 - Microbiologie et Biologie moléculaire (cytogénétique)
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie clinique / IIR (AN) / IIR (AN)	47.01 - Immunologie, Transfusion (cytogénétique / immunologie)
www.instron.ro		- Pôle de Biologie - Service de Histologie - Unité de Histologie de Chimie / IIR	40.01 - Anatomie
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie et de Biologie moléculaire / IIR - Institut de Dermatologie / Clinica de Médecine	45.02 - Parasitologie et mycologie (cytogénétique)
INSTRON ANI (AN)		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / IIR (AN) / IIR (AN)	47.04 - Génétique



NOM et Prénoms	☐ <sup>1</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localités	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SIMONE FREDERIX		- Pôle de Biologie - Institut d'écotoxicologie / Institut de Parasitologie	32.01 Cytochrome, bactériologie - microbiologie développée
Mme YVES LANGRIS		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie / Institut de Parasitologie	32.01 Microbiologie - microbiologie / hygiène hospitalière / Cytochrome, bactériologie - microbiologie
Mme CORDELLI CRISTINA		- Pôle de Médecine Intégrative, Immunologie, Nutrition, Endocrinologie, Gynécologie (Médical) - Service de Immunologie / Institut de Parasitologie	32.02 Immunologie
Mme TALACCIARDI ESTERLE ENRICA		- Pôle de Biologie - Institut d'écotoxicologie / Institut de Parasitologie	42.01 Océan / Bactériologie - microbiologie (Microbiologie)
Mme KERRY		- Pôle de Biologie Parasitaire - Service de Biologie et d'écotoxicologie / Institut de Parasitologie (Médical)	32.02 Physiologie (Microbiologie)
Mme VALMONTI ANITA		- Pôle de Recherche en génétique humaine - Service de génétique médicale / Institut de Parasitologie	34.02 Génétique humaine
LETTIMARIKA		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la femme / Institut de Parasitologie	34.02 Biologie humaine et développement et de la reproduction humaine (biologie)
Mme CHERET		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'écotoxicologie - Institut de Parasitologie	32.02 Microbiologie - microbiologie
Mme VALLA-GUICHARD SÉBASTIENNE		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie / Institut de Parasitologie	42.04 Vecteurs et zoonoses / hygiène hospitalière / cytochrome - microbiologie - microbiologie développée
Mme GUYARD ANNE		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie / Institut de Parasitologie	42.02 Parasitologie et mycologie (parasitologie)
Mme SAUCONNIER ANNE et MARGUERITE		- Pôle médical - Chirurgie de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Institut de Parasitologie	34.02 Pédiatrie
SCU JEFFREY		- Pôle de Biologie Parasitaire - Service de Biologie et d'écotoxicologie / Institut de Parasitologie (Médical)	32.02 Physiologie (Microbiologie)

#### 32 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monodépartement)

Mme SOAM Christiane ROSE	Laboratoire d'écotoxicologie / Institut de la Vie et de la Santé / Institut d'écotoxicologie	72	Spécialité - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	--	----	--

#### 33 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monodépartement)

Mme OLIVIER GISELE	U. 38 - IMA TSTT - Equipe IRS / Service de Médecine	68	Acronostomie
M. DILLINGER Jean-Philippe	U. 38 - IMA TSTT - Equipe IRS / Service de Médecine	68	Acronostomie
M. REIDLER	Laboratoire d'écotoxicologie / Institut de la Vie et de la Santé / Institut d'écotoxicologie	72	Spécialité - Histoire des sciences et des Techniques
M. LAURE LORÉ	U. 38 - IMA TSTT - Equipe IRS / Service de Médecine	68	Acronostomie
Mme HÉRALDE Cécile	Laboratoire d'écotoxicologie / Institut de la Vie et de la Santé / Institut d'écotoxicologie	72	Spécialité - Histoire des sciences et des Techniques
Mme CHRISTINE MALAVAL	Laboratoire d'écotoxicologie / Institut de la Vie et de la Santé / Institut d'écotoxicologie	72	Spécialité - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS MARIE	Laboratoire d'écotoxicologie / Institut de la Vie et de la Santé / Institut d'écotoxicologie	72	Spécialité - Histoire des sciences et des Techniques
M. GUANTON FREDERIC	Laboratoire d'écotoxicologie / Institut de la Vie et de la Santé / Institut d'écotoxicologie	72	Spécialité - Histoire des sciences et des Techniques
M. LEMOS ANNE	Laboratoire d'écotoxicologie / Institut de la Vie et de la Santé / Institut d'écotoxicologie	72	Spécialité - Histoire des sciences et des Techniques

### C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

#### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr Ag. D. HAJ DARI  
 Dr Ag. D. EL GHAZALI  
 Dr Ag. D. EL HADJ BOU  
 Dr Ag. D. EL MARI  
 Dr Ag. D. EL MARI  
 Dr Ag. D. EL MARI

#### C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr D. EL MARI  
 Dr D. EL MARI

#### C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr D. EL MARI  
 Dr D. EL MARI  
 Dr D. EL MARI  
 Dr D. EL MARI  
 Dr D. EL MARI

### D - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ACTIF D. EL MARI	- Médecin-consultant de Médecine - Service de Néphrologie pédiatrique spécialisée et de soins de longue durée HP
Dr EDHADI MARI	- Médecin-consultant de Neurologie et d'Épileptologie - Service de Neurologie Médicale - CHC
Mme Dr. GOLIA EL MARI	- Médecin-consultant de Pharmacologie - Service de Pharmacie Médicale - CHC
Dr EL MARI MARI	- Médecin-consultant - Service de Soins de Soins de Longue Durée et d'Épileptologie gériatrique (E-AD) / Soins de
Dr EL MARI MARI	- Médecin-consultant de Médecine - Cardiologie - Hôpital (CHC) - Service de Médecine Intensive et Critique / Soins de
Dr EL MARI MARI	- Médecin-consultant de Médecine - Service de Soins de Soins de Longue Durée - CHC / Hôpital (CHC)
Mme Dr. EL MARI MARI	- Médecin-consultant de Médecine - Cardiologie - Hôpital (CHC) - Soins de
Dr EL MARI MARI	- Médecin-consultant de Pédiatrie - Service de Pédiatrie - Hôpital (CHC)
Dr EL MARI MARI	- Médecin-consultant de Pédiatrie - Pédiatrie (CHC) - Service de Soins de Soins de Longue Durée / Hôpital (CHC)
Mme Dr. EL MARI MARI	- Médecin-consultant - Service de Chirurgie Générale / Hôpital (CHC)
Mme Dr. EL MARI MARI	- Médecin-consultant de Dermatologie - Centre de Soins de Soins de Longue Durée / CHC
Dr EL MARI MARI	- Médecin-consultant de Médecine - Service de Soins de Soins de Longue Durée / Hôpital (CHC)
Mme Dr. EL MARI MARI	- Médecin-consultant de Médecine - Pédiatrie - Hôpital (CHC) - Service de Soins de Soins de Longue Durée / Hôpital (CHC)



## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

## REMERCIEMENTS

---

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette thèse. Le chemin a été long et semé d'obstacles, et je suis reconnaissante envers chacun d'entre vous pour votre soutien inestimable.

A la Présidente du jury,

Madame la Professeure Maria GONZALEZ,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse et d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici, l'expression de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury,

Madame la Professeure Laurence LALANNE,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans ce jury. Veuillez recevoir, l'expression de ma considération distinguée.

Madame la Professeure Carmen SCHRÖDER,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans ce jury. Veuillez recevoir, l'expression de ma sincère reconnaissance.

A ma Directrice de Thèse,

Madame le Docteur Anne-Elisabeth SANSELME,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour votre disponibilité et vos conseils avisés tout au long de ce parcours académique. Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre expertise.

A mes parents,

Sans vous, rien n'aurait été possible. Je tiens à vous remercier pour votre soutien inconditionnel, merci d'être toujours là et d'avoir autant patienté pour cet évènement. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A mon frère Alexandre,

Merci d'être une source d'inspiration pour ta grande sœur et beaucoup de courage pour la réalisation de tes projets.

A mon mari David,

Merci pour ta présence à mes côtés au quotidien. Merci de m'encourager et de me soutenir dans les moments difficiles. Merci d'avoir écouté mes plaintes et rassuré mes doutes.

A toutes les équipes médicales et paramédicales auprès desquelles j'ai eu le plaisir de me former. Merci à chacun d'avoir forgé mon engagement dans la médecine.

A toutes les femmes médecins généralistes qui ont accepté de témoigner dans ma thèse, Ce travail n'aurait pas été possible sans votre disponibilité. Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de partager quelques moments de votre vie.

Ce travail n'aurait pas été possible sans chacun d'entre vous. Je vous remercie sincèrement pour m'avoir accompagné de près ou de loin dans cette aventure académique et pour avoir contribué à son aboutissement.

## LISTE DES ABBREVIATIONS

---

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANI : Accord National Interprofessionnel

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DGRH : Direction Générale des Ressources Humaines

DU : Diplôme Universitaire

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

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

URML-RA : Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes

QVT : Qualité de Vie au Travail

QVCT : Qualité de vie et des Conditions de Travail

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>21</b>
I. <u>LA QUALITÉ DE VIE</u>	21
1. <u>Une notion subjective et complexe</u>	21
2. <u>La qualité de vie au travail</u>	22
II. <u>DEMOGRAPHIE MEDICALE EN 2021</u>	26
1. <u>Une décroissance inquiétante des effectifs de médecins généralistes</u>	26
2. <u>Renouvellement insuffisant des médecins généralistes</u>	27
3. <u>Rajeunissement et féminisation de la médecine générale</u>	28
4. <u>Projection future de la population médicale</u>	29
III. <u>FÉMINISATION ET QUALITE DE VIE</u>	30
1. <u>Les spécificités de la profession</u>	31
2. <u>Les inégalités hommes-femmes dans la société</u>	36
3. <u>Une qualité de vie précaire pour les femmes médecins ?</u>	44
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>48</b>
I. <u>OBJECTIF DE L'ÉTUDE</u>	48
II. <u>TYPE D'ÉTUDE ET MÉTHODE</u>	48
III. <u>POPULATION ÉTUDIÉE</u>	49
1. <u>Critères d'inclusion et d'exclusion</u>	49
2. <u>Recrutement de la population d'étude</u>	50
III. <u>ENTRETIENS</u>	50
1. <u>Guide d'entretien</u>	50
2. <u>Déroulement des entretiens</u>	51
IV. <u>RECUEIL DES DONNÉES</u>	51
1. <u>Retranscription verbatim</u>	51
2. <u>Analyse des données</u>	52
<b>RÉSULTATS</b>	<b>53</b>
I. <u>MÉTHODE ET ÉCHANTILLON</u>	53
1. <u>Les entretiens</u>	53
2. <u>Profil des médecins</u>	53
II. <u>LES RETRANSCRIPTIONS</u>	55
A. <u>ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL</u>	<b>55</b>



1. <u>LE CHOIX DE L'INSTALLATION ET DU LIBÉRAL</u>	55
1.1. <u>L'Installation</u>	55
1.1.1 <u>Parcours d'installation: vécu des médecins</u>	55
1.1.2. <u>Une stabilité de l'emploi et une stabilité financière</u>	56
1.2. <u>Le choix du libéral : indépendance et liberté</u>	57
1.3. <u>Localisation du cabinet</u>	58
1.3.1. <u>Le questionnement du secteur</u>	58
1.3.2 <u>La distance du domicile</u>	59
1.4. <u>Aménagement du cabinet: réflexion autour du confort professionnel et familial</u>	60
2. <u>MODE D'EXERCICE</u>	61
2.1. <u>L'Association : la clé vers une meilleure qualité de vie au travail</u>	61
2.1.1 <u>Partage de l'exercice et de la charge de travail</u>	61
2.1.2. <u>Le planning de travail : le choix du temps partiel en majorité</u>	62
2.2. <u>Exercice seul : un modèle qui ne plaît plus par la lourdeur du travail</u>	64
2.3. <u>Entente professionnelle et travail en équipe</u>	65
3. <u>CONDITIONS DE TRAVAIL</u>	66
3.1. <u>L'importance du personnel: déléguer au maximum</u>	66
3.2. <u>Les consultations sur rendez-vous</u>	68
3.3. <u>Coordinations pluridisciplinaires</u>	70
3.4. <u>Le cas des visites à domicile : des avis divisés</u>	72
3.5. <u>Les gardes et astreintes</u>	74
3.6. <u>Charge de travail administrative débordante</u>	75
3.7. <u>La lourdeur des charges financières</u>	76
3.8. <u>Charge de travail : toujours plus de patient à absorber</u>	78
3.9. <u>La disponibilité et les nouvelles technologies de communication</u>	80
4. <u>SÉCURITÉ AU TRAVAIL</u>	83
4.1. <u>Agression physique et verbale : la vulnérabilité des femmes médecins</u>	83
4.2. <u>Vécu psychologique</u>	86
4.3. <u>Vols</u>	88
5. <u>VÉCU DE LA MATERNITÉ</u>	88
5.1. <u>La gestion de son absence : la principale préoccupation</u>	88
5.2. <u>Un aspect financier et une protection sociale peu favorables</u>	89
5.3. <u>Réaction des patients : entre ignorance et réflexions</u>	90
5.4. <u>Vécu des médecins</u>	91
6. <u>DÉVELOPPEMENT PERSONNEL ET PROFESSIONNEL</u>	92
6.1. <u>Être médecin généraliste</u>	92
6.2. <u>La médecine générale : une profession diversifiée et variée</u>	94
6.3. <u>Une profession privilégiée de par la relation du médecin avec son patient</u>	94
6.4. <u>Une formation constante : le développement des compétences</u>	95
6.5. <u>Les activités professionnelles associées</u>	96
6.6. <u>Vécu du métier : une satisfaction globale mais nuancée</u>	97
<b>B. <u>TRANSFORMATION DE LA SOCIÉTÉ : ENTRE FÉMINISATION ET ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS PATIENTS</u></b>	<b>98</b>
1. <u>FÉMINISATION : VERS DE NOUVELLES PRATIQUES</u>	98

1.1. Une évolution générationnelle : abandon de l'image du médecin traditionnelle à la disponibilité permanente vers une pratique plus équilibrée	98
1.2. Féminisation : La représentation de la profession	100
1.3. Une organisation, des règles et des limites d'exercices	102
2. <b>FÉMINISATION ET RELATION MÉDECIN-PATIENT</b>	104
2.1. Des qualités féminines ?	104
2.2. Relation médecin femme-patient : une confiance à gagner	105
3. <b>MÉDECINE ACTUELLE ET TRANSFORMATION DES COMPORTEMENTS</b>	
<b>PATIENTS</b>	107
3.1. Relation médecin-patient : entre adaptation, éducation et climat de confiance	107
3.2. Nouveaux comportements patients	109
3.2.1. Asymétrie de la relation médecin-patient	109
3.2.2. Médecine de performance	110
3.2.3. Des motifs de consultations injustifiées	111
3.2.4. Un certain nomadisme médical des patients	112
3.2.5. Une relation médecin-patient entachée	113
3.2.6. Perte du respect d'autrefois et de la considération du métier	113
<b>C. ORGANISATION DE LA VIE PERSONNELLE : LA RECHERCHE D'UN</b>	
<b>ÉQUILIBRE VIE PRIVÉE/VIE PROFESSIONNELLE</b>	<b>114</b>
1. <b>ORGANISATION DE LA VIE PRIVÉE</b>	114
1.1. Rôle de la femme et de la maman à domicile	114
1.1.1. Gravitation autour de l'enfant	114
1.1.2. Les tâches domestiques	116
1.1.3. La garde des enfants	118
1.2. Le rôle de la famille et des proches	118
1.2.1. Le soutien du conjoint	118
1.2.2. Le soutien des proches	119
1.2.3. Le ressenti des enfants	120
1.2.4. Le sacrifice d'événements familiaux	121
2. <b>CONCILIATION VIE PERSONNELLE /VIE PROFESSIONNELLE</b>	122
2.1. Équilibre vie privée/vie professionnelle	122
2.2. Investissement émotionnel	124
2.3. Charge de travail à domicile	129
2.4. L'importance du temps libre et des congés	130
2.4.1. Le temps libre personnel	130
2.4.2. Les vacances : un temps de repos indispensable	134
2.5. Vacances : assurer son remplacement	135
3. <b>SANTÉ DU MÉDECIN</b>	136
3.1. Santé personnelle : le médecin au second plan	136
3.2. Exposition aux maladies : un risque admis	137
3.3. Santé mentale : vécu global d'une journée de travail	139
3.4. Charge mentale importante : stress et angoisse au quotidien	141
3.5. La réalité de l'épuisement professionnel	141
3.6. Gestion du stress et de l'épuisement professionnel	143
3.6.1. Y porter attention, savoir reconnaître ses faiblesses et réagir tôt	144
3.6.2. Prendre des congés réguliers pour diminuer sa charge mentale	144

3.6.3. Se fixer des limites afin de se protéger	145
3.6.4. Oser entreprendre des changements dans son organisation	145
3.6.5. Gérer la charge mentale : un vécu solitaire pour certaines	145
4. PERSPECTIVES D'AVENIR	146
4.1. Toujours médecin dans le futur ? Des avis nuancés pour certaines	146
4.1.1. Rester médecin généraliste pour la grande majorité	146
4.1.2. Se reconverter dans une autre profession médicale	146
4.1.3. Rester médecin, mais en fonction des conditions de travail futures	147
4.2. Appel aux changements : favoriser l'installation de jeunes médecins	148
4.2.1. Réduire les charges financières et administratives	148
4.2.2. Valoriser la profession financièrement	148
<b>DISCUSSION</b>	<b>150</b>
I. FORCES DE L'ETUDE	150
II. LIMITES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	151
III. MEILLEUR EST L'ÉQUILIBRE VIE PERSONNELLE/ VIE PROFESSIONNELLE, MEILLEUR EST LA QUALITÉ DE VIE	153
1. Les facteurs professionnels d'un équilibre vie privée/ vie professionnelle	153
2. Les facteurs personnels d'un équilibre vie privée/ vie professionnelle	158
IV. L'INTROSPECTION : LA CONDITION NÉCESSAIRE POUR PRENDRE CONSCIENCE DE LA DIMENSION AFFECTIVE SUR NOS DÉCISIONS ORGANISATIONNELLES	162
1. La prise de conscience du rôle et de l'identité du médecin dans la société : une remise en question du socle historique	162
2. De l'idéalisme professionnel au burn-out : un travail d'introspection	165
V. MÉDECINE AU FÉMININ : LA FÉMINISATION, UN ATOUT	169
1. Du paternalisme au maternalisme	169
2. Médecine, un métier de femme ?	172
3. Féminisation de la médecine, les femmes l'avenir de la médecine ? La question de l'égalité des chances en médecine.	174
<b>CONCLUSION</b>	<b>178</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>182</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>192</b>
Annexe 1 : Guide d'entretien	192
Annexe 2 : Retranscription entretien 8	193

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

<u>Figure 1 : Boussole de la qualité de vie au travail</u>	<u>24</u>
<u>Figure 2 : Evolution de nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010</u>	<u>27</u>
<u>Figure 3 : Proportion (%) des moins de 40 ans et des plus de 60 ans par groupe de spécialités en activité régulière en 2021</u>	<u>27</u>
<u>Figure 4 : Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2021</u>	<u>28</u>
<u>Figure 5 : Moyenne d'âge (année) des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021</u>	<u>29</u>
<u>Figure 6 : Répartition par sexe et âge des médecins selon les hypothèses du scénario tendanciel</u>	<u>30</u>
<u>Figure 7 : Taux d'inflation, données annuelles de 1991 à 2022</u>	<u>35</u>

# INTRODUCTION

---

## I. LA QUALITÉ DE VIE

### 1. Une notion subjective et complexe

La qualité de vie est une notion purement subjective, propre aux valeurs socioculturelles défendues par un individu. Étant un ressenti personnel, elle est variable d'un individu à un autre, mais également variable au sein d'un même individu en fonction du temps. Par ailleurs, les dimensions de la qualité de vie sont multiples si bien que proposer une définition consensuelle est complexe.

Dans le domaine de la santé, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit en 1993 la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. » (1)

Même si aucune définition stricte n'est proposée, nous pouvons tout de même dire que la qualité de vie se rapproche de la notion de bien-être et de satisfaction de vie d'un individu. Autrement dit, c'est l'ensemble des facteurs qui assurent le bien-être d'un individu dans un contexte donné.

L'évaluation de la qualité de vie est très largement utilisée dans le domaine de la santé. Aujourd'hui, dans un contexte de récurrence de pathologies chroniques, cancéreuses ou incurables, la recherche d'une guérison n'est plus l'objectif principal : le but n'est plus de guérir, mais plutôt de rechercher la meilleure qualité de vie possible, afin de permettre au patient de vivre au mieux avec sa maladie. D'où la pertinence de l'usage fréquent de la qualité de vie comme critère d'évaluation.

À savoir que l'évaluation de la qualité de vie s'effectue à un moment donné et dans un contexte donné pour un individu donné. La qualité de vie étant une conception individuelle et variable, il est difficile d'en proposer une évaluation objective et unique. D'innombrables échelles de mesure ont été développées et permettent d'évaluer un ou plusieurs aspects de la qualité de vie. De manière simplifiée, il existe des questionnaires génériques à toutes pathologies (à titre d'exemple, le questionnaire SF 36, SF 12 ou EQ-5D-5L) (2) et des questionnaires spécifiques d'une pathologie.

## **2. La qualité de vie au travail**

La deuxième notion que nous allons aborder est la qualité de vie au travail (QVT). Récemment, depuis le 31 mars 2022, la qualité de vie au travail a été renommée dans le code du travail, la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT).

Les hommes et les femmes passent une grande partie de leur vie à travailler. Par conséquent, le travail peut être générateur de bonheur, de satisfaction et d'accomplissement tout comme il peut être une vraie malédiction, source de tension psychique, d'épuisement et de démotivation. La position bénéfique ou néfaste du travail va dépendre du ressenti d'un individu sur la façon et les conditions dans lesquelles il travaille.

La QVCT s'apprécie au travers des conditions de travail dans lesquelles évoluent les salariés, mais également sur leur capacité à s'exprimer librement et à la possibilité d'agir sur le contenu de leur travail. En 2013, l'ANI (Accord National Interprofessionnel) définit la QVT comme « les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des entreprises. » (3)

La QVCT ne se limite pas au cadre du travail strict. Elle prend également en considération :

- L'environnement de travail et les conditions de travail (locaux, climat social, contenu du travail, évolution de carrière, formations...)
- L'équilibre vie privée/vie professionnelle et les conditions de vie liées au travail (santé physique et psychologique, déplacement, télétravail, garde d'enfant et crèche...)

Pour mieux appréhender les dimensions de la QVCT, le réseau Anact-Aract (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail - Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail) a développé un outil : « *La boussole qualité de vie au travail* » organisé autour de 6 axes (3).



Figure 1 : Boussole de la qualité de vie au travail

Source : Réseau Anact-Aract

Les enjeux de la QVCT justifient l'intérêt grandissant pour ce concept dans la société actuelle.

S'engager dans une démarche de QVCT, c'est de manière non-exhaustive agir sur :

- La performance économique : la lutte contre l'absentéisme, le maintien de l'emploi, le sens du travail, en faveur de la productivité, de l'attractivité et de l'engagement.
- Le bien-être et la santé des employés : prévenir les risques psychosociaux du travail, diminuer le stress, la dépression ou encore le burn-out.
- L'aspect social et sociétal : le climat de confiance, la diversité, l'équité, la cohésion des équipes, le télétravail, la mobilité, la création de crèches, la conciliation des temps de vie, afin de développer un sentiment d'équité, de loyauté et d'appartenance à l'entreprise.

Les enjeux sont alors autant économiques et commerciaux que sociaux et humains. Raisons pour lesquelles, la QVCT est une préoccupation des entreprises, mais également des établissements de santé.



En effet, en ce qui concerne la santé, la qualité de vie au travail des soignants est intimement liée à la qualité des soins que nous donnons (4). Difficile d'imaginer un soignant en souffrance, au bord de la rupture prodiguer un jugement éclairé et des soins optimaux à un patient. Des soins de qualité dépendent d'acteurs en équilibre et en harmonie avec eux-mêmes. C'est pourquoi la qualité de vie au travail des soignants devient une priorité politique au cœur de l'ambition de nos instances gouvernementales.

Le 05 décembre 2016, Marisol Touraine, ministre de la Santé, présente dans le volet destiné aux professionnels exerçant en ambulatoire, la stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail intitulée « *prendre soin de ceux qui nous soignent* » et s'articule autour de 3 axes (5):

- L'amélioration des conditions d'exercice
- La sécurité des professionnels de santé dans leur contexte d'exercice ambulatoire
- La prise en charge de la souffrance au travail

Elle est de nouveau relayée en juillet 2018, par la création d'un observatoire national dédié à la qualité de vie au travail des professionnels de santé, présenté par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé (6).

Aujourd'hui, la qualité de vie et les conditions de travail des médecins ne sont plus des options, mais une nécessité. Le monde du travail évolue avec les innovations technologiques : hyperinformatisation, robotisation, médiatisation au service de la performance et de la rentabilité des entreprises, qui cloisonnent les individus dans un système bureaucratique

hermétique, au détriment des valeurs humaines et des spécificités individuelles. Il faut ajouter à cela, les remaniements liés à la crise sanitaire où le télétravail efface la frontière entre vie privée et vie professionnelle, fragilisant encore plus la recherche d'une qualité de vie convenable. C'est pourquoi, dans un univers du travail en perpétuelle évolution, promouvoir la QVCT permet de garantir des travailleurs équilibrés et motivés, pour le bénéfice des entreprises et de la société.

## **II. DEMOGRAPHIE MEDICALE EN 2021**

### **1. Une décroissance inquiétante des effectifs de médecins généralistes**

Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) publie chaque année son atlas de la démographie médicale en France (7).

Les chiffres retrouvés témoignent d'une première constatation inquiétante : la diminution du nombre de médecins généralistes en activité qui témoigne du manque d'attrait des nouvelles générations pour la profession.

En effet, au 1er janvier 2021, l'atlas recense 214 200 médecins de moins de 70 ans en activité, dont 85 364 médecins généralistes en activité régulière. Ce qui représente une diminution de 9% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.9% depuis 2020. Cette décroissance a de fortes chances de se poursuivre dans les prochaines années. En 2025, les médecins généralistes ne représenteraient que 82 018 des effectifs (7).

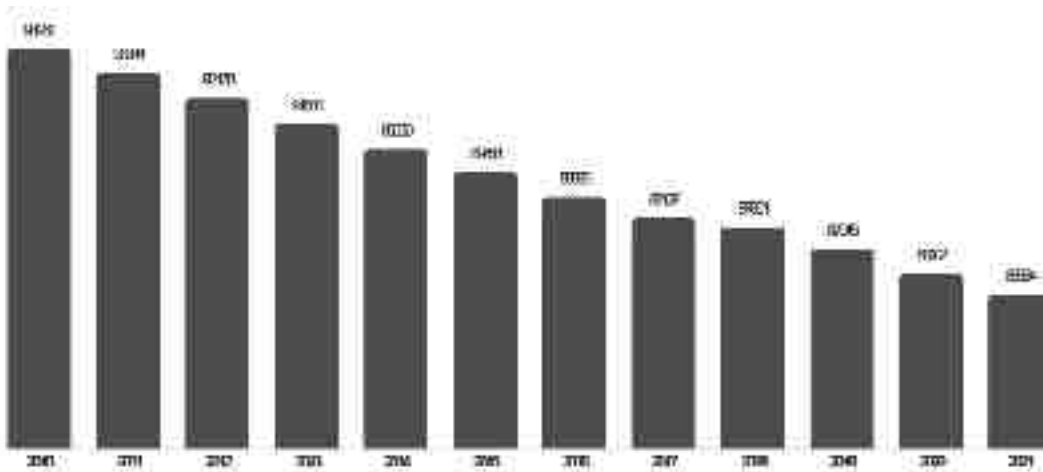


Figure 2 : Evolution de nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010

Source : Atlas de la démographie médicale en France, CNOM

## 2. Renouvellement insuffisant des médecins généralistes

En 2021, la part des médecins généralistes de plus de 60 ans est de 25,9% et celle des moins de 40 ans est de 24,1%. Par conséquent, le renouvellement par les nouvelles générations reste insuffisant pour les médecins généralistes. Ce constat n'est pas le même pour les autres spécialités médicales et chirurgicales : Index de renouvellement insuffisant à 0,96 pour la médecine générale contre 1,15 et 1,29 pour les spécialistes médicaux et chirurgicaux aux renouvellements suffisants. (7)

Groupe de spécialités	Part des moins de 40 ans	Part des plus de 60 ans
Généralistes	24,1	25,9
Spécialités médicales	26,9	24,9
Spécialités chirurgicales	28,8	23,4

Figure 3 : Proportion (%) des moins de 40 ans et des plus de 60 ans par groupe de spécialités en activité régulière en 2021

Source : Atlas de la démographie médicale en France, CNOM

### 3. Rajeunissement et féminisation de la médecine générale

En 2021, nous assistons à une parité des effectifs de médecins généralistes : un médecin généraliste en activité sur deux est aujourd'hui une femme. En effet, elles représentent 51,5% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière confirmant la réalité de la féminisation de la profession. De plus, parmi les jeunes générations de médecins de moins de 40 ans, elles représentent 65% des effectifs. (7)

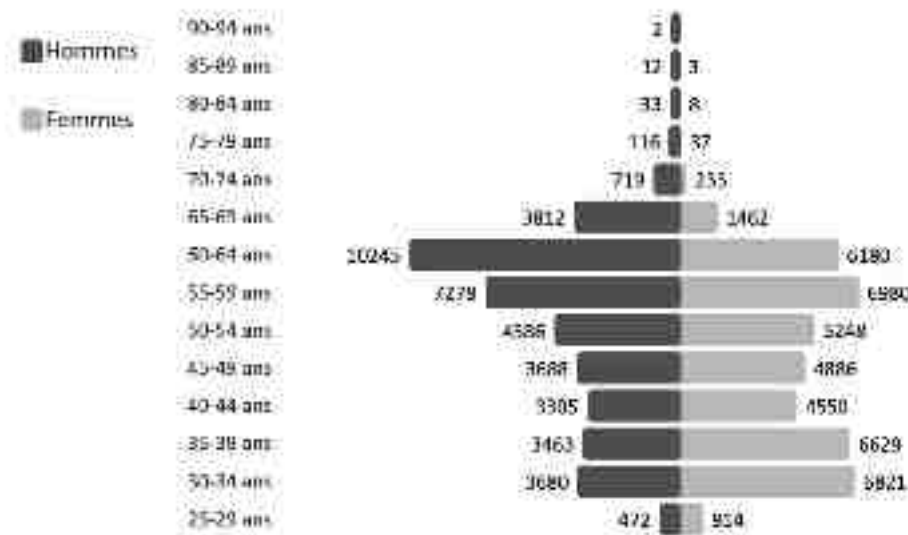


Figure 4 : Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2021

Source : Atlas de la démographie médicale en France, CNOM

Par ailleurs, il est également constaté un rajeunissement des médecins généralistes en activité. Depuis 2015, l'âge moyen des médecins généralistes en activité baisse, passant de 51 ans en 2015 contre 49,9 ans en 2021. (7)

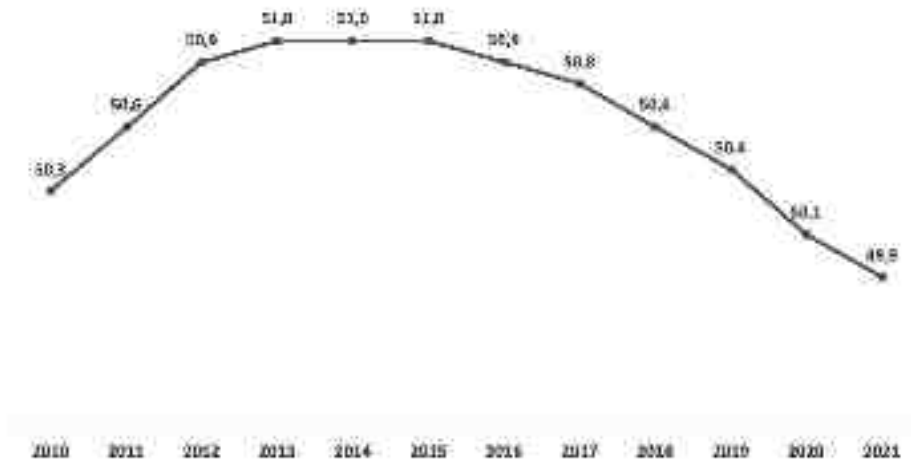


Figure 5 : Moyenne d'âge (année) des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021

Source : Atlas de la démographie médicale en France, CNOM

#### 4. Projection future de la population médicale

Des projections démographiques ont été réalisées par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et ont pour but de dépendre l'évolution de la démographie médicale des professionnels de santé de moins de 70 ans en activité de 2021 jusqu'en 2050 (8).

En suivant la tendance actuelle, il en découle que les femmes seront de plus en plus nombreuses à exercer des professions médicales dans les années à venir. En 2021, elles représentent 50% des médecins en activité et selon les projections, elles seront 56,8% en 2030, puis 59,7% en 2040 et enfin 60,4% en 2050 (8).

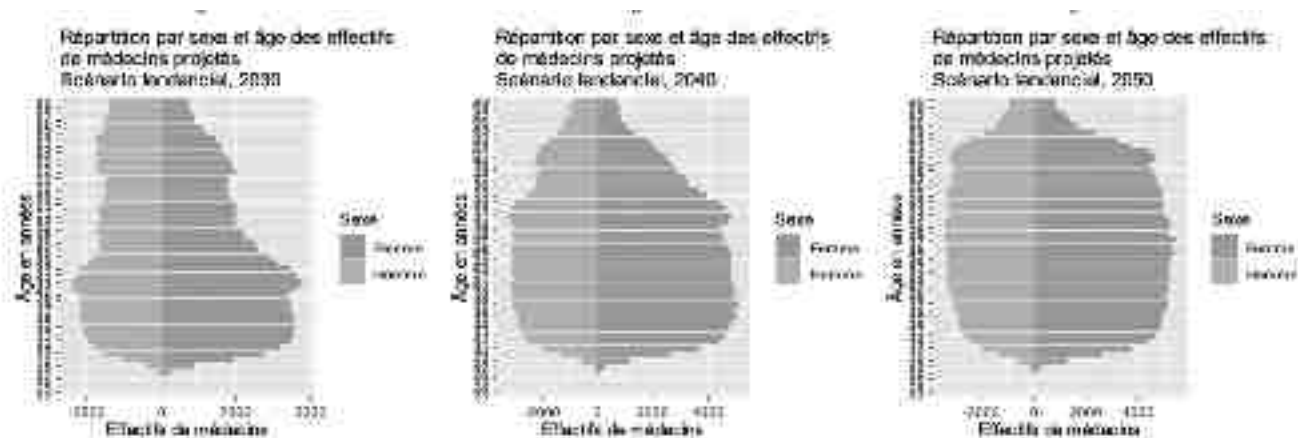


Figure 6 : Répartition par sexe et âge des médecins selon les hypothèses du scénario tendanciel

Source : Les dossiers de le DRESS

### **III. FÉMINISATION ET QUALITE DE VIE**

La médecine générale a longtemps été représentée comme un métier d'homme, dont le dévouement et la disponibilité permanente semblaient incompatibles avec les aspirations familiales et la conciliation vie professionnelle/vie privée que souhaitent les femmes.

Pourtant, la médecine générale semble être aujourd'hui devenue une profession qui convient aux femmes, comme en témoignent les chiffres de la démographie médicale actuelle. Nous rappelons qu'en 2021, la parité est atteinte avec autant d'hommes que de femmes dans la profession. En outre, au vu des projections de la démographie médicale, elles seront même majoritaires aux hommes dans les générations à venir (8).

Par conséquent, il est intéressant de réfléchir sur la problématique de la qualité de vie des femmes médecins généralistes à travers quelques constatations.

## 1. Les spécificités de la profession

Tout d'abord, la profession est exigeante et jouit d'une redoutable réputation en matière de contraintes professionnelles et de conditions de travail laborieuses. Pour ne citer que quelques exemples maintes fois relatés, nous évoquerons :

- **La pénibilité de la médecine générale : La lourdeur de la charge de travail, l'administratif pesant au détriment du temps médical, les responsabilités professionnelles importantes et la permanence des soins pesante.**

En 2012, l'enquête de la DREES sur « *les emplois du temps des médecins généralistes* » retrouve que 78 % des médecins généralistes travaillent 50h ou plus par semaine avec une moyenne de 9 demi-journées par semaine. 60 % des médecins participent aux gardes et 30 % exercent des activités professionnelles en dehors du cabinet. (9)

En 2019, le temps de travail est comparable à l'enquête de 2012. « *Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50h par semaine* » déclare une nouvelle étude de la DREES. En moyenne, il s'agit de 54h de travail par semaine, 9,5 demi-journées par semaine. (10)

En 2021, dans l'enquête du CNOM « *soigner demain, la parole aux médecins* », les trois principales difficultés concernant les conditions de travail sont la surcharge administrative, la surcharge de travail et la diminution/dégradation du temps médical. 80 % des médecins interrogés concluent à une détérioration du temps médical face à la charge administrative. (11)

- **La dégradation de la relation médecin malade suite à l'émergence de nouveaux comportements patients, entraîne un sentiment de manque de reconnaissance publique de la profession.**

La relation médecin-malade est le fondement de la profession. C'est la base même de tout soin, reposant sur une confiance mutuelle et réciproque entre le patient et son médecin. Ce rapport a bien évolué au gré des époques, témoignant des évolutions et des transformations de la société.

Initialement, la relation médecin-malade se décrivait paternaliste et unilatérale, où le médecin savait et le patient obéissait passivement sans poser d'opposition. Aujourd'hui, ce n'est plus le modèle qui prédomine. La relation médecin-malade repose de nos jours sur un échange au plus équitable des informations médicales. Le médecin se veut bienveillant et juste. Il informe, propose, et conseille une thérapeutique, dans le cadre quasi-systématique de l'accord et de la participation de son patient.

L'histoire est le reflet de la transformation du lien médecin-patient que nous connaissons aujourd'hui. Elle a assisté à la désacralisation du médecin autrefois mis sur un piédestal vers une profession presque considérée comme une autre aujourd'hui. Notre système de soins actuel s'imprègne des avancées technologiques et scientifiques, ainsi que des nouvelles technologies de l'information et de communications. L'information médicale est publique, verbalisée dans un langage banalisé dans le but de réduire les inégalités de savoir. La santé se veut accessible à tous et le savoir médical n'est plus détenu par une classe de métier. De plus, l'informatisation, les objets connectés et intelligents ou encore l'intelligence artificielle font partie du quotidien et transforment notre manière de vivre. Enfin, la santé s'inscrit dans une



politique économique de plus en plus oppressante, aux consignes parfois contradictoires visant à concilier paradoxalement la performance et rentabilité à outrance avec la qualité des soins.

C'est dans ce contexte que les pratiques médicales et la relation médecin-malade se complexifient. Aujourd'hui, il n'est plus à dénombrer la croissance des patients exigeants, revendicatifs, aux comportements incivils, voire agressifs. Les plaintes au conseil de l'ordre sont de plus en plus nombreuses et le taux d'agression envers les médecins est en hausse constante depuis ces dernières années, témoignant alors d'un malaise au sein du monde médical (12). D'un côté, nous avons des patients qui deviennent acteurs et actifs de leur santé en opposition avec la passivité et l'obéissance d'autrefois. Puis d'un autre côté, nous avons des soignants en souffrance, et épuisés : burn-out, épuisement professionnel, abandon de carrière, suicide ne cessent d'alimenter la presse quotidienne. Les médecins doivent répondre aux demandes de patients en inadéquation avec un système de santé qui cloisonne toujours plus les actes médicaux : protocoles, contrôles, réglementations, contraintes de prescriptions...

Les médecins et les patients expriment clairement un mal-être. Pour les patients, le manque d'écoute vis-à-vis de leurs plaintes est souvent retrouvé : des consultations trop rapides, vite expédiées, peu d'écoute, parfois un sentiment d'abandon et des soins dépersonnalisés. Pour les médecins, le manque de considération et de reconnaissance au vu des conditions de travail est fréquemment cité. Ces dernières se dégradent dans une logique de gestion économique drastique d'un côté et d'autre part, la contradiction de conserver des objectifs de soins optimaux. (12)

- **Un climat pessimiste du système de santé**

Dans la continuité de nos propos, les médecins n'ont plus confiance dans le système de santé actuel. En effet, l'enquête du CNOM de 2021, 81 % des médecins actifs ont le sentiment que le système de santé se dégrade. 96 % estiment qu'il faut réformer ou adapter le système de santé. La priorité à 97% des interrogés est d'augmenter le temps médical en diminuant la lourdeur administrative. (11)

- **La faible rémunération pour la pénibilité du travail**

En 2019, le site Medscape réalise une enquête sur les revenus et la satisfaction professionnelle chez près de 1000 médecins. (13) Il ressort que 74 % des médecins estiment être insuffisamment rémunérés au regard des « énormes responsabilités, des études difficiles et de la charge de travail ». Par ailleurs, 55 % des médecins généralistes observent une baisse de leur pouvoir d'achat, justifiée par l'augmentation du coût de la vie, des charges et des taxes, dénonçant ainsi une fiscalité démesurée avec des revenus qui ne suivent pas.

Dans l'enquête du CNOM de 2021, la valorisation économique de la profession fait partie des objectifs principaux attendus d'une nouvelle réforme de santé (64 % des médecins libéraux). (11)

En 2022, les stigmates de la pandémie du covid et l'éclatement de la guerre en Ukraine plongent le monde dans une crise économique et énergétique. La France atteint des records du taux de l'inflation depuis des décennies. L'année 2022 s'est clôturée avec une moyenne annuelle du taux d'inflation de 5,2 % selon les données de l'INSEE. (14)

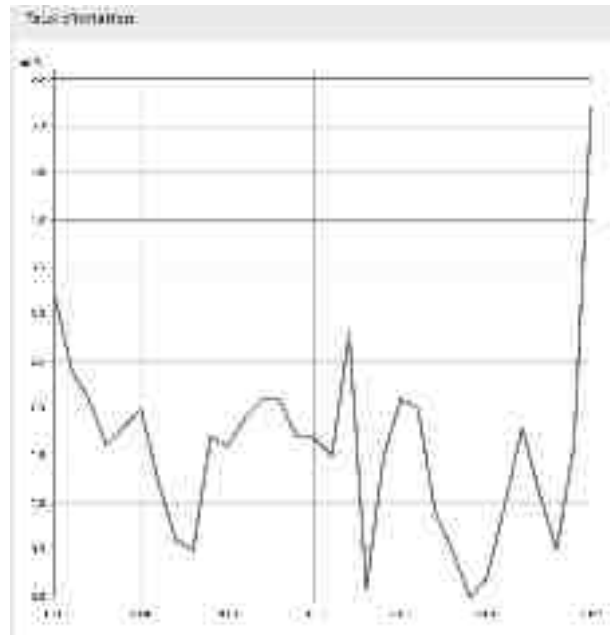


Figure 7 : Taux d'inflation, données annuelles de 1991 à 2022

Source : INSEE, indices des prix à la consommation

C'est dans ce contexte économique morose que depuis décembre 2022, les médecins mènent des mouvements de grève pour demander une revalorisation de la consultation médicale.

• **Un risque préoccupant d'épuisement professionnel ou de burn-out élevé**

En 2007, dans son étude sur l'épuisement professionnel, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Île de France retrouve que 53 % des médecins se sentent menacés par le burn-out, particulièrement les médecins généralistes à 60,8 %. Les causes les plus fréquemment citées sont : en tête de liste « l'excès de paperasserie » (96 %), puis « la non reconnaissance de l'action du médecin » (90,1 %), « la charge de travail » (89,1 %), « l'augmentation des contraintes collectives » (88,6 %), « la longueur des journées » (85,3 %) et enfin « l'exigence des patients » (84,1 %). (15)

Dans une étude « Santé physique et psychique des médecins généralistes » de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) publiée en 2010, c'est plus d'un généraliste sur 10 qui est en détresse psychologique. En ce qui concerne les femmes, elles sont 2 fois plus concernées que les hommes, avec une prise d'anxiolytiques et d'antidépresseurs plus fréquentes. (16)

Au stade ultime, le suicide des médecins occupe une réalité inquiétante dans la communauté médicale. Il est difficile de retrouver des chiffres précis sur la situation, bien que le sujet soit de plus en plus médiatisé. Nous citerons tout de même une enquête du CNOM réalisée en 2003, qui retrouve une prévalence de décès par suicide de 14 % des médecins libéraux en activité contre 5,4% dans la population générale. (17)

## **2. Les inégalités hommes-femmes dans la société**

Ensuite, nous ajoutons à l'exigence du métier, les contraintes et les obligations propres aux femmes et aux mères, qui ne soulagent guère la charge de travail qui porte sur les femmes. Clairement, les femmes ne sont pas exposées aux mêmes contraintes de temps et de disponibilités que les hommes. D'une part, elles doivent assurer les obligations de leurs vies professionnelles. D'autre part, elles cumulent bien souvent le travail avec leurs vies familiales rythmées par la maternité puis l'exigence des enfants et de la tenue du foyer.

### **• La maternité des femmes médecins est une période délicate voire pénalisante**

Revenons d'abord rapidement sur la maternité des femmes médecins, une période délicate, bien trop souvent vécue comme un inconvénient voire un facteur discriminant freinant la carrière professionnelle.

Selon une enquête publiée en mars 2019 par l'intersyndicale Action praticiens hôpital, une femme sur trois (29 %) considère que la maternité a pénalisé leur carrière hospitalière et tout autant (30 %) a ressenti des attitudes discriminatoires liées à leur grossesse. 77 % déclarent ne pas avoir bénéficié d'aménagement de poste et 6 % des jeunes femmes médecins ne prennent pas de congé maternité, soit pour des soucis de carrière soit parce qu'elles n'ont pas osé le prendre. (18) Constat inquiétant lorsque l'on sait que les métiers de la santé de par l'amplitude horaire et le stress quotidien sont à risque pour la grossesse et l'enfant à naître.

Dans le cadre des grossesses des femmes médecins généralistes installées, nous illustrerons nos propos par les conclusions de deux thèses réalisées sur le sujet de la maternité des femmes médecins généralistes.

En 2013, Madame Fromont-Sergent D relève dans sa thèse « *Organisation professionnelle et suivie des femmes médecins généralistes libérales pendant leur(s) grossesse(s) depuis 2006* » les conclusions suivantes (19) :

- Une durée totale de congé maternité inférieure à la durée indemnisée : en moyenne 14,6 semaines pour la moitié des femmes interrogées.
- La contrainte financière est la raison principale de la réduction de la durée du congé maternité.
- Des indemnités insuffisantes pour répondre aux charges professionnelles.
- Les difficultés pour trouver un remplaçant.
- 80 % des femmes n'ont ni réduit le nombre de jours travaillés, ni le nombre de consultations par jour.
- 68 % des femmes considèrent que le statut libéral est un frein à la maternité.

Ensuite, la thèse de Madame Cohen A en 2016 « *Être mère et médecin généraliste : la gestion de la maternité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 18 femmes médecins généralistes installées dans la région Rhône-Alpes* » rapporte les éléments suivants (20) :

- Une liberté d'organisation de son temps de travail favorable à l'allaitement et à la garde des enfants.
- Un vécu de la maternité globalement satisfaisant des femmes interrogées.
- Des patients inquiets mais globalement restés fidèles au médecin.
- Les contraintes financières étant le frein majeur à une maternité en libéral. Les indemnités n'étant pas suffisantes pour répondre aux charges professionnelles obligeant de constituer une réserve en amont et pour certaines, une reprise précoce du travail.

Ces deux thèses rapportent une difficulté majeure durant cette période : les faibles indemnités qui poussent les médecins à écourter leur congé maternité et à prévoir une trésorerie en amont du projet de maternité.

Bien longtemps, les femmes médecins ne se voyaient offrir que 8 semaines de congé maternité pour n'importe quel type de grossesse contre 16 semaines pour une grossesse normale d'une femme salariée. Ce n'est qu'en 2006, qu'enfin la durée du congé maternité d'une femme médecin égalise celle des autres. Cette égalité est certes une reconnaissance du statut de future mère, mais malheureusement ne semble pas suffisante pour faire face aux dépenses d'un cabinet.

Depuis, la couverture maternité des femmes médecins s'est améliorée. En 2014, est indemnisé l'arrêt de cabinet pour cause de pathologie de la grossesse. En 2017, c'est la création de l'avantage supplémentaire maternité qui offre 3 000 € par mois aux femmes médecins enceintes.

- **L'éducation des enfants revient en grande partie aux femmes.**

Même si nos sociétés font naître des pères modernes soucieux de prendre part à l'éducation de leurs enfants, le soin de ces derniers est tout de même en grande majorité l'affaire des mères, peu importe sa carrière.

Au niveau professionnel, sans parler de la grossesse que nous avons précédemment évoqué, les enfants ont une influence directe et largement plus conséquente sur la carrière des femmes par rapport à celle des hommes.

Dans *Population et sociétés*, paraît en 2006 un article intitulé « *Vie professionnelle et naissance : la charge de la conciliation repose essentiellement sur les femmes* » et relate que les pères réduisent 20 fois moins souvent leurs activités que les mères. 39 % des mères qui travaillent déclarent avoir modifié leur activité professionnelle (changement de statut, horaire, charge de travail...) contre seulement 6 % des hommes. (21) L'inégalité est considérable mais révélatrice des contraintes familiales qui incombent à une femme.

En 2010, selon une étude de l'INSEE, les femmes prennent en charge 71 % des tâches parentales au sein des foyers, ce qui rejoint les données citées précédemment. (22)

Dans l'étude menée par Action praticiens hôpital (APH) en 2019, 28 % des médecins hommes ont une conjointe qui travaille à temps partiel alors que seulement 6 % des femmes médecins ont un conjoint qui travaille à temps partiel. 62 % des femmes utilisent leur repos de sécurité pour s'occuper des enfants ou des tâches domestiques contre 25% des hommes. Enfin, 36 % des femmes considèrent avoir modifié leur parcours professionnel à cause des charges familiales contre 22 % des hommes. (18)

Il existe donc une forte asymétrie dans la répartition de la charge familiale entre les hommes et les femmes. Les femmes sont les piliers de la sphère familiale, qu'elles occupent un poste à responsabilités ou non, elles représentent l'autorité familiale au sein d'un couple bi-actif voire l'autorité exclusive dans les familles monoparentales.

- **Les soins aux proches sont également une affaire de femmes.**

La population vieillit et le maintien à domicile des personnes âgées est devenu une priorité pour de nombreuses familles.

En 2007, selon les données de l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, 29% des Français déclarent consacrer au moins une heure tous les jours au soin d'enfant ou d'une personne dépendante. (23)

En 2016, le taux augmente de 5 points pour les hommes contre 11 points chez les femmes. Chez les couples avec enfant(s), c'est 88 % des femmes contre 75 % des hommes qui consacrent au moins une heure par jour à s'occuper de proches. Elles sont aussi majoritaires dans les familles monoparentales et ont plus souvent à charge les enfants que les pères seuls. Au sein des couples retraités, les femmes sont également plus souvent concernées que les



hommes : elles sont les aidantes principales des parents encore en vie ou des conjoints dépendants. (23)

Les femmes sont ainsi plus nombreuses que les hommes à s'occuper des enfants puis des parents âgés alors même qu'elles sont toujours en exercice professionnel et enfin de leur conjoint à l'âge de la retraite. Ces constatations creusent encore les inégalités hommes-femmes en matière de soins consacrés aux proches.

- **Même constat pour les tâches domestiques : les femmes sont en grande majorité responsables des tâches quotidiennes du foyer.**

Historiquement, ce sont les femmes qui avaient la gestion et l'intendance du foyer. De nos jours, les normes sociales ont évolué. La parité est de plus en plus recherchée dans les couples en matière de tâches domestiques.

Cependant en réalité, la répartition des tâches domestiques reste très inégale entre les hommes et les femmes, même dans les couples où les deux conjoints travaillent à temps complet. Les mentalités sont loin d'avoir changé sur le sujet et la représentation sociale de la femme comme la ménagère qui s'acquitte des tâches domestiques et de la gestion de son ménage est un stéréotype encore bien ancré aujourd'hui. Par exemple, il est bien trop souvent inscrit dans l'opinion publique que la bonne tenue d'une maison dépend de la femme. Ainsi, une maison mal tenue sera largement plus reprochée à une femme qu'à son conjoint.

« *Dans les couples salariés, la répartition du travail domestique reste inégale* », c'est ce que titre un article de l'INSEE en 2006 par les auteurs Ponthieux S et Schreiber A. L'article commente les résultats d'une étude de l'INSEE menée en 1999, intitulée « enquête emploi du

temps ». Il en ressort que les femmes qui travaillent à temps complet, consacrent en moyenne deux fois plus de temps aux tâches domestiques que leurs conjoints (4h pour les femmes contre 2h14 pour les hommes en moyenne). (24)

Le constat n'est pas franchement mieux pour celles qui gagnent plus que leur conjoint, car l'inégalité de la répartition des tâches est quasiment aussi comparable. Pourtant, il est montré dans l'article que plus le pouvoir économique d'une femme augmente, plus son conjoint augmente sa part de tâches domestiques. En réalité, l'augmentation de cette participation est très faible. Les chiffres sont parlants : dans les couples où la femme gagne moins que son conjoint, les hommes prennent en charge 32 % des tâches domestiques. Dans les couples où cette fois, la femme gagne autant voire plus que son conjoint, les hommes réalisent 37 % des tâches domestiques, une différence qui est alors dérisoire. (24)

En 2010, soit 10 ans après l'étude de 1999, l'INSEE publie une nouvelle étude qui ne retrouve que très peu de changement sur les inégalités hommes-femmes : en 2010, les femmes prennent en charge 64 % des tâches domestiques au sein des foyers. En comparaison, en 1985, le taux était de 69 %. Autrement dit, la répartition des tâches domestiques n'a que très peu évolué au cours des 25 dernières années. (22)

Enfin, nous finirons par les données de l'Observatoire des inégalités en 2016 de l'institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes qui retrouvent que 80 % des femmes indiquent consacrer au moins une heure par jour à la cuisine ou au ménage contre à peine 36 % des hommes. Cependant, il est probable que les hommes participent plus souvent qu'avant aux tâches ménagères, mais de façon plus ponctuelle ou le week-end par exemple. En

conclusion, les résultats montrent que ce sont les femmes qui s'occupent massivement des activités domestiques les plus astreignantes et routinières. (23)

- **Une charge mentale accrue pour les femmes**

Dans notre société actuelle, les femmes sont massivement sur le marché du travail. De plus en plus d'entre elles occupent des postes à responsabilités et il n'est plus rare de voir une femme travailler plus que son conjoint ou être le principal revenu du couple. Aussi, nous avons vu que les tâches domestiques, les soins aux proches et l'éducation des enfants sont en grande partie de la responsabilité des femmes, alors même qu'elles travaillent plus que leur conjoint.

Autrement dit, les femmes cumulent plusieurs vies. Elles doivent concilier la maison, les proches, les enfants, le travail et aussi leurs propres aspirations personnelles de loisirs et de vie sociale (bien souvent mis de côté). En somme, la vie d'une femme relève d'un véritable travail d'équilibriste.

Elles doivent penser à tout en toutes circonstances, tout organiser et tout superviser pour assurer le bon fonctionnement du foyer. C'est la définition de la charge mentale : un travail de pensée permanent, invisible et épuisant au quotidien. C'est le quotidien des femmes, être sur tous les fronts, gérer et organiser tous les domaines de la vie quotidienne : l'imposante charge mentale des femmes est indéniable et reste majoritairement supportée par elles.

Forcément, les excès de la charge mentale se feront ressentir sur le bien-être des femmes qui inévitablement finira par se répercuter sur le travail, la vie sociale, la famille et/ou sa propre personne.

Dans la revue en ligne *Dialogues Economiques*, un article titre « *La charge mentale, une double peine pour les femmes* ». L'article met en lumière les résultats d'une étude réalisée en 2018 par trois économistes. Il relate l'inégale répartition de la charge mentale entre hommes et femmes, mais souligne également que la charge mentale pèse sur le bien-être des femmes et sur les inégalités sur le marché du travail.

Notamment celles qui travaillent plus que leur conjoint, elles sont plus stressées, moins heureuses et moins satisfaites de leur vie familiale/conjugale. La raison principale tient en la répartition des tâches domestiques : lorsque le conjoint consacre plus de temps aux tâches domestiques, les femmes sont plus heureuses et plus satisfaites de travailler plus que leur conjoint. Inversement, celles qui supportent un manque d'équité dans la répartition des tâches ménagères sont plus insatisfaites de travailler plus que leur conjoint. Dans cette situation, la charge mentale n'en est que plus conséquente : elles font plus d'heures de travail que leur conjoint et tout autant à la maison. Cette double pénibilité explique la lourde charge mentale et sa répercussion sur le bien-être. Selon les auteurs, l'inégale répartition des tâches domestiques est responsable de l'aversion des femmes à travailler plus que leur conjoint. (25)

### **3. Une qualité de vie précaire pour les femmes médecins ?**

À travers les constatations énumérées, nous comprenons alors la dimension fragile de la qualité de vie des femmes médecins généralistes. Entre engagement et exigence d'une profession humainement difficile d'un côté et charge familiale, gestion du foyer d'un autre côté, l'équilibre vie personnelle/vie professionnelle peut être difficile et la qualité de vie des femmes médecins peut être affreusement mauvaise.

Ainsi, selon une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes auprès de 1500 médecins (26) :

- 40 % des médecins considèrent que leur activité n'est pas conforme à leurs aspirations avec plus de désillusions pointées par les femmes.
- 31 % des femmes estiment ne pas avoir réussi dans leur carrière à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale.
- Parmi ces dernières, 2/3 des femmes évoquent une vie professionnelle insatisfaisante ou des aspirations professionnelles sacrifiées : près de 30 % estiment avoir perdu sur les deux tableaux.

Cependant, il est à constater que malgré les difficultés et les freins réputés de la profession, les femmes sont de plus en plus nombreuses à s'installer. Preuve d'un attrait certain des nouvelles générations de femmes pour la profession qui ne semblent pas craindre les échos d'une qualité de vie sacrifiée. Alors qu'en est-il en réalité ? Comment se porte la qualité de vie des femmes médecins généralistes quand elles doivent jongler avec une double vie professionnelle et familiale ? Réussissent-elles à concilier vie personnelle et vie professionnelle et de quelles façons ?

Il est déjà certain que les conditions de travail et d'organisation des femmes sont différentes de celles des hommes. De plus, il est aussi vrai que les femmes ne veulent plus travailler comme ce qui a longtemps été un modèle d'exercice masculin.

Plusieurs thèses et études ont sondé le sujet. Il en découle alors les constatations suivantes sur les conditions de travail et la façon d'exercer des femmes :

- Le manque d'attrait de l'exercice en zone rurale (26)
- La prédominance du mode d'exercice en groupe afin de disposer d'une grande flexibilité (27)
- La préférence du salariat (26) (28)
- La préférence du temps partiel, car elles cumulent leur emploi avec la charge des enfants et du foyer.
- Un temps de travail hebdomadaire moindre par rapport aux hommes (10) (26) (28)
- L'évitement des gardes et une fréquence plus faible de visites à domicile que les hommes (10) (26)
- Une fréquence plus importante d'interruption professionnelle principalement liée à la maternité (26)

Au vu de la démographie médicale actuelle et des projections futures, nous pouvons clairement affirmer que les femmes représentent l'avenir de la médecine générale. L'identité masculine du métier se perd avec la prédominance des femmes dans les facultés de médecine, apportant ainsi un nouveau souffle à la profession. La féminisation entraîne une évolution des pratiques professionnelles vers un modèle d'exercice plus adapté aux femmes.

*« La féminisation de la médecine est sans aucun doute le moteur du changement auquel on assiste depuis quelques années. C'est en effet sous l'impulsion des femmes que les médecins, dans leur globalité, revendiquent aujourd'hui une meilleure qualité de vie »* rapportait en 2005 le Dr Kahn-Bensaude, présidente de l'Ordre des médecins de Paris (29).

Nous espérons alors que les résultats de cette étude pourront mettre en lumière les conditions d'exercices de nos confrères, leurs difficultés et leurs satisfactions quant à leur qualité de vie.

Et ainsi, à travers l'expérience de chacune, recueillir des pistes de recommandation aux futures générations de femmes de plus en plus nombreuses, désireuses de bénéficier d'une qualité de vie convenable avec un exercice professionnel épanouie.

# MATÉRIEL ET MÉTHODES

---

## **I. OBJECTIF DE L'ÉTUDE**

L'objectif principal de l'étude est de faire un état des lieux de la qualité de vie des femmes médecins généralistes installées.

Concernant les objectifs secondaires, nous chercherons à connaître les conditions de travail des femmes médecins généralistes et par conséquent de faire émerger les déterminants de la qualité de vie au travail. Enfin, il s'agit d'identifier les difficultés de la profession dans la recherche d'une qualité de vie convenable et ainsi de proposer des pistes de réflexion pour l'améliorer.

## **II. TYPE D'ÉTUDE ET MÉTHODE**

Compte tenu de la subjectivité de la notion de qualité de vie et de l'intérêt porté au vécu personnel de l'individu, le choix s'est naturellement porté vers la réalisation d'une étude qualitative.

En effet, il s'agit de recueillir les ressentis, les réactions personnelles des participantes et de porter attention aux expériences, aux représentations, aux comportements de chaque personne.

Les résultats dans ce type d'étude sont des données verbales subjectives et non des données statistiques comme c'est le cas dans les études quantitatives. Ainsi, le but de l'étude n'est pas de retrouver un résultat significatif et d'en déduire des conclusions mesurables et extrapolables. Il s'agit plutôt d'analyser et de comprendre certains comportements, faits ou phénomènes sociaux.



Par ailleurs, l'étude s'est réalisée au travers d'entretiens individuels semi-dirigés jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire lorsqu'il n'émerge plus de nouvelles données des entretiens, mettant alors un terme à l'étude.

Le choix des entretiens individuels s'est avéré plus adapté à la problématique de la qualité de vie du fait de son caractère individuel, contrairement à la méthode du « focus group ».

La technique d'entretien individuel consiste globalement à mener une interview. L'investigateur pose des questions de préférence ouvertes autorisant un dialogue relativement souple dans le cadre d'un entretien semi-dirigé. Il convient à l'investigateur d'adopter une attitude d'écoute sans prendre position, et également de mener un entretien sans influencer la réponse à une question.

### **III. POPULATION ÉTUDIÉE**

#### **1. Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les médecins inclus étaient :

- les femmes médecins généralistes de la région Alsace
- installées seules, collaboratrices ou en associations
- installées en libéral ou en activité mixte
- avec un ou des enfants
- en couple mariée ou non

Les médecins exclus étaient :

- les médecins hommes

- les médecins remplaçantes du fait de la souplesse d'organisation que leur permet les remplacements.
- les femmes sans enfants

## **2. Recrutement de la population d'étude**

Initialement, pour notre recrutement, nous avons utilisé des annuaires en ligne comme les pages jaunes ou l'annuaire des médecins du site ameli.fr. Nous avons choisi au hasard des médecins femmes, installées dans des milieux différents à savoir urbain, semi-urbain et rural. Nous avons relevé les numéros de téléphone des différents cabinets et nous avons pris contact avec ces derniers par téléphone. Dans la grande majorité des cas, nous sommes passés par l'intermédiaire d'une secrétaire. Des relances ont souvent été nécessaires.

Cependant, cette méthode a été très peu efficace et insuffisante pour recruter le nombre requis de participantes.

Nous avons alors fait appel à notre réseau de connaissances, d'amies ou de consœurs que nous avons rencontré lors de nos remplacements. De plus, à chaque entretien, nous avons demandé aux interrogées si elles connaissaient des consœurs qui pourraient faire partie de l'étude et ainsi faire usage du bouche à oreille.

## **III. ENTRETIENS**

### **1. Guide d'entretien**

Les entretiens semi-dirigés ont été menés à partir d'un guide d'entretien élaboré par l'investigatrice. (Annexe 1) Il s'agit d'une trame de questions ouvertes permettant de

structurer avec souplesse la discussion, laissant alors une liberté d'improvisation et d'adaptation tant pour la personne interrogée que pour l'investigatrice.

Nous avons élaboré le guide d'entretien autour de 4 grands thèmes principaux :

- 1) L'environnement professionnel et les conditions de travail
- 2) La conciliation vie privée et vie professionnelle
- 3) La féminisation et l'exercice médical en tant que femme
- 4) Le développement professionnel et la question de l'avenir

## **2. Déroulement des entretiens**

Le recueil des données a été réalisé entre avril 2021 et février 2022. Le jour, l'heure et le lieu de l'entretien ont été laissés à la libre convenance des participantes. L'ensemble des entretiens a été réalisé au téléphone ou en vidéo consultation au vu du contexte de crise sanitaire liée au Covid.

Une courte présentation a été effectuée au début de chaque entretien afin d'introduire le thème de l'étude et d'expliquer les modalités de la discussion (entretien enregistré et anonyme). Un accord verbal a été donné pour la réalisation de chaque entretien.

Enfin, les entretiens ont été enregistrés avec un smartphone via la fonction dictaphone ou avec un ordinateur portable via cette même fonction.

## **IV. RECUEIL DES DONNÉES**

### **1. Retranscription verbatim**

L'ensemble des entretiens a été retranscrit en verbatim, c'est-à-dire mot à mot, de manière anonyme sur le logiciel de traitement de texte Google Doc. Un exemplaire de la retranscription d'un entretien est disponible en annexe (annexe 2).

Pour faciliter la lecture des retranscriptions, les parties correspondantes à l'interrogateur ont été écrites en texte gras et celles correspondantes aux réponses des médecins ont été laissées en texte standard. Les éléments non-verbaux, comme les rires, les pauses, le temps de réflexion, les hésitations ont été signalés entre parenthèses.

Enfin, pour garantir l'anonymat des médecins interrogés, les noms, prénoms de personnes citées ainsi que les villes ont été remplacés par une lettre de l'alphabet prise au hasard.

## **2. Analyse des données**

L'analyse des données a été effectuée manuellement à l'aide d'un code couleur via l'outil highlight de Google Doc. Elle a été réalisée sur la base de la méthode de théorisation ancrée, qui vise à interpréter les données brutes collectées sur le terrain et à construire progressivement les résultats à travers une suite de réflexions complexes. Une première lecture de la retranscription a permis de dégager les thèmes principaux de l'étude (codage ouvert). Une couleur représentait une thématique. Puis, une analyse plus fine a été réalisée, permettant l'émergence de sous-thèmes (codage axial). Enfin, une synthèse globale (codage sélectif) a été effectuée (regroupement des thèmes et sous-thèmes, mise en relation progressive des différentes catégories...).

Un double codage d'une partie des entretiens (2/3 des entretiens) a été réalisé par un autre investigateur. Le codage des entretiens a été effectué séparément, puis mis en commun.

# RÉSULTATS

## I. MÉTHODE ET ÉCHANTILLON

### 1. Les entretiens

Le recrutement s'est effectué entre avril 2021 et février 2022. 12 femmes médecins ont été interrogées durant cette période. La durée moyenne des entretiens était de 53 minutes.

### 2. Profil des médecins

<u>MÉDECINS</u>	<u>ÂGE</u>	<u>MODE D'EXERCICE</u>	<u>NOMBRES ENFANTS</u>	<u>EN COUPLE</u>	<u>MILIEU</u>
<b><u>MG 1</u></b>	36 ans	Seule (+ remplaçant régulier)	2 enfants	Oui Non médecin	Urbain
<b><u>MG 2</u></b>	40 ans	Seule (+ remplaçant régulier)	3 enfants	Oui Non médecin	Péri urbain
<b><u>MG 3</u></b>	36 ans	Association	2 enfants	Oui Médecin à l'hôpital	Semi Rural
<b><u>MG 4</u></b>	35 ans	Association	3 enfants	Oui Non médecin	Rural
<b><u>MG 5</u></b>	36 ans	Association	2 enfants	Oui Non médecin	Semi rural
<b><u>MG 6</u></b>	57 ans	Association	3 enfants	Oui Non médecin	Rural
<b><u>MG 7</u></b>	57 ans	Association	1 enfant	Oui Médecin à l'hôpital	Péri urbain
<b><u>MG 8</u></b>	43 ans	Association	1 enfant	Oui Non médecin	Rural
<b><u>MG 9</u></b>	61 ans	Seule	1 enfant	Oui Non médecin	Urbain
<b><u>MG 10</u></b>	34 ans	Association	2 enfants	Oui Non médecin	Semi rural
<b><u>MG 11</u></b>	34 ans	Association	2 enfants	Oui Non médecin	Urbain
<b><u>MG 12</u></b>	40 ans	Association	2 enfants	Oui Non médecin	Péri urbain

- **Âge de l'échantillon**

6 femmes médecins interrogées avaient entre 30 et 39 ans.

3 femmes médecins interrogées avaient entre 40 et 49 ans.

2 femmes médecins interrogées avaient entre 50 et 59 ans.

1 femme médecin interrogée avait plus de 60 ans.

La plus jeune de notre échantillon avait 34 ans et la plus âgée 61 ans.

- **Situation familiale**

Toutes les femmes médecins interrogées étaient mères de famille. Elles étaient toutes en couple et deux d'entre elles avaient précisé que leurs conjoints étaient également médecin hospitalier. Une médecin étaient en couple homosexuel.

- **Situation professionnelle**

9 sur 12 femmes médecins étaient installées en groupe d'association. Les 3 autres exerçaient seules, mais 2 d'entre elles faisaient appel à un remplaçant régulier.

L'analyse des entretiens a mis en évidence plusieurs grandes thématiques, que nous allons détailler dans cet ordre :

- L'environnement professionnel
- La féminisation et la relation médecin-patient
- L'organisation de la vie personnelle et l'équilibre vie privée /vie professionnelle

## II. LES RETRANSCRIPTIONS

### A. ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

#### 1. LE CHOIX DE L'INSTALLATION ET DU LIBÉRAL

##### 1.1. L'Installation

###### 1.1.1 Parcours d'installation: vécu des médecins

- **La plupart d'entre elles se sont installées dans le cabinet où elles ont remplacé. C'était alors l'avantage de connaître sa patientèle et le fonctionnement du cabinet.**

- *Entretien 5 : « (...) ça s'est plutôt bien passé, car je remplaçais déjà le médecin à qui j'ai succédé précédemment. Et puis sur les 6 mois avant l'installation officielle, parce qu'il avait eu un problème de santé, les patients me connaissent, n'hésitent pas à venir me consulter; donc j'ai commencé sur les chapeaux de roues. »*
- *Entretien 11 : « En fait, j'ai remplacé l'associée de ma collègue un certain temps avant qu'elle ne parte pour raison de santé et après, je me suis associée avec elle. Donc j'ai pris la place de son ancienne associée. Donc les patients m'avaient déjà vu, donc c'était assez bien pour avoir tout de suite sa patientèle. Et puis avec ma collègue, on se connaissait du coup aussi sur les années où je la remplaçais, et on a la même façon de travailler. »*
- *Entretien 12 : « J'étais remplaçante fixe donc j'ai eu ma patientèle tout de suite. »*

- **Des difficultés administratives variables.**

- *Entretien 3 : « Alors franchement, non, car toutes les démarches pour l'installation étaient assez faciles. (...) Donc, pour tout ce qui était administratif, ça allait. »*
- *Entretien 4 : « Surtout les démarches administratives pour l'installation qui ont été très longues et très lentes. »*
- *Entretien 12 : « L'administratif était un peu long, mais on y arrive. »*

- **Pour l'une d'entre elles, des difficultés de transmission sur la patientèle**

- *Entretien 4 : « Je suis arrivée dans un cabinet où ma prédécesseure est partie en très mauvais*

*terme donc m'a fait aucune transmission sur la patientèle. »*

### 1.1.2. Une stabilité de l'emploi et une stabilité financière

- **Les remplacements sont des périodes précaires, instables d'un point de vue financier et surtout instables pour une organisation durable de la vie de famille. Une situation peu convenable pour des jeunes mamans, lorsque l'organisation professionnelle est variable d'une semaine à une autre et qu'elles aspirent à une organisation plus constante de leurs vies familiales.**

- *Entretien 1 : « C'est pour ça qu'en tant que remplaçante j'avais très peu de revenus puisque je remplaçais uniquement pendant les vacances scolaires et hors vacances scolaires, j'avais quasiment pas de remplacement. C'est pour ça que j'ai essayé de m'installer rapidement pour essayer d'avoir une stabilité financière et au niveau de l'emploi du temps parce qu'avec les enfants, la crèche, c'est très très compliqué d'avoir quelque chose de stable. »*
- *Entretien 4 : « Avant cela, j'ai fait beaucoup de remplacements et le statut de remplaçant ne me convenait plus par rapport à ma situation personnelle de maman, avec des remplacements qui étaient trop espacés et pas assez de revenu malheureusement en tant que remplaçante. Je me suis décidée à m'installer sans regret. »*
- *Entretien 11 : « De toute façon les remplacements, c'est vite essoufflant. Je veux dire quand pendant la grossesse et quand ils sont tout petits ça va encore, mais très vite, j'avais besoin d'une stabilité euh financière déjà et puis une vie organisée, un emploi du temps stable. J'ai besoin de savoir quand je rentre, quand je travaille, quand je ne travaille pas pour pouvoir organiser ma vie privée familiale à côté aussi. Donc voilà, je me suis installée pour ça, le besoin de stabilité. »*

- **Une seule a également évoqué l'installation rapide à cause d'un ressenti discriminant sur ses origines ayant pour conséquence des remplacements limités.**

- *Entretien 1 : « Alors moi, j'ai eu des difficultés surtout pendant les remplacements. Parce que je suis dans une région, en Alsace, mon nom de famille, c'est Y, quoi qu'on en dise il y a quand*



*même un petit à priori xénophobe en Alsace. Donc c'est pour ça que j'ai eu beaucoup de difficultés à trouver des remplacements, et même un cabinet à reprendre. Donc, bizarrement, j'avais contacté plusieurs médecins en rural ou semi-rural, et en fait, ils n'ont jamais donné suite, je ne sais pas pourquoi, et pourtant, je voulais reprendre leur cabinet... Bref. »*

## **1.2. Le choix du libéral : indépendance et liberté**

### **• Le libéral pour son indépendance.**

- *Entretien 4 : « Mais sinon non le choix (...) du libéral de sûr, pas de système hospitalier, enfin voilà il y a des gardes, y a des 24h le système des gardes de 24h je trouve que c'est pas humain, je l'ai très mal vécu lors de mon internat. »*
- *Entretien 11 : « Je ne me vois pas à l'hôpital non. (...) Le libéral, c'est bien pour ça, je travaille comme je veux avec mon emploi du temps, mes règles, ma façon de faire. »*

### **• En opposition avec la hiérarchie difficilement vécue de l'hôpital.**

- *Entretien 3 : « C'est le côté libéral, j'ai pas de chef au-dessus de moi et je trouve qu'on a eu des études où on nous a souvent dénigrées et souvent remises à notre place d'externe, interne, tu te tais, t'as rien à dire et tu fais rien. Je sais des choses que je ne sais pas, ça je le reconnais volontiers, mais maintenant, je mène mes consultations comme j'ai envie. »*
- *Entretien 11 : « L'internat m'a un peu dégoûté de l'exercice hospitalier (rire) les gardes et la hiérarchie, le manque de souplesse. »*
- *Entretien 12 : « Je ne me voyais pas à l'hôpital à cause du manque de liberté. (...) J'en avais un peu marre d'avoir quelqu'un sur ma tête. »*

### **• Le libéral pour son rapport avec le patient.**

- *Entretien 9 : « C'est plutôt l'indépendance et le rapport qu'on peut avoir avec le patient. »*

### **• La flexibilité du libéral pour se donner les moyens de se créer la meilleure qualité de vie possible.**

- Entretien 3 : « Je trouve que c'est même vachement mieux d'être installée que d'être remplaçante. Je trouve qu'on y gagne en qualité de vie ! (...) En m'installant parce que j'ai une stabilité, on a ses règles, on bosse comme on a envie et pas comme le remplacé veux. »
- Entretien 4 : « Et non, ce choix de vie me convient très bien, c'est modulable. Maintenant, je fais comme ça peut-être que dans 10 ans, je travaillerai le mercredi, un peu plus ou un peu moins je peux un peu faire comme je veux quoi. »
- Entretien 8 : « Non, actuellement, je ne changerais pas grand-chose parce qu'il n'y a pas beaucoup de métiers où vous pouvez organiser votre vie un peu comme vous le voulez. »
- Entretien 12 : « Faut se la créer sa qualité de vie, elle viendra pas toute seule. Et en libéral, comme dit, c'est possible. »

- **En revanche, l'indépendance peut avoir un revers de médaille si aucune limite n'est fixée.**

- Entretien 9 : « L'indépendance qu'on peut avoir est importante, avoir sa propre organisation même si je crois qu'elle joue souvent des tours parce qu'il n'y a plus de limite après. Quand vous êtes à l'hôpital, vous avez quand même des limites qui sont fixées, même s'il y a beaucoup de travail. »

### **1.3. Localisation du cabinet**

#### **1.3.1. Le questionnement du secteur**

- **Le coup de coeur du secteur lors des remplacements ou gardes.**

- Entretien 4 : « Moi, j'avais un coup de cœur par rapport au secteur. J'avais remplacé sur des gardes. Mes collègues hormis un de mes collègues qui vient de partir récemment sont des collègues jeunes, donc je voyais vraiment un avenir durable. »

- **Le choix d'un secteur non soumis aux gardes pour les mamans de jeunes enfants.**

- Entretien 1 : « Après, j'avais choisi, finalement après avoir discuté avec des collègues femmes de m'installer plutôt dans la CUS pour éviter les gardes, parce que le souci, c'est que quand

*on est jeune maman et qu'on doit faire des gardes, c'est assez compliqué d'être présente pour ses enfants. »*

- *Entretien 3 : « Alors moi, j'ai vraiment fait très attention à cela, je ne voulais pas avoir de gardes »*
- *Entretien 11 : « J'ai vraiment choisi un secteur où il n'y a pas de garde à faire...C'est vraiment un choix parce que quand je me suis installée mes enfants étaient vraiment petits, donc je voulais pas gérer des gardes la nuit. »*

### 1.3.2 La distance du domicile

#### • **Le lieu de travail à proximité du domicile.**

- *Entretien 3 : « Je vis dans le village où je travaille. »*
- *Entretien 6 : « En fait, au début mon cabinet était dans ma maison d'habitation »*
- *Entretien 8 : « Je travaille près de chez moi sans travailler trop près, car c'est un souhait de ma part. »*
- *Entretien 9 : « J'ai eu la chance de trouver un cabinet au centre de ville de X, (...) comme je vis en ville, j'avais envie de m'installer en ville (...). »*
- *Entretien 11 : « Et le cabinet n'est pas loin non plus... 15 min de voiture donc pas loin. J'ai vraiment cherché à m'installer proche de chez moi déjà et de mes parents. C'est vraiment plus simple pour l'organisation. »*
- *Entretien 12 : « Heureusement, je n'habite pas loin. »*

#### • **La réflexion sur le temps de trajet cabinet-domicile.**

- *Entretien 10 : « Sur le plan personnel, j'habitais avant sur S mais c'était compliqué les trajets, du coup, on a déménagé sur le secteur de X, c'est plus facile à gérer en temps de trajet surtout quand on sort tard avec les bouchons. »*
- *Entretien 4 : « Et sinon le choix du cabinet, c'était juste géographiquement... Le matin, il faut que je véhicule mes enfants vers le sud de là où j'habite ensuite faut que je remonte vers le nord, ça me prend une heure le matin, c'est juste géographiquement...C'est faisable, mais je*

*perds un peu de temps le matin à faire ces allers-retours. »*

#### **1.4. Aménagement du cabinet: réflexion autour du confort professionnel et familial**

- **Aménager son cabinet confortablement pour travailler dans de bonnes conditions : les médecins s'approprient personnellement leurs lieux de travail.**

- *Entretien 1 : « J'avais dit à ma collègue que je ne resterais pas dans un cabinet comme ça parce qu'il était vieux, il n'était pas aux normes, il y avait de la moquette, bref à l'ancienne. »*
- *Entretien 5 : « Et plus parallèlement à cela, on a aussi tous les 3 créer une MSP, moi et mes deux collègues. On a emménagé l'année dernière dans une nouvelle construction. L'ancien cabinet était vieux. Au départ, on avait décidé de changer et puis pourquoi pas construire quelque chose à nous. (...) Mes conditions de travail sont bonnes. Je suis contente, j'ai un nouveau bureau, on est bien installé. Au niveau de la condition de travail, j'ai rien à redire. »*
- *Entretien 6 : « Et puis on est en attente de nouveaux locaux puisqu'il nous faut un 3ème bureau, mais là, c'est pareil ça ne dépend pas de nous. On a fait un démarchage à la municipalité, il y a plus d'un an et ils nous ont promis quelque chose, mais qui doit démarrer à un moment donné en travaux, mais ils sont encore dans l'appel à projet. Mais bon, ça va mettre un temps fou. »*
- *Entretien 9 : « Donc c'est un cabinet qui marchait moyennement bien. On a entièrement rénové le cabinet, arrangé les plages horaires et puis finalement, il a très vite bien fonctionné. »*

- **Aménager une salle de repos pour permettre d'accueillir ses enfants et de les avoir à proximité en cas de besoin.**

- *Entretien 1 : « J'avais prévu dans ce cabinet, un deuxième bureau de consultation et une salle de pause avec un canapé clic clac au cas où un de mes enfants serait malade, comme ça, je pouvais l'emmener au cabinet et continuer à travailler et l'avoir à veiller à côté. Donc s'ils ont la grippe ou la gastro, je peux quand même les garder au cabinet. »*

## 2. MODE D'EXERCICE

### 2.1. L'Association : la clé vers une meilleure qualité de vie au travail

L'image du médecin généraliste qui exerce seul en quasi-autarcie semble révolue. La grande majorité des médecins interrogés exercent en association ou en collaboration dans un cabinet de groupe. Certaines se sont tout de suite installées en association et d'autres ont initialement commencé seule puis ont cherché à travailler en groupe.

#### 2.1.1 Partage de l'exercice et de la charge de travail

- **Travailler en groupe pour partager la charge de travail.**

- *Entretien 8 : « Voilà, c'est l'objectif, augmenter le nombre d'intervenants au niveau du cabinet. Parce que la demande des patients, elle est là malheureusement et il faut y répondre, mais à soi, on ne peut pas tout faire. »*
- *Entretien 7 : « Du coup, on a notre 3ème médecin qui s'est rajouté, mais tu vois, tu ne contrôles pas, on ne contrôle pas son travail, son amplitude horaire, on contrôle rien du tout, mais on s'adapte et en fonction des événements, il faut s'adapter en cherchant de l'aide auprès de quelqu'un d'autre. Il ne faut pas avoir peur de rajouter quelqu'un dans la boucle. »*

- **Le partage de sa patientèle : le patient n'est plus exclusif à un médecin. L'avantage de conserver une continuité des soins et une présence permanente au cabinet.**

- *Entretien 3 : « On a un troisième médecin avec qui on travaille et qui dans le local à côté. On partage nos fichiers avec lui (...) on a accès à ses résultats biologiques et il a accès aux nôtres donc ça, c'est plutôt pas mal. »*
- *Entretien 4 : « Il y a toujours 2 médecins au cabinet pendant que les 2 autres sont en visite (...) Ce qui nous permet à nous, quand on est en visite, de ne pas repasser au cabinet, de pouvoir rentrer chez soi et d'avoir des aprem un peu light un peu plus tôt que le soir (rires) »*

- *Entretien 10 : « Voilà, les dossiers sont partagés, et très souvent, on partage aussi nos patients. Et côté urgence, les gens n'ont pas le choix, ils vont chez qui est là et ils sont très contents. Il y a plus beaucoup de rendez-vous, donc ils prennent le premier rendez-vous qui est là. (...) Alors ils viennent peu importe, donc ils s'en fichent que je sois pas là le mercredi. Quand on ne fait pas de visite, qu'on est au cabinet et qu'il y a besoin de quelqu'un pour une visite à domicile, la ou le collègue peut y aller en urgence et c'est pour ça que ça marche. »*
- *Entretien 12 : « On est en association, on a pas de patient rien qu'à nous, ils peuvent aller voir l'un ou l'autre. Les dossiers sont communs, la secrétaire aussi, et c'est franchement agréable de fonctionner comme ça. Quand je ne suis pas là, je suis tranquille dans ma tête, je sais que les autres sont là pour gérer et réciproquement quand c'est moi qui suis là. C'est l'avantage d'être à plusieurs. »*

### 2.1.2. Le planning de travail : le choix du temps partiel en majorité

La quasi-totalité des femmes médecins a choisi de travailler à temps partiel. Elles assument librement de rompre avec le temps plein traditionnel de la profession. Dans ces conditions, le mode d'exercice en groupe est nécessaire à la mise en place d'un emploi du temps plus réduit et plus adaptable, souhait qui serait impossible à mettre en place si elles travaillent seules.

- **Seules MG 9 et MG 6, les deux plus âgées de notre panel, effectuent un vrai temps plein du lundi au samedi.**
- **Pour toutes les autres, elles prennent au moins une journée de libre dans la semaine voire plus pour certaines. En moyenne, elles travaillent environ 3 jours et demi à 4 jours par semaine. Le samedi est en alternance.**
  - *Entretien 3 : « Je fais un espèce de gros mi-temps, je fais 3 jours par semaine et les 2 autres jours qui restent, c'est ma consoeur qui travaille dans le bureau qu'on partage. »*

- *Entretien 4 : « On est quatre. On a chacun un jour de libre dans la semaine. »*
- *Entretien 8 : « Donc je travaille 3 jours à 3 jours et demi par semaine. (...) J'ai la chance de travailler en association, d'avoir ce médecin remplaçant. »*
- *Entretien 10 : « Donc je ne suis pas en temps complet, je fais 6 demi-journées dans la semaine et les samedis sont en alternance. »*
- *Entretien 11 : « J'ai choisi de ne travailler que 3 jours par semaine parce que je voulais aussi consacrer du temps à mes enfants, ma famille, ma vie perso. »*

• **Un emploi du temps adapté en fonction des exigences familiales.**

- *Entretien 3 : « C'est plutôt la course quand il y a école, mais j'ai adapté mes horaires pour que ça soit moins la course. (...) Je vais au boulot, mais d'abord, j'amène mes enfants, je les lève, enfin bref, c'était hors de question que je fasse des visites le matin avant d'emmener mes enfants à l'école. »*
- *Entretien 4 : « Moi, j'ai organisé mon planning, parce que mes 2 premières, je les ai en garde alterné avec mon ex-femme, un week-end sur 2. J'organise mon planning en fonction de cela et j'ai notamment mis toutes mes plages horaires de visite à domicile l'après-midi. Moi, ça me permet de terminer à 16h30 ou 17h sans devoir repasser au cabinet. »*
- *Entretien 10 : « Je fais en sorte le matin de pouvoir venir plus tard et de pouvoir déposer comme je veux les enfants. »*

• **Un emploi du temps flexible en fonction des besoins et de l'autonomie des enfants.**

- *Entretien 12 : « Au début, je travaillais moins, car forcément mes enfants étaient petits, ma première venait à peine de naître, elle avait moins d'un an donc j'avais organisé mon emploi du temps en fonction de mes enfants. Quand mes enfants sont devenus un peu plus grands, j'ai augmenté mes horaires tout en gardant un jour de libre quand même et toujours pas de week-end. »*
- *Entretien 2 : « De bosser à mi-temps tout de suite, parce que du coup, elles préparent le terrain quand elles auront des enfants et tout et plus tard, elles pourront augmenter leurs charges quand leurs enfants seront plus grands. Elles pourront le faire. »*

• **Un temps partiel de médecin équivaut à plus de 35h de travail sur 3 ou 4 jours : un choix de journées plus intenses au profit de journées libres.**

- *Entretien 6 : « C'est des belles journées, mine de rien on est pas aux 35h, c'est un rêve (rires). Nous ne travaillons jamais à 35h quoi qu'on fasse, quoi qu'on veuille faire, 35h c'est un mythe. (...) Au final, c'est que 3 jours dans la semaine. En fait, c'est ça qu'il faut voir, c'est plus toute la semaine. Ça va, c'est acceptable, mais c'est des belles journées. »*
- *Entretien 8 : « Je travaille environ 6 demi-journées, on est pas loin des 35h. C'est un petit temps plein de salariés. Je dois être entre 30 et 35h parce que les jours où je ne suis pas au cabinet, j'ai vite du temps pour ravitailler le cabinet, pour passer des coups de fils, faire des courriers un peu longs, des choses comme ça donc je travaille 10-11h les jours où je suis au cabinet et puis aller sur les 2 jours où je ne suis pas là, j'ai vite 4h qui passe. Donc oui, on doit pas être loin des 35h pour donner un chiffre qui dit quelque chose à quelqu'un. »*
- *Entretien 12 : « Alors, je travaille 4 jours par semaine, c'est un choix de travailler peu pour me consacrer à mes enfants, enfin peu, je travaille quand même plus que 35h en 4 jours mais bon. »*

**2.2. Exercice seul : un modèle qui ne plaît plus par la lourdeur du travail**

Comme nous l'avons vu précédemment, la majorité des femmes médecins ont choisi un exercice en groupe afin de mieux concilier vie privée et vie professionnelle.

L'exercice seul n'attire plus et rebute du fait de la quantité écrasante de travail à assumer et du sacrifice de la vie personnelle que cela engendre.

Parmi les participantes, seules trois médecins exercent seules. En réalité, deux d'entre elles ont des remplaçants réguliers, donc finalement une seule mène un exercice solitaire.

• **Le conseil de ne pas chercher l'exercice solitaire.**

- *Entretien 6 : « Le conseil à donner, c'est de ne pas rester seule. Faut pas être seule, c'est le*



*premier conseil. Parce que rester seule, si un jour tu as un souci quelconque dans ta famille et que tu ne peux pas te libérer...Franchement non, il ne faut pas être seule. »*

- *Entretien 12 : « Il vaut mieux être à plusieurs surtout en tant que femme, parce que travailler seule c'est pas possible, à moins de vouloir assumer un temps plein et vouloir consacrer sa vie au travail. »*

- **Celles qui exercent actuellement seules sont à la recherche d'un(e) associé(e) ou d'un(e) collaborateur(trice) dans un futur proche.**

- *Entretien 9 : « C'est vrai que j'aimerais sans doute dans les 2-3 années m'associer pour qu'il y ait une reprise de la patientèle, que les gens ne se trouvent pas sans personne après comme dans les autres cabinets, ça je pense que c'est quelque chose d'important. Là, vu la charge de travail, j'aimerais beaucoup pouvoir la partager, ne plus avoir autant de charges et trouver quelqu'un. »*

- **En attendant de trouver quelqu'un, elles font appel à des remplaçants réguliers.**

- *Entretien 1 : « J'ai un remplaçant qui me prend plusieurs de mes journées dans la semaine (...). Mais ça me décharge de demi-journées par semaine et franchement, ça me permet de souffler et ça fait du bien. Mais s'il était pas là et que j'étais vraiment seule au cabinet, je pense que je serais en burn-out à l'heure actuelle. »*

### **2.3. Entente professionnelle et travail en équipe**

- **La condition nécessaire à une association dans de bonnes dispositions dépend d'une atmosphère d'entente entre chaque individu, autrement l'exercice n'en est que plus difficile.**

- *Entretien 1 : « Au début, je voulais prendre un collaborateur, mais pour le moment, je ne trouve pas chaussure à mon pied »*
- *Entretien 9 : « Maintenant, en ayant remplacé beaucoup de médecins associés, je trouvais que l'entente n'était pas toujours très facile (...). Donc, je trouve que c'est plus facile de travailler*

*en étant sereine avec ma secrétaire (...) où il y a vraiment une très bonne entente, qu'à travailler en commun et d'avoir des tensions avec quelqu'un d'autre (...). La seule chose dont j'ai peur, c'est que si ça se passe bien, c'est bien. Mais si ça se passe pas bien... »*

- *Entretien 6 : « J'en vois des associations où ça se tire dans les pattes, mais ce n'est pas bien du tout, c'est pas bien de travailler comme ça et je pense que ça doit être beaucoup plus difficile de travailler comme ça. »*
- *Entretien 11 : « C'est pas toujours évident de s'installer avec quelqu'un, surtout avec quelqu'un avec qui on ne s'entend pas. »*

- **Apprendre à exercer en groupe : un effort de tolérance et de respect envers ses collègues.**

- *Entretien 6 : « C'est de bien s'entendre avec les autres (rires), ne pas rester seule, mais il faut s'entendre avec ses associés. (...) Donc il faut respecter l'autre parce que t'en as besoin et il faut se rappeler régulièrement que sans eux, tu es dans la merde et du coup, tu es beaucoup plus cool. C'est pas facile de travailler à plusieurs, de partager les patients, c'est pas évident, mais faut toujours avoir à l'esprit que sans eux, tu es dans la merde. C'est pas plus compliqué que ça. »*

- **La recherche d'un travail d'équipe avant tout.**

- *Entretien 3 : « On s'entraide. »*
- *Entretien 6 : « Nous, on a l'esprit d'équipe. »*

### **3. CONDITIONS DE TRAVAIL**

#### **3.1. L'importance du personnel: déléguer au maximum**

- **Le Secrétariat : décharger l'administratif pour se concentrer pleinement aux soins.**

La totalité des médecins interrogés mentionnent avoir recours à un service de secrétariat ou à un télésecrétariat. Qu'il soit sur place ou à distance, l'emploi d'un secrétariat permet de se

décharger de la contrainte du téléphone, des tâches administratives, de la gestion des rendez-vous afin de bénéficier d'un exercice agréable et totalement consacré à la pratique médicale.

- *Entretien 9 : « Quand je remplaçais, j'avais toujours des secrétaires et j'avais apprécié cette qualité de travail, c'est-à-dire le fait de travailler, de faire quasiment que du médical et peu d'administratif en étant accompagné du côté administratif. »*

Les participantes sont pleinement satisfaites de ce service, en particulier celles qui ont connu la gestion personnelle du téléphone avant d'opter pour un secrétariat.

- *Entretien 2 : « Beaucoup moins dérangé par le téléphone (...) ça a vachement soulagé. »*
- *Entretien 8 : « Le téléphone, c'est aussi nous qui le prenions, ça c'était aussi très envahissant. (...) Je reviendrais jamais en arrière, jamais de la vie, ce système est pour moi révolu. (...) L'accès direct au téléphone, c'est quelque chose que je ne pense plus jamais faire. »*

#### • **Secrétariat sur place versus à distance : une question de coût.**

Bénéficier d'un secrétariat sur place est considéré comme un vrai confort, un « vrai luxe » mais pas toujours abordable financièrement. C'est pourquoi le choix du télésecrétariat est souvent motivé par le coût plus raisonnable du service, encore plus avantageux financièrement pour celles qui partagent les frais dans un cabinet de groupe.

- *Entretien 1 : « J'ai un télé-secrétariat parce qu'une vraie secrétaire, ça coûte super cher! »*
- *Entretien 3 : « Ça aurait été bien avec une secrétaire sur place, ça aurait été plus luxueux. Le télé-secrétariat c'est quand même pas mal et c'est pas si cher, surtout que je partage avec ma collègue, c'est quand même pas mal niveau budget »*

#### • **Optimiser le temps médical avec un assistant médical.**

Par ailleurs, toujours dans le but d'optimiser le temps consacré aux tâches purement médicales, MG 6 insistent à plusieurs reprises dans son entretien sur la volonté de faire appel à un assistant médical, afin de partager sa charge de travail et lui permettre un exercice plus

confortable. *“Je rêve d’un assistant médical, je te l’ai déjà dit.”*

- **Faire appel à un service de ménage, toujours pour optimiser son temps.**

La plupart des médecins de notre panel font également part de l’emploi d’une femme de ménage, encore une fois dans un souci de gain de temps.

- *Entretien 1 : « Ça se passe comme ça dans un cabinet, un télésecrétariat et une société de ménage qui vient faire tout ça. »*

- **Passer par une société : l’avantage de ne pas avoir de gestion salariale.**

MG 6 et MG 8 font remarquer le fait de faire appel à des sociétés dédiées (ménage, secrétariat...) plutôt que d’engager directement du personnel. L’avantage évoqué tient au fait de ne pas s’occuper de la gestion salariale et administrative (gestion des salaires, congés, arrêt...).

- *Entretien 8 : « On voulait pas prendre une femme de ménage à notre propre compte à cause des soucis relationnel, vacances, etc. Donc, on a pris une entreprise de ménage et eux payent la femme de ménage. »*
- *Entretien 6 : « On a une secrétaire déportée, téléphonique la semaine et on a une femme de ménage 2 fois par semaine. Les deux sont des structures, des sociétés, donc un service qu’on paye à une société pour ne pas avoir le souci de la gestion des RH. »*

### **3.2. Les consultations sur rendez-vous**

- **L’avènement des consultations sur rendez-vous, accéléré par la crise sanitaire.**

Le contexte sanitaire est certainement responsable de cette modalité. Afin de respecter les règles sanitaires, nombreuses sont passées sur un mode de consultation exclusivement sur rendez-vous. Seule une a gardé un mode de consultation mixte.

Conscientes du prétexte de la crise, elles n'en demeurent pas moins très satisfaites de ce mode de fonctionnement et assument pleinement ce choix.

- *Entretien 3 : « Après, il y a eu la pandémie donc ça a permis de faire accepter les rendez-vous donc c'est plutôt pas mal. »*
- *Entretien 7 : « On est sur rendez-vous depuis le covid. »*
- *Entretien 10 : « On est plus que sur rendez-vous, alors effectivement le covid a complètement modifié notre pratique, avant on alternait rendez-vous et consultation libre, mais maintenant on est que sur rendez-vous et ça nous va très bien au final. »*

- **Une flexibilité d'organisation idéale pour ces mamans médecins.**

Les rendez-vous donnent aux médecins la possibilité de moduler plus facilement leurs agendas : avoir un visuel sur son emploi du temps, annuler des rendez-vous ou ouvrir des plages de consultation, mieux répartir son planning en évitant des plages horaires bondées et d'autres au contraire vides.

Sans oublier pour ces mamans médecins, la variabilité potentielle du planning en fonction du besoin des enfants.

- *Entretien 1 : « J'ai choisi de travailler sur rendez-vous. Donc, finalement, je travaille du lundi au samedi avec des plages horaires hyper variables, l'avantage comme je suis sur rendez-vous si j'ai un empêchement ou mes enfants qui sont malades, je peux fermer mes créneaux assez facilement. C'était aussi ce choix là, pour pouvoir moduler mon emploi du temps en fonction des besoins de mes enfants. »*

- **Tout en considérant la place de l'urgence et des consultations imprévus.**

Être sur rendez-vous exclusif ne signifie pas qu'elles mettent de côté les consultations imprévues ou urgentes qui font parties intégrantes de l'exercice. Elles semblent soucieuses de proposer une solution pour intégrer des créneaux d'urgences dédiés, sans pour autant chambouler l'emploi du temps de la journée. L'urgence s'intègre finalement assez bien dans une organisation globale.

- *Entretien 8 : « J'ai gardé des créneaux pour les urgences du jour. Ça va être gérable quoi. »*

- **Un confort de travail sans précédent.**

Grâce aux consultations sur rendez-vous, les médecins n'ont plus à supporter la pression et le stress d'une salle d'attente pleine avec les conséquences qui peuvent en découler : impatience des patients, tensions, stress de devoir accélérer les consultations, surmenage qui en découle, un impact non négligeable sur la qualité de travail.

Ainsi, le confort de travail n'est pas négligeable lorsque travailler dans de bonnes conditions passe par une organisation. Organisation où le travail sur rendez-vous semble indispensable.

- *Entretien 8 : « On faisait de la consultation libre, on avait la salle d'attente pleine. (...) J'arrivais le matin, j'avais 6 personnes devant le cabinet à 8h moins le quart et je me disais mais au secours quoi j'avais juste envie de passer la marche arrière et de repartir et ça je ne l'ai plus aujourd'hui. (...) La consultation libre (...), c'est quelque chose que je ne pense plus jamais faire. Là, ça n'empiète non pas sur la qualité de vie, mais la qualité de travail. Mais aussi du coup la qualité de vie au final, car cela occasionne un stress important et à la limite du supportable parfois. Moi, je reviendrai plus en arrière. (...) Beaucoup plus sereine qu'auparavant. »*

### **3.3. Coordinations pluridisciplinaires**

- **L'importance de la relation avec les confrères spécialistes.**

Le médecin généraliste, qu'il travaille seul ou en groupe est inclus dans un réseau pluridisciplinaire où l'échange est primordial. Quotidiennement, le médecin discute, prend avis, informe et échange avec les autres professionnels de santé, les spécialistes, mais aussi les acteurs paramédicaux. Il s'agit d'un travail d'équipe sans aucune concurrence.

Il n'est donc pas étonnant que certaines s'accordent pour dire que de bonnes conditions de travail passent par une bonne coordination pluridisciplinaire, autant avec les différents spécialistes qu'avec les acteurs paramédicaux (kinésithérapeute, infirmière, laboratoire...). Il est important et nécessaire de constituer un réseau ou un carnet d'adresses avec des professionnels de confiance afin de bénéficier d'un exercice fluide et agréable.

- *Entretien 6 : « Il faut s'entourer. Autant professionnel que pluri pro, avec les infirmières, avec les spécialistes aussi, c'est important de les connaître, de les rencontrer. Ça te permet d'avoir des rendez-vous plus rapidement. C'est important d'avoir l'esprit de travail en équipe. »*

• **La réalité du terrain : le peu de disponibilité des professionnels de santé qui se répercute grandement sur la qualité de travail.**

MG 7 regrette lourdement les difficultés de communication avec les médecins spécialistes ainsi que l'allongement des délais de prise en charge. Dans le contexte démographique médical actuel (pénurie de soignant), tout le monde est débordé, surchargé, l'affluence des patients est phénoménale. Il n'est alors pas étonnant que les délais d'attente s'allongent et que l'accès pour avoir un avis soit ardue.

Malheureusement, ces facteurs se répercutent directement sur la qualité de travail des médecins généralistes : le médecin généraliste et le spécialiste sont une entité au service du soin. Nous comprenons alors qu'une communication difficile avec les confrères spécialistes entraîne un exercice moins fluide, une prise en charge ralentie et des soins non optimisés.

- *Entretien 7 : « Depuis la covid, les spécialistes ont des délais d'attente, mais phénoménaux même si on passe des heures au téléphone à essayer de joindre les spécialistes pour la prise en charge rapide des patients, c'est une catastrophe. On passe au moins 20 min au téléphone déjà et puis pour des rendez-vous qui sont à 3 semaines ou 4 semaines, mais si on appelle pas, c'est 3 mois après, non il y a un gros problème de fluidité avec les spécialistes que ce soit à l'hôpital ou en privé... »*

- **Encore plus de difficultés avec l'hospitalier.**

Cette difficulté de communication semble encore plus dramatique avec l'hôpital, du fait de sa structure plus imposante et du côté impersonnel qu'impose la hiérarchie hospitalière. Nourrissant le clivage entre l'hôpital et le libéral, les médecins généralistes ont le sentiment de travailler de leur côté.

- *Entretien 7 : « À l'hôpital, c'est pire, on arrive pas à les joindre. » « C'est impossible, impossible d'avoir une prise en charge multidisciplinaire, on n'y arrive pas, on est chacun dans notre coin.... »*

- **Importance de la relation avec les acteurs paramédicaux.**

En ce qui concerne les acteurs paramédicaux, principalement les infirmières. Certaines ont a coeur d'avoir une proximité immédiate avec leurs infirmières, en les incluant dans leurs locaux, rendant ainsi la relation interprofessionnelle plus concrète et privilégiée.

- *Entretien 4 : « J'ai donné mon petit bureau aux infirmières libérales avec qui je bosse »*
- *Entretien 6 : « J'aimerais bien que les infirmières ne soient pas trop loin de moi. Alors on a fait une ESP il y a quelques années qui est toujours pas validé par l'ARS, mais ça devrait enfin passer cette année, et donc j'aurais bien aimé qu'elles aient leur local dans mes locaux pour pouvoir avoir accès à elles très facilement si j'ai un souci quelconque. »*

### **3.4. Le cas des visites à domicile : des avis divisés**



Considérées comme l'apanage de la médecine générale, les visites à domicile divisent les médecins. Qu'elles refusent ou qu'elles poursuivent la pratique, elles soulignent quasi unanimement la problématique des visites à domicile injustifiées. Il ne s'agit en aucune façon de remettre en question le fondement des visites à domicile, mais plutôt de relever les dérives de la pratique.

• **Le mot d'ordre : rompre avec les visites de « confort », rééduquer ses patients afin de mettre en place des pratiques plus raisonnées.**

- *Entretien 1 : « Quand j'ai repris le cabinet j'en avais pas mal et au fil du temps ça s'est écrémé tout seul. (...) C'étaient des gens qui habitaient à E. et qui refusaient de venir au cabinet parce qu'ils ne pouvaient pas se garer (rires). C'est pour ça que je leur ai dit "écoutez, c'est pas possible, vous allez à la pharmacie à côté du cabinet, donc vous pouvez venir au cabinet". Et ils ont pas accepté... Finalement il y en a plein qui sont partis. Finalement, ces visites n'étaient pas vraiment justifiées. (...) Avant mes prédécesseurs avaient tendance à faire des visites à domicile pour tout et rien, donc quelqu'un appelait, je veux une visite à domicile et il y allait dans la demi-journée quel que soit le motif. J'ai eu des patients qui sont partis à cause de ça, puisque je fais pas de visite sur un claquement de doigts. »*
- *Entretien 4 : « J'ai vraiment découvert une grosse patientèle avec énormément de visite à domicile, énormément d'abus sur les visites donc tout un point, quasiment 6 à 9 mois de rééducation des gens (...) J'ai rééduqué une patientèle et j'ai viré 40 % des visites à domicile qui sont revenues au cabinet, voilà. S'ils sont capables d'aller chez le cardio, ils sont capables de venir chez le médecin traitant. »*

• **Certaines conservent un rythme de visites soutenu.**

- *Entretien 5: « Oui des visites à domicile, j'en fais pas mal surtout les lundis matin et vendredi matin. »*
- *Entretien 9: « J'ai aussi énormément de visites à domicile. »*

- **D'autres ne font que peu de visites à domicile, principalement réservées aux patients fragiles.**

- *Entretien 6 : « Oui, mais pas beaucoup, 1 à 2 par jour. Donc ça va les visites à domicile, on en fait assez peu, c'est surtout les consultations en fait. »*
- *Entretien 7 : « Très très peu (...) J'en ai deux par mois. »*
- *Entretien 8 : « Les visites à domicile, on en fait le moins possible et uniquement pour les patients âgés qui ne peuvent pas se déplacer. Et dans un secteur restreint. »*
- *Entretien 10 : « C'est plus les deux maisons de retraite de la ville que je visite. Et puis quelques patients à domicile, mais j'en ai pas beaucoup. »*

- **Le refus pour minorité d'entre elles.**

- *Entretien 2 : « Parce que les visites à domicile, je trouve que 99 % du temps elles ne sont pas justifiées et qu'on n'est pas équipé pour le faire correctement. »*
- *Entretien 3 : « Les visites à domicile, je ne suis pas une très grande fan, mais ça tombe bien mon associée aime ça. »*
- *Entretien 11 : « Alors non. Encore une fois, je ne suis pas une grande adepte des visites à domicile. »*

- **Le regret de voir disparaître une pratique propre aux médecins généralistes.**

- *Entretien 9 : « Il y a énormément de médecins qui ne voulaient plus venir à domicile (...) Je trouve que si on est médecin, pour les gens qui ne peuvent plus se déplacer, il faut être présent aussi, on ne peut pas faire de la médecine à moitié et recevoir les gens qu'au cabinet. »*

### **3.5. Les gardes et astreintes**

- **Certaines s'arrangent pour se faire remplacer pour certaines gardes de week-ends.**

- *Entretien 5 : « Et puis, les gardes de week-end, le samedi de 13h à 20h et le dimanche de 8h à 20h, il y en a 2 à 3 par an, mais souvent je me fais remplacer. »*
- *Entretien 8 : « Et puis, on fait partie du secteur de garde pour le week-end où on intervient à la maison médicale de garde et moi chaque fois, j'ai réussi à trouver un remplaçant pour ça. »*

- **Des astreintes qui ne semblent pas impacter de façon majeure la vie familiale du fait d'une faible sollicitation ou par absence d'impératifs familiaux à l'heure du début de l'astreinte.**

- *Entretien 8 : « Alors on a une astreinte tous les 15 jours, une astreinte téléphonique de 20h à minuit et une fois par 15 jours pour laquelle on est quand même peu sollicité. »*
- *Entretien 4 : « Et puis les astreintes dont je parlais, c'est le soir à 20h, mes enfants sont couchés, donc ça n'impacte pas, j'ai quand même le temps de les coucher, de prendre ce temps, et même si le téléphone sonne, j'y vais une fois que mes enfants sont couchés. »*

### **3.6. Charge de travail administrative débordante**

- **Le poids de l'administratif : toujours plus de papiers qui s'ajoutent aux soins.**

La charge administrative, la fameuse « paperasse » prend une place très importante dans un cabinet médical. Celles qui n'ont pas de secrétaire sur place, n'ont d'autres choix que de rallonger les journées de travail ou de ramener chez elles.

- *Entretien 1 : « Des fois, je reste vraiment plus tard le soir au cabinet pour faire cette paperasse. »*
- *Entretien 8 : « Par exemple, ce matin, j'ai passé 2h et demi à passer des coups de fil, à faire des courriers, à préparer mes feuilles de soins pour les envoyer à la sécu. Oui de gérer les soucis plus administratifs, ou le bilan comptable »*

- **Le côté rébarbatif des actes médicaux administratifs.**

- *Entretien 3 : « Juste ce qui me gonfle pas mal dans le libéral, c'est tout le côté administratif, la paperasse etc. (...) Mais c'est surtout rappeler monsieur machin, refaire l'ordonnance, le bon de transport, la déclaration de-ci, remplir le certificat de machin truc, les certificats comme ça, ça me gonfle. »*

- **La comptabilité fait également partie des charges redondantes à effectuer.**

- *Entretien 1 : « C'est tous les 3 mois, en fait je prépare le classeur pour le comptable tous les 3 mois, en fait je fais toutes les dépenses sur mon compte et après, je lui ramène le classeur et tous les justificatifs. »*
- *Entretien 7 : « Des comptables qui demandent une comptabilité, mais c'est des tonnes et des tonnes de papiers énormes ! (...) Non, je faisais des papiers pour la comptabilité jusqu'à 1h du matin, 2h, c'est terminé ça ! Fini, je rentre à 21h et ça sera en retard et je m'en fous (rires). »*

### **3.7. La lourdeur des charges financières**

Selon l'opinion publique, la profession de médecin généraliste est jugée pécuniairement intéressante. Pourtant, selon les dires de certaines de nos participantes, il semble que la réalité soit quelque peu différente.

D'une part, les charges professionnelles sont importantes, mais d'autre part, il faut également prendre en compte les dépenses de la vie personnelle : un prêt immobilier, les dépenses courantes de la famille, les dépenses relatives à l'éducation des enfants...

Finalement, c'est la désillusion de devoir regarder à la dépense au quotidien, de se priver de certains biens matériels, pour un métier pourtant communément jugé comme bien rémunérateur. L'affaiblissement du pouvoir d'achat des médecins est une réalité.

- **Certaines ne conseillent absolument pas la médecine générale pour son aspect pécunier.**

- *Entretien 9 : « Et puis le côté financier n'est pas intéressant niveau libéral, je pense que c'est pas celui qu'on pourra vendre. »*
- *Entretien 12 : « Oui franchement la méd gé pour l'argent c'est pas ça. »*

- **Une course au travail et à l'épargne.**

Certaines font part de la lourdeur des charges financières d'un cabinet libéral les obligeant à travailler toujours plus, à limiter les absences et à constituer des réserves pour faire face à l'absence (vacances, maternité, maladie...) ou bien encore pour constituer une retraite confortable.

- *Entretien 7 : « On est médecin, c'est comme ça et des obligations financières. Si tu ne travailles pas, tu n'as rien. Voilà c'est l'histoire de ma vie (...) ouais financièrement il y a des charges énormes, on nous ponctionne énormément. Il faut travailler, il faut travailler... »*
- *Entretien 12 : « En méd gé, tu dois bosser pour payer les charges qui tombent tout le temps même si tu ne bosses pas, tes vacances elles sont pas payées, c'est toi qui as économisé »*

• **Un aveu : la désillusion de la rémunération et l'espérance d'une meilleure qualité vie financière : l'une d'entre elles a avoué espérer une meilleure rémunération pour le métier et les longues années consacrées aux études et par conséquent bénéficier d'une meilleure qualité de vie (financière et matérielle).**

- *Entretien 5 : « Je ne me sens pas complètement... Je pense que ma qualité de vie devrait être meilleure, (...) moi c'est le côté financier dont je parle, avec les charges que l'on a au final je dois quand même regarder à la dépense ce qui est normal au final, mais je me dis que je n'ai pas la qualité de vie espérée. Ça, c'est au niveau financier parce qu'on a quand même énormément de charge, par rapport au nombre d'études, parfois j'aimerais pouvoir me lâcher un peu plus, par rapport aux travaux de ma maison par exemple. Et non, on regarde quand même assez dans le détail par rapport aux dépenses. »*

• **Pour certaines, c'est uniquement grâce à une compétence supplémentaire qu'elles peuvent bénéficier d'une bonne condition financière.**

- *Entretien 2 : « Après, il y a un truc qu'on a et qui est quand même très très appréciable et qui fait qu'on tient dans ce métier, c'est notre salaire, mais pas notre salaire de médecin généraliste, mais mon salaire de nutritionniste. Moi, c'est clairement parce que je peux faire des dépassements que je m'en sors bien. (...) Et surtout moi, je conseillerais à toutes les jeunes*

*médecins de faire un DU à côté, parce que financièrement on peut pas s'en sortir en étant simple médecin généraliste, c'est pas possible. »*

### **3.8. Charge de travail : toujours plus de patient à absorber**

- **Une charge de travail massive et toujours plus grandissante : un sentiment d'être absorbé par la masse de travail.**

- *Entretien 1 : « En fait, on a beau essayer d'adapter, je trouve qu'on se fait toujours absorber en permanence. »*

- **Des patients de plus en plus nombreux, une population de plus en plus vieillissante dans un contexte de décroissance, voire de pénurie de médecins généralistes : une inadéquation entre l'offre insuffisante et la demande débordante.**

- *Entretien 9 : « Alors jusqu'il y a 3-4 ans, il y a toujours eu beaucoup de travail, mais c'était encore viable. Là, il y a 3 à 4 gros cabinets qui sont partis et qui n'ont pas été repris et donc il y a un afflux de clientèle qui est effectivement immense et qui est très difficile à gérer. Les horaires se sont beaucoup accrus. »*

- *Entretien 7 : « Non, il faut qu'on soit aidé, on peut travailler beaucoup d'heures, mais on est plus assez de médecin, c'est flagrant. Et donc on a une charge de travail énorme. »*

- **Les cabinets restants sont sursollicités, raison pour laquelle certaines n'osent pas refuser des patients, surtout quand elles n'ont plus d'obligations familiales (plus d'enfants à charge par exemple).**

- *Entretien 9 : « Il y a de la demande, je n'ose pas refuser. Beaucoup de gens me disent, "j'ai fais 3 médecins, plus personne ne veut des nouveaux patients"... Je ne vais pas dire, moi non plus j'en prends plus, je peux pas tellement, et donc j'accepte. Alors que si j'avais mon fils ou un enfant à la maison, je dirai non je peux pas, alors que là je n'ai pas d'obligation majeure,*

*du coup je reste disponible. »*

• **Les horaires de travail sont intensifs, rallongés au détriment d'une vie personnelle sacrifiée.**

- *Entretien 1 : « Donc c'est un peu difficile de ce côté là, parce que quand on essaye d'y répondre, on surbooke et bien en fait finalement on travaille entre 12 et 14h en une journée sans pouvoir faire pipi, c'est oppressant. »*
- *Entretien 9 : « Là maintenant, je suis au travail à 7h et je rentre très souvent à 21h sans m'arrêter. (...) C'est quasiment tous les jours de 7h à 21h et le samedi, là je suis rentrée, il était 18h30. Ça fait beaucoup ! C'est difficile à tenir et ça fait bientôt une année que je travaille comme ça. Et ça a tendance à s'accroître encore. »*
- *Entretien 10 : « C'est compliqué en ce moment, on est vraiment beaucoup demandé, on double les rendez-vous. Je fais des demi-journées donc je tire, je ne finis jamais... midi n'existe pas, (...) Après, 12h30 c'est mon dernier rendez-vous, mais je finis à 14h très souvent, ce n'est pas vraiment des vraies demi-journées. Notre pratique a complètement été modifiée en 2 ans, c'est un truc de fou ! »*

• **Certaines ont fait appel au renfort d'un nouveau collègue de travail, qui permet dans un premier temps d'absorber la forte demande, mais la solution n'est que temporaire et absolument pas durable : plus il y aura d'intervenants, plus il y aura de patients, plus cela appellera encore à augmenter les intervenants, ainsi de suite, et cela sans fin.**

- *Entretien 6 : « Du coup, on a notre 3ème médecin qui s'est rajouté, mais tu vois, tu ne contrôles pas, on ne contrôle pas son travail, son amplitude horaire, on contrôle rien du tout, mais on s'adapte et en fonction des événements, il faut s'adapter en cherchant de l'aide auprès de quelqu'un d'autre. Il ne faut pas avoir peur de rajouter quelqu'un dans la boucle. (...) Mais, rajouter quelqu'un dans la boucle ça va mieux un temps, mais plus tu es nombreux plus t'auras de patient, c'est sans fin. »*
- *Entretien 10 : « En fait, on est surchargé. On a une cinquième collaboratrice qui est arrivée en septembre, mais ça n'a rien changé au niveau de la surcharge de travail, c'est assez*

*impressionnant, on est assez choqué, mais voilà c'est comme ça on n'a pas trop le choix. »*

- **Une charge de travail conséquente qui détériore la qualité de travail.**

- *Entretien 9 : « Alors actuellement, c'est effectivement beaucoup trop dense. Jusqu'à présent j'arrivais à avoir une certaine qualité de travail (...) Là, je trouve que si ça continue comme ça, la qualité de travail ne va plus être là. (...) J'essayais de répondre à toutes les problématiques quand les gens viennent, mais là dans ma façon d'être je suis presque obligée de presser les gens et c'est quelque chose de désagréable, je veux dire quand quelqu'un vient et surtout s'il a attendu 2h dans la salle d'attente, c'est difficile de lui dire "faut se dépêcher il y a encore du monde..." c'est plus le côté un peu à la fois de vouloir donner une qualité, être à l'écoute et le fait qu'il y ait beaucoup beaucoup de gens donc on ne peut pas être à l'écoute indéfiniment. »*

### **3.9. La disponibilité et les nouvelles technologies de communication**

- **La permanence des soins : le devoir d'être disponible de 8h à 20h.**

- *Entretien 1 : « Et pour la permanence des soins, j'essaie de répondre, d'être disponible pour mes propres patients au cabinet de 8h à 20h quasiment. Et donc, j'ai un téléphone professionnel si besoin. (...) Quand on est médecin traitant, on se doit d'être présent pour nos patients, donc j'essaie de l'être aux heures d'ouvertures officielles des cabinets, mais comme je suis seule, ça fait tout de suite des journées très très très chargées, donc je ne peux pas toujours me reposer sur la permanence des soins type SOS parce que normalement je suis censée être là pour les patients. »*
- *Entretien 6 : « Bah enfin, on ne laisse pas les gens dans la panade (...) tu vois à 17h, il n'y a pas de permanence des soins, il n'y a rien de prévu. (...) Après 20h, il y a une solution, il y a une permanence, un médecin d'astreinte, c'est différent, il y a une réponse, mais quand il n'y a pas de réponse, tu te dois d'être là. Et d'ailleurs, déontologiquement, tu te dois d'être là. »*
- *Entretien 9 : « Euh, je suis là donc je suis au cabinet, mais la nuit je ne suis pas là. Donc on ne peut pas m'appeler la nuit, la nuit c'est SOS médecin. C'est le message qu'il y a sur le répondeur. Donc si il y a encore des visites après le soir, je fais encore mes visites le soir. »*



- **L'incompréhension de certaines vis-à-vis des horaires de certains cabinets.**

- *Entretien 6 : « La permanence des soins, c'est à partir de 20h jusqu'à 8h. En dehors de ces horaires, tu te dois d'être là et que moi ça me paraît une évidence. Je ne comprends pas les médecins pour qui ça n'est pas une évidence. Je respecte chacun, mais je ne comprends pas qu'ils puissent vivre comme ça... »*

- **Une disponibilité permanente pour les professionnels paramédicaux : pas de distinction de temps personnel/professionnel.**

- *Entretien 4 : « Y a les infirmières, mais là c'est juste méchant notamment sur les week-end où elles sont seules, bien sûr qu'il y a le médecin de garde, mais des fois c'est peut-être plus simple de se référer au médecin traitant qui connaît mieux le patient et puis elles abusent pas. (...) Peut-être une fois dans la semaine, elles vont m'appeler pour une couille un samedi ou un dimanche que je règle à distance. »*
- *Entretien 8 : « Les infirmières savent qu'elles peuvent me joindre par téléphone ou par sms, je regarde même quand je ne suis pas là, je regarde plusieurs fois par jour. (...) Je reste disponible, même quand je ne travaille pas, si j'ai un coup de fil des infirmières, je vais leur répondre et ça je le fais de bon cœur car je ne suis pas opprimée, j'ai le temps de mener ma vie personnelle à côté. Je sais que c'est compris dans le package. »*
- *Entretien 11 : « Alors, quand c'est les infirmières je réponds volontiers, c'est normal je trouve. »*
- *Entretien 12 : « Le seul truc que je fais, c'est répondre aux infirmières parce que je trouve pas ça sympa de les laisser sans réponse. »*

- **En ce qui concerne les patients, la disponibilité en dehors du cabinet est ambiguë, du fait de l'usage des nouvelles technologies. Cette impression de médecine accessible du bout des doigts via les mails, les sms, la téléconsultation est maintenant ancrée dans les habitudes médicales actuelles.**

- *Entretien 9 : « Et après vous avez tous les gens qui commencent à avoir votre mail, j'essaye de le donner le moins possible, surtout actuellement, parce que tout le monde a toujours juste une question, juste une ordonnance. C'est vraiment une plaie de notre nouvelle civilisation, c'est vraiment le téléphone constant et les mails, et tout le monde a l'impression d'être seul, veut avoir un avis, une ordonnance, une réponse à une problématique donc c'est compliqué. Parce qu'ils ne se rendent pas compte de la charge de travail qu'on a. »*
- *Entretien 4 : « Mes patients m'ont tous par Facebook, ça été le cas encore ce week-end donc ils m'envoient des petits messages par Messenger. Là pareil, j'arrive pas à être virulente, je me dis toujours ça me prend 30 secondes de leur répondre, voilà c'est rien... C'est un peu le souci de ce côté Facebook, où les gens n'ont pas trop de limites. »*
- *Entretien 10 : « Je pense à ma collègue par exemple qui s'est mise dans la panade totale avec certains de ses patients. Elle leur donnait son mail, mais les gens, quand on leur donne un truc, bah ils abusent. Ils lui demandaient des ordonnances, des consultations. »*

• **La question de la légalité et du danger des consultations à distance qui inquiètent les médecins.**

- *Entretien 10 : « De faire de la consultation téléphonique, de se mettre en danger ou de mettre en danger des gens, légalement, ce n'est pas bon de prescrire des choses sans voir les gens, ça peut être compliqué. (...) Conclusion, c'est mettre des barrières et travailler dans la légalité. »*
- *Entretien 12 : « Ils ont le mail du cabinet, mais je n'y réponds pas malgré les demandes de consultations ou de renouvellement par mail, faut pas abuser quoi. Et puis ça ne se fait pas, on n'est pas du tout dans la légalité. »*

• **La nécessité d'éduquer ses patients sur les consultations mails/ sms pour éviter les abus.**

- *Entretien 1 : « Après ça m'est déjà arrivée, parce que j'ai mon téléphone pro, il y a les mails, les sms tout ça, des petites consultations, ils m'envoient des fois des textos... Donc pour le patient standard, je leur dis que ça ne se fait pas et qu'il faut prendre une consultation etc. »*
- *Entretien 11 : « Il y a souvent des demandes de consultation par mail ou des demandes de renouvellement que je refuse, ou alors, je dis qu'il faut prendre rendez-vous au cabinet pour ce*

*motif parce que sinon, c'est la porte ouverte à tous les abus. »*

- **En général, les patients fragiles ou les enfants font exception à la règle.**

- *Entretien 1 : « Mais comme je suis beaucoup d'enfants, je fais beaucoup de pédiatrie, donc là je me mets à la place des parents et quand on a une interrogation, une inquiétude et qu'on panique même tard le soir, il m'arrive de répondre en les rassurant au maximum. »*
- *Entretien 4 : « Ha si si, ça par contre c'est primordial avec le covid... Parce que c'est con un patient qui désature sur covid un vendredi et qu'il est sous oxygène, ça me fait un peu chier de le laisser. Donc là, j'avais donné mon numéro à une vingtaine de patients, évidemment ce n'est pas 20 patients qu'ils l'ont parce qu'ils l'ont diffusé à beaucoup de monde, mais voilà dans l'ensemble quand le numéro je le connais pas, je décroche pas. »*
- *Entretien 9 : « À part pour certaines personnes fragiles ou à risque où je donne mon téléphone, mais autrement personne ne peut me joindre le soir. »*

- **D'autres ont fait le choix de ne pas transmettre leurs coordonnées privées.**

- *Entretien 10: « Donc ça je l'ai retenu, j'ai mis des barrières, je ne donne pas de mail, ils appellent le secrétariat s'ils ont des questions. »*
- *Entretien 12: « Mais pour les patients, c'est non. Je ne donne pas mon téléphone privé, c'est hors de question. »*

#### **4. SÉCURITÉ AU TRAVAIL**

##### **4.1. Agression physique et verbale : la vulnérabilité des femmes médecins**

Globalement, la plupart se sentent en sécurité sur leur lieu de travail. Cependant, le discours de certaines participantes nous a amenées à certains constats.

- **Tout d'abord, les agressions verbales sont monnaie courante dans l'exercice quotidien.**

**Il peut s'agir d'insultes, de reproches ou de remarques agressives.**

- *Entretien 4 : « Je me suis déjà fait insulter et qu'on ne se permet pas, je ne pense pas à un collègue homme qui a peut-être plus de charisme... »*
- *Entretien 7 : « Il y a une période au mois de février-mars en plein covid, on se faisait insulter régulièrement. Moi j'ai 57 ans, j'ai plus envie de me faire engueuler toute la journée.... »*
- *Entretien 12 : « Les agressions verbales, avec le covid, c'est devenu tristement courant, pas forcément des insultes, mais des remarques négatives, des reproches alors que les gens ne se rendent pas compte de la charge de travail qu'on doit absorber. »*

- **Les agressions physiques semblent plus rares, mais certaines font remarquer l'inégalité du rapport homme-femme vis-à-vis de la sécurité. Le fait d'être une femme, surtout jeune rend le médecin plus vulnérable aux intimidations.**

- *Entretien 11 : « Oui très clairement, le fait d'être une femme nous rend vulnérables aux agressions physiques ou verbales d'ailleurs. Voilà, on est deux femmes au cabinet, donc on est exposé. Pour nous, franchement on a des patients qui sont biens, mais il arrive toujours qu'il y ait un patient agressif ou menaçant, insultant parce qu'on veut pas prescrire ci ou ça, ou autre (...) Alors c'est sûr que si j'étais un homme ça serait plus simple, voilà être une femme face à un homme, c'est déjà physiquement pas trop dissuasif, je fais 1m60 50kg donc bon face à un homme de 70kg 1m80, je fais pas vraiment le poids quoi. Donc, nous les femmes ça sera plus la négociation pour régler une situation tendue, qu'un homme qui va pouvoir y aller autoritaire direct, parce que physiquement il impose déjà le respect. »*
- *Entretien 12 : « Au début peut-être plus, parce que j'étais une jeune femme et que certains essayent de s'imposer, les hommes surtout mais bon les femmes aussi. (...) Les agressions physiques, c'est ultra rare, c'est plus de l'intimidation surtout quand on est une femme du coup. »*

- **L'une d'entre elles dénonce une certaine forme de harcèlement sexuel : le fait d'être confrontée aux regards déplacés de certains patients masculins. Sa parade pour y**

**remédier repose sur le port de la blouse pour mettre une certaine distance entre elle et son patient. Cette idée est également rejointe par une autre médecin qui dit “enlever toute féminité” dans son quotidien professionnel.**

- *Entretien 10 : « Qu'est-ce qui change aussi homme femme... Euh plus de vulnérabilité aussi. Quand on est jeune et quand on est une femme, au fond, on est moins bien traité entre guillemets... Et vulnérable dans le sens où parfois on est face à des hommes où on sent un regard un peu vicieux voilà ça peut arriver et ça arrive encore. Alors comment on fait pour s'en sortir ? Alors il y a la parade de la blouse. Je trouve que depuis qu'il y a le covid, avant on ne mettait pas de blouse, depuis on la met et je trouve que c'est beaucoup mieux parce que l'habit... Alors on peut être féminine, mettre des robes, on peut attirer l'oeil chez certains hommes et maintenant qu'on porte des blouses, c'est assez standardisé, il n'y a plus trop de regard lubrique sur nous, c'est plutôt pas mal, je suis contente d'avoir intégrée la blouse dans mon travail. Parce que je peux vous dire par rapport à la différence homme femme, c'est plus la vulnérabilité par rapport à certains hommes. »*
- *Entretien 7 : « Je suis habillée simplement, je suis habillée Kiabi, je ne suis pas maquillée à outrance, ça aussi il faut aussi faire attention, extrêmement attention à la présentation. Comme en plus on est ostéopathe, donc on est assez tactile, assez couché sur les gens, il faut être très neutre dans le côté femme, il faut enlever tout ce qui est féminité. »*

**• Le facteur rassurant pour certaines est le fait de travailler à plusieurs, de telle sorte qu'elles ne soient jamais seules au cabinet.**

- *Entretien 10 : « Oui mais c'est aussi parce qu'on est jamais seul au cabinet. Après, on est dans un secteur où ça va, c'est semi-rural, c'est franchement ça craint rien. (...) Il y a toujours deux médecins au cabinet, donc même si on ne finit pas toujours à la même heure, mais bon c'est 15 min d'écart, ça fait qu'on est jamais seul. C'est effectivement le souci que j'ai eu en étant remplaçante, seule dans les cabinets, surtout en ville à S, à devoir fermer dans des quartiers un peu compliqués, c'est vrai que je me sentais pas du tout en sécurité, on sait que si on crie fort il y a quelqu'un qui nous entend. Et c'est aussi le fait qu'il y ait des hommes. Le fait d'être associée à deux hommes, ça rassure. Il y a certains patients qui ont besoin de masculinité pour les remettre en place. Donc c'est mes collègues hommes qui s'en chargent, puisque c'est*

*moche, mais le machisme ça existe encore. Il y a rien de mieux que d'envoyer un homme face à un homme (rires). Pas d'autre choix. »*

- *Entretien 12 : "Oui, alors déjà on est pas toute seule. On est deux femmes avec un homme donc ça rassure. On est souvent 2 à consulter en même temps. Donc oui, je me sens bien, je ne me sens pas menacé. »*

- **Certaines ont fait l'acquisition d'un système de surveillance pour se rassurer.**

- *Entretien 11 : « On a fait poser des caméras dans la salle d'attente, voilà pour vérifier de temps à autre qui rentre au cabinet. Parce qu'une fois dans notre bureau, on ne voit pas ce qui se passe dehors. Enfin c'est... Enfin ça n'empêche pas les gens malveillants de rentrer mais on peut voir arriver quelqu'un à travers la caméra avec un comportement suspicieux et avoir le temps de prévenir quelqu'un. (...) Après la limite, c'est que dans le bureau, on ne peut pas filmer et on est toute seule...Quelqu'un pourrait nous agresser dans le bureau, y aurait personne pour nous aider...donc c'est un peu la limite de choses. »*

#### **4.2. Vécu psychologique**

- **Le traumatisme de certaines agressions physiques peut se répercuter sur la poursuite de leur carrière.**

- *Entretien 8 : « Oui, mais c'est aussi un truc... Si je me faisais agresser, enfin plus que verbalement disons je ne suis pas sûre que je serais capable de continuer à travailler. »*
- *Entretien 11 : « Très franchement si un jour je me faisais agresser physiquement, je pense que je ne pourrais pas continuer à exercer. J'arrêteraï là ma carrière. Ça me touche trop pour que je me dise que c'est un phénomène pas de chance et que demain ça ira mieux. Parce que les agressions verbales, il y en a et malheureusement ça fait tristement partie de notre métier, mais physiquement non je ne l'accepte pas. Et j'accepte pas de travailler dans ces conditions là. »*

- **D'ailleurs, l'une d'entre elles a arrêté les gardes du fait d'agressions.**

- *Entretien 2 : « Si c'est pour comme mes dernières gardes, aller pour 30 balles, euh à 2h du matin un dimanche en visite chez certaines populations, et me faire rayer ma voiture et devoir appeler les flics ha bah non! Moi, c'est ça qui m'a fait arrêter les gardes de nuit. Je veux dire, je ne fais pas des gardes pour me faire agresser quoi. »*

- **Pour d'autres, c'est l'obligation de continuer comme si de rien n'était. Une attitude passive de résignation et le silence sur le sujet que nous déplorons au vu de la détresse que ces actes peuvent engendrer.**

- *Entretien 7 : « Oui quand ils ont été agressifs avec moi, quand je me suis fait agresser là, pendant 3 jours je sais plus comment faire, je suis tétanisée et puis il y a personne à qui en parler, t'as pas de suivi psychiatrique... Alors ça me fait toujours rigoler, on met une antenne de soutien à ceux qui se font agresser, le médecin jamais ! Ça continue ! Tu y vas, t'as l'impression que tu es au front tout le temps et tout le temps, tu te fais massacrer la tronche, mais tu y retournes. »*

- **Un appel à plus de reconnaissance sur ces situations d'insécurité où le médecin se retrouve dans une solitude extrême. La réalité est que ces actes sont certainement sous estimés, du fait d'une renonciation à en parler et du fait d'un manque de reconnaissance de notre système de protection sociale.**

- *Entretien 7 : « Un soutien psychologique quand il nous arrive des pépins ! Que cela soit physique, ou ne serait-ce que de la maltraitance des patients vis à vis de nous, on se fait engueuler, on se fait bousculer et ça personne ne ... Il faut continuer. Les autres professions, ils se mettent en arrêt de travail.. Le chauffeur de bus, il se fait agresser, il vient pas travailler pendant 15 jours, on se fait agresser, on y retourne et de toute façon, tu te fais agresser dans une salle d'attente, personne ne viendra à ton secours, personne! Elle peut être pleine la salle d'attente, les gens sont d'une indifférence remarquable, y en a aucun qui dira stop ça suffit ... Et 10 min après faut prendre un autre patient ....mais dans quelle profession on a ça ? C'est cette solitude vis-à-vis des patients... On est tout le temps tout seul. »*

### 4.3. Vols

- **Sur un sujet plus matériel, certaines subissent des vols au cabinet. Pour pallier à cela ou du moins pour dissuader certaines personnes malveillantes, elles ont placé des systèmes de sécurité, des caméras factices ou non dans les endroits communs.**
  - *Entretien 8 : « Oui il y a une alarme qui fonctionne lorsque l'on n'est pas là et puis il y a une fausse caméra. On se faisait piquer des trucs, rien de valeur mais ça nous avait un peu énervé donc les caméras que l'on a sont fictives, mais elles ont freiné ce genre d'incivilité. »*
  - *Entretien 11 : « Voilà c'est aussi dissuasif pour les gens qui veulent voler des choses, ça peut arriver mais oui, c'est dissuasif. »*

## **5. VÉCU DE LA MATERNITÉ**

### **5.1. La gestion de son absence : la principale préoccupation**

- **Organiser sa grossesse : prévoir son remplaçant, souvent en amont de son projet de maternité.**
  - *Entretien 6 : « Oui, mais je me suis fait remplacer 3 mois, ça aussi, c'est une difficulté pour les médecins. J'ai cherché un remplaçant alors que je n'étais pas encore enceinte... »*
  - *Entretien 10 : « Il fallait trouver une remplaçante aussi qui accepte tout le congé maternité plus un mois avant... J'ai réussi, j'ai trouvé heureusement, mais ça, c'est aussi compliqué. »*
- **Certaines n'ont pas eu d'autres choix que de se faire remplacer par plusieurs intervenants. Parfois même reprendre le travail plus tôt et faire l'impasse sur une partie du congé maternité en l'absence de remplaçant.**
  - *Entretien 5 : « Au début, j'avais une remplaçante sur le début du congé maternité, mais c'était assez galère, j'ai quand même eu du mal à combler toutes les semaines du congé maternité. J'avais pas de remplaçant sur toute la période. C'étaient plusieurs remplaçants sur une à deux semaines. C'était assez compliqué. J'ai géré à distance. Et j'ai repris assez tôt à 8 semaines de*



*mon accouchement. C'était en août, donc j'ai pu reprendre à mi-temps juste pour être présente quoi. C'était parce que j'avais pas de remplaçant. »*

## **5.2. Un aspect financier et une protection sociale peu favorables**

- **Constituer une trésorerie en amont pour faire face aux charges du cabinet durant leur absence, soulignant la faiblesse des indemnités octroyées. Pour cette même raison, beaucoup de médecins restent plus longtemps au travail avant de s'absenter et reprennent plus tôt que la fin de leur congé maternité.**
  - *Entretien 1 : « Donc financièrement, c'est aussi compliqué, car on reçoit très peu d'argent de la sécurité sociale, et la prévoyance très souvent ne prend pas en charge les congés de maternité. Donc, il faut construire en amont une trésorerie d'un an d'avance pour pouvoir faire un bébé, c'est difficile à mettre en oeuvre. »*
  - *Entretien 2 : « On prend toujours notre congé maternité au plus tard, voire pas en entier. J'ai travaillé 3 semaines de plus et je vais reprendre 3 semaines en avance. On ne s'arrête jamais quand on est malade... En tout cas, on n'a pas d'indemnité ou quasi pas. On est obligé d'économiser avant, de rattraper après, du coup tu as jamais l'esprit tranquille. »*
  - *Entretien 5 : « Là avec ma fille, j'ai travaillé pendant toute ma grossesse jusqu'aux semaines pathologiques à peu près. »*
  - *Entretien 10 : « C'est aussi l'aspect financier, quand on part et qu'on laisse vacant, ce n'est pas une question d'avoir un salaire en soi, c'est tout ce qui est charges. »*
  - *Entretien 9 : « J'ai travaillé jusqu'au dernier jour et puis le lendemain, j'ai accouché. Et puis, j'ai eu un mois de congé maternité et puis j'ai repris. (...) Bah vous n'aviez pas de couverture (...) mais effectivement au niveau couverture sociale, à l'époque je crois qu'on avait droit à 4 ou 5 semaines. »*
- **Pour ces mêmes raisons, certaines ont clairement fait le choix de la maternité pendant leur internat : c'est alors l'avantage de bénéficier d'une protection sociale et du statut salarial (salaire, arrêt de travail, congé maternité complet.)**

- *Entretien 1 : « J'ai eu 2 enfants pendant l'internat. (...) J'avais décidé de faire mes deux enfants pendant l'internat parce qu'on avait une protection sociale en tant qu'interne. »*
- *Entretien 4 : « Après, j'ai vraiment bénéficié de ce congé maternité, j'ai repris quand ma fille avait 2 mois et demi, donc vraiment j'ai profité de tout le congé maternité. »*

### **5.3. Réaction des patients : entre ignorance et réflexions**

Même si ces dernières étaient remplacées, une absence aussi longue semblait leur porter préjudice. Elles avaient très souvent des réflexions peu agréables de leurs patients.

- *Entretien 1 : « J'ai une copine qui a fait une fois installée son bébé direct et c'était assez mal perçu par les patients et les confrères du quartier aussi, ils étaient pas contents... »*
- *Entretien 2 : « C'est quand est-ce que vous arrêtez de travailler ? Quand est-ce que vous reprenez ? C'est le combienième ? Attendez bientôt ils seront grands, vous n'aurez plus besoin de vous arrêter... Moi, pour ma dernière grossesse, tout le monde m'a dit « j'espère que c'est votre dernier » plutôt que de te dire « c'est génial » et « c'est quand que vous revenez ? », « quoi? Vous prenez tout ça de congé maternité ? » Voilà... Alors que si j'étais leur fille, le discours ne serait pas du tout le même. »*

Par ailleurs, le fait d'être remplacée par plusieurs médecins était souvent peu apprécié des patients, mais paradoxalement, même le fait d'être remplacée par une seule personne était également peu apprécié. Finalement, il semblerait qu'il n'y avait pas réellement d'idéal.

- *Entretien 6 : « Moi je vois beaucoup de mes collègues féminines qui se font remplacer par plusieurs personnes et c'est très très mal perçu. À vrai dire, c'est aussi mal perçu quand tu te fais remplacer par la même personne pendant 3 mois. (...) À la limite ce n'est pas grave, ce n'est pas grave si tu te fais remplacer par plusieurs médecins car finalement, tu en tires aucun bénéfice car ils vont quand même aller voir ailleurs...tu sais, t'avais pas de médecin traitant à l'époque, alors ils se sont empressés de changer de médecin. »*
- *Entretien 4 : « Voilà ! Mais dans l'ensemble, ils sont un peu déçus, ils adhèrent pas du tout aux remplaçants, ce qui moi m'écoeure parce que moi pour l'avoir vécu, pour avoir rencontré ce frein, vous n'êtes pas médecin, vous n'êtes que la remplaçante donc on vient pas... »*

Enfin, pour l'une d'entre elles, ses patients avaient fait un déni de son état de grossesse.

- *Entretien 6 : « J'étais surprise, je me suis arrêtée le dernier mois de grossesse et quand je me suis arrêtée, mes patients étaient surpris de savoir et d'apprendre que j'étais enceinte alors que ça se voyait jusqu'au cou ! »*

#### **5.4. Vécu des médecins**

- **Certaines ont très mal vécu leur absence et se sentaient très coupables de laisser leur cabinet et leur patientèle aussi longtemps.**

- *Entretien 1 : « En tant qu'installée, si on s'absente aussi longtemps, on culpabilise un peu, on a le cabinet à faire tourner, les gens demandent ce que vous êtes devenu, vous n'êtes jamais là, etc. (...) »*
- *Entretien 2 : « Je pense que je ne suis pas la seule, car je suis sur un forum de mamans médecins et on vit toutes notre maternité très mal. La difficulté quand tu es médecin, c'est que tu es tiraillé entre le fait de faire ton boulot et être normalement disponible pour tes patients tout le temps et qu'à un moment donné, tu es quand même obligé de penser un petit peu à toi, ton bébé et que tu te sens coupable en permanence de le faire parce que tu es médecin. Alors que n'importe quelle autre femme prendrait son congé maternité, son congé pathologique ou se serait arrêtée pour le moindre rhume, le moindre mal de dos et bien toi tu fais pas. Il y a certaines femmes quand même médecins qui le font, mais quand elles le font, c'est sous le coup de la culpabilité. »*

- **Pour d'autres, ce n'était pas la culpabilité envers les patients, mais surtout celle envers les collègues qui les préoccupaient.**

- *Entretien 10 : « Le deuxième, c'est surtout la période covid qui a fait que c'était très compliqué. J'ai exercé, j'étais presque au dernier trimestre, avec un diabète gestationnel donc c'était pas une grossesse classique. J'avais une espèce de conscience professionnelle de rester, de ne pas laisser mes collègues. (...) Je ne voulais pas laisser mes collègues tout seul en fait. »*

• **Pour ne pas avoir à vivre les contraintes de la gestion d'un cabinet libéral pendant la grossesse, certaines ont choisi d'avoir une maternité avant leur installation.**

- *Entretien 11 : « Euh c'était un choix de faire des enfants pendant les rempla. Je ne me voyais pas faire des enfants en étant installée, voilà devoir gérer le cabinet, les charges, devoir prendre un congé maternité plus court parce que les patients se demanderaient où je serais parti... Donc oui je me suis vraiment dit que je ferai mes enfants avant de m'installer. »*
- *Entretien 12 : « Bien, j'étais remplaçante pour les deux donc forcément ça allait. C'était fait exprès en même temps. Je ne me voyais pas mener mes grossesses avec mon cabinet. Donc j'ai attendu d'avoir fait mes enfants pour envisager une installation sereine. J'ai profité du statut de remplaçante où bah voilà il y a une grande liberté. »*
- *Entretien 3 : « J'avais préféré ne pas être installé pour avoir des enfants, c'était vraiment un choix, j'avais peur que cela soit trop stressant de laisser mon cabinet trop longtemps, que je ne trouve pas de remplaçant etc... Ce stress. »*

## 6. DÉVELOPPEMENT PERSONNEL ET PROFESSIONNEL

### 6.1. Être médecin généraliste

• **Un choix de départ : une vocation pour la majorité des participantes.**

À la question “ Si vous aviez la possibilité de tout refaire, est-ce que vous changeriez de métier ? ”, la majorité des médecins ont répondu sur la négative. Seules deux médecins ont hésité à refaire le même chemin professionnel.

- *Entretien 1 : « J'ai choisi la médecine générale dès le départ. Donc en fait, dès le concours d'internat et même avant j'avais pris ma décision, ça aurait été la médecine générale de toute façon »*
- *Entretien 3 : « Franchement, non. J'ai toujours voulu faire médecine, aussi loin que je me souviens. Je ne me vois pas faire autre chose et je ne me suis jamais vu faire autre chose. (...) Donc non, je ne changerais pas. »*

- *Entretien 6 : « Je ne vois pas quelle autre spécialité j'aurais pu faire, donc je ferais la même chose sans regret. »*
- *Entretien 7 : « Ouais je sais faire que ça ! Je suis une soignante dans l'âme, une vocation, je ne sais rien faire d'autres. C'est dans mes gènes, c'est comme ça ! »*
- *Entretien 12 : « Ah oui, j'aurais fait médecine générale oui. Je ne me voyais pas spécialiste. »*

- **Mais des difficultés qui remettent en question le choix de départ.**

- **Le sentiment d'une meilleure qualité de vie dans un autre métier.**

MG 2 soulignent la difficulté à être médecin généraliste en tant que femme et mère : selon elle, un autre métier lui aurait probablement permis de bénéficier d'une meilleure qualité de vie.

- *Entretien 2 : « Non, je n'aurais pas choisi le même métier. J'aurais fait autre chose, je pense que j'aurais eu une meilleure qualité de vie. (...) Clairement j'aurais préféré passer plus de temps avec les enfants et avoir l'esprit plus tranquille ces 10 dernières années. Non, j'aurais pas fait ça. (...) Je pense qu'elle est très loin de la qualité de vie des femmes qui ont des boulots plus classiques, à âge égal et à nombre d'enfants égal. »*

- **Ou dans une spécialité médicale : Le clivage spécialité /médecine générale.**

Enfin, elle fait remarquer que dans l'éventualité où elle serait restée médecin, elle aurait choisi de faire une spécialité libérale pour jouir d'une meilleure qualité de vie professionnelle et financière.

- *Entretien 2 : « Et si j'avais quand même fait ça, j'aurais choisi une spécialité libérale genre cardio, un truc comme ça, bien pépère où t'as pas d'urgences la nuit, où tu es respecté et bien payé. Au début, je voulais pas du tout, mais en fait, je me rends compte que j'aurais eu une vie vachement mieux. »*

- **Une hésitation pour d'autres métiers : choisir un métier par envie.**

Pour MG 9, l'hésitation a reposé sur la possibilité de pouvoir faire d'autres métiers en fonction de ses envies de l'époque.

- *Entretien 9 : « (Réflexion) Non, je ne pense pas forcément. Alors faire autre chose oui, j'avais d'autres passions, le jardinage par exemple, paysagiste m'aurait beaucoup intéressé, metteur en scène aussi, j'aurais eu beaucoup d'autres métiers qui m'auraient intéressé, mais alors est-ce que j'aurais été apte à les assumer, je n'en sais rien (réflexion). Je ne sais pas si je ferais les choses autrement, difficile à dire. Je ne peux pas dire. »*

### **6.2. La médecine générale : une profession diversifiée et variée**

La médecine générale permet pour la plupart d'entre elles d'améliorer leur compétence et d'avoir un exercice large et varié. Pédiatrie, gériatrie, gestes techniques et encore bien d'autres sont autant de facettes de la médecine générale.... Cette diversité que permet la profession donne à chaque médecin la possibilité de se réaliser et de s'épanouir en fonction de ses aspirations, mais surtout de pratiquer la médecine qui leur correspond.

- *Entretien 1 : « Je trouve que la médecine générale, c'est hyper diversifié, c'est hyper épanouissant, on fait des diagnostics, des suivis, on connaît les gens, on peut tout faire. Moi je suis un peu plus pédiatrie, échographie, médecine du sport, je fais des gestes techniques au cabinet, on pourrait jamais faire des trucs pareils dans d'autres spécialités, moi je trouve que la médecine générale, c'est vraiment une spécialité. (...) Et en fait, on peut faire ce qu'on veut. Quelqu'un qui veut faire de la gynéco, il fait que de la gynéco... »*
- *Entretien 4 : « C'est un kiff, bon je suis plus psychologue que médecin généraliste... »*
- *Entretien 6 : « J'aime beaucoup ce que je fais, j'aime beaucoup avoir cet exercice très varié de la médecine générale, j'adore ma spécialité. (...) J'aimerais avoir aussi un échographe parce que j'aimerais aussi pouvoir faire des échographies. »*

### **6.3. Une profession privilégiée de par la relation du médecin avec son patient**

- *Entretien 9 : « La médecine générale est vraiment un métier intéressant, il touche l'entité de la*

*personne. (...) Prendre le patient dans toute sa problématique et pouvoir la suivre jusqu'au bout, être entier, pouvoir accompagner, venir à domicile. »*

#### **6.4. Une formation constante : le développement des compétences**

- **La possibilité de développer ses compétences professionnelles.**

Le développement des compétences fait partie intégrante de la profession, et la médecine générale offre une richesse de formations sans précédent.

- *Entretien 1 : « La formation, j'aime beaucoup ça. »*
- *Entretien 3 : « Aussi le soir, je fais des formations. »*
- *Entretien 9 : « On peut aller plus ou moins profondément sur l'expérience qu'on a progressivement et par les formations qu'on peut faire à côté. Donc finalement, c'est un métier où on peut continuer à apprendre, à s'épanouir, à approfondir. »*

- **Pour certaines un diplôme universitaire complémentaire.**

Deux de nos médecins interrogés ont par ailleurs complété leur exercice avec un diplôme universitaire d'ostéopathie pour MG 7 et un diplôme universitaire de nutrition pour MG 2, une façon d'élargir leurs compétences de médecin généraliste.

- *Entretien 9 : « J'ai passé mon diplôme d'ostéopathe après ma thèse, ensuite un DIU de traumatologie du sport, un DIU de biologie du sport et puis voilà. »*

C'est également le souhait de MG 11 de pouvoir faire un diplôme universitaire.

- *Entretien 11 : « Euh ouais si peut-être faire, enfin avoir un exercice complémentaire à la médecine générale, faire un DU par exemple pour augmenter mes compétences, j'y pense oui. Comme dit, il y a plein de choses qu'on peut faire en médecine générale, donc à voir. »*

- **Qui demande un investissement de temps personnel.**

Pour MG 9 qui travaille seule avec une permanence au cabinet 6 jours sur 7, la poursuite des formations est complexe. Se former, assister à des congrès, des séminaires, c'est pouvoir consacrer un temps personnel ou un temps professionnel avec les problématiques que cela engendrent (garde des enfants, remplacement au cabinet...) et cela sous-entend une bonne organisation professionnelle et personnelle.

- *Entretien 9 : « Là aussi ce qui m'embête, c'est qu'avant j'aimais bien faire régulièrement des formations par rapport à notre métier, mais là ce n'est plus possible non plus. »*

### **6.5. Les activités professionnelles associées**

Certaines ont une activité professionnelle complémentaire à l'activité du cabinet. La liste n'est évidemment pas exhaustive au vu des nombreuses possibilités qu'offre la profession.

- **Un exemple : la pédagogie.**

Une participante est MSU (Maître de stage universitaire). Elle souligne la satisfaction de la pédagogie, de la transmission et du partage d'expérience que cela lui procure.

- *Entretien 6 : « Je trouve que le fait d'être MSU, c'est aussi une satisfaction. Je trouve que c'est intéressant, on apprend autant par nos stagiaires qu'on leur apprend des choses. J'aime bien ce partage d'expérience, ça me plaît. Le plus dur en fait, c'est la patience et je trouve qu'avec le temps, j'ai de plus en plus de patience... Ça m'apprend la patience. »*

- **Un autre exemple : l'activité scolaire, ordinale et syndicale.**

D'autres médecins exercent également, en plus de leur occupation au cabinet, des activités extra-professionnelles, une façon de diversifier son activité en dehors du cabinet et de trouver satisfaction dans un exercice plus global.



- *Entretien 1 : « Bah là, je suis conseillère à l'ordre (...). Enfin, je suis adhérente à un syndicat de médecins (...). Là je suis aussi médecin référente dans un foyer de la jeunesse (...). »*
- *Entretien 6 : « Maintenant, je suis conseillère ordinale. »*

- **Un investissement professionnel important au détriment de la vie personnelle : être tiraillé entre ses envies professionnelles et sa vie personnelle.**

- *Entretien 1 : « Mon travail prend le dessus parce que forcément, je passe énormément de temps au cabinet et j'ai des activités professionnelles annexes qui me prennent des fois des week-ends et des soirs. »*

### **6.6. Vécu du métier : une satisfaction globale mais nuancée**

- **Une satisfaction globale de la profession.**

Elles ont choisi leur métier et elles sont globalement toutes satisfaites de leur profession. Malgré les difficultés, la médecine générale plaît et elles trouvent majoritairement de la satisfaction à exercer une profession aussi diverse et variée.

- *Entretien 1 : « C'est vraiment très enrichissant et très épanouissant, on peut s'améliorer en permanence. (...) J'aime beaucoup mon métier. »*
- *Entretien 3 : « Ouais ça dépend des jours (rires) mais de façon globale, j'aime bien mon travail et je m'y plaît. Souvent à la fin de la journée, je regarde ce que j'ai fait, qui j'ai vu et je me sens plutôt contente de ce qui s'est passé, de ce qui a été dit. Je trouve que j'ai des patients super sympas, vraiment quoi ! Il y en a quand je les vois, je suis contente de les voir, on est content de se voir. Donc ouais plutôt contente du boulot. J'espère que cela va durer le plus longtemps possible, mais pour l'instant ça va. »*
- *Entretien 9 : « Alors je peux dire que j'aime mon métier. »*
- *Entretien 10 : « Je suis très contente d'avoir choisi ce métier. »*

- **Une satisfaction nuancée par les difficultés et les inconvénients de la profession.**

Pour certaines, la satisfaction est quand même plus nuancée par les difficultés que présente la profession : charge de travail, charge mentale, stress, considération, rémunération pour ne citer que quelques problématiques. Certes, la profession peut être épanouissante et enrichissante, mais elle implique aussi son lot de difficultés et de sacrifices.

- *Entretien 1 : « La médecine générale c'est vraiment une spécialité. Maintenant, c'est la plus difficile aussi parce qu'il faut tout supporter mais c'est vraiment très enrichissant et très épanouissant. »*
- *Entretien 9 : « J'aime ce que je fais, j'aime mon travail, ce qui m'embête surtout, c'est d'avoir trop de choses à faire à la fois. (...) Il y a trop de choses à gérer à la fois. »*

## **B. TRANSFORMATION DE LA SOCIÉTÉ : ENTRE FÉMINISATION ET ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS PATIENTS**

### **1. FÉMINISATION : VERS DE NOUVELLES PRATIQUES**

#### **1.1. Une évolution générationnelle : abandon de l'image du médecin traditionnelle à la disponibilité permanente vers une pratique plus équilibrée**

Aujourd'hui, la nouvelle génération est portée par la féminisation de la profession et par conséquent, émergent des nouvelles pratiques liées aux valeurs familiales et individuelles qu'elles défendent.

- **Les femmes médecins ont aussi une vie familiale à gérer et ne peuvent pas consacrer une disponibilité permanente au travail. Elles doivent adapter leur pratique professionnelle à leur vie familiale.**

Les plus jeunes médecins ont abandonné la représentation traditionnelle de la profession. Généralement un homme, qui n'avait très souvent que le professionnel à gérer, car sa femme avait la gestion de la maison et des enfants et qui par conséquent, pouvait être entièrement

disponible pour sa patientèle.

Aujourd'hui, les femmes médecins sont mamans et médecins. Par conséquent, elles ont deux vies à assumer. Il est inconcevable pour elles de travailler avec le rythme et les habitudes de leurs aînés.

- *Entretien 1 : « Je veux dire, nous on a personne à la maison et qui va s'occuper des enfants et qui va faire à manger contrairement aux anciens médecins de l'ancienne génération, malheureusement on peut dire ce qu'on veut, mais c'est comme ça. Rien que pour ça, nous on ne peut pas terminer à 23h tous les soirs, ce n'est pas possible. Donc c'est pour ça que je trouve que les femmes dans la médecine vont changer la pratique. »*
- *Entretien 8 : « Il y avait l'image de l'homme qui sait et qui était 100% disponible parce que son épouse souvent ne travaillait pas et prenait en charge tout le côté administratif secrétariat/ gestion de la maison etc et aujourd'hui nous on a plus ça, nous les femmes qui travaillons en tant que médecin. Notre mari travaille en général de son côté médecin ou pas, on a plus quelqu'un qui nous seconde comme à l'époque. Et donc, forcément on ne peut pas être aussi disponible que le médecin homme tel qu'il était il y a 20 ou 25 ans qui avait je ne vais pas dire que ça à faire, mais que le côté médical à faire, pas le côté administratif souvent ni le côté gestion de la famille en fait. »*

- **Des contraintes familiales qui imposent une organisation.**

- *Entretien 3 : « J'ai ma vie de médecin et après j'ai ma vie de famille. C'est comme si j'avais deux boulots (...) Donc c'est pour ça d'ailleurs que je suis à cheval sur les rendez-vous, les horaires, les machins, j'ai besoin de pouvoir m'organiser, peut être plus que mes confrères masculins d'une autre époque. J'ai besoin de savoir quand est-ce que ça s'arrête parce qu'après il faut que je sois à telle heure chez moi pour donner à manger à mes enfants, les garder parce que mon conjoint est d'astreinte. »*

- **Une volonté d'un équilibre vie personnelle/vie professionnelle pour garantir sa qualité de travail et sa qualité de vie globale.**

- *Entretien 8 : « Je crois qu'à travailler trop de toute façon, j'ai pas une qualité de travail satisfaisante et je me déplaçais vite au travail quand je travaille trop, j'ai la chance de pouvoir choisir et je ne m'en prive pas. »*
- *Entretien 11 : « Et puis même sans enfants, je ne pense pas que je travaillerai à temps plein. Moi il me faut aussi du temps personnel, il faut aussi pouvoir souffler, évacuer la pression du métier, donc non vraiment, c'est pas le but de passer sa vie au travail. Il y a un équilibre à avoir. Après c'est chacun son équilibre, mais moi je sais que je ne peux pas passer mon temps au travail et ne faire que ça. »*

- **Les hommes médecins veulent aussi avoir le droit à une vie personnelle.**

Deux d'entre elles témoignent également que certains de leurs confrères masculins partagent ces aspirations de qualité de vie. Preuve que les nouvelles pratiques de la médecine ne sont plus exclusivement une volonté des femmes, mais également relayées par les hommes de la nouvelle génération.

- *Entretien 6 : « Notre collègue, son épouse attend un troisième enfant, l'autre jour, on s'est pris un petit temps de réunion et puis il enchaîne en me disant "oui et il faudra aussi que l'on discute de mon congé paternité" ... Bah alors là, sur le coup j'avais du tout pensé au congé paternité ! (rires) Ça surprend ! (rires) Tu vois, c'est la nouvelle génération! »*
- *Entretien 11 : « On est médecin, mais on a une vie à côté, pas forcément que les femmes. Je connais des hommes jeunes médecins qui veulent aussi du temps libre, qui prennent leur congé paternité (...) Ce n'est plus un métier où l'on sacrifie sa vie. »*

## **1.2. Féminisation : La représentation de la profession**

- **La volonté d'être un métier comme un autre : la fin du sacerdoce.**

La majorité d'entre elles considèrent que médecin est d'abord un métier et un métier comme un autre, avec des spécificités certes, mais en tout cas, plus une doctrine de vie ou un sacerdoce imposant un dévouement sans égal.

Comme dans n'importe quel métier, les médecins exigent des horaires, un temps de travail, une disponibilité et des congés annuels.

- *Entretien 8 : « Moi je crois que médecin, c'est un métier avant toute chose, c'est pas un sacerdoce, c'est un métier pas comme un autre certes, mais quand même un métier et c'est pas toute ma vie en fait, c'est ça qui est important en fait. Mais oui, c'est un métier avant toute chose et c'est bien que ça reste un métier voilà, qu'on ne soit pas toute la vie dispo H24 etc. Je crois que c'est important voilà. »*
- *Entretien 10 : « Alors c'est un métier comme un autre déjà qu'on soit homme ou femme. »*
- *Entretien 11 : « Avant c'était ça être médecin, c'était être au service et sacrifier sa vie pour les autres. Maintenant non, comme tous les autres métiers, on a le droit aux vacances, au temps libre, à sa vie familiale... Voilà ça a changé. »*
- *Entretien 12 : « Je suis médecin mais c'est un métier aujourd'hui, j'ai des horaires, du temps libre, des vacances comme tout le monde. Ce n'est plus une consécration de sa vie aux autres sans règles ni limites. »*

• **Pas de sentiment d'infériorité face à un médecin homme.**

Même si elles ont modifié et organisé leurs pratiques au profit d'un temps de travail et d'une disponibilité moins importante que leurs collègues hommes, aucune ne s'est sentie moins capable qu'un homme à être médecin.

- *Entretien 3 : « Que ce soit femme ou homme, on est médecin d'abord. »*
- *Entretien 4 : « Sinon je ne me sens pas moins médecin que mes collègues hommes. »*
- *Entretien 9 : « Je ne fais pas de différence avec un homme ou une femme médecin. Pour moi, on est médecin qu'on soit homme ou femme. »*
- *Entretien 11 : « C'est plus rare de voir une médecin femme quoi, on a fait les mêmes études, on a les mêmes connaissances, »*
- *Entretien 12: « Mais en tant que médecin, je ne suis pas moins capable que mes confrères. »*

• **Un sentiment naturel de fierté, de réussite dans leur parcours, en tant que médecin, en tant que femme et en tant que maman.**

- *Entretien 2 : « Bah plutôt une image noble, c'est clair, d'avoir réussi tout ça et d'être maman en même temps. D'être déjà une femme, d'être médecin. Déjà être médecin, je suis quand même vachement fière. (...) C'est très, très long et très, très compliqué, très fatigant. (...) Donc non très contente de ça. En plus en étant une femme effectivement. Non, j'en suis assez fière. »*
- *Entretien 10 : « Moi dans ma famille, je suis la première (médecin). C'est forcément beaucoup de fierté. »*

### **1.3. Une organisation, des règles et des limites d'exercices**

- **Fixer les règles et les limites de leurs exercices dès le début, pour éviter les abus et contribuer à de bonnes conditions de travail.**

- *Entretien 1 : « Déjà de ne pas se laisser faire, tout de suite fixer les règles même si au début, c'est angoissant, on a peur de ne pas plaire, que les patients ne soient pas contents mais si on laisse passer des choses, c'est la porte ouverte, donc dès le départ quand elles s'installent, c'est de mettre les règles directes »*
- *Entretien 2 : « Mettre des limites très claires avec les patients, les règles de bases, très très claires tout de suite. Ne jamais faire d'exception quasiment, parce que t'en fais une, c'est la porte ouverte à tout. »*

- **Fixer les limites de leur disponibilité.**

- *Entretien 3 : « Moi vraiment il y a une barrière, je refuse que les patients aient mon numéro de téléphone perso, je ne veux pas que les patients viennent sonner chez moi, quand je ne travaille pas, je ne travaille pas. (...) Je leur conseille de fixer des limites et d'essayer de les tenir, d'avoir un espèce de cadre bien défini. »*
- *Entretien 10 : « J'ai mis des barrières, je ne donne pas de mail, ils appellent le secrétariat s'ils ont des questions. On fait des téléconsultations pour leur répondre, mais sinon après, on passe notre journée à faire des consultations téléphoniques ou à faire des ordonnances comme ça sans les voir. Et on ne s'en sort plus. »*

- *Entretien 11 : « Je travaille quand je travaille et quand je ne suis pas là, je ne suis pas là. Donc, il faut mettre des règles. Ne pas avoir peur de les mettre sinon on peut y rester toute la nuit, il y aura toujours quelqu'un. »*

- **L'essentiel réside dans l'éducation de sa patientèle.**

- *Entretien 2 : « L'éducation du patient est un point des plus importants dans l'organisation du cabinet. Il faut toujours, toujours être vigilante à ça. »*

- **C'est aussi faire connaître à son patient, que le médecin a une vie en dehors du cabinet, une vie de famille et de mère.**

- *Entretien 4 : « Et que dès le départ, il faut fixer les termes et moi je l'ai tout de suite dit et ma patientèle l'a su, je suis maman avant d'être médecin. (...) Effectivement, il ne faut pas avoir peur d'affirmer qu'on est femme, qu'on est mère et qu'on gère très très bien, je trouve, les deux. Ce n'est pas toujours évident, mais notre priorité ça reste nos enfants. Et ma patientèle est prévenue. »*
- *Entretien 2 : « Déjà on prend pas en compte le fait qu'on est des mamans, qu'on a deux travaux (...) quand on rentre le soir, on a notre deuxième boulot qui commence. »*

- **Faire ce qu'on a envie de faire pour se plaire dans son exercice et refuser un exercice qui ne serait pas en accord avec ses principes.**

- *Entretien 1 : « Dès qu'il y a quelque chose qu'au fond de nous on n'a pas envie de faire, c'est là que c'est mauvais donc voilà quoi »*
- *Entretien 3 : « Et savoir ce qu'ils veulent et surtout ce qu'ils ne veulent pas. »*
- *Entretien 4 : « Savoir ce qu'on veut. »*

- **Faire attention à sa charge de travail : ne pas se laisser absorber par la demande.**

- *Entretien 1 : « Ne pas se laisser absorber. »*
- *Entretien 8 : « D'être vigilant, je pense, de ne pas se laisser emporter, tiens les patients sont contents de venir chez moi, j'en ai de plus en plus, je gagne bien ma vie, je gagne de mieux en*

*mieux ma vie et puis de se laisser emporter par un tourbillon et à la fin de se retrouver en burn-out sans comprendre ce qu'il nous arrive. L'appât, pas forcément que du gain d'ailleurs, mais l'appât de la... C'est un mot à la mode, mais l'appât de la popularité, il faut être vigilant à ça. (...) Je pense que pour continuer à rester gentil et consciencieux, il faut aussi avoir du temps de repos sinon on n'y arrive pas. »*

## **2. FÉMINISATION ET RELATION MÉDECIN-PATIENT**

### **2.1. Des qualités féminines ?**

- **La plupart des femmes médecins pensent sans prétention que le fait d'être une femme les prédispose à être plus à l'écoute, plus empathique et plus sensible que leurs confrères masculins.**

- *Entretien 8 : « On a la chance d'avoir une certaine sensibilité peut-être et par rapport à la relation qu'on a aux patients, c'est un plus je crois. Je pense qu'on a un peu plus d'écoute nous les femmes, je sais pas, c'est peut-être un peu présomptueux, mais c'est comme ça. »*
- *Entretien 9 : « Alors est-ce qu'en tant que femme, on a peut-être plus de sensibilité ou une écoute plus importante...? (...) Beaucoup de patients disent ça d'ailleurs "bah j'ai que des médecins femmes parce que je trouve que je suis mieux soigné, on est plus à l'écoute" donc s'il y a une différence, est-ce qu'elle est dans cette empathie qui des fois peut être un peu plus présente que chez les hommes, mais j'en suis pas sûre, je suis sûre aussi qu'il y a des médecins très présents. Là je relate plus certains dires de patients hommes qui viennent (...) »*
- *Entretien 4 : « J'ai beaucoup plus d'affect pour mes patients que mes collègues hommes qui arrivent à mettre la juste distance et être moins imprégnés de certaines choses qui se passent dans la vie de leur patient. Moi ça me touche un peu plus, j'ai un affect un peu démesuré. »*
- *Entretien 10 : « On est en plus en consultation et les gens nous demandent plein de choses et ça c'est dur et en tant que femme je trouve que c'est plus dur qu'un homme, je ne sais pas pourquoi on arrive à pas à mettre la barrière, c'est le côté compatissant. Oui, l'empathie, le côté maternel, materniser ... Enfin je ne sais pas. »*



- **Être femme et maman : plus de consultations de pédiatrie, de gynécologie et de psychologie que leurs homologues hommes.**

- *Entretien 3 : « J'ai l'impression que dans ma patientèle, j'ai plus de femmes jeunes du coup, je vais peut-être faire plus de gynéco ou de plus de pédiatrie... »*
- *Entretien 4 : « Mais par contre ça m'aide pour tout ce qui est problème psychologique, parce qu'ils viennent plus facilement en moi, tout ce qui est pédiatrie, en étant maman, les gens viennent plus facilement et m'adressent plus facilement leurs enfants. »*
- *Entretien 6 : « On a une meilleure relation avec les enfants et les mamans parce que voilà, on comprend les difficultés des autres, ça doit jouer. Oui, on est quand même plus proches des mamans. »*
- *Entretien 12 : « Alors j'ai peut-être plus de sensibilité et c'est pour ça que j'attire les mamans et les enfants. Et puis les femmes de manière générale, donc de la gynéco beaucoup plus. Je fais des frottis, des poses d'implants que mon confrère ne fait pas et me délègue du coup, tout ce qui est problème féminin on va dire. »*

## **2.2. Relation médecin femme-patient : une confiance à gagner**

Certaines se rejoignent pour dire que le fait d'être des femmes les rendent moins légitimes en tant que médecin aux yeux de certains patients. Même si la profession se féminine, l'image du médecin reste celle d'un homme aux yeux d'une partie de la population.

- **Un manque de considération et une nécessité de faire ses preuves en tant que femme médecin, surtout en début de carrière.**

- *Entretien 1 : « Alors le fait d'être une femme pour moi, c'est déjà d'être née avec une épine dans le pied. Parce que en tant que femme, on est très souvent pas prise au sérieux, on est un espèce de subalterne. »*
- *Entretien 6 : « Il y a une relation de confiance immédiate quand c'est un homme alors qu'il faut la mériter quand tu es une femme »*

- *Entretien 8 : « Je gagne en maturité maintenant, mais au début on a peut-être plus de mal à s'imposer comme ayant un certain savoir, une certaine compétence, au moins au début. Après en vieillissant, c'est peut-être le privilège de l'âge, mais le début est parfois un peu difficile par rapport à ça. »*
- *Entretien 10 : « On est moins pris au sérieux parfois qu'un médecin homme. (...) Le fait de ne pas être prise au sérieux, remise en question aussi, et surtout le fait d'être une femme plus jeune, c'est aussi un handicap, on ne nous prend pas au sérieux »*
- *Entretien 12 : « Après, même si je ne me sens pas moins capable que les hommes, pour les patients c'est pas toujours évident. Les femmes sont mises à l'épreuve quoi. Surtout quand on est jeune. »*

• **Le sentiment de devoir argumenter, expliquer et justifier auprès des patients.**

- *Entretien 6 : « Je pensais que c'était générationnel, le fait que moi, il fallait que j'explique, que j'argumente, mais en fait, je pense que ce n'était pas générationnel, mais juste parce que je suis une femme...En fait, c'est ça je pense. Sans m'en rendre compte, j'ai toujours tendance à tout expliquer parce que bon déjà un patient qui comprend ce qu'on fait, c'est mieux. Je préfère qu'il bataille avec moi que contre moi, qu'il comprenne ce que l'on fait. Donc j'ai toujours fonctionné comme ça, mais inconsciemment, c'est un besoin de justifier mes actes devant le patient, peut-être inconsciemment, je ne pourrais pas trop dire. »*

• **La persistance d'une représentation genrée de la profession : l'homme est considéré comme le médecin et la femme est souvent prise pour la secrétaire ou l'infirmière.**

- *Entretien 1 : « Maintenant, médecin femme, c'est pas une infirmière quoi, ni la secrétaire. »*
- *Entretien 9 : « A la campagne où je remplaçais et qu'on n'avait pas l'habitude de voir une femme effectivement, surtout que mon mari servait de secrétaire. Il y avait beaucoup de quiproquos à l'époque où tout le monde pensait que c'était lui le médecin et moi la secrétaire (rires). »*
- *Entretien 10 : « L'ancienne génération souvent, quand on vient en visite à domicile, "mais c'est l'infirmière, où est le médecin ?" Surtout quand on faisait les gardes ou quand on ne connaissait pas les patients. C'était assez drôle enfin voilà, on est quand même catégorisé en*

*tant qu'infirmière et pas du tout en tant que médecin.»*

• **L'une d'entre elles qui est maître de stage a fait la constatation d'un comportement différent de ses patients vis-à-vis de ses internes hommes et femmes.**

- *Entretien 6 : « Je vois mon saspas qui est avec nous, qui travaille avec nous, il n'est pas thésé, mais bon tout le monde dit c'est le docteur, c'est pas lui qui vous remplace, il a sa place, il a tout de suite eu sa place donnée. »*
- *Entretien 6 : « C'est là que je me suis dit, on a beau dire mais le rapport au médecin n'est pas le même quand tu es une fille et quand tu es un garçon. Ça a été flagrant cette fois là, car j'avais eu que des filles en stage jusqu'à présent et c'est vrai qu'il y avait toujours cette appréhension, avoir confiance en la personne qui examine et là il y avait pas du tout cette barrière et pour moi ça a été un électrochoc. En fait c'est là que je me dis, quand on est une femme médecin, il faut s'assumer quoi. Et puis, arriver à s'imposer plus que pour un homme, pour un homme, c'est quand même beaucoup plus facile, il y a quelque chose. »*

### **3. MÉDECINE ACTUELLE ET TRANSFORMATION DES COMPORTEMENTS PATIENTS**

#### **3.1. Relation médecin-patient : entre adaptation, éducation et climat de confiance**

• **La reprise d'un cabinet et la mise en place de nouvelles habitudes : une transition difficile pour les patients, habitués au médecin prédécesseur : entre adaptation, acceptation ou refus.**

- *Entretien 1 : « Donc oui il y a eu quelques gens un peu fâchés. Je leur ai expliqué que la démographie médicale, elle est comme ça, qu'il va falloir s'adapter (...) et que si on veut maintenir une médecine de qualité, on n'aura pas le choix, il faudra aussi que les patients s'adaptent. J'ai eu des patients qui sont partis à cause de ça. (...) Les gens étaient quand même assez exécrationnels au début. Alors les gens ne sont pas contents c'est clair, parce que eux, ce qu'ils veulent, c'est un médecin disponible sur un claquement de doigts, mais ça, ça ne sera*

*plus possible. »*

- *Entretien 2 : « Donc ils étaient habitués comme j'ai repris une patientèle... Le Dr L mon prédécesseur, ils étaient habitués que ce soit un homme qui puisse venir n'importe quand, enfin voilà. Du coup oui, il y en a un certain nombre qui est parti. »*

- **Le constat du clivage générationnel : les patients plus âgés, habitués aux anciennes pratiques médicales, ont beaucoup plus de difficultés à accepter les nouvelles pratiques des jeunes médecins.**

- *Entretien 3 : « Les patients jeunes qui ont l'habitude de fonctionner comme ça qui ont la même façon de penser que moi, clairement ceux à qui ça ne plaisait pas c'était plutôt des personnes âgées qui avaient l'habitude de passer un coup de fil et qui tombaient sur le médecin directement. »*
- *Entretien 11 : « Et les jeunes comprennent super bien. Ils ont l'habitude en fait. Il y en a qui me disent bah oui chez mon ancien médecin c'était pareil. Et forcément, c'étaient des médecins aussi de la nouvelle génération. On est de plus en plus à faire comme ça. Pour les patients plus âgés, c'est différent, ils avaient l'habitude d'un médecin d'époque et là ils sont assez déroutés sur les nouvelles règles. »*

- **Le médecin se fait sa patientèle, une patientèle qui lui ressemble. La sélection est mutuelle car réciproquement, le patient choisit un médecin qui lui correspond.**

- *Entretien 1 : « Mais finalement, on fait notre patientèle qui nous ressemble, on fonctionne super comme ça et ils sont très contents. Et puis les autres qui ne sont pas contents vont aller voir un autre médecin qui fonctionne encore à l'ancienne. »*
- *Entretien 3 : « Après, il y en a qui ça n'a pas plus, mais qui sont allées voir ailleurs. Je pense que d'une certaine façon ça a sélectionné mes patients. »*
- *Entretien 11 : « On se fait sa patientèle en fait, une patientèle qui nous ressemble. »*

- **La relation avec son médecin traitant reste une relation de confiance.**

- *Entretien 9 : « Je suis contente du rapport que j'ai avec mes patients, pour la plupart, ils sont très agréables et je pense qu'il y a un rapport de confiance. »*

### **3.2. Nouveaux comportements patients**

#### **3.2.1. Asymétrie de la relation médecin-patient**

- **Un sens unique dans la relation médecin-patient : le malheureux constat d'une patientèle au comportement égoïste, envers un médecin considéré comme un simple prestataire de service.**

- *Entretien 10 : « C'est ce que je retiens de ma pratique, on est là pour les aider, mais eux ne pensent qu'à leur propre personne. Il y a très peu de patients qui sont bienveillants, il n'y en a pas beaucoup. C'est moche à dire, mais la majorité est très égoïste et veut juste qu'on fasse des choses pour eux. Donc s'ils peuvent avoir quelque chose de n'importe quelle manière, ils vont le faire. »*
- *Entretien 11 : « C'est triste à dire, mais les gens ne pensent qu'à eux. »*
- *Entretien 12 : « Et ça, ils ne s'en rendent pas compte. C'est triste, mais les patients sont égoïstes. Pendant le début de la covid, c'était chacun pour soi, chacun pour sa peau. »*

- **L'ignorance des patients quant à la vie en dehors du travail des médecins : la vie privée du médecin n'existe pas, il n'a pas le droit de prendre des congés ou bien d'être malade.**

- *Entretien 6 : « C'est là que tu comprends que les gens sont quand même très nombrilistes et ne voient pas les autres, enfin ne voit pas le médecin. Le médecin peut travailler autant que tu veux, tu n'existes pas. Les gens ne se rendent pas compte que tu peux avoir une autre vie. »*
- *Entretien 4 : « C'est limite inconcevable qu'un médecin pose des vacances. Ne pas oublier de rappeler aux gens qu'on reste humain avant d'être médecin... Quand on est malade, on peut aussi de temps en temps s'absenter » « Même malade et j'étais vraiment pas bien, j'avancais, j'étais à deux à l'heure, les gens de toute façon, hormis vous demander « ça va », ils ne vous*

*écoutent pas, ils s'en foutent, ça les intéresse pas. Eux, ils viennent pour se plaindre et ça je l'ai compris y'a pas longtemps. Ils en ont rien à faire de leur médecin, ses plaintes. »*

• **Et parfois un discours culpabilisant, teinté de reproches de la part des patients qui méconnaissent la vie privée du médecin.**

- *Entretien 2 : « C'est le coup de fil ou le patient qui t'a fait la réflexion. Alors que toi cette nuit-là, t'as été malade, tu es venu bosser avec la gastro et lui va venir faire une réflexion du genre que tu as la vie facile tu vois. »*
- *Entretien 4 : « Le discours des patients peut très vite être culpabilisant. Je sais que moi je peux très vite avoir des réflexions sur le fait que j'ai pris une semaine de vacances. Malheureusement les gens deviennent pervers effectivement à essayer de nous manipuler mentalement en nous faisant culpabiliser du ... Soit du peu de temps de la consultation, soit du retard, soit du fait qu'on pose des vacances.... »*

• **Dans ce contexte, la plupart d'entre elles n'éprouvent ni culpabilité ni remords à penser un peu à elles.**

- *Entretien 4: « Non des remords je n'en ai pas, parce que de toute façon je sais que les gens n'ont aucune empathie. (...) J'attends aucune empathie de la part de mes patients. »*
- *Entretien 12: « Donc franchement, j'aime bien mes patients mais ils sont foncièrement égoïstes. Alors je fais pareil aussi, je ne culpabilise pas si je dois partir ou prendre des vacances. »*
- *Entretien 6: « Donc il ne faut pas avoir peur d'imposer ce que tu veux, parce que ce ne sont pas les patients qui vont te donner une liberté. Les patients feront ce que tu veux. (...) si tu veux du temps pour toi, il faut le prendre, car ça ne va pas venir des autres. C'est la leçon du jour (rires). Tu veux du temps pour toi, tu te le prends, n'attends pas qu'il vienne tout seul. »*

### 3.2.2. Médecine de performance

• **Les patients ne sont plus prêts à attendre, ils recherchent des réponses rapides et des**

**soins immédiats. Une médecine qui de nos jours répond au tout maintenant et tout de suite.**

- *Entretien 10 : « Après on fait ce qu'on peut, mais on se rend compte que les gens sont de moins en moins tolérants à l'attente, ils ne se rendent pas compte que d'attendre 48h pour un rendez-vous c'est pas grand chose, ils s'étaient habitués à avoir un rendez-vous tout de suite. »*
- *Entretien 8 : « Pour les patients, bon, je les comprends, mais tout est pressant, tout est prioritaire. »*

**• Une impatience telle, qu'elle peut entraîner des incivilités.**

- *Entretien 7 : « Dès qu'on est un tout petit peu en retard sur le timing, on se fait remonter les bretelles en salle d'attente. On a plus envie en plus... Moi j'ai 57 ans, j'ai plus envie de me faire engueuler toute la journée.... »*
- *Entretien 7 : « Comme on est sur rendez-vous, y'en a 5 par jour qui ne viennent pas sans prévenir ou alors ils viennent en retard ou ils viennent à plusieurs, aucun respect des consignes anti covid.... C'est extrêmement compliqué. (...) Ça devient vraiment épuisant la malpolitesse des gens. »*

**• Une impression de ne jamais pouvoir satisfaire les besoins de leurs patients, peu importe les efforts du médecin.**

- *Entretien 1 : « Je suis quelqu'un de plutôt dynamique, je travaille beaucoup, je réponds vite aux messages, j'essaye d'être réactive, je fais ce que je peux, mais j'ai l'impression que ce n'est jamais assez pour les patients. »*
- *Entretien 4 : « De toute façon je le dis toujours, même si je bossais jusqu'à 20h, ce ne serait encore pas assez pour mes patients, et même bosser 24h/24h que ce serait pas assez pour eux »*

3.2.3. Des motifs de consultations injustifiées

- *Entretien 4 : « Et que bien souvent moi, j'aime à dire que 50% des consultations sont*

*totale­ment injustifiées et non fondées et que ça aurait pu attendre »*

- *Entretien 7 : « Faut voir la gueule des urgences, c'est du n'importe quoi ! (...) Il y a une urgence véridique sur 20 patients. C'est des trucs qui traînent depuis des semaines et ils viennent comme une envie de pisser. »*

### 3.2.4. Un certain nomadisme médical des patients

- **Le médecin est interchangeable, remplaçable, substituable à un autre confrère.**

- *Entretien 2 : « Alors euh, en début d'installation pour moi, ça a été la désillusion, c'est-à-dire qu'en gros le médecin de famille, c'était plus du tout ça. Alors à la fois, je me suis rendu compte qu'on était interchangeable à souhait, c'est-à-dire que cela soit moi ou SOS médecin, finalement tant que les gens avaient accès à un médecin ça allait. »*
- *Entretien 4 : « La seule fois où j'ai dû partir, c'était quand ma fille était à l'école, elle a perdu connaissance suite à un traumatisme crânien. (...) J'ai mis une heure à quitter le cabinet après appel des pompiers, j'ai quand même dû gérer ce que j'avais à gérer et voilà. Et 2 de mes patients qui ont eu rendez-vous après ça m'ont quitté pour aller chez un autre médecin. »*
- *Entretien 7 : « On est médecin... Cash quoi, quelqu'un a mal, il vient et repart, c'est au premier qui va le prendre. »*

- **Dans ce contexte, elles ont conscience de ne pas être indispensables : la permanence des soins sera toujours assurée en cas d'absence.**

- *Entretien 6 : « Je sais que la boutique va tourner quand même et en plus je suis sympa, je leur trouve quand même des remplaçants (rires). En fait, je me suis rendu compte qu'on n'était pas indispensable et donc je n'ai pas de scrupule à n'être pas là pendant un temps parce que je sais qu'il y a quelqu'un qui va travailler à ma place. »*
- *Entretien 4 : « Quand on pratique réellement, on se rend compte qu'on est un tout petit maillon en tant que médecin généraliste. »*

- **Paradoxalement, alors que les patients ont toujours un accès aux soins auprès d'autres**



**confrères, les patients vont reprocher l'absence de leur médecin traitant qui doit à leurs yeux toujours être disponible.**

- *Entretien 2 : « Mais par contre, le côté négatif c'est qu'on me reprochait quand je n'étais pas là. Je trouvais ça très hypocrite, c'est-à-dire qu'ils ont accès aux soins tout le temps, que t'es remplaçable mais par contre qu'on ne te loupera pas pour te dire que t'étais en vacances. »*

### 3.2.5. Une relation médecin-patient entachée

**• Le modèle médical actuel impose des consultations rapides, performantes qui ne laissent plus la place au relationnel et à la discussion avec son patient.**

- *Entretien 7 : « Euh alors ça s'est dégradé en quelques années, ces cinq dernières années, on n'est plus médecin traitant, on n'est plus médecin de famille. (...) Tu n'es plus dans la vie familiale (...) en fait on n'a plus le temps de faire du relationnel. C'est ce qui ne va pas et on règle le problème... »*
- *Entretien 9 : « Non non c'était pas ça, c'était pas cette pression, ce poids en nombre de patients à gérer par jour. C'était pas comme ça. C'était beaucoup plus intéressant, on avait le temps de discuter avec nos patients à l'époque, c'était il y a 15 ans, on discutait avec les gens, il n'y a plus ce temps là. »*

### 3.2.6. Perte du respect d'autrefois et de la considération du métier

Autrefois, le médecin jouissait d'un statut social privilégié. Détenteur du savoir médical, il bénéficiait d'un respect et d'une reconnaissance sans précédent.

**• Aujourd'hui, dans notre société moderne, le médecin n'a plus le privilège du statut.**

Le médecin est un professionnel comme un autre, son statut se banalise, sa relation avec son patient est égalitaire, parfois familière, bien loin du paternalisme d'autrefois. De son côté, le patient n'est plus ignorant, il s'approprie des informations médicales banalisées par les médias

ou Internet. Il se renseigne, participe à l'échange médical et n'hésite plus à donner son avis, parfois à contredire ou douter de son médecin. Dans ces conditions, les médecins se sentent peu considérés et dévalorisés.

- *Entretien 2 : « Donc on est censé être disponible H24 (...), en ayant perdu le respect des patients. Je trouve que nos anciens médecins étaient vachement respectés, voilà déjà, c'étaient des hommes, (...) et ils étaient vachement respectés. Les gens ne nous respectent plus, ils veulent même plus me payer. Moi, je trouve les 3/4 du temps et c'est ça qui m'a peiné, le manque de respect, la perte de respect de notre travail. Notre travail qui était avant d'être auprès des patients pour les accompagner moi je trouve que cela s'est vraiment perdu. (...) Enfin moi je trouve que c'est vraiment dévalorisé. »*

- **Le sentiment d'être moins bien considérée que d'autres spécialités médicales : pourtant devenus une vraie spécialité, les médecins généralistes ne se sentent pas autant respectés que les spécialistes.**

- *Entretien 2 : « Les spécialités bizarrement, c'est pas au cardiologue qu'on va dire "quoi vous avez encore un gamin ? Vous ne travaillez pas le soir ? Vous n'êtes pas là ce week-end ?" Non, c'est que les généralistes quoi. On n'est pas considéré comme une spécialité. Ils se sont battus pour qu'on en obtienne le nom, mais on n'a pas tout ce qui va avec. On a juste le nom et encore, il y a des gens qui ne le savent même pas. »*

## **C. ORGANISATION DE LA VIE PERSONNELLE : LA RECHERCHE D'UN**

### **ÉQUILIBRE VIE PRIVÉE/VIE PROFESSIONNELLE**

#### **1. ORGANISATION DE LA VIE PRIVÉE**

##### **1.1. Rôle de la femme et de la maman à domicile**

###### **1.1.1. Gravitation autour de l'enfant**

- **L'éducation et le soin des enfants reviennent en grande majorité à la maman.**

Instinct maternel ou conditionnement de la société, la plupart des mamans interrogées reconnaissent la nécessité d'être présentes auprès de leurs enfants. Même si aujourd'hui la société forge des papas modernes, soucieux de prendre une place dans le soin et l'éducation des enfants, il n'en demeure pas autant une parité égale. Même si les mamans travaillent tout autant que leurs conjoints et peu importe leurs professions, elles ont en grande majorité la responsabilité de leurs enfants.

- *Entretien 6 : « Ça tombe quand même toujours sur les dames... alors, on a beau dire, je vois quand même mes jeunes patients où il y a quand même un partage des tâches relativement important mais quand l'enfant est malade c'est quand même toujours à la maman. Et à mon époque, c'était systématiquement pour moi. Mon mari partait très tôt pour travailler le matin, il partait à 5h du matin et il était déjà parti quand les enfants étaient malades et il fallait que je me débrouille. »*
- *Entretien 12 : « Bon après faut pas se mentir, mais c'est quand même la femme qui s'occupe de l'éducation des enfants, des bobos, quand ils sont malades. Donc voilà ça ne sera jamais mon mari même s'il n'est pas machiste du tout. Mais voilà, c'est quand même la maman qui s'occupe de tout ça. »*

• **Des mamans comme les autres : le besoin maternel d'être auprès de ses enfants.**

Que ce soit pour les devoirs, le repas, l'école, les urgences maladies, comme les autres mamans, les mamans médecins tiennent aussi à être présentes lors de ces moments.

- *Entretien 10 : « C'est aussi prendre du temps avec les enfants, les voir grandir, moi j'ai pas envie de rentrer à 19h et de les mettre direct au lit sans avoir pu profiter d'eux. C'est aussi un choix de vie, je pense. Après les hommes n'ont peut-être pas le besoin, qu'ont les femmes d'élever leurs enfants, je ne sais pas (...). »*
- *Entretien 4 : « Ce qui permet d'être à la maison vers 18h30 pour enchaîner sur les devoirs qui pour moi est indispensable, d'être présente et je m'y astreins à être présente effectivement tous les soirs, à faire tous les soirs les devoirs avec mes enfants. »*
- *Entretien 12 : « Mais c'est une limite que je me mets, le soir il faut que je puisse manger avec*

*mes enfants et profiter de la soirée avec eux. »*

• **La conciliation avec le versant carriériste.**

Deux d'entre elles se disent être moins attirées par l'exercice maternel sans pour autant négliger leur rôle de maman, mais se sentent plus attirées par l'ambition et la carrière.

- *Entretien 1 : « De nature, je ne suis pas trop maternelle, j'ai toujours été très boulot, très carrière etc... Je fais toujours mon boulot. J'ai l'impression d'avoir un boulot de maman et mon boulot à côté. Et mon boulot de maman, j'ai l'impression de le faire correctement quand j'ai les petits, je suis avec eux, je m'occupe d'eux, ils manquent de rien, ils sont bien comme ils sont, mais je ne suis pas du genre à faire des bisous, des câlins ou faire la maman modèle, c'est pas vraiment mon truc. Mais je fais ce qui est nécessaire pour un enfant. »*
- *Entretien 9: « Je ne voulais pas être enceinte très longtemps parce que je ne voyais déjà pas comment j'arriverais à allier la grossesse avec le travail. Donc, c'est surtout mon conjoint qui a plus pressé pour qu'on ait un enfant. »*

1.1.2. Les tâches domestiques

Bien que le partage des tâches domestiques soit de plus en plus courant de nos jours et sans vouloir polémiquer, nous avons constaté que la gestion du domicile incombe tout de même le plus souvent à la femme. Preuve de constater des inégalités hommes-femmes tant pour la charge des enfants que pour les tâches domestiques, et ce peu importe qu'elles aient un niveau socioprofessionnel élevé ou non.

• **En plus de l'éducation des enfants, la tenue de la maison, les courses, les repas reviennent à la femme.**

- *Entretien 6 : « Après oui la gestion de la maison qui est quand même sur tes petites épaules, c'est quand même moi qui faisais les courses pour nourrir la famille, (...) c'est vrai qu'il*

*fallait gérer le repas, le menu du repas, les courses... »*

- *Entretien 10 : « Nous on rentre, il y a un deuxième travail qui commence à la maison, les courses, le ménage, je ne fais pas parce qu'il ne faut pas abuser, faire à manger, s'occuper des enfants, le chercher chez la nounou, c'est moi. »*

- **Une exigence sociale peu importe la profession, ce qui explique les pratiques professionnelles.**

- *Entretien 10 : « J'essaye de faire moins de demi-journée que mes collègues hommes, mais parce qu'il y a des heures de travail à la maison, donc c'est double en fait. Et peu importe qu'on ait fait des études ou pas, mais... Voilà, je ne sais pas comment l'expliquer, mais c'est un peu macho... Mais les hommes se reposent beaucoup sur les femmes pour l'éducation des enfants, les repas... Après c'est peut-être que mon mari qui est comme ça (rires). J'en sais rien, mais pour les repas c'est que moi qui fais, lui ne sait pas faire cuire un œuf ! »*

- **Optimiser le temps personnel : certaines engagent des aides à domicile pour le ménage ou bien utilisent les moyens de consommation actuels (e-commerce, livraison de courses...)**

- *Entretien 12: « Bon le ménage c'est non, j'ai une femme de ménage et ça change la vie. Les courses en ligne, c'est pratique. En fait, tout est fait pour gagner du temps. »*
- *Entretien 6: « Mais heureusement, j'avais quelqu'un qui s'occupait de faire le ménage à l'époque. Je ne peux pas m'en plaindre. »*

- **Rarement, un échange des rôles conventionnels hommes/femmes.**

- *Entretien 9 : « J'ai un conjoint qui est... Le soir il s'impatiente toujours pour savoir quand je rentre, aussi parce que c'est lui qui fait à manger, je ne fais plus ni courses, ni à manger, ni rien que ce soit d'autre, j'ai de la chance d'avoir un conjoint qui m'assiste dans ces tâches là (...)* »

### 1.1.3. La garde des enfants

- **En ce qui concerne la garde des enfants, elles faisaient souvent appel à une nounou à domicile, plus flexible qu'un service de crèche ou bien aux grands-parents pour celles qui le pouvaient.**

- *Entretien 4 : « Les enfants sont capables d'aller chez la nounou même malades quand on a bien confiance en la nounou, moi ça ne me pose pas de problème. »*
- *Entretien 5 : « Euh d'un point de vue personnel ça allait. Il y avait mon fils et je le faisais garder par la nourrice donc ça allait. »*
- *Entretien 6 : « J'avais une personne à domicile pour m'occuper de mes enfants sur mes 10 premières années de mon installation sauf le mercredi où je les confiais à une nounou ou au périscolaire. »*
- *Entretien 12 : « Quand mes enfants étaient petits, je les mettais à la crèche, puis j'ai opté pour une nounou. »*

## **1.2. Le rôle de la famille et des proches**

### 1.2.1. Le soutien du conjoint

La grande majorité des médecins ont un conjoint ou un compagnon qui les soutiennent et qui comprennent leurs responsabilités professionnelles. Ce dernier n'est pas forcément un professionnel de santé, mais conçoit l'exercice et les possibles horaires à rallonge de leur compagne.

- **Les partenaires des médecins sont compréhensifs quant aux contraintes de la profession.**

- *Entretien 1 : « Avec mon compagnon actuel, il sait que je travaille beaucoup, il le sait, il sait aussi que je peux avoir des horaires décalés, que je travaille des fois des week-ends, le soir, parce que lui, il est coach sportif. Il a l'habitude, donc il connaît très bien. »*

- *Entretien 3 : « J'ai de la chance, je suis plutôt soutenue. Mon mari est médecin aussi, donc il comprend très très bien, lui-même, il reste tard. Il est médecin à l'hôpital, il fait des astreintes, il peut être appelé la nuit. Il comprend très bien que quand je travaille, je travaille à fond et je n'ai pas d'horaire pour rentrer. Donc j'aurais jamais de remarques là-dessus. »*
- *Entretien 4 : « Après je pense qu'il faut effectivement être bien accompagné, moi j'ai la chance d'avoir une compagne qui est là et qui assure beaucoup, et c'est juste de s'organiser. »*

- **Le partenaire : un soutien essentiel dans l'organisation au quotidien.**

Par exemple, lorsqu'elles doivent rester tard au cabinet, elles peuvent compter sur leurs partenaires pour aller chercher les enfants ou bien s'occuper des tâches domestiques.

- *Entretien 5 : « Pour mon conjoint, cela ne pose aucun souci. Quand je finis tard, c'est lui qui va chercher les enfants chez la nourrice. (...) Là faudrait que je m'organise est-ce que t'es là, faut que tu gardes les enfants, là il faut que je vaccine. »*

- **Pour certaines, un impact sur la profession de leur conjoint.**

- *Entretien 2 : « Et faut aussi dire que ça a un impact sur ton mari et sur son boulot. Parce que là mon mari a été obligé de prendre un 90% du coup. Donc, pour un homme c'est pas forcément simple, tout le monde ne peut pas le faire. »*

### 1.2.2. Le soutien des proches

- **La grande majorité des médecins interrogés ont des proches compréhensifs prêts à apporter de l'aide en cas de besoin, surtout les grands-parents en ce qui concerne la garde des petits enfants.**

- *Entretien 1 : « Ma mère, elle essaye de me soutenir le plus possible parce qu'elle a été absente pour moi pendant très longtemps et c'est une manière de se rattraper donc elle essaye de garder les enfants un soir par semaine en général. »*
- *Entretien 7 : « Il allait à l'école ici au village, donc ça allait, c'était pas loin. Ensuite les*

activités, il allait aux activités où sa grand-mère pouvait l'emmener... Bon on s'en est sorti comme ça. »

- Entretien 9 : « J'ai eu la chance d'avoir ma mère qui s'en occupait et qui le gardait. »
- Entretien 10 : « Ils comprennent bien. Ça ne change rien car il y a beaucoup de médecins dans ma famille. (...) Et là, je délègue aux beaux-parents qui vont chercher les enfants et qui font tout car mon mari, il n'est pas médecin mais il a des horaires à rallonge. »
- Entretien 11 : « J'ai beaucoup de chance d'avoir mes parents à proximité de moi. Donc je me repose beaucoup sur eux pour les enfants. Pour garder les enfants, les chercher à l'école à midi et moi ou mon mari, on les récupère le soir. »
- Entretien 12 : « Après, mes parents et beaux-parents à leur retraite se sont rapprochés de nous. Donc je délègue beaucoup maintenant. C'est eux qui vont les chercher à l'école et qui les ramènent à la maison jusqu'au soir où nous on reprend la relève. »

• **Néanmoins, les importantes responsabilités professionnelles et les horaires à rallonge entraînent des remarques d'incompréhensions auprès des proches.**

- Entretien 1 : « Ah si si au début, ça avec ma famille, c'est le sujet, parce que je passais mon temps au travail ou à la salle de sport par exemple au lieu de m'occuper de mes gosses. (...) Après les gens qui se permettaient de me critiquer dans ma propre famille, normalement, je les vois plus parce que bon. Mais sinon la plupart le comprennent très bien et sont toujours là à me demander "si je peux faire quelque chose pour toi", donc ils sont gentils. »
- Entretien 5 : « Ma mère à l'époque qui est décédée maintenant, quand j'étais en hospitalier et qu'un week-end sur deux j'étais de garde, elle le vivait pas bien. J'avais des reproches fréquents, mon père je l'ai pas connu mais ma mère ouh et pourtant, on travaille, qu'est-ce que tu veux c'est la vie. »

### 1.2.3. Le ressenti des enfants

Le ressenti de leurs enfants était beaucoup plus délicat. Même petits, leurs enfants pouvaient ressentir la lourdeur du travail quotidien. Pour ces jeunes mamans, les remarques de leurs



enfants les marquaient plus profondément.

• **Les enfants ressentent négativement les lourds horaires de leur maman et par conséquent, leur manque de temps à domicile.**

- *Entretien 5 : « Maintenant, c'est surtout mon fils de 5 ans, qui étant donné qu'il y a sa petite sœur aussi, me réclame un peu plus d'attention au moment du coucher. Il a un peu plus de mal à se coucher; il veut passer du temps seul avec moi sans sa petite sœur, qui à ce moment là est déjà couché, donc il en profite un petit peu. Et il me dit souvent, bah oui je ne t'ai pas vu aujourd'hui donc maintenant, je veux passer du temps avec toi. »*
- *Entretien 2 : « Et même ma fille qui a 5 ans, elle me dit qu'il faut que je travaille moins, car je suis trop énervée quand je travaille beaucoup. »*
- *Entretien 7 : « Mon fils oui, mon fils ne voulait absolument pas être médecin car "vous n'êtes jamais à la maison" ah ça c'était clair et net, surtout pas médecine. Le temps passé au travail... »*

1.2.4. Le sacrifice d'événements familiaux

• **Le manque de présence auprès des enfants entraîne beaucoup de culpabilité et de regret.**

- *Entretien 6 : « Mais en fait t'as pas besoin qu'on te fasse des reproches pour te les faire (rire jaune). Parce que t'es toute seule ! T'as pas besoin de quelqu'un, tu culpabilises toi-même parce que t'es là pour les autres, mais t'es pas là pour les tiens. C'est ça qui est culpabilisant et oui je m'en voulais parce que j'avais envie d'être là aussi quand ils avaient des soucis (...) tu culpabilises de ne pas être avec eux. Et c'est vrai que le plus difficile c'est ça, c'est gérer la culpabilité... C'était ma plus grande difficulté dans ces années-là... Mon mari ne culpabilisait pas vraiment, moi ça me culpabilisait. »*
- *Entretien 5 : « Donc ça c'est un peu...ça, ça me fait de la peine, mais bon...j'ai pas trop de solution non plus (rire forcé) (...) J'aimerais avoir plus de temps avec les enfants ça c'est sûr, être plus souvent à la maison, parce que mon fils me le fait un peu sentir de temps en temps que je ne suis pas assez présente... »*

- *Entretien 2 : « C'est-à-dire que toi en étant médecin, c'est jamais toi qui vas aller à l'urgence de ton gamin, ça va toujours être ton mari parce que tu seras au cabinet. »*
- *Entretien 8 : « C'étaient des jours denses et intenses où je finissais tard. Et c'est vrai que parfois je ne voyais pas beaucoup mon garçon parce que quand je rentrais, il était couché. Et ça c'est très difficile quand on est jeune maman. C'était un peu difficile de rentrer tard le soir, c'était vraiment psychologiquement difficile. Il y avait la fatigue certes, mais parfois pendant 3 jours, je ne le voyais quasiment pas et le peu de temps quand je le voyais, c'était le grand galop, il fallait se dépêcher pour tout, c'était un peu difficile quoi. »*

- **Qui poussent les mamans à changer leur organisation professionnelle.**

- *Entretien 4 : « Beaucoup de travail avec des journées qui pour moi étaient trop longues et donc je rentrais trop tard le soir et c'est pour cela qu'au bout de 6 mois, j'ai repensé ma semaine, notamment en déplaçant les visites à domicile qui étaient initialement le matin sur l'après-midi pour vraiment me dégager du temps les après-midi où j'avais pas beaucoup de visite à domicile pour rentrer plus tôt et m'occuper des enfants. »*

## **2. CONCILIATION VIE PERSONNELLE /VIE PROFESSIONNELLE**

### **2.1. Équilibre vie privée/vie professionnelle**

L'équilibre vie privée/vie professionnelle est un déterminant majeur de la qualité de vie. Il est ainsi normal que celles qui conservent une vie personnelle, estiment avoir une qualité de vie satisfaisante. En revanche, celles dont la vie privée est sacrifiée, considèrent avoir une qualité de vie difficile.

Tout l'enjeu pour les médecins d'aujourd'hui est de trouver un partage équilibré entre leur vie privée et leur vie professionnelle.

- **Pour celles qui travaillent seules ou à temps plein et qui supportent donc toute la charge de travail du cabinet, sans surprise la vie privée n'existe quasiment pas. La**

**priorité est clairement donnée au travail, à la disponibilité et à la permanence des soins au détriment d'une qualité de vie sacrifiée.**

- Entretien 7 : *« Catastrophique... Catastrophique. Ma qualité de vie était bonne il y a une dizaine d'années, c'est une catastrophe vu l'amplitude du travail à fournir. On n'a pas de vie ! On a une vie de merde ! C'est épouvantable ! On ne peut pas aller au restaurant le soir parce qu'on sort à 21h, on ne peut pas aller à des spectacles parce qu'on sort il est 21h, la semaine on ne fait rien ! Les autres terminent à 17h. Quand tu termines à 21h, tu ne fais plus grand chose après. (...) Temps de travail, c'est 7h30 -20h45 en général. Après y'a une heure de papier...et puis voilà la vie privée y en a quasiment pas, il n'y en a quasiment pas. En plus à 21h, on est exténuée....Non y'a pas de vie privée (rires nerveux). »*
- Entretien 9 : *« Oh oui, je crois qu'elle est presque inexistante (rires nerveux). Il n'y a plus rien de personnel. Après quand vous ne faites que de travailler et que vous ne pensez à rien d'autre, bah finalement ça n'a même pas le temps de vous manquer, parce que vous n'avez pas le temps d'y penser (...), quand vous travaillez bah voilà. (...) Donc la seule vie privée, c'est le dimanche, et puis des fois le samedi en fin d'après-midi. »*

**• Entre ambition carriériste et contraintes de la vie personnelle : un conflit constant.**

- Entretien 1 : *« Alors, je pense que ma vie professionnelle prend malheureusement le dessus. Et je dis que mon travail prend le dessus parce que forcément, je passe énormément de temps au cabinet et j'ai des activités professionnelles annexes qui me prennent des fois des week-ends et des soirs. Effectivement, j'ai l'impression que ma vie professionnelle est en train de grignoter ma vie personnelle tout doucement, mais j'ai l'impression que c'est de ma faute parce que je m'investis dans plein de choses donc forcément, faut que j'assure derrière ! »*

**• Un sentiment de frustration du fait d'un accomplissement incomplet.**

- Entretien 5 : *« Donc par rapport à ça il y a aussi pas mal de choses à gérer ... Le temps me manque. C'est parfois un peu frustrant parce que j'arrive pas à faire tout ce que j'aimerais faire ou à profiter comme j'aimerais profiter (rire) (...) Parfois le professionnel prend le dessus à la maison quand même. »*

- **Pour celles qui exercent en groupe à temps partiel, la conciliation des deux vies est plus équilibrée mais nécessite une vigilance permanente, une remise en question perpétuelle de l'organisation et une volonté de fixer des règles, des barrières professionnelles à ne pas franchir.**

- *Entretien 3 : « Je trouve que j'ai de la chance. (...) En tout cas, je vais faire attention car c'est quelque chose qui m'inquiète beaucoup »*
- *Entretien 8 : « Satisfaisant ouais. J'ai rien à dire mais parce que j'y prête beaucoup d'attention. (...) Non honnêtement vraiment moi je réfléchis pas au quotidien mais régulièrement pour essayer de mettre des barrières à ça, des freins pour bien circonscrire ma vie professionnelles afin qu'elle n'empiète le moins possible sur ma vie privée et avoir suffisamment le temps sur ma vie privée et pour l'instant mon équilibre est assez satisfaisant. »*
- *Entretien 12 : « Faut se la créer sa qualité de vie, elle viendra pas toute seule. »*

- **Certaines ont changé dans le passé leur organisation professionnelle pour améliorer leur qualité de vie actuelle. D'autres y réfléchissent.**

- *Entretien 2 : « Elle est très améliorée par tout ce dont on a parlé. »*
- *Entretien 6 : « Ouais non, niveau qualité de vie entre le départ et aujourd'hui, j'ai beaucoup gagné en qualité de vie ce qui n'est pas le cas de tous mes collègues qui n'ont pas forcément trouvé une solution pour décharger leur travail. Oui, j'ai gagné en qualité de vie, entre les 6 jours allez 5 jours et demi et aujourd'hui 3 jours, 3 jours et demi. Il y a pas photo, j'ai gagné... »*
- *Entretien 5 : « Faut que je change ma façon de faire au quotidien, pouvoir m'organiser, être plus détendue à la maison, mieux séparer le professionnel du privé. (...) C'est au niveau de la façon dont je gère au quotidien qui est à améliorer. »*

## **2.2. Investissement émotionnel**

Dans son exercice quotidien, le médecin est inévitablement confronté à l'aspect émotionnel de

la profession. Il est exposé à la mort, aux maladies, à la précarité, la détresse sociale ou tout simplement à sa relation à l'autre, à son patient et à son intimité, ses souffrances ou ses craintes.

D'un côté, l'empathie, la compassion, l'écoute sont des qualités indéniables chez un médecin. Le médecin est proche de son patient, il le comprend, l'écoute et le soutien. Cependant, d'un autre côté, le médecin ne doit pas se laisser absorber par les émotions projetées par son patient, au risque de ramener cette souffrance dans sa vie privée et de perdre une certaine objectivité dans la pratique de ses soins.

D'autre part, le médecin est lui-même un être humain et réciproquement, sa souffrance peut se répercuter sur sa vie professionnelle et donc son patient.

L'investissement émotionnel est propre à chacun. Certaines personnalités ont plus de facilité pour fixer des barrières psychologiques. D'autres en revanche, sont beaucoup plus émotives, ce qui peut rendre le vécu difficile.

- **Pour certaines, la volonté de protéger sa vie privée : les émotions restent au travail. Ce qui est au cabinet reste au cabinet.**

Pour certaines, la limite est assez nette : ne pas penser à son patient en dehors du cabinet.

C'est une manière de protéger sa vie privée, mais également de limiter sa charge mentale.

- *Entretien 6 : « Alors pour ce qui est de ce qui se passe au cabinet, je ne le ramène pas à la maison. Je fais bien la distinction, ce qui est au travail, il y reste sans difficulté. (...) Je ne pense pas au travail chez moi. Je pense que j'ai pris l'habitude quand le cabinet était dans ma maison, pour couper, il fallait vraiment couper quoi. »*
- *Entretien 9 : « Oui tout à fait. Bon il y a ... Mais pas particulièrement, il y a parfois des*

*choses qui nous rendent triste quand on suit des patients qui décèdent ou qui partent ou qui ne sont pas bien mais non je n'y pense pas. »*

- *Entretien 10 : « Moi j'y arrive sauf dans certains cas, mais c'est assez rare. Mais ça ne m'arrive pas trop, j'arrive à couper le côté médical, professionnel et le côté familial. Mais franchement quand je rentre à la maison, j'ai pas le temps de réfléchir à ce que j'ai fait avant, je suis tout de suite accaparé par les petits, c'est seulement le soir quand j'ai le temps de cogiter dans le lit mais c'est rare. »*
- *Entretien 11 : « J'arrive assez bien à me détacher... Voilà la misère, la détresse des gens, les décès...Non ça j'y arrive bien. En-tout-cas même si j'y pense ça ne va pas impacter ma vie privée ou ma vie familiale. »*
- *Entretien 12 : « Non ça va, j'arrive à faire la part des choses. (...) Émotionnellement, j'essaye de ne pas être trop connecté à ces situations. »*

• **En revanche, pour d'autres, un investissement émotionnel important qui vient forcément se répercuter sur sa vie privée.**

• **L'aspect psychologique : une relation d'interdépendance entre le travail et la vie privée.**

- *Entretien 1 : « Les petits le ressentent aussi je suis de mauvaise humeur, mais ça, ça se répercute mais c'est parce que c'est ma personnalité qui est comme ça je pense. (...) Quand c'est une journée à thème, et qu'on a eu tous les casses bonbons dans la même journée ou dans la même demi-journée, là quand on rentre on a un peu du mal à retomber en pression (rire) mais c'est comme ça. »*
- *Entretien 2 : « C'est vrai que mon boulot impact fortement toute ma famille. Si j'ai passé une bonne journée ça va, si j'ai passé une mauvaise journée, que je suis stressée ou que je me fais engueuler par un patient alors je gueule à la maison. Donc clairement mon humeur et mon état de fatigue dépendent énormément de mon boulot et de l'ambiance à la maison. Et comme dit mon mari me dit que je fais la pluie et le beau temps. »*
- *Entretien 3 : « Oui oui, ça impacte beaucoup ma vie privée. Je suis quelqu'un d'assez sensible, je prends les choses très à cœur. Donc s'il y a eu des tensions au travail, je rentre chez moi, je vais les ramener. Hier, j'ai appris que j'avais un patient qui était décédé du covid et ça m'a*

*pourri la soirée. Donc ouais, je ramène chez moi et j'ai du mal parfois à garder un peu de distance. »*

- **Un vécu difficile principalement lorsque le médecin est ciblé personnellement (reproches, insultes, agressions...)**

- *Entretien 1: « Quand on a eu une mauvaise journée, une altercation avec un patient, un patient pas content, qui nous a engueulés, tout simplement quelqu'un à qui on rend un dossier parce qu'il n'a pas été correct parce qu'il a été trop loin, moi j'ai du mal à passer au-dessus. Et puis, en fait généralement la journée, voire même le lendemain, je ne me sens pas bien, je suis un peu déprimée. »*
- *Entretien 3 : « Mais il faut que j'apprenne à gérer ça, je ne sais pas comment...Pour des reproches injustes, des gens qui sont énervés pour rien mais voilà et ça je le vis très mal, très mal. Ou le plus difficile, c'est la tension, ça peut être tendu avec certains patients, certains patients sont fâchés et ça, ça me pète la journée voire la semaine, ça me met super mal en général ouais. »*
- *Entretien 11 : « euh oui pour certaines oui. Surtout celles qui ont été violentes psychologiquement, les insultes, les remarques blessantes, ça oui parce que ça me porte atteinte personnellement. (...) C'est rare, mais quand ça m'arrive oui le soir je ramène c'est clair, je suis de mauvaise humeur forcément. »*

- **Une prise de conscience du problème et une volonté de prendre du recul.**

- *Entretien 5 : « J'aimerais être plus présente, moins nerveuse quand je suis à la maison, c'est vrai que je ne me sens pas toujours bien, toujours un peu fatiguée, stressée, et du coup ça se ressent aussi à la maison. Je suis souvent nerveuse surtout avec mon fils. C'est parfois difficile de garder son calme à la maison. Et ça c'est un point que j'aimerais améliorer. »*
- *Entretien 2 : « Oh bah j'ai pas trouvé la solution encore (rires), j'y travaille encore. (...) Qu'il faut je prenne plus de recul. Que je sois moins stressée et que je travaille moins. Non mais c'est vrai, tout le monde me dit, qu'il faut que je travaille moins et de mettre de la distance par rapport au boulot. »*

• **Parler, partager, trouver du soutien auprès de son entourage est un besoin essentiel pour se libérer de la pression mentale.**

Elles sont plusieurs à partager leurs émotions avec leurs collègues de travail ou même leurs conjoints, médecins ou non (MG 3, MG 4, MG 5, MG 8, MG 10, MG 11). Le fait de pouvoir trouver du soutien et de pouvoir partager ses expériences semble être salvateur.

- *Entretien 3 : « J'appelle mon associée (rires) pour lui dire "mais tu sais pas quoi !" et en général, elle s'insurge avec moi et ça fait beaucoup de bien ! »*
- *Entretien 4 : « Bon par moment, j'ai du mal effectivement, il y a un impact, et le soir j'ai besoin d'en parler plus à ma compagne. »*
- *Entretien 8 : « Souvent, je les raconte à mon mari, en tout anonymat bien sûr, un patient qui a eu ceci et cela. Le fait d'en parler ça me permet de ne pas ressasser en fait »*
- *Entretien 10 : « Mais souvent, on en parle au cabinet, entre collègues, vu qu'on est jamais seul. On se retrouve au niveau du secrétariat, de temps en temps quand on n'a pas trop de choses, on sort et on discute et après ça fait du bien d'en parler. Quand on est coincé sur une prise en charge, on en parle entre nous. Et si c'est un truc qui me tient vraiment à cœur, j'en parle à mon mari le soir, il l'entend mais il est juste là pour écouter (rires). »*
- *Entretien 11 : « Je passe mes nerfs sur mon mari qui sert de punching ball verbal (rire). Aussi beaucoup avec ma collègue on parle très souvent des patients à problème, on se plaint ensemble et très franchement c'est génial, on se sent mieux après (rire). »*

• **À l'opposé, faire abstraction de soi dans son exercice professionnel n'est pas toujours évident.**

Certaines font remarquer que ce ne sont pas forcément les émotions au travail qui influencent leurs vies personnelles, mais plutôt leurs vies personnelles qui ont une conséquence sur le travail.

- *Entretien 4 : « Euh non. Alors c'est plus mes émotions en vie privée qui auront un impact »*
- *Entretien 6 : « Après ce qui se passe à la maison, là j'ai plus de mal. Parce que quand tu es préoccupée, (...) c'est-à-dire que quand tu as un souci, tu es parasité en fait même si tu t'en*



*rends pas compte, je trouve que tu es moins dans ton travail, tu es moins bon, t'oublies des choses, même si c'est pas présent dans ton esprit (...), je me rends compte par après que j'ai oublié des trucs. Donc finalement, j'étais pas totalement présente, mais c'est plutôt vraiment dans l'inconscient. (...) Je vais être moins bon médecin. Je pense que mon esprit doit être parasité par des pensées un peu inconscientes et je vais être moins efficace. »*

### **2.3. Charge de travail à domicile**

- **Une volonté de séparer travail et vie privée pour la majorité des participantes.**

- *Entretien 3 : « Oui j'ai besoin (en parlant de vouloir se mettre une barrière entre le travail et la vie privée), j'ai besoin sinon c'est l'enfer, j'arrête pas d'y penser tout le temps, je n'ai pas de moment off quoi. »*
- *Entretien 10 : « Alors moi, j'en ramène pas. Je finis et quand je finis, je finis. Il n'y a pas de bilan que je ramène ou je ne sais pas quoi, je fais tout sur place, ça peut durer jusqu'à 14h, 14h30 mais quand je rentre c'est fini. Je coupe. (...) Donc pas de travail à la maison, c'est très important »*

- **Quitte à commencer plus tôt ou terminer plus tard.**

- *Entretien 1 : « Alors ça j'évite (rires) donc charge de travail à domicile, je le fais pas. Mais par contre, par exemple un matin où je commence à 9h, j'ai tendance à venir un peu avant pour faire toute la paperasse et le jeudi soir par exemple où je sais que ma mère garde les enfants à la maison, donc des fois je reste vraiment plus tard le soir au cabinet pour faire cette paperasse pour éviter à tout prix de ramener quoi que ce soit à la maison. »*
- *Entretien 3 : « En fait, je préfère rester tard au cabinet et finir mes papiers au cabinet plutôt que de ramener. »*
- *Entretien 11 : « Je pense que c'est important de couper. Je préfère finir tard au cabinet pour finir la paperasse que de ramener chez moi. »*
- *Entretien 12 : « Je finis tout au cabinet et après je rentre. Donc non, en dehors du travail, je ne ramène rien. »*

- **Parfois revenir au cabinet sur une journée de repos.**

- *Entretien 6 : « Plus du tout. Par contre, il m'arrive fréquemment le dimanche, je fais un saut pour entrer et regarder les résultats du vendredi et du samedi. Parce que comme le lundi est très chargé, je n'ai pas le temps de récupérer les résultats de deux jours plus ceux du lundi, ça fait trop, donc le dimanche je fais souvent un saut, 1h, 1h et demi pour récupérer les résultats. Mais bon, je n'ai pas trouvé une meilleure façon de faire les choses. »*

- **Pour certaines, quelques exceptions sur les résultats biologiques.**

- *Entretien 4 : « Zero... Ah zéro! Dans les faits, une fois par mois je vais peut-être ramener juste avant les vacances. Effectivement, des fois je ramène les résultats bio papiers que j'ai pas eu le temps de voir. Les papiers ça me prend 10 min le soir une fois que les enfants sont couchés, de les lire, sachant que je les ai déjà lus en version péri collect mail (...) »*
- *Entretien 9 : « Je n'en ramène pas à domicile. Il y a juste le mail que j'ai et donc si je n'ai pas pu voir les résultats biologiques, je les vois à la maison. »*

- **Pour d'autres, travail et vie privée se confondent.**

Pour MG 2, 5, 8, le travail est clairement poursuivi à domicile, mais avec le souhait de s'organiser de telles sortes à ce qu'elles empiètent le moins possible sur la vie familiale.

- *Entretien 5 : « Oui souvent. Le jeudi, c'est mon jour de libre, j'ai souvent des coups de fils à passer, des papiers à faire, des résultats à lire... Oui souvent. »*
- *Entretien 8 : « Oui si je ramène quand même un peu à la maison. » « J'essaye de mettre ça sur des temps vraiment où je suis seule à la maison, où ça n'empiète pas sur la vie familiale. »*

## **2.4. L'importance du temps libre et des congés**

### **2.4.1. Le temps libre personnel**

La nécessité de conserver du temps libre est fondamentale pour toutes. Cependant, alors que le temps consacré à la famille et aux enfants est une priorité à laquelle elles se consacrent, la recherche du temps pour soi et pour son loisir personnel n'est globalement pas une priorité.

La charge de travail est certes importante et ne laisse que peu de moment de liberté, mais les mamans, doivent également composer avec leurs obligations familiales quotidiennes, surtout pour celles qui ont de jeunes enfants.

Certaines arrivent tout de même à organiser leur temps en dehors du travail et à détacher quelques moments pour elles. D'autres ont plus de mal et subissent le poids de la charge de travail. Globalement, conserver du temps pour soi, c'est encore une fois une question d'organisation et de prise de conscience.

• **Un temps personnel sacrifié : un engagement complet au travail pour celles qui assurent une permanence à temps plein au cabinet.**

Pour les deux participantes les plus âgées, qui travaillent à temps plein sans journée de libre dans la semaine, la notion de temps personnel n'existe pas.

- *Entretien 7 : « Non ! Pas du tout ! Le peu de temps que j'ai samedi après-midi, là on fait les courses ensemble avec mon mari (...). Le dimanche matin, on va se promener avec les chiens dans les champs. Samedi après-midi rien de spécial, le dimanche après-midi rien de spécial. (...) Rien y'a rien! »*
- *Entretien 5 : « Ça serait pas mal de faire des activités pour moi aussi, parce que actuellement, je n'ai aucun loisir. En ce moment, c'est un peu difficile c'est sûr avec le confinement, mais de toute façon, je n'ai pas de temps pour moi, pas du tout. »*

- **Parfois un prétexte qui permet de penser à soi : s'occuper des autres pour avoir le droit de penser à soi.**

Il peut être difficile de penser à soi. C'est une notion qui présente une certaine forme d'égoïsme. Parfois, il est plus facile d'être présent pour les autres et de tirer le bénéfice secondaire de moment de loisirs.

- *Entretien 9 : « Euh, j'ai une amie qui est plus âgée que moi qui a perdu son mari, qui est seule ici et que j'apprécie beaucoup. Et maintenant, c'est pour elle que j'essaye de temps en temps de dégager des moments, pour pouvoir l'emmener des fois le soir à l'opéra. J'essaye alors de terminer à 19h-19h30 pour la chercher, donc je vais de temps en temps voir des spectacles effectivement, mais surtout, c'est grâce à cette amie (...). Elle me permet effectivement d'avoir comme ça des petites échappées. »*

- **Pour d'autres, le temps libre disponible est principalement consacré aux obligations familiales, que ce soit les enfants ou les parents.**

- *Entretien 9 : « Et puis maintenant le week-end est consacré aux personnes âgées qui ont 90 ans. On a heureusement une bonne organisation entre enfants, mais tous les 15 jours, j'essaye de les voir et de passer les dimanches avec eux aussi. Donc voyez, il n'y a pas grand chose (comme loisir) actuellement. »*
- *Entretien 2 : « Mais après franchement quand tu as des enfants et que tu travailles à temps plein, c'est compliqué d'avoir du temps. Parce que quand tu rentres le soir c'est le feu jusqu'à 22h. C'est speed, t'as pas beaucoup de temps pour toi. »*
- *Entretien 3 : « Là c'est plus trop comme ça, mon temps libre, c'est pour garder mes enfants. Non donc j'ai pas trop de temps mais les loisirs il n'y en a pas en ce moment. »*

- **Mais avec une bonne organisation, les mamans peuvent profiter de moment pour elles.**

- *Entretien 2 : « Concrètement mes temps libres, c'est 3 séances de sport par semaine et parce que je me suis faite une salle de sport à la maison. Et pour faire ça, je me lève à 5h, 1h avant d'aller au boulot. »*

- *Entretien 4 : « Si sur les périodes de sieste des enfants quand même. 1h30 l'après-midi tranquille sans enfants »*
- *Entretien 10 : « Oui le mercredi du coup, parce que je ne travaille pas, normalement c'est pour les enfants mais je m'octroie 2 heures dans la matinée pour faire du sport, aller à la piscine. Le reste est consacré à 100% pour les enfants ! (rires) Mais bon c'est normal, ils sont encore petits. »*
- *Entretien 12 : « Oui j'essaye. Alors en ce moment avec la covid c'est moyen, mais non sinon j'ai du temps pour moi. Je lis beaucoup (...) Mais oui, le soir quand mes enfants sont couchés ou le week-end comme j'ai le samedi et le dimanche. Bah j'en profite. »*

- **Le principal pour les mamans de jeunes enfants est de profiter des moments éphémères de l'enfance. Elles acceptent volontiers un sacrifice temporaire de leurs loisirs personnels, car elles savent que lorsque leurs enfants seront plus grands, elles auront du temps pour elles.**

Au final, pour ces mamans de jeunes enfants, le principal n'est pas de profiter de moments purement personnels, mais vraiment de voir leurs enfants grandir, profiter de ces moments éphémères, de ces instants qui passent si vite, même si elles doivent sacrifier leur temps personnel.

Un jour viendra où leurs enfants seront plus grands et plus autonomes, et à ce moment-là, elles pourront consacrer du temps pour elles.

- *Entretien 4 : « Et c'est de se dire que sur ce laps de temps où les enfants sont petits, notre vie c'est en sacrifiant du temps libre ... J'en aurai le jour où mes enfants seront vraiment autonomes. Ma grande a 10 ans, dans 5 ans elle n'en aura rien à faire de sa mère. Voilà ce temps libre pour le moment j'ai décidé d'avoir des enfants, donc je veux les voir grandir, c'est touchant, ça passe super vite, ça s'autonomise très vite, ça a vite plus besoin ni de bisous ni de câlins donc c'est très vite frustrant donc grosso modo, on consacre 15 ans de sa vie à ses enfants, le reste du temps les enfants sont avec les copains, copines (...) Donc, le temps libre je*

*l'aurai, mais à un moment, pas maintenant. »*

• **Les mamans d'enfants plus grands et plus autonomes, qui sont à temps partiel profitent de leurs journées de repos pour des loisirs personnels.**

- *Entretien 6 : « Alors... Je jardine (...) J'ai des activités autre, je m'occupe de mes enfants, je trouve que je suis un coach pour mes enfants (rires). Et ils sont grands hein plus personne n'est à la maison mais je les ai beaucoup au téléphone donc je reste le coach, c'est comme ça que je le vois, j'accompagne mes enfants. J'ai d'autres activités, on est un groupe d'amis, on fait beaucoup de randonnées. »*
- *Entretien 8 : « Ouais, on part en vacances, je fais du vélo, je m'occupe de ma maison, de mon jardin enfin voilà. »*

2.4.2. Les vacances : un temps de repos indispensable

• **Un impératif pour toutes les praticiennes interrogées : les congés sont une nécessité pour conserver une bonne qualité de travail.**

- *Entretien 3 : « on fait 4 - 5 jours, juste nous deux, pour faire autre chose et voir autre chose, partir de la maison. Si j'ai pas ça c'est vrai que c'est dur. »*
- *Entretien 7 : « ça permet de souffler. Sinon, on pète un câble. »*
- *Entretien 8 : « Et bien travailler, c'est à mettre en relation avec une bonne qualité de vie et un temps de repos suffisant. »*

• **Une nécessité quand la charge mentale est trop importante et quand l'efficacité n'est plus au rendez-vous.**

- *Entretien 1 : « Quand mes patients me prennent trop le chou, qu'ils sont trop dans la demande à vouloir tout, tout de suite, (...) quand on sait que tous les patients nous agressent et qu'on n'a plus la patience c'est qu'il nous faut des vacances. (...) Quand je ne suis plus à l'écoute et que j'arrive plus à écouter les plaintes, je prends des vacances. »*

- **Les congés sont les seuls moments qui permettent de couper complètement du travail.**

- Entretien 7 : « *Je ne vis que 6 semaines par an pendant les vacances. C'est 6 semaines par an où je suis bien détendue, où je fais ce que je veux quand je veux sans horaires. Les autres semaines c'est l'enfer à cause du travail, à cause des papiers qu'il faut gérer derrière. C'est l'enfer...* »

- **Des congés pris sans culpabilité.**

- Entretien 6 : « *En fait, je me suis rendu compte qu'on n'était pas indispensable et donc je n'ai pas de scrupule à n'être pas là.* »
- Entretien 11 : « *Il n'y a que pendant les vacances que c'est liberté totale. Alors j'ai pas de culpabilité à prendre des vacances.* »

- **Un nombre plus important de congés que la moyenne habituelle.**

- Entretien 7 : « *Je prends 6 semaines de congés par an, ça peut paraître beaucoup comme ça. Je me suis calée sur l'éducation nationale.* »
- Entretien 10 : « *Prendre (ses vacances) régulièrement, plus que 5 semaines classiques, moi je prends minimum 8 semaines dans l'année.* »
- Entretien 11 : « *Beaucoup de vacances, 7 voire 8 semaines. C'est nécessaire.* »

## **2.5. Vacances : assurer son remplacement**

- **Le seul impératif : se faire remplacer pendant son absence.**

- Entretien 6 : « *Je sais que la boutique va tourner quand même (...). Je sais qu'il y a quelqu'un qui va travailler à ma place.* »

- **Son remplacement : une préoccupation pour celles qui exercent seules.**

- Entretien 6 : « *C'est toute cette difficulté là, d'avoir quelqu'un quand tu exerces toute seule.* »

- **Une recherche difficile pour celles qui ont une spécialité complémentaire : peu voire pas de remplaçants.**

- *Entretien 7 : « Là, j'ai été remplacé et j'ai été extrêmement contente d'être remplacée. Parce que cet été j'avais trouvé personne. C'est très très difficile de trouver un médecin généraliste et en plus ostéopathe. »*

- **Des facilités pour celles qui exercent en groupe : l'avantage de pouvoir compter sur ses collègues.**

Celles qui exercent en groupe ont l'avantage de pouvoir compter sur leurs collègues lorsqu'elles n'ont pas pu trouver de remplaçant.

- *Entretien 4 : « Et l'avantage, c'est qu'effectivement quand il y en a un qui part en vacances et qu'on ne trouve pas de remplaçant, il y a toujours d'autres médecins qui sont là pour assurer la continuité des soins. »*

### 3. SANTÉ DU MÉDECIN

#### 3.1. Santé personnelle : le médecin au second plan

Il est malheureusement à constater que certaines abordent la santé personnelle comme mise de côté au profit de celle du travail et du patient (MG 6, MG 7, MG 9, MG 11). La disponibilité permanente et l'engagement professionnel sont tels que la santé du médecin est souvent mise de côté, mise en attente ou même complètement sacrifiée.

- **La santé personnelle du médecin au second plan voire sacrifiée : priorités aux responsabilités professionnelles.**

- *Entretien 7 : « (...) J'ai eu un accident de ski, je me suis fracturée le croisé et je n'ai pas arrêté de travailler. Je me suis faite opérée un an après, j'ai tenu avec une attelle pendant une année.*



*Je me suis faite opérée (...) et je suis revenue trois semaines après, c'était pas encore cicatrisé mais il fallait bien y aller (...). On passe toujours au second plan. »*

- *Entretien 7 : « T'as pas le droit d'être malade. Là ce matin, mon mari m'a téléphoné, il ne peut pas faire sa vaccination de la 3e dose parce que lui a été gravement malade du covid (...). Il a été gravement hospitalisé (...). Il ne peut pas parce qu'ils sont en flux tendu (...). Donc notre qualité de vie et notre qualité de prise en charge pour nos soins à nous, c'est une catastrophe ! On se met toujours à côté, on fera plus tard, on fera plus tard. »*
- *Entretien 6 : « C'est pour te dire qu'en fait qu'on n'existe pas. Toujours se dire qu'en fait le plus important c'est notre travail et de passer en dernier, autant pour les siens que pour soi-même. Toujours... »*

- **Un déni de soi et de sa santé personnelle pris avec humour pour certaines.**

- *Entretien 9 : « Oui tout va bien dans le sens où je n'ai pas le temps d'y penser, donc tout va bien (rires). Donc tout ce qui pourrait être une petite douleur ou autre, on n'aura même pas le temps de les ressentir, donc ça va très bien. »*

- **Le libéral : un statut précaire en termes de protection sociale : peu de reconnaissance des arrêts ou des accidents de travail.**

- *Entretien 7 : « T'as pas le droit à un arrêt de travail facile. (...) J'ai essayé de déclarer en accident de travail, car ça s'est passé au travail en portant une personne de 160 kg, la sécurité sociale ne l'a pas reconnu, l'accident de travail n'existe pas en tant que libéral. C'est quoi ça....C'est grandiose ! » « J'ai pris que 3 semaines et j'ai pris des congés post-opératoire sur mes congés propres privés. »*
- *Entretien 11 : « On est exposé à la maladie mais on n'a pas le droit, enfin on ne reconnaît pas, le système ne reconnaît pas notre maladie surtout pas en libéral. (...) Alors que pour n'importe quelle autre profession, c'est un arrêt de travail et du repos. »*

### **3.2. Exposition aux maladies : un risque admis**

• **L'exposition aux maladies, accentuée par la crise sanitaire.**

- *Entretien 10 : « Oui bien sûr. Sur la santé ça c'est sûr ! Avant l'époque du masque, on était très souvent malade avec des gens qui nous crachaient au visage. Le risque du covid, il est toujours là malgré le masque. (...) Niveau santé oui, on est bien exposé ! »*
- *Entretien 11 : « Par contre, on est exposé aux maladies, bah là on est en plein dedans, des soignants qui tombent sous la covid »*

• **Même malades, les absences sont rares : entre culpabilité et engagement professionnel.**

Quelques médecins interrogés ont contracté la Covid. Elles ont néanmoins poussé leur exercice au maximum pour assurer leurs consultations, soit par absence de remplaçant soit par culpabilité envers leurs collègues, l'engagement professionnel prenant très souvent le dessus.

- *Entretien 6 : « J'ai fait la covid, et puis quand j'ai fait la covid, j'étais dans un sale état mais j'ai travaillé pendant 4 jours (...). Je me suis effondrée avec 40 de température et j'ai pas réussi à m'en remettre, j'ai mis 4 semaines à m'en remettre (rires) »*
- *Entretien 4 : « Moi je sais que j'ai eu la covid, je ne me suis pas absentée alors que j'étais malade comme un chien. C'était agréable de bosser avec la covid ! "C'est chaud de s'absenter, quand on a des grosses patientèles, il y a toujours un truc qui se passe. Quand je suis absente et que je n'ai pas de remplaçant, surtout dans des cas extrêmes comme ça, de toute façon la charge de travail, elle va être énorme au retour. Donc j'ai assuré comme je pouvais, je me suis shooté au Doliprane. »*
- *Entretien 11 : « Ma collègue a eu la covid, heureusement une forme pas grave mais elle était KO 15 jours, je la voyais galérer et tirer. »*
- *Entretien 12 : « C'est plus pour mes collègues que je me sens mal. Je culpabilise de les laisser seuls. »*

• **Un risque connu et accepté pour tout professionnel de santé. Il fait partie intégrante de la profession.**

- *Entretien 10 : « Mais bon, ça fait partie des risques du travail. Quand on a fait médecine au départ, on a tout de suite accepté. Ce n'était pas quelque chose de caché. »*

### **3.3. Santé mentale : vécu global d'une journée de travail**

Nous nous sommes ensuite intéressés à la charge mentale des médecins généralistes.

D'abord, il s'agit de connaître le vécu global d'une journée de travail, puis de discuter du risque d'épuisement professionnel.

#### **Vécu d'un début de journée de travail**

- **En ce qui concerne le vécu général d'une journée de travail, certaines se sentent plutôt sereines et motivées d'aller au travail.**

- *Entretien 3 : « Bah je me sens bien. J'ai un rythme plutôt sympa, (...) c'est plutôt cool. Non je me sens sereine, (...) Sereine et même plutôt contente je dirais, ça me plaît d'aller au boulot. »*
- *Entretien 4 : « Je prends mon pied. (...) Ouais franchement j'adore. »*
- *Entretien 9 : « Bien en forme. »*

- **Avec parfois un début de journée plus stressant que d'autres.**

- *Entretien 10 : « Bien franchement bien. C'est juste que ça commence à devenir oppressant quand la secrétaire arrive et me dit, bon je commence à doubler, et là ça commence à devenir tendu. Mais sinon quand j'arrive ça va ! »*

- **Ou une certaine appréhension de départ sans pour autant entacher sa motivation globale.**

- *Entretien 6 : « Mentalement pleine d'entrain, mais en même temps pleine d'appréhension en me demandant comment je vais être mangé, dans ce sens là, mais pleine d'entrain. J'aime beaucoup ce que je fais donc voilà pas de souci, je suis contente de venir. »*

- **D'autres en revanche se sentent fatiguées, stressées, tendues et peu motivées avant de**

### **débuter leur journée de travail.**

- *Entretien 2 : « C'est en ça que je disais que je dois faire un travail sur moi-même parce que je suis hyper stressée. Je suis angoissée. Alors que franchement, je pense que j'adore la médecine générale, vraiment j'adore ça. Il y a des consultations que j'adore avec les patients mais le problème c'est que j'ai tellement de désavantages à aller bosser. Là, ça fait 34 ans que j'y vais la boule au ventre tous les jours. Alors que j'adore la médecine générale. »*
- *Entretien 8 : « Fatiguée (rires) parfois anxieuse, car il y a des problèmes, des choses qu'il faudra régler le lendemain. »*

### **• Début de journée difficile, mais une fois la journée lancée, le rythme est lancé.**

- *Entretien 5 (Réflexion) : « Bah il y a des jours où on n'est pas motivé (rire) mais on n'a pas le choix, on est vite dans le bain mais je suis contente de mon travail, mais il y a des jours avec et des jours sans. »*
- *Entretien 7 (Réflexion) : « Franchement ? Genre fatiguée quoi. Après, au bout d'une demi-heure ou du deuxième patient, quand c'est lancé, on est dans le rythme, on n'y pense plus. Mais le premier patient quand on arrive au cabinet, trouver la motivation c'est difficile. »*

### **Vécu d'une fin de journée de travail**

#### **• Une fin de journée attendue.**

- *Entretien 5 : « Donc c'est que là, le matin c'est un peu voilà... Donc vivement le soir. »*
- *Entretien 6 : « Contente de partir ! (rires) »*
- *Entretien 7 : « Ah après je suis contente de rentrer à la maison le soir à 21h. (...) Je suis contente de rentrer oui (rires) »*

#### **• Une deuxième vie et un deuxième travail auprès des enfants.**

- *Entretien 4 : « Bah contente d'avoir fini, de retrouver mes enfants, contente de faire autre chose. »*
- *Entretien 12 : « Je suis contente de retourner chez moi. C'est mon deuxième boulot qui*

*commence et je suis contente de retrouver mes enfants. »*

### **3.4. Charge mentale importante : stress et angoisse au quotidien**

Nous avons vu plus haut que certaines font part d'état de stress, d'angoisse dans le quotidien professionnel. La volonté de bien faire, la peur de se tromper, la responsabilité envers les patients, l'accumulation des heures de travail sont autant de motifs qui influencent et fragilisent l'état mental des médecins.

#### **• Une profession exposée au stress et à l'anxiété.**

- *Entretien 3 : « On va dire que cela peut influencer sur mon état d'anxiété général quoi, je peux être assez anxieuse, il y a des situations au boulot où je vais avoir une espèce d'anticipation anxieuse, j'ai peur de me tromper des trucs comme ça ouais. Le boulot va me mettre de l'anxiété. »*
- *Entretien 11 : « Euh oui ça joue, alors surtout sur la santé mentale en fait. Voilà le stress, la fatigue mentale et toute la charge mentale à emmagasiner. Je travaille 3 jours par semaine mais quand je suis au cabinet c'est le rush, on est plongé dedans, on travaille sous pression du temps, des demandes des patients, on a plein de chose à faire à la fois et on se dit comment on va y arriver. Donc oui mentalement, il y a des périodes où je suis usée. »*
- *Entretien 12 : « Moi c'est plus l'accumulation... Quand il y a un cumul de ces situations, (...) je suis exténuée mentalement, psychologiquement je suis fatiguée parce qu'on supporte toutes les plaintes des gens, la misère humaine, et c'est que dans un sens en plus, on reçoit tout le malheur des autres sans jamais nous nous plaindre. »*

### **3.5. La réalité de l'épuisement professionnel**

Certaines ont vécu par le passé un épuisement professionnel ou burn-out. D'autres n'en étaient pas loin à l'heure où nous avons réalisé nos entretiens. Et pour celles qui n'ont pas

vécu cette situation, elles sont conscientes que la profession est à risque d'épuisement professionnel.

- **Le burn-out, une réalité reconnue au sein de la profession même si certaines ne sont pas concernées.**

- *Entretien 10 : « Et au niveau mental, oui ça peut avoir un impact, on est hyper stressé, on finit à pas d'heure, on est tendu le matin quand il faut y aller... Bon c'est pas mon cas, mais ça peut agir sur le mental. Et le burn-out du médecin généraliste, j'arrive à le comprendre... Alors oui le burn-out, ça c'est assez courant mais ça ne me concerne pas. Mais je comprends qu'on puisse être en épuisement. »*

- **Certaines au contraire sont arrivées à saturation et sont proches de l'épuisement professionnel.**

- *Entretien 2 : « Mais voilà le stress de me faire agresser par un patient, le stress d'avoir encore une réflexion d'un patient, je ne supporte plus. Je suis arrivée à saturation. Je ne supporte plus la moindre réflexion après tous les efforts que je fais... Les patients, je ne les supportais plus et puis je les envoyais promener... Je n'avais plus envie de les écouter. Moi j'ai bossé h24 et qu'on se permette de faire des réflexions maintenant, je n'en supporte plus aucune. »*
- *Entretien 7 : « Ah oui j'en suis pas loin je crois. Là j'étais en vacances la semaine dernière donc ça va, mais j'en suis pas loin. J'ai que 57 ans, j'ai encore 10 ans de médecine à faire devant moi, je ne sais pas comment.... »*
- *Entretien 9 : « Bah si on travaille de 7h à 21h sans s'arrêter, sans manger (rires). (...) Mais bon combien est-ce qu'on peut tenir comme ça, ça je ne sais pas. Ça fait un an et demi voir 2 ans que je travaille comme ça, où c'est vraiment ces horaires là. Donc pour l'instant, je tiens. Mais est-ce que à la longue ça tiendra ? Difficile à dire. »*

- **Certaines ont connu autrefois un épuisement professionnel.**

- *Entretien 6 : « Alors épuisement professionnel, c'était avant de m'associer avec ma collègue. C'est pour ça que je me suis associée avec elle. Et ça devenait urgent, le vendredi soir j'avais envie de mordre mes patients donc quand je devenais comme ça, je me disais c'est que t'es vraiment trop fatiguée, il est temps que tu décharges un petit peu. (...) Les patients, je ne les supportais plus et puis je les envoyais promener... Je n'avais plus envie de les écouter. Donc oui épuisement professionnel, je l'ai connu à cette période là. Après 11 ans, d'installation seule ouais là il était urgent que je m'associe. Après depuis plus, puisque j'ai plus de temps. »*
- *Entretien 8: « Alors actuellement ça ne me parle plus, mais à une période je sentais poindre ce genre de chose. Parce que quand c'était le cas, quand ça approchait de cette situation, je crois que tout le monde en souffrait : ma famille, mon fils, mes patients aussi, même s'ils ne s'en rendaient pas compte. En fait c'est un cercle vicieux, vous êtes fatiguée, vous travaillez moins bien, moins sereinement, vous avez l'impression de faire du mauvais travail. Donc vous êtes pas satisfait donc vous êtes plus fatiguée, plus énervée donc c'est un peu un cercle vicieux »*

### **3.6. Gestion du stress et de l'épuisement professionnel**

Nous allons voir comment les médecins gèrent le stress professionnel, et surtout comment elles gèrent l'épuisement professionnel. La première notion semble être la prévention : mieux vaut prévenir que guérir un burn-out. La seconde notion consiste à prendre conscience de son état de santé mental et physique.

Tout comme le déni de sa santé physique que nous avons abordé précédemment, c'est également la santé mentale qui peut être mise inconsciemment de côté. En effet, le médecin peut facilement être pris dans la vague des consultations, accentuée par le sentiment altruiste de vouloir aider son prochain. À un point où finalement, ce dernier se retrouve dans une spirale, où il n'a plus conscience de l'état mental et physique dans lequel il se trouve.

En d'autres termes, pour éviter le stade d'épuisement professionnel, il faut avant tout avoir conscience de soi, s'écouter et réagir avant d'arriver au stade d'épuisement professionnel.

### 3.6.1. Y porter attention, savoir reconnaître ses faiblesses et réagir tôt

- **Être conscient de son état mental et physique, car il peut être facile de se plonger dans un travail interminable.**

- *Entretien 11 : « Comme on veut bien faire, on peut se laisser avoir par ce flux continu et au final on se fait avoir dans l'engrenage. Et on finit en épuisement professionnel sans même forcément s'en rendre compte. Alors voilà, il faut vraiment y faire attention et savoir reconnaître ses limites. Et quand on est à la limite, faut stopper »*
- *Entretien 12 : « Parce qu'on ne se rend pas compte, quand on travaille, c'est comme un déni de soi. On travaille comme on marche par automatisme. »*

- **Être alerte et attentive aux premiers signes de fatigue afin ne pas franchir le stade de l'épuisement professionnel : mieux vaut prévenir que guérir.**

- *Entretien 8 : « Et je me suis dit non, il ne faut pas se laisser faire. (...) J'ai des petits warnings, j'allume mes petits voyants et je mets tout en œuvre pour que ça n'arrive pas. je crois que l'organisation qu'on a aujourd'hui en l'état actuel des choses, me permet à moi d'éviter ça. Je suis hyper vigilante à ça. »*
- *Entretien 11 : « Voilà, c'est pour ça que je fais vraiment attention à maintenir un bon équilibre comme ça me convient en fait. »*
- *Entretien 12 : « Oui clairement, alors pas jusqu'au burn-out parce qu'il faut réagir avant mais le cumul des patients, de la charge émotionnelle qu'on porte c'est psychologiquement difficile. »*

### 3.6.2. Prendre des congés réguliers pour diminuer sa charge mentale

- **Elles ont conscience qu'un rythme de travail trop intensif entraîne une forte charge**



### **mentale. Rester en forme, c'est prendre le temps de se reposer.**

- *Entretien 4 : « Bien sauf quand cela fait 3 mois que je travaille sans pause, je suis un peu stressée et un peu tendu. »*
- *Entretien 11 : « Moi ça va parce que j'ai 2 jours où je décompresse complètement, mais pour d'autres si on enchaîne comme ça tous les jours... Moi je péterai un câble »*
- *Entretien 12 : « Bien ça va. Je suis en forme justement parce que je prends le temps de me reposer et de penser à moi. » « Donc quoi qu'il arrive, je pose des vacances régulièrement même si je ne suis pas au bord de l'épuisement, très régulièrement, je prends mes vacances.»*

#### 3.6.3. Se fixer des limites afin de se protéger

- *Entretien 10 : « Je ne suis pas froide et méchante, il ne faut pas non plus exagérer, mais je sais mettre des barrières, et je me suis rendu compte que ça, c'est super important pour ne pas finir en burn-out, mais ça peut aller très vite. »*

#### 3.6.4. Oser entreprendre des changements dans son organisation

- *Entretien 8 : « Alors prendre des vacances, c'est juste un petit pansement, mais ça ne sert pas à grand chose dans le long terme. Pour moi, il faudrait changer l'organisation. »*

#### 3.6.5. Gérer la charge mentale : un vécu solitaire pour certaines

##### **• Un repli sur soi, le silence et la solitude.**

- *Entretien 7: « Rien, je me renferme sur moi-même. Je suis tellement épuisée à écouter les gens, à écouter leur peine, à les soutenir pour un retour nul. Quand je suis seule, je veux de la tranquillité, je veux de la paix, je ne veux même pas aller voir des amis, j'en ai très peu, on a pas eu le temps de faire beaucoup d'amis, non on est seul à la maison et on veut juste la paix, le silence. Donc je communique uniquement avec mon mari, mon fils, ma belle-mère de temps en temps, c'est tout. Quand je sors du travail, je ne veux plus rien entendre. »*

#### 4. PERSPECTIVES D'AVENIR

##### 4.1. Toujours médecin dans le futur ? Des avis nuancés pour certaines

###### 4.1.1. Rester médecin généraliste pour la grande majorité

- **En majorité, elles se voient toujours la profession et ne souhaitent pas trop apporter de changements dans leurs organisations actuelles.**

- *Entretien 8 : « Pas trop de changements (rires), que ça reste comme ça, je souhaite en tout cas. »*
- *Entretien 10 : « Pour l'instant, ne pas augmenter mon temps de travail. L'idéal, c'est de rester sur le même temps de travail (...). »*
- *Entretien 11 : « Euh toujours pareil (rire) non en tout cas, pas augmenter mon temps de travail même si c'est dur, il y a toujours de plus en plus de demandes. »*

- **L'une d'entre elles, proche de l'âge de la retraite, pose la réflexion sur sa fin de carrière.**

- *Entretien 9 : « Si enfin, j'essaye de voir, enfin je ne suis pas très très loin... Enfin, j'ai 61 ans ou 62 ans, je ne sais plus... Donc il y a encore au moins 5 ans de travail donc minimum 67 ans, après est-ce que je continuerai encore... Ou un mi-temps ou des remplacements, je n'en sais rien. Ou est-ce que j'arrêterai définitivement... »*

###### 4.1.2. Se reconverter dans une autre profession médicale

- **Pour d'autres, le paradoxe est clairement perceptible entre la vocation et la satisfaction de la profession, et l'usure physique et morale que celle-ci engendre dans le temps. Si bien que quelques médecins ont émis le souhait de faire autre chose dans l'avenir lorsque la satisfaction du métier se serait essoufflée.**

- *Entretien 1 : « C'est bizarre, mais j'ai l'impression que je ne serais pas généraliste installée*

*en cabinet toute ma vie. J'ai l'impression qu'un moment donné, je vais vouloir changer d'air. Pendant mes études, il y a un truc qui m'attirait énormément, c'est la santé des armées (...). C'est vrai que je me vois bien partir de ce côté là ou dans la formation, je ne sais pas. Mais j'ai l'impression que je ne resterais pas toute ma vie au cabinet même si j'adore ça. Mais je pense qu'à un moment donné ça va s'essouffler et le jour où ça va s'essouffler, j'irai voir ailleurs. »*

- *Entretien 4 : « Dans 10 ans toujours pareil. Dans 20 ans, j'arrête médecine. Je terminerais autrement. Alors dans 20 ans, j'aurai quel âge ? 55 ans... Non parce que à la base j'ai fait médecine pour faire de l'humanitaire, mes enfants sont arrivés donc l'humanitaire on va attendre un peu. Mais je terminerais ma carrière en humanitaire. »*

#### 4.1.3. Rester médecin, mais en fonction des conditions de travail futures

- **Pour d'autres, le facteur décisif allait être les conditions d'exercice futures de la médecine générale : entre autres de la considération et du respect pour le métier, de l'aspect financier, de la charge de travail à supporter.**

- *Entretien 2 : « Je continue le boulot encore 10 ou 15 ans après je ne suis pas sûre. Ça va dépendre de comment cela se passera ces prochaines années. (...) Mais dans 10 ou 15 ans quand j'aurai remboursé mes prêts, que mes enfants seront grands, si la qualité de travail et le regard des gens envers la médecine générale n'a pas changé, je pense que je changerais de métier. Je ne pourrais pas encore continuer comme ça, à 55 ans non. »*
- *Entretien 12 : « Ouh là alors euh ... Alors c'est malheureux à dire, mais je ne sais pas si je resterai médecin généraliste jusqu'à la retraite. Parce que c'est un véritable travail d'équilibriste de gérer la charge professionnelle et les contraintes familiales. Et la charge professionnelle est de plus en plus importante, mentalement faut tenir et c'est dur quoi. Là je suis encore jeune ça va, mais je ne sais pas si je pourrai la gérer dans encore 20 ans. Je connais des médecins plus âgés que moi, homme ou femme d'ailleurs qui grâce ou à cause du covid, j'en sais rien, ont eu un genre de révélation sur nos conditions de travail et ont complètement décroché de la méd gé et se reconvertissent dans autre chose. Donc je ne sais pas, si ça reste comme ça, si nos conditions restent comme ça franchement je ne pense pas*

*que je continuerais...on verra bien. »*

## **4.2. Appel aux changements : favoriser l'installation de jeunes médecins**

Certaines avaient clairement émis un appel pour alerter sur les conditions de travail des médecins généralistes et par conséquent accentuer les freins possibles des jeunes générations à l'installer.

### 4.2.1. Réduire les charges financières et administratives

Nous avons déjà détaillé le poids de la charge de travail, de la charge financière et administrative que supporte un cabinet médical. Il semble alors plutôt logique que cela puisse être un frein à l'installation de nouveaux médecins et une difficulté pour ceux installés. Nos participantes étaient demandeuses d'un allègement des charges professionnelles.

- *Entretien 12 : « Moins de charge de travail clairement. Il faut plus de médecins dans la profession, plus d'installations. Il y a plein de cabinets qui ne sont pas repris et forcément ça se répercute sur ceux qui restent. Donc, il nous faut des jeunes médecins et pour que les jeunes s'installent, il faut faciliter les démarches. Il faut que l'état allège les charges, il faut rendre attractif le truc quoi. Diminuer les charges financières et administratives, c'est une chose à faire indéniablement. »*
- *Entretien 7 : « Déjà moins de charge, moins de charge financière, on pourrait un peu lever le pied (...). Il faudrait que quelqu'un nous soulage à côté pour les papiers pour la vie quotidienne. »*

### 4.2.2. Valoriser la profession financièrement

Certaines ne considéraient pas la médecine générale comme bonne rémunératrice, du moins pour les efforts fournis, l'investissement des longues années d'études et la réalité du métier au quotidien. Même si le sujet financier est globalement tabou dans notre société, deux médecins ont clairement exprimé le besoin de revalorisation financière de la profession (MG 2, MG 12).

La consultation médicale actuelle à 25 euros semblait pour elles, être très faible pour le travail fourni et les charges à supporter, et très loin derrière d'autres spécialités médicales et d'autres métiers équivalents de cadres supérieurs.

- *Entretien 12 : « Et puis valoriser la profession, je parle financièrement, alors je suis contente de ce que je gagne mais 25 euros c'est bof quoi pour le travail qu'on fournit et pour les charges qu'on doit assumer. Voilà, je vois mon mari, il est salarié cadre supérieur, poste de chef de projet, bah il gagne beaucoup mieux sa vie que moi avec tous les avantages du salariat, il prend des vacances, il est payé, les primes, 13e mois, forfait téléphonique et ordinateur payé par l'employeur c'est du luxe quoi.(...) Vaut mieux faire ingénieur dans une grosse boîte quoi. Je ne suis pas matérialiste mais de nos jours si tu n'as pas d'argent, bah tu ne vis pas bien. Mais tout est lié, si t'es pas bien payé et qu'en plus tu as des charges énormes, faut pas s'étonner que les jeunes boudent la profession. Il faut donner envie c'est clair, faut donner des avantages. »*
- *Entretien 2 : « Quand tu sais que notre consultation est moins chère qu'une manucure, je trouve ça quand même pas normal. »*

## DISCUSSION

---

### I. FORCES DE L'ETUDE

- Originalité du sujet

La QVCT est un sujet d'actualité, de plus en plus relayée dans la littérature et par les médias. La QVCT des soignants quant à elle, intéresse la société et les institutions publiques notamment vis à vis du nombre croissant d'épuisement professionnel et de pénurie de soignants. De même, la féminisation prend une place progressivement plus importante dans la démographie médicale et devient le sujet des études sociologiques. Quelques thèses ont émergé sur la qualité de vie et sur les conditions de travail des femmes médecins généralistes libérales, principalement d'un point de vu quantitatif comme celle de madame Buron-Nadal en 2016 (30) ou celle de madame Houlbert en 2013 (31) mais peu d'un point de vu qualitatif. Nous retrouvons tout de même des thèses qualitatives, mais qui centrent soit tous les médecins généralistes, soit les remplaçants ou les internes. Il nous a donc semblé pertinent de réaliser cette étude, qui s'intéresse spécifiquement à la QVCT des femmes médecins généralistes installées, au vu de l'intérêt de la société pour la QVCT et au vu de la féminisation croissante de la profession.

- Population étudiée

Nous avons choisi de nous focaliser sur les femmes médecins en couple mariées ou non, installées avec un ou plusieurs enfants, car elles représentent le modèle traditionnel de la famille, qui demeure la configuration familiale la plus courante. Nous avons réussi à obtenir

un échantillon de femmes de plusieurs générations, ce qui nous a permis d'avoir des résultats assez variés.

Nous laissons la possibilité à d'autres études de se pencher sur les profils :

- des femmes médecins remplaçantes
- des femmes sans enfants, célibataires ou en couples
- des femmes monoparentales
- et pourquoi pas étendre le sujet de la QVCT aux hommes médecins.

- **Choix de la méthode**

La méthode qualitative a été un choix évident pour répondre à l'étude de la qualité de vie et des conditions de travail des femmes médecins généralistes. La QVCT est une notion individuelle et subjective. La démarche qualitative à travers des entretiens semi-dirigés était donc appropriée pour l'étude du vécu et de ressenti individuel des femmes médecins.

- **Triangulation des données**

Le double codage et la triangulation permet de limiter un biais d'interprétation et d'obtenir la validité interne de notre étude. Nous avons fait appel à un autre investigateur pour réaliser un double codage de nos entretiens. Le codage a été réalisé séparément puis les codes ont été comparés ensemble.

## **II. LIMITES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE**

- **Biais de recrutement**

Le recrutement de proche en proche a permis de constituer la grande partie de notre échantillon. Cependant, cette méthode constitue un biais de recrutement par le fait d'avoir vraisemblablement sélectionné un groupe avec des valeurs communes et des pensées partagées.

- **Biais lié au recueil des données**

Le recueil des données par voie téléphonique représente clairement une faiblesse à l'étude. Le manque des données non verbales comme le comportement, les expressions du visage, les mimiques est certain. Néanmoins, la période sanitaire était peu propice aux déplacements et la conversation téléphonique a été privilégiée. Un entretien par vidéoconférence a été réalisé pour pallier ce problème, mais n'a pas été renouvelé à cause du manque de qualité lié aux problèmes de réseau. Cependant, le manque de données non verbales a été compensé par une durée importante des entretiens. En moyenne, ils ont duré 53 min, ce qui témoigne de l'intérêt des médecins pour le sujet.

- **Biais lié à l'investigatrice**

Dans le cadre d'un biais d'investigation, le manque d'expérience de l'investigatrice aux entretiens semi-dirigés a pu clairement limiter la qualité des entretiens.

- **Biais du subjectivité**

Il peut exister un biais de subjectivité du fait de la connaissance et de la proximité avec certains médecins interrogés. Certaines données ont pu être facilement recueillies du fait de cette proximité, mais d'autres en revanche ont pu être minimisées par retenue de la part de



l'investigatrice ou de la participante. À la demande des participantes, certains propos n'ont pas été retranscrits.

### **III. MEILLEUR EST L'ÉQUILIBRE VIE PERSONNELLE/ VIE PROFESSIONNELLE, MEILLEUR EST LA QUALITÉ DE VIE**

#### **1. Les facteurs professionnels d'un équilibre vie privée/ vie professionnelle**

En pratique, concilier vie privée et vie professionnelle est un exercice délicat, particulièrement dans des professions exigeantes qui demandent une disponibilité et un engagement important. Les barrières entre le privé et le professionnel sont infimes.

L'idéal serait d'instaurer une séparation la plus claire possible entre vie privée et vie professionnelle : un temps dédié au travail et un temps dédié à la vie personnelle/familiale. La répartition est évidemment variable pour chaque personne, propre aux besoins et aux valeurs de chacun, mais tout individu a un intérêt à conserver un rapport travail/privé sain et profitable.

- **Fixer un cadre d'exercice et éduquer ses patients dès le début de son installation**

Professionnellement, cela sous-entend qu'il faut pouvoir fixer des limites dans son exercice. Nos participantes ont conseillé de poser les limites et les règles de son exercice dès le début de son installation et de s'y tenir car en pratique, avec la pression des patients et la pénurie de médecin, la tentation de travailler plus et d'augmenter ses horaires est facile, parfois même sans s'en rendre compte. L'éducation de ses patients est la clé de voute de son organisation professionnelle (32).

### • Mode d'installation et temps de travail

Comme le confirment les études de madame Couffinhal M (33), Buron-Nadal M (30), Houlbert C (31), Huon-Wojtarkowski C (34), la nouvelle génération de médecins préfère exercer en groupe pour bénéficier de meilleures conditions de travail tout en conservant du temps personnel et familial : partage de la charge de travail, temps partiel avec la possibilité de se libérer des journées, permanence des soins assurée, partage de la patientèle, mutualisation des informations et des frais.

En 2019, selon une étude de la DRESS, 61 % des médecins exercent en groupe, principalement les femmes et les jeunes médecins. Par ailleurs, ceux qui exercent en groupe déclarent bénéficier d'un meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle que ceux qui exercent seuls, notamment grâce à la prise de congé plus importante et au temps de travail plus faible. (28)

Le modèle de l'installation en groupe se confirme chez les jeunes futurs médecins. En 2017, selon l'étude de madame Couffinhal M sur « *la féminisation de la médecine générale : entre attente des internes et réalité de la pratique actuelle* », seulement 3,2 % des internes souhaitent s'installer seuls. L'écrasante majorité souhaite exercer en association. Concernant le temps de travail, 71,5 % des internes souhaitent travailler entre 8 et 9 demi-journées par semaine laissant ainsi entre 5 et 6 demi-journées de libre dans la semaine. (33)

### • Lieu d'installation

Les femmes médecins ne veulent pas travailler loin de leur domicile afin de faciliter leur quotidien et la logistique cabinet/domicile. Dans la thèse de madame Buron-Nadal M, sur « *la*

*qualité de vie de femmes ayant expérimenté une première installation en médecine générale entre 2010 et 2014 sur le bassin de vie de Saint-Nazaire* », le temps de trajet cabinet/domicile est en moyenne de dix minutes (30). Selon l'étude « *Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés* » de Arnaud C et Thiron P, 65% des médecins généralistes envisagent de pratiquer leur activité professionnelle entre 15 et 30 minutes de leur d'habitation (35).

Par ailleurs, les jeunes médecins semblent chercher la proximité de structures paramédicales et médicales pour leur confort d'exercice (31)(32)(35). Professionnellement, ils veulent travailler à proximité d'un réseau de professionnels (soins spécialisés, établissement de santé, laboratoire, centre radiologique) garantissant l'accès aux soins pour leurs patients. Dans la sphère privée, ils recherchent un épanouissement personnel et une qualité de vie globale pour leur famille à travers des structures socio-culturelle (école, crèche, commerces, banques, loisirs).

#### • Gardes et permanence de soins

Les femmes médecins participent moins aux gardes que les médecins hommes. En 2022, dans son enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale, le CNOM constate que les participants à la PDSA sont majoritairement des hommes (à 63% pour la régulation et 53% pour l'effectif). Cependant, la part des femmes augmente continuellement (9% en régulation et 7% en régulation). Parmi les freins aux gardes, nous retrouvons l'insécurité et la garde des enfants (36).

#### • Formation médicale continue

Les femmes médecins sont désireuses de continuer à se former. Elles s'épanouissent dans le développement de nouvelles compétences. Cependant, certaines regrettent de ne pas avoir assez de temps pour leur formation médicale continue. En 2005, l'étude de l'URML-RA mettait déjà en évidence cette problématique. Elle concluait que les femmes étaient moins impliquées dans la formation médicale continue que les hommes (baisse de 30% dans la participation à des congrès et une baisse de 50% de demi-journée d'enseignements post-universitaires). 60% des femmes contre seulement 39% des hommes, déclarent avoir renoncé à une formation ou à un congrès en raison de contraintes familiales (37).

- **Exercice particulier**

Plusieurs participantes de notre étude avaient un exercice particulier. L'étude de l'URML-RA en 2005 constatait déjà une sur-représentation féminine dans certain secteur d'activité extra-hospitalier (PMI, médecine scolaire...). Elle remarquait également que chez les omnipraticiens libéraux, les femmes privilégient davantage que les hommes les exercices particuliers de la médecine (homéopathie, nutrition...) à 19% contre 11% (37).

- **Environnement social et technique**

L'environnement socio-professionnel est un facteur majeur d'une bonne qualité de travail. Pour les médecins qui exercent en groupe, il s'agit presque d'un mariage entre soi et ses associés. L'entente entre confrères/consœurs est primordiale pour aboutir à un travail en cohésion d'équipe. Il est plus judicieux de se sentir à l'aise dans son quotidien professionnel que de subir une pression constante liée à un mauvais rapport interprofessionnel, d'autant que la pratique actuelle veut que l'ensemble de la patientèle soit partagée entre les médecins sans qu'aucun d'entre eux n'ait une exclusivité. Certaines femmes médecins de notre étude ont

préférée exercer seules plutôt que de s'associer avec un collègue avec qui elles ne s'entendraient pas. Ces résultats se retrouvent également dans l'étude de madame Buron-Nadal M sur « *la qualité de vie de femmes ayant expérimenté une première installation en médecine générale entre 2010 et 2014 sur le bassin de Saint-Nazaire* » (30) ou encore celle de madame Houibert C sur « *les conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes installées en Midi-Pyrénées* » (31).

Par ailleurs, l'informatisation du cabinet est une nécessité, ainsi que l'usage d'un secrétariat et d'une femme de ménage (30)(31)(32)(33). Dans notre étude, toutes les femmes médecins, quel que soit leur âge, ont informatisé leur cabinet, elles ont toutes un secrétariat et en majorité une femme de ménage. Selon l'étude de madame Couffinhal M, 100 % des internes souhaitent informatiser leur cabinet, aucun ne veut exercer sans secrétaire et 93,5 % envisagent d'employer une femme de ménage (33).

Comme en témoignent d'autres études (31), elles apprécient le mode de consultation sur rendez-vous, pratique exacerbée par la crise sanitaire. Néanmoins, elles semblent garder une grande flexibilité pour les urgences, quitte à doubler des rendez-vous.

Le cabinet médical devient une entreprise à part entière, loin de la représentation traditionnelle du médecin qui assurait toute la logistique seul. Les médecins aujourd'hui délèguent les tâches qui peuvent être déléguées, pour un confort d'exercice et un gain de temps indéniable. Ils vont chercher à aménager un lieu de travail pour répondre à une bonne qualité de travail et de vie. (30)

## **2. Les facteurs personnels d'un équilibre vie privée/ vie professionnelle**

### **• L'importance de la vie familiale et personnelle**

Pour de nombreuses personnes, la famille est un facteur essentiel au bonheur. Prendre le temps pour passer des moments en famille, avec ses enfants, son conjoint contribue au bien-être personnel et ne doit pas être négligé. Chacun a intérêt à garder une distance avec la sphère professionnelle pendant ces instants afin de pouvoir profiter d'un temps de qualité de la sphère privée. Madame Chevalier parle dans son étude de « limitation de disponibilité physique mais aussi psychique envers les patients » avec la nécessité de « définir la place de la vie personnelle par rapport à la vie professionnelle » (32).

Nous avons effectivement remarqué que celles qui accordent du temps à leur vie personnelle et familiale avec une distance bien définie vis à vis du travail, ont un meilleur ressenti sur leur qualité de vie. Celles dont les frontières sont plus floues où le travail et le privé se mélangent, ont plus de réserves sur leur qualité de vie : la frustration et la culpabilité de ne pas être assez présente au domicile, de ne jamais vraiment couper du travail, ou encore le stress professionnel qui se répercute sur l'ambiance au domicile sont des éléments qui souhaitent être améliorés.

### **• Un exercice centré sur les enfants**

La nouvelle génération de jeunes femmes médecins revendique ouvertement leur rôle de maman. Comme toutes les mamans, elles souhaitent participer à la vie de famille et à l'éducation de leurs enfants.

Dans son étude sur le devenir des jeunes médecins généralistes, Géraldine Bloy, sociologue, retrouve que « *les jeunes femmes pencheraient ainsi du côté de la féminité en cherchant à concilier l'exercice de la médecine et l'attachement à des valeurs et une conception des rôles assez traditionnelles* » (38).

S'épanouir en tant que mère, signifie être présente auprès des enfants et le manque de temps auprès d'eux est vécu avec une profonde culpabilité (31)(39). Elles n'hésitent pas à adapter ou à modifier leur organisation professionnelle pour répondre aux besoins de leurs enfants. Dans la thèse de madame Pichon-Pawelski, 75% des médecins avaient modifié leurs conditions de travail pour mieux s'occuper des enfants (39). Dans notre étude, ce sont principalement les femmes avec de jeunes enfants à charge qui ont modifié leurs pratiques vers un temps de travail plus faible. Une fois les enfants autonomes ou plus à charge, le temps de travail tend à augmenter, constat qui semble se confirmer chez nos participantes plus âgées.

#### • **Garde d'enfants**

La garde des enfants est souvent le nerf de la guerre dans une famille, surtout quand les deux parents sont actifs.

Beaucoup de médecins de notre panel ont préféré une garde à domicile ou une assistante maternelle plutôt qu'un service de crèche trop contraignant en termes d'horaires et de praticité (horaires plus larges, enfants malades souvent refusés de la crèche, plus souvent acceptés en garde à domicile). Ces résultats se retrouvent également dans l'étude de madame Houlbert C (31) ou dans celle de madame Edo S, avec 40,4% de garde à domicile et 36% d'emploi d'une nourrice (40).

Néanmoins, les urgences de dernière minute ne sont jamais prévisibles et la complexité réside à trouver une garde externe d'urgence pour ne pas avoir à quitter le cabinet et à annuler ses

consultations. Le conjoint surtout s'il est salarié est souvent mis à contribution. Enfin, celles qui avaient la chance de pouvoir faire appel à leurs parents ne se privaient pas de la grande liberté qui leur est ainsi offerte.

#### • La place du conjoint

Quand nous regardons le profil des couples médecins, nous constatons qu'il existe peu d'hypogamie, comme c'est le cas dans l'ensemble de la société, c'est-à-dire des couples dans lesquelles la femme est plus diplômée et occupe une meilleure position socio-professionnelle que son conjoint. Ces femmes sont alors la source principale des revenus. Elles sont vraisemblablement amenées à envisager avec plus de fluidité de la répartition des rôles traditionnel au sein de leur couple. C'est le modèle de deux de nos participantes : la première avait un conjoint ingénieur qui avait réduit son temps de travail pour s'occuper des enfants. La deuxième, qui avait une charge de travail massive, avait un conjoint qui assumait les courses, le ménage et les repas. L'exception s'est retrouvée pour notre participante en couple homosexuel. Elle était certes le salaire principal du couple, mais disait prendre en charge une grande partie des tâches au domicile. Cependant, les raisons étaient plus liées à un contexte exceptionnel qu'à une répartition ancrée des rôles sociaux (compagne en étude).

Dans les autres couples de notre panel, en homogamie sociale voire en hypergamie, ce sont surtout les femmes qui assumaient la gestion du foyer familial. En revanche, leurs conjoints semblaient disponibles pour aider quand elles n'étaient exceptionnellement pas disponibles (gardes ou journées de vaccination covid).



- **Régulation du temps vis-à-vis des tâches domestiques**

Comme le soulignent d'autres thèses, certaines font aussi appel à une aide ménagère à domicile toujours dans un souci de se libérer du temps et d'améliorer leur qualité de vie (30) (31)(40). Pour les courses et le consommable quotidien, les services de livraison et de commerces en ligne seront probablement largement utilisés par les générations à venir pour faciliter la vie courante. Les femmes médecins sont plus fréquemment en couple avec un conjoint cadre ou occupant des fonctions à hautes responsabilités, générant des revenus confortables, que le couple peut mettre à profit des services et employés à domicile.

- **Congé, loisirs, temps libre**

Même si il est important de pouvoir s'accorder des moments de détente pour son bien-être psychologique et physique, il s'avère que dans la réalité les loisirs personnels sont souvent difficile à mettre en place, notamment pour les mères de jeunes enfants, qui consacrent le temps libre aux activités familiales et domestiques (26). C'est une fois les enfants plus grands et autonomes, que le temps libre peut être consacré aux loisirs personnels. Dans son étude comparative des conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes en milieu urbain, semi-urbain et rural en Isère, madame Edo S, retrouve que 80,8% des participantes intègrent un temps de loisir dans leur planning (40).

En ce qui concerne les congés, nous avons retrouvé une prise de congé plus importante que la moyenne salariale, constat également retrouvé dans l'étude de madame Edo S (40).

#### **IV. L'INTROSPECTION : LA CONDITION NÉCESSAIRE POUR PRENDRE CONSCIENCE DE LA DIMENSION AFFECTIVE SUR NOS DÉCISIONS ORGANISATIONNELLES**

##### **1. La prise de conscience du rôle et de l'identité du médecin dans la société : une remise en question du socle historique**

C'est en Grèce antique que l'on pose les fondements de notre médecine occidentale. À cette époque, la médecine reposait sur des rites religieux ou magiques. L'origine des maladies et la guérison étaient de l'ordre du divin.

C'est avec Hippocrate, médecin du Ve siècle avant JC que la médecine revêt un caractère scientifique. Ce dernier balaye en partie l'influence religieuse et sacrée de la médecine en se basant sur l'observation du corps et le raisonnement. La médecine acquiert alors une déontologie, qui aujourd'hui encore se retrouve symboliquement dans le serment d'Hippocrate que prêtent les médecins à la fin de leur cursus.

La médecine était un art, dont le savoir se transmettait de père en fils au sein de famille de noble. L'art de soigner était entre les mains des médecins en même temps philosophes, dont le statut était considéré au-delà des hommes. « *Le médecin-philosophe est l'égal des dieux* » disait l'auteur du célèbre ouvrage hippocratique *De la bienséance* (41). Le médecin se devait de pratiquer l'art de soigner avec les vertus d'un philosophe : désintéressement, travail avec ardeur, modestie...

Au Moyen Âge occidental, après la chute de l'Empire romain, l'église s'approprie la médecine. Elle était exercée par des clercs, des prêtres et des savants religieux. Dans l'Occident chrétien, Dieu est unique maître de la création du monde et de l'homme, fait à son image. Jésus quant à lui, porte l'image d'un guérisseur capable de rendre la vue à un aveugle. La maladie retrouve une origine divine tout comme la guérison (la foi dans le Christ guérit).

À travers ces deux époques, nous pouvons dépeindre l'identité historique du médecin. Historiquement, le médecin, est celui qui est détenteur du savoir et de l'autorité, représenté tel un sauveur ou un intermédiaire à Dieu accomplissant son oeuvre. Personne ne doutait de sa parole. Les patients étaient ignorants et son statut social était largement privilégié, voire idolâtré dans la société. La médecine était un sacerdoce et le médecin était investi d'une mission, entièrement dévoué à l'art médical.

Nous comprenons alors aisément le paternalisme dont faisait preuve nos prédécesseurs avec leurs patients. Le médecin a été élevé au statut de notable, respecté et considéré. Dans les années 59, il ressort d'une étude de l'IFOP sur « *l'image du médecin dans la société française d'aujourd'hui* » que le métier de médecin signifiait haute considération et haut revenu (42).

De nos jours, l'identité du médecin s'est profondément modifiée. Aujourd'hui, les mentalités de la société ont changé. La médecine s'intègre dans des enjeux économiques et sociaux, l'avènement des nouvelles technologies, des avancées scientifiques, l'essor d'Internet, la téléconsultation ont profondément changé les pratiques médicales, la mentalité des patients et l'identité du médecin au sein de la société moderne (42).

Les nouvelles générations ont réalisé qu'ils n'étaient plus seuls maîtres du savoir. Aujourd'hui, la médecine se veut un produit de consommation accentué par la multiplicité des informations médicales disponibles sur Internet, les médias ou encore le cinéma. La considération des patients pour le médecin s'estompe. Il devient de plus en plus un prestataire au service d'une société de consommation où le patient est informé, participe voire décide de sa prise en charge. D'une médecine paternaliste, nous passons à une médecine plus personnalisée, individualisée au patient, où le médecin a un rôle de conseil.

Dans cette société, les patients veulent tout, tout de suite, ils ne sont plus passifs, mais actifs, décideurs voire revendicateurs, aux comportements déraisonnables, nourris par le « je paye, j'ai le droit » ou le « c'est gratuit, j'en profite ». Le patient a des exigences, en veut toujours plus et indéniablement est éternellement insatisfait. Si ce dernier ne trouve pas satisfaction auprès d'un praticien, il n'aura aucune hésitation à en consulter un autre. Madame Huon-Wojtarkowski C, dans sa thèse sur l'installation des femmes remplaçantes, parle de « lassitude face à l'exigence » (34) ainsi que du manque de reconnaissance.

C'est dans ce climat que les médecins réévaluent leur identité et leur rôle dans la société. Nos participantes l'ont décrit ainsi « je ne suis pas indispensable » « nous sommes interchangeables » « c'est au premier qui prendra le patient ». Devant cette prise de conscience, les médecins reconsidèrent leur rôle auprès de la population et n'hésitent plus à revendiquer le droit d'avoir une vie personnelle, de vivre comme tout le monde (43). Dans la littérature, nous retrouvons la notion « d'injustice temporelle » et de soumission à une « servitude temporelle ». Les médecins se plaignent de travailler plus que les autres alors que

leurs revenus stagnent. Par conséquent, ils rejettent ouvertement la norme de la « disponibilité permanente », autrefois massivement acceptée par les générations antérieures. (44)

Pour la sociologue, Géraldine Bloy, il est « *clair qu'aujourd'hui, les profils évoluent* », « *le modèle du médecin hyper disponible à toute heure a, si je puis dire du plomb dans l'aile* », « *ce modèle, historiquement très masculin, reposait sur des schémas familiaux conservateurs, avec un certain décalage d'ailleurs des médecins sur le reste de la société* ». (45)

C'est ainsi que pour les plus jeunes générations, le rôle historique du médecin est vivement abandonné. Ils sont moins parasités par le besoin de reconnaissance des patients, le besoin de toujours faire plus, travailler toujours plus, pour satisfaire une certaine forme d'égo professionnel. L'une des participantes parlait « l'appât de la popularité », et le risque alors d'un surinvestissement est de tomber dans l'épuisement, le burn-out du médecin.

## **2. De l'idéalisme professionnel au burn-out : un travail d'introspection**

Comme nous l'avons vu précédemment, la nouvelle génération rejette l'identité et le rôle historique du médecin. Néanmoins, ils restent souvent très investis, passionnés par leur travail, ainsi qu'un sens aigu des responsabilités. Géraldine Bloy, sociologue, décrit dans son étude sur les jeunes médecins généralistes, le profil « *critique vigilant autonome* », comme un jeune médecin exigeant par rapport lui-même, qui ne se repose pas sur ses acquis, autonome dans sa formation médicale. Les médecins avec ce profil « *approchent d'une forme d'idéal du médecin généraliste contemporain : profondément engagé dans sa pratique, se donnant les moyens d'une information indépendante, vigilant sur la mise à jour de ses connaissances, doté d'une vision haute de sa mission et se tenant à distance des sollicitations*

*commerciales* ». Ils passent par « *la contrainte de soi pour correspondre à l'idéal de son « surmoi médical* » (38).

Michel Delbrouk, médecin et psychothérapeute met en relation la problématique de l'idéalisme professionnel avec les étapes classiques du développement du burn-out du soignant : « *Le soignant candidat au burn-out, est souvent très compétent et passionné par son travail. Il possède par ailleurs un sens aigu des responsabilités. Son parcours professionnel commence souvent par un enthousiasme idéaliste et une suridentification à la problématique de ses patients. Suite à cette ardeur au travail et à un certain perfectionnisme, d'emblée, ce soignant dépense la plupart du temps une énergie excessive et dès lors inefficace. Son habitude à prendre, généralement, des décisions seul, conjuguée à son perfectionnisme et à son désir d'être apprécié à hauteur de ses compétences et de son dévouement l'amènent à refuser de déléguer. Sa sérieuse conscience professionnelle le pousse à allonger son temps de consultation, à vérifier et à développer des comportements de contrôle très chronophages. Porté par un fantasme d'invulnérabilité, le soignant dénie sa fatigue et refuse l'idée même de maladie* » (46).

Pour tenter d'illustrer ces propos, nous avons mis en évidence dans notre étude trois profils de femmes :

Profil des femmes avec un équilibre vie privée/vie professionnelle satisfaisant : elles sont attentives à leur qualité de vie et s'alignent avec les nouvelles mentalités de la jeune génération. Elles sont conscientes du burn-out et préfèrent le prévenir à travers une bonne qualité de vie. Dès le début de leur installation ou en cours d'exercice, elles vont s'organiser

pour répondre à un équilibre vie privée/ vie professionnelle. Elles considèrent le médecin comme un métier et non un sacerdoce. Elles ont conscience des mutations de société dans laquelle elles évoluent. Elles ont pris conscience que l'identité du médecin a évolué et que le surinvestissement professionnel est inutile. Elles paraissent plus attentives aux signaux de fatigue et de surmenage que leurs aînés. Elles ont un équilibre vie privée/vie professionnelle qu'elles jugent plutôt équilibré. Elles sont globalement satisfaites de leur qualité de vie.

Profil des femmes épuisées, surinvesties, pas d'équilibre vie privée/vie professionnelle : Elles perpétuent un modèle assez traditionnel de disponibilité. Elles ont un temps de travail trop conséquent pour conserver une vie en dehors du cabinet. Elles se reconnaissent à travers le dévouement et l'engagement dans la profession. Elles nourrissent une certaine forme d'idéalisme professionnel et s'accomplissent dans la reconnaissance de leurs patients. Elles ont beaucoup de culpabilité à ne pas répondre à la demande. Elles jugent leur qualité de vie difficile voire catastrophique. Elles ont du mal à accepter le temps pour soi. Elles font partie des plus âgées de notre échantillon. Paradoxalement, elles se rendent compte que la médecine n'est plus ce qu'elle était et que les jeunes médecins exercent autrement, mais n'arrivent pas à remettre en question leur façon d'exercer. Elles sont épuisées par le rythme de travail mais n'envisagent pas de travailler autrement.

Profil des femmes très investies professionnellement, avec un équilibre vie privée/vie professionnelle déséquilibré sans être catastrophique : Elles travaillent en groupe ou seules et ont des grosses semaines/journées de travail. Elles déchargent des journées de travail à des remplaçants réguliers. Elles sont investies professionnellement, multipliant parfois les activités (exercice particulier). Elles ont conscience que la médecine ne s'exerce plus sur un

modèle de disponibilité permanente, qu'elles rejettent clairement, mais elles restent très investies dans l'exercice ou la formation professionnelle, où elles trouvent de l'accomplissement et de la satisfaction. Elles ont un équilibre vie privée/vie professionnelle qu'elles jugent déséquilibré, avec le côté professionnel qui prend souvent le dessus. Cependant, elles arrivent à se remettre en question et à prendre du recul sur leurs conditions de vie.

Certes, parmi les plus jeunes, la majorité est bien consciente de leurs limites et applique un modèle d'exercice qui leur permet un bon équilibre de vie. Cependant, même parmi les plus jeunes, l'investissement professionnel peut aussi prendre le dessus, sans pour autant pratiquer un modèle traditionnel. En revanche, elles ont plus de recul et de remise en question que les participantes plus âgées qui sont également très investies. Inversement, parmi les plus âgées qui sont dans un modèle traditionnel, une interrogée fait l'exception et exerce sur un modèle plutôt contemporain, très probablement parce qu'au début de son installation, elle avait commencé avec un modèle traditionnel (seule à temps plein), et qu'elle a évolué vers un épuisement professionnel. Dans ce contexte, elle a entièrement changé son organisation de travail.

Ces profils soulignent bien l'introspection (c'est-à-dire la capacité de prendre du recul sur soi, nos émotions, nos pensées et notre comportement) des médecins vis-à-vis de leur rôle professionnel. Le travail sur sa qualité de vie et ses conditions de travail, surtout lorsqu'elles sont mauvaises et qu'elles aboutissent au burn-out est en bonne partie individuelle. La prise en charge du burn-out en lui-même comporte un travail intérieur sur la perception de son identité professionnel.



Pour Michel Delbrouk « *soigner le burn-out implique des changements personnels intérieurs dont la nécessité pour le soignant épuisé d'aborder des dimensions introspectives, psychologique, philosophique, mythique, communautaire, politique et éthique. Cette démarche ira de pair bien entendu avec des changements dans sa pratique quotidienne en organisant mieux son quotidien professionnel et familial et en l'ajustant à une vie intérieure.*

*Soigner le burn-out impliquerait d'agir sur l'individu (approche psychiatrique, psychanalytique, failles, trauma ...), d'agir sur les systèmes (approche systémique, sociologique, environnementale, facteurs de stress ...) et d'agir sur l'idéal professionnel. »*

(45)

## **V. MÉDECINE AU FÉMININ : LA FÉMINISATION, UN ATOUT**

### **1. Du paternalisme au maternalisme**

Historiquement, les femmes sont depuis toujours actrices des soins : infirmières, religieuses soignantes, accoucheuses, nourrices... Depuis la nuit des temps, elles sont des soignantes et des aidantes auprès des plus vulnérables. De par leurs aptitudes naturelles à prendre soin des autres, les femmes semblent avoir une vocation naturelle pour exercer dans la santé. Ce n'est donc pas étonnant qu'elles occupent des positions hiérarchiques dans un domaine où elles étaient déjà bien présentes.

Prédisposition naturelle ou comportement attendu des femmes par l'éducation sexuée de la société, il n'en reste pas moins que les femmes sont citées comme ayant des qualités d'empathie, d'écoute et de bienveillance, qu'elles reflètent plus de douceur et de patience.

(47)

De plus, la maternité accentue la proximité des femmes médecins avec les enfants et les mamans. Elles ont vraisemblablement plus de considérations féminines et maternelles que les hommes. Ce qui explique que les femmes médecins ont plus d'attrance pour la pratique de la pédiatrie ou de la gynécologie, deux spécialités où elles sont majoritaires en nombre depuis bien longtemps. (28) Dans l'étude de madame Houibert C, sur les conditions de vie et d'exercices des femmes médecins en Midi-Pyrénées, les gestes de gynécologie sont les plus fréquents, principalement le frottis cervico-vaginal (31). Dans la thèse de madame Edo S, c'est également le frottis cervico-vaginal qui est le geste technique prédominant à 82,8% chez les femmes médecins. Elle retrouve également qu'il existe une forte prédominance de la patientèle féminine à 52,2% chez ces femmes médecin (40).

Par ailleurs, les qualités relationnelles ne sont pas les seuls atouts des femmes. Elles apportent un bénéfice sur la qualité des soins des patients en axant leurs pratiques sur la prévention, l'éducation et la sécurité. Elles sont plus pédagogues et recherchent plus la participation de leurs patients. Ce qui explique qu'elles ont des consultations plus longues, en moyenne 1 minute 30 de plus que les hommes selon une étude de la DREES (10), ce qui suppose plus de place pour la discussion, l'écoute et le soutien psychologique.

Les femmes sembleraient donc avoir les qualités nécessaires pour prendre soin. À l'image de la mère qui prend soin de son nouveau-né, les femmes sont perçues comme des hypothétiques mères, maternantes et protectrices. C'est ainsi que naturellement, les femmes sont considérées plus compétentes dans les métiers du soin et du service. D'ailleurs, dans notre société, les femmes sont majoritaires dans les métiers de service et du soin : les métiers qu'on dit du *care*.

Pascale Molinier dans « *Les métiers ont-ils un sexe ?* » note « *Au féminin sont associées, outre le statut de subordonnée, les activités de service, de soin, d'assistance, de soutien psychologique, ce que les Anglo-Saxons désignent sous le terme générique de care work.* » (48)

Le terme *care* est difficilement traduisible en français. Globalement, le *care* se définit par un ensemble d'activités permanentes et quotidiennes en rapport avec la grossesse, l'éducation des enfants, les tâches domestiques et les soins des personnes. Le *care* regroupe les attitudes de bienveillance, de tendresse, de l'attention envers un besoin, de le prendre en charge, d'en assumer la responsabilité et d'offrir une capacité de réponse adéquate aux besoins des personnes.

Par conséquent, se soucier des autres, être sensible aux besoins d'autrui et prendre en charge ces besoins, autrement dit le *care* est fortement représenté par les femmes et nourrit largement les polémiques et les réflexions sur la répartition sexuée des métiers. En effet, les femmes sont sur représentées dans les métiers du *care* voire même cantonnées à ces métiers tandis que les hommes boudent les métiers du *care* au profit des métiers de pouvoir.

Selon la sociologue Anne-Chantal Hardy, les femmes n'ont pas imposé de rapport de force ou bien voler la place aux hommes. Les hommes se sont désintéressés de la filière médicale au profit des domaines de la finance, de l'entreprise et de l'ingénierie : « *Les femmes ne sont pas venues concurrencer les hommes, mais tout simplement occuper les places qu'ils avaient laissées vides* » (49).

## 2. Médecine, un métier de femme ?

De manière générale, les femmes s'orientent vers des métiers adaptés aux besoins et à l'exigence de la vie familiale et domestique. Contre toute attente, la médecine générale semble bien leur correspondre, de par la flexibilité et l'indépendance qu'elle offre.

En effet, la médecine grâce à la libre installation est certainement l'un des rares métiers de cadre qui permet autant de flexibilité dans l'organisation professionnelle, ce qui explique ce choix privilégié de carrière chez les femmes.

*« Il n'y a aucun autre métier de cadre où l'on peut changer de rythme, baisser son activité puis y revenir, sans perdre ses chances de réinsertion sur le marché de l'emploi »* exprime Anne-Chantal Hardy, sociologue attachée au CNRS. (50)

Les femmes médecins ne veulent pas renoncer à leur désir de maternité et de vie familiale. Malgré une protection sociale du congé maternité jugée insuffisante et des difficultés d'organisation professionnelle, elles ont autant voire plus d'enfants que la population générale, preuve que la profession bien qu'exigeante ne constitue pas un frein à la maternité (39).

Les femmes ont des exigences organisationnelles. Elles réfutent ainsi le modèle traditionnel du médecin de famille entièrement dévoué à sa clientèle. Elles ont réussi à exiger des règles et des formalités d'exercice. Elles profitent de la souplesse de la profession libérale, qu'elles ont mis au service de leur vie personnelle familiale. Selon la sociologue Anne-Chantal Hardy,

les femmes n'ont pas la volonté d'exercer la médecine « *comme un homme* » mais pratiquent bien « *un métier de femme* » dans lequel elles s'identifient. Elles ont profité d'un métier « *adaptable* » pour l'adapter à leurs convenances. (51)

Ce modèle d'exercice se veut de plus en plus prédominant parmi la jeune génération. Les jeunes hommes sont d'ailleurs nombreux à suivre cette voie (travail en groupe, jour de repos, limitation des horaires...). En effet, la société a transformé les rapports hommes-femmes au sein du travail et au sein du foyer domestique. Autrefois, les médecins hommes se consacraient à la sphère professionnelle, étaient la source exclusive des revenus, tandis que les femmes de médecins assumaient la sphère privée, l'éducation des enfants, le foyer et souvent étaient au service de la carrière de leur conjoint.

Avec l'évolution de la société, l'accès aux femmes aux études et au travail, les sphères privées et domestiques ne sont plus exclusivement la charge des femmes et inversement, la sphère professionnelle n'est plus exclusivement à la charge de l'homme qui était autrefois le seul pilier financier. De nos jours, au sein d'un couple bi-actif, hommes et femmes partagent des réflexions communes de conciliation vie personnelle/vie professionnelle qui poussent à la modification des pratiques. Même si les inégalités hommes-femmes sont présentes, les hommes sont maintenant tout de même plus concernés par la gestion de la paternité, l'investissement familial, le temps personnel et ils sont de plus en plus nombreux à réaménager leur temps de travail en ce sens (28)(35)(44). Plus qu'un effet de genre, c'est un effet de génération qui pousse les médecins à s'éloigner de l'éthos professionnel classique du médecin disponible pour ses patients, mais loin de sa famille (52).

La sociologue Géraldine Bloy ajoute que « *Ces aspirations sont parfois mal comprises, assimilées à une volonté de moins s'investir* », ce qu'elle considère comme une interprétation erronée de la réalité : « *Les médecins d'aujourd'hui souhaitent une meilleure qualité de vie mais aussi une qualité de médecine* » (45). Les médecins ne cherchent pas forcément à travailler moins, mais travailler mieux.

### **3. Féminisation de la médecine, les femmes l'avenir de la médecine ? La question de l'égalité des chances en médecine.**

La féminisation de la médecine est déjà bien en marche et ne semble pas prête de ralentir sa progression. Pour autant, cela ne veut pas dire que la profession est plus égalitaire. Féminisation ne veut donc pas dire égalité. En effet, les inégalités hommes-femmes subsistent.

Généralement, le revenu des femmes est moins élevé que celui des hommes car elle travaillent moins par obligations familiales et font moins de consultations qui durent plus longtemps (28). La grossesse ou le simple fait d'envisager la maternité est souvent un frein dans la carrière professionnelle. Les violences physiques, sexuelles et morales sont plus importantes chez les femmes. Ou encore elles sont plus à risque d'épuisement professionnel. (18)

En 2020, le conseil national de l'ordre des médecins publie son observatoire de la sécurité des médecins. 955 médecins, toutes spécialités confondues ont répondu à l'enquête. Il en résulte que 73% des incidents se déroulent en médecine de ville contre 20% en établissement de santé, touchant 62% de médecins généralistes contre 38% de spécialistes. L'étude dénombre

en grande majorité des agressions verbales ou menaces à 67%, 13% de vols, 8% d'agressions physiques et 6% de détérioration. L'agresseur est à 56% le patient lui-même. Les femmes subissent majoritairement des agressions à 53% contre 47% pour les hommes. (53)

Le plus grave, c'est l'omerta qui entoure les cas d'harcèlements ou d'agressions. Selon l'étude, seuls 4% des médecins ont bénéficié d'un arrêt de travail. Et regrettablement, la majorité soit 60% des médecins n'ont donné aucune suite à l'événement.

Les inégalités sont également nourries par les patients. En 2021, le site Medscape publie une étude « *Être un homme ou une femme médecin : quelles différences ?* » réalisée auprès de 1000 médecins dont la moitié sont des femmes. L'étude retrouve que 68% des femmes médecins sont confondues avec une infirmière ou une assistante médicale (contre seulement 19% des hommes). 62% des patients sont plus familiers avec leur médecin lorsque celui-ci est une femme (tutoiement, appel le nom ou prénom au lieu du titre de Docteur). 61% des femmes médecins pensent même devoir changer leur personnalité ou leur comportement pour être davantage considérées (contre 43% des hommes) et encore plus pour les plus jeunes femmes (76% des femmes de 25-39 ans). (54)

Nous avons effectivement constaté ce manque de considération, cette impression de devoir faire ses preuves surtout parmi les plus jeunes femmes médecins. Pourtant, elles ne se sentent en aucune façon moins compétentes que les médecins hommes. Enfin, au-delà de la crédibilité, c'est surtout un problème de vulnérabilité face aux hommes qu'une participante a rapporté. Ces notions ont déjà été retrouvées en 2015, dans l'étude de madame Jammal J sur la vie privée du médecin généraliste pendant la consultation. Cette dernière parle de « *problème de protection face à la gent masculine séductrice* » (55).

Aujourd'hui, la féminisation touche quasiment tous les métiers. L'évolution vers une mixité des métiers est encourageante, mais en pratique insuffisante, les stéréotypes sont tenaces et cantonnent les hommes et les femmes dans des comportements attendus. Voici un enjeu de l'organisation du travail : proposer plus d'égalité pour les hommes et les femmes dans leur carrière professionnelle, lutter contre la discrimination des genres afin d'établir une égalité des chances et lutter contre les stéréotypes de genre.

Des efforts sont clairement à faire, l'égalité des chances entre les femmes et les hommes dans le marché du travail est loin d'être une réalité, mais représente un idéal social dans les principes républicains d'égalité, liberté et fraternité. Après tout, le conflit entre homme et femme est inutile. Tout simplement parce que les hommes et les femmes ne sont pas comparables dans leurs aptitudes biologiques qui sont spécifiques à chaque sexe. « *Ce qui distingue les sexes n'a pas à se traduire en inégalité politique, sociale, culturelle. Les deux sexes sont dissemblables et égaux* » exprime Michèle Vianès, présidente de l'ONG Regards de femmes. (56)

Les institutions publiques doivent promouvoir l'égalité des chances pour les femmes en valorisant les atouts et en prenant en compte les spécificités de la vie professionnelle des femmes. Pour le Docteur Irène Khan-Bensaude, présidente du CNOM « *Cela va nous obliger à changer radicalement l'organisation des soins, à favoriser le temps partiel, à encourager la création de « maisons de santé ». Il faudra aussi tenir compte des particularités de l'exercice au féminin pour revoir certaines questions (sur le temps médical par personne, sur les spécialités, etc....), afin que l'offre de soins, en France, reste satisfaisante* » (29).



A notre niveau, nous devons également sensibiliser nos patients à la vie que nous avons derrière notre blouse.

N'oublions pas que les femmes feront la médecine de demain. Dans un contexte de pénurie de médecin et de fuite des hommes vers d'autres professions, les femmes seront la relève nécessaire à la pérennité de la profession. « *La féminisation est une chance à saisir* » exprime le Docteur Irène Khan-Bensaude dans un rapport du CNOM en 2006 (29).

## CONCLUSION

---

Aujourd'hui, le processus de féminisation des professions médicales est une réalité. A la faculté, les femmes sont majoritaires parmi les étudiants inscrits en médecine. Ce travail s'intéresse alors à la qualité de vie des femmes médecins généralistes installées en Alsace. Douze entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Les résultats montrent que malgré les inconvénients et les difficultés de la profession, les femmes médecins peuvent bénéficier d'une qualité de vie convenable.

En médecine générale, un médecin sur deux est une femme. Indéniablement, la représentation du médecin évolue. Le modèle traditionnel du médecin masculin entièrement dévoué à sa patientèle semble être définitivement dépassé.

La nouvelle génération de femmes médecins n'est plus prête au sacrifice de sa vie privée. Les femmes veulent mener leurs carrières dans de bonnes conditions professionnelles, tout en conciliant les exigences familiales et domestiques qu'elles subissent. Par conséquent, elles aspirent à une harmonie, une qualité de vie qui leur offre autant un accomplissement professionnel qu'un épanouissement personnel.

Bien au-delà d'une revendication de femmes, c'est une revendication de la nouvelle génération de médecins. D'ailleurs, peu importe le genre ou la profession, la qualité de vie est une valeur recherchée par chaque individu dans notre société. Le travail et l'engagement sans limite qui autrefois prenaient une place centrale dans l'identité des médecins s'est modifiés. Aujourd'hui, le médecin exerce un métier comme un autre, loin du prestige sacré qui le

glorifiait autrefois. Comme tout homme, il aspire à conserver une vie privée avec un exercice professionnel de qualité.

Maintenir une qualité de vie est avant tout un travail d'introspection sur les conditions de vie et sur les éléments qui contribuent au bien être. Les médecins sont maîtres de leur qualité de vie. Ils doivent mener une réflexion individuelle et approfondie sur ce qui fait une bonne qualité de vie, sur ce qui les satisfait, sur les priorités qu'ils veulent donner à la vie privée et professionnelle. C'est alors réfléchir sur ce que les médecins souhaitent pour bâtir un bon équilibre de vie : réfléchir sur la disponibilité pour les enfants, le cadre d'exercice, l'organisation professionnelle, l'éducation des patients, la vie en dehors du travail, les loisirs personnels ou encore la répartition des tâches domestiques. Par ailleurs, une fois son cadre de vie mis en place, les médecins doivent être attentifs aux signaux qui détériorent leur qualité de vie (fatigue, stress, épuisement...). A ce moment là, c'est prendre conscience de son mal être et de faire le nécessaire pour modifier son organisation pour rétablir un équilibre dans la conciliation vie privée et vie professionnelle.

Epouses, femmes, mères et médecins, les femmes tentent de concilier de multiples vies. La plupart des nouvelles générations de femmes médecins semblent avoir trouvé un équilibre entre leurs vies familiales et professionnelles. La profession ne semble pas être un frein à l'épanouissement des valeurs et des attentes féminines. Bien au contraire, le témoignage des médecins interrogés encourage vivement le choix de la médecine générale et l'installation libérale. Cette dernière offrant une liberté d'exercice tout à fait compatible avec sa vie personnelle, à condition de savoir s'organiser convenablement et d'être vigilant à sa qualité de vie.

Néanmoins, les femmes de notre panel signalent les difficultés couramment retrouvées dans la profession comme la charge de travail, la charge administrative et financière, le manque de valorisation, la faible rémunération, l'épuisement professionnel...Mais également les difficultés propres aux femmes : la maternité qui est souvent une période discriminante dans la carrière professionnelle, le casse tête de la garde des enfants...mais également la vulnérabilité des femmes face aux agressions, aux stéréotypes de genre, à la dévalorisation juste parce que ce sont des femmes...

Dans un contexte de pénurie de médecins et de fuite des hommes vers d'autres professions plus attractives, les femmes seront l'avenir de la profession. Mais loin de vouloir faire de la médecine un métier de genre, c'est bien la mixité et l'égalité des chances qu'il faut promouvoir. Afin de garantir des équipes médicales d'hommes et de femmes solidaires, motivés et équilibrés dans leurs vies, les pouvoirs publics doivent absolument développer des moyens cohérents pour promouvoir des conditions d'exercices justes, qui s'adaptent aux spécificités des femmes sans les discriminer et qui surtout prennent en compte l'équilibre, l'épanouissement et la qualité de vie prônés légitimement par les médecins d'aujourd'hui.

D'autant plus que les médecins évoluent dans un système de santé de plus en plus intenable et incohérent avec une bonne qualité des soins : entre saturation des hôpitaux et des cabinets, épuisement des soignants, fermeture des urgences, pénurie de soignant...Les médecins sont en colère et réclament de meilleures conditions de travail. Ils attendent des mesures logiques et adaptées des instances gouvernementales. Il n'est plus envisageable qu'un médecin exerce en sacrifiant sa santé, pour essayer d'absorber les conséquences d'une mauvaise gestion politique du territoire et avec des contraintes d'exercices qui ne font qu'augmenter.

La féminisation de la profession est révélatrice de nouvelles pratiques professionnelles en faveur de la qualité de vie, qui aujourd'hui est la priorité des praticiens, peu importe le genre. Aujourd'hui, les médecins revendiquent légitimement une nouvelle façon d'exercer, plus équilibrée et plus adaptée à la société actuelle. Il est temps que les instances gouvernementales prennent en compte ces revendications. La qualité de vie d'un soignant n'est pas une option mais bien une nécessité qui permettra de garantir la pérennité et l'attractivité d'une profession de plus en plus menacée.

VU et approuvé  
Strasbourg, le 22 JUIN 2023  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Médioclinique et Sciences de la Santé  
Professeur Jean SIBILLA

VU  
Strasbourg, le 14 juin 2023  
Le président du jury de thèse

Professeur Maria GONZALEZ



## BIBLIOGRAPHIE

---

1. HAS. Evaluation des technologies de santé à la HAS: place de la qualité de vie. Note de synthèse [En ligne]. Juillet 2018. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2878176/fr/note-de-synthese-place-de-la-qualite-de-vie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2878176/fr/note-de-synthese-place-de-la-qualite-de-vie). Consulté le 10 mars 2023.
2. HAS. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante. Approche théorique et critères opérationnels. [En ligne] Juin 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3332498/en/aide-a-l-utilisation-de-questionnaires-patients-de-mesure-des-resultats-de-soins-proms-pour-ameliorer-la-pratique-clinique-courante-approche-theorique-et-criteres-operationnels-guide-2021](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3332498/en/aide-a-l-utilisation-de-questionnaires-patients-de-mesure-des-resultats-de-soins-proms-pour-ameliorer-la-pratique-clinique-courante-approche-theorique-et-criteres-operationnels-guide-2021). Consulté le 10 mars 2023.
3. Réseau Anact-Aract, HAS. La boussole Qualité de vie au travail [En ligne]. Septembre 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/qvt\\_fiche\\_outil\\_boussole.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/qvt_fiche_outil_boussole.pdf). Consulté le 10 mars 2023.
4. Réseau Anact, HAS. 10 questions sur la qualité de vie au travail. Comment mettre en oeuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé? [En ligne]. 2015. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has\\_anact-10questionsqvt.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf). Consulté le 10 mars 2023.
5. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Volet ambulatoire de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé [En ligne]. Mars

2017. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sn\\_qvt\\_ambulatoire\\_vaes\\_210317.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sn_qvt_ambulatoire_vaes_210317.pdf). Consulté le 10 mars 2023.
6. Ministère des solidarités et de la santé. Présentation de l'observatoire national de la qualité de vie au travail et ses membres. [En ligne]. Juillet 2018. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/observatoire\\_qvt\\_dossier\\_de\\_presentation\\_2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/observatoire_qvt_dossier_de_presentation_2.pdf). Consulté le 15 mars 2023.
  7. Conseil National de l'Ordre des Médecins CNOM. Atlas de la démographie médicale 2021 en France [En ligne]. 2021. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1riyb2q/atlas\\_demographie\\_medicale\\_-\\_cnom\\_-\\_2021.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf). Consulté le 10 mars 2023.
  8. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Les dossiers de la Drees, Mars 2021, n° 76.
  9. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes [En ligne]. DRESS. Etudes et Résultats, Mars 2012, n°797. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er797-2.pdf>. Consulté le 15 mars 2023.
  10. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [En

- ligne]. DREES. Etudes et Résultats, Mai 2019, n° 1113. Disponible sur : <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>. Consulté le 15 mars 2023.
11. CNOM. Soigner demain « La parole aux médecins » [En ligne]. 2021. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hw9ixg/cnom\\_resultats\\_consultation\\_soigner\\_demain.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hw9ixg/cnom_resultats_consultation_soigner_demain.pdf). Consulté le 20 mars 2023.
12. Moley-Massol I. La relation malade-médecin en souffrance(s)? [En ligne]. La lettre du Rhumatologue, Septembre 2019, N°454. Disponible sur : <https://www.speps.pro/wp-content/uploads/2020/11/CAT-3.pdf>. Consulté le 20 mars 2023.
13. Duquéroy V. Enquête du site Medscape [En ligne]. Pouvoir d'achat et satisfaction professionnelle des médecins français. Juillet 2019. Disponible sur : <https://francais.medscape.com/diaporama/33000212>. Consulté le 15 mars 2023.
14. INSEE. Taux d'inflation. Données annuelles de 1991 à 2022 [En ligne]. Janvier 2023. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122401#graphique-figure1>. Consulté le 16 mai 2023.
15. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives [en ligne]. Commission prévention et santé publique-URML,



2007. Disponible sur : [www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_070723.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf). Consulté le 15 mars 2023.
16. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES. Etudes et Résultats, Juin 2010, n° 731
17. Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins, Octobre 2003
18. APH. Equilibre vie privée/vie professionnelle pour les praticiens à l'hôpital public [En ligne]. Mars 2019. Disponible sur : [https://aph-france.fr/IMG/pdf/re\\_sume\\_enque\\_te\\_aph-jm\\_vie\\_priv\\_e\\_vie\\_professionnelle.pdf](https://aph-france.fr/IMG/pdf/re_sume_enque_te_aph-jm_vie_priv_e_vie_professionnelle.pdf). Consulté le 20 mars 2023.
19. Fromont-Sergent D. Organisation professionnel et suivi des femmes médecins généralistes libérales pendant leur(s) grossesse(s) depuis 2006 [Thèse de doctorat en médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux 2, 2013
20. Cohen A. Être mère et médecin généraliste : la gestion de la maternité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 18 femmes médecins généralistes installées dans la région Rhône-Alpes [Thèse de doctorat en médecine]. Nice: Université de Nice Sophia Antopolis, 2016
21. Pailhé A, Solaz A. Vie professionnelle et naissance: la charge de la conciliation repose essentiellement sur les femmes [En ligne]. Population et sociétés, Septembre 2006, n°426.

Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19094/pop\\_et\\_soc\\_francais\\_426.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19094/pop_et_soc_francais_426.fr.pdf). Consulté le 20 mars 2023.

22. Champagne C, Pailhé A, Solaz A. Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans ? [en ligne]. Economie et statistique, 2015, n° 478, 479, 480. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1303232/ES478H.pdf>. Consulté le 15 mars 2023.
23. Brunner A. Le partage des tâches domestiques et familiales ne progresse pas [en ligne]. Observatoire des inégalités, 2020. Disponible sur : <https://www.inegalites.fr/Le-partage-des-taches-domestiques-et-familiales-ne-progresse-pas#nb5>. Consulté le 15 mars 2023.
24. Pailhé A, Solaz A. Dans les couples de salariés, la répartition du travail domestique reste inégale. Données sociales. La société française, 2006.
25. Flèche S, Sénécal L. La charge mentale, une double peine pour les femmes [en ligne]. Dialogues économiques, 2021. Disponible sur : <https://lejournel.cnrs.fr/nos-blogs/dialogues-economiques/la-charge-mentale-une-double-peine-pour-les-femmes>. Consulté le 20 mars 2023.
26. Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes. Étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative. Enquête auprès des médecins en exercice. CARESP Rapport N°418.A, Octobre 2003

27. Biais M, Cassou M, Franc C. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. DREES. Etudes et Résultats. Mai 2022, n°1229
28. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des affaires sociales, 2005, n°1, p. 59-81
29. Kahn-Bensaude I. La féminisation est une chance à saisir. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Décembre 2005
30. Buron-Nadal M. Etude sur la qualité de vie de femmes ayant expérimenté une première installation en médecine générale entre 2010 et 2014 sur le bassin de Saint-Nazaire [Thèse de doctorat en médecine]. Angers : Université d'Angers, 2016
31. Houlbert C. Conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes installées en Midi-Pyrénées [Thèse de doctorat en médecine]. Toulouse : Université Toulouse III, 2013
32. Chevalier L. Évolution des conditions de travail en médecine générale: points de vue de médecins généralistes installés depuis au moins 10 ans dans les Alpes-Maritimes, recueillis lors d'entretiens individuels [Thèse de doctorat en médecine]. Nice : Université de Nice Sophia Antipolis, 2016

33. Couffinhal M. La féminisation de la médecine générale : entre attente des internes et réalité de la pratique actuelle [Thèse de doctorat en médecine]. Poitiers : Université de Poitier, 2017
34. Huon-Wojtarkowski C. Les femmes remplaçantes dans la Somme face à une installation en médecine générale libérale. Attentes et réticences. [Thèse de doctorat en médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Vernes, 2015
35. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Thèse de doctorat en médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier, 2013
36. CNOM. Enquête du conseil national de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2022. [En ligne]. 2022. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/ryu87g/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2022.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ryu87g/cnom_rapport_pdsa_2022.pdf). Consulté le 10 juillet 2023.
37. Ferley J, Da Silva E. Trois études sur la féminisation de la profession médicale. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes; 2005.
38. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste...ou pas ? DREES. Etudes et Recherches. Février 2011, n°104

39. Pichon-Pawelski M. Être mère et médecin généraliste : Est-ce compatible ? Enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine. [Thèse de doctorat en médecine]. Nancy : 2007
40. Edo S. Etude comparative des conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes en milieu urbain, semi-urbain et rural en Isère. [Thèse de doctorat en médecine]. Lyon : Université Lyon Sud Charles Merieux, 2010
41. Hippocrate, De la bienséance. Préceptes. IX
42. Levy D. Le métier de médecin aujourd'hui. Revue Française des Affaires sociales, 2011. p. 297-309
43. Cacouault-Bitaud M. La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? Travail, genre et sociétés; 2001, n°5, p 91-115.
44. Lapeyre N, Le Feuvre N. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? Enfances, Familles, Générations, 2013, n°18, p. 72-93
45. Profilmédecin.fr [En ligne] Les médecins à la loupe Disponible sur : <https://www.profilmedecin.fr/contenu/les-medecins-a-la-loupe/>. Juin 2021. Consulté le 1 juin 2023.

46. Delbrouck M. Le burn-out du médecin soignant. Sens-Dessous, 2017, n°19, p 5-18
47. Divay S. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes. Colloque international organisé par le CLERSE, Lille, Novembre 2006.
48. Molinier P. Les métiers ont-ils un sexe? Martine Fournier éd., Masculin-Féminin. Pluriel. Editions Sciences Humaines, 2014. p. 196-204
49. Hardy AC. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? Revue Française des Affaires sociales, 2005. p. 35-58
50. Belouezzane S. Le monde.fr [En ligne] La féminisation des professions n'est pas synonyme d'égalité, Mars 2011. Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/economie/article/2011/03/07/la-feminisation-des-professions-n-est-pas-synonyme-d-egalite\\_1489324\\_3234.html](https://www.lemonde.fr/economie/article/2011/03/07/la-feminisation-des-professions-n-est-pas-synonyme-d-egalite_1489324_3234.html). Consulté le 1 juin 2023.
51. Hardy AC. La féminisation de la médecine : faux problèmes et vraies questions. [En ligne] Université de Bordeaux 2011. Disponible sur <https://www.canal-u.tv/chaines/univ-bordeaux/saison-2010-2011-la-medecine-au-feminin/la-feminisation-de-la-medecine-faux>. Consulté le 10 mars 2023.

52. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux, le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le CNOM, 2006.
53. Vacas F. Observatoire de la sécurité des médecins en 2020. Conseil national de l'ordre des médecins. [En ligne]. 2020. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/17ixps/cnom\\_observatoire\\_de\\_la\\_securite\\_2020.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/17ixps/cnom_observatoire_de_la_securite_2020.pdf). Consulté le 10 mars 2023.
54. Duquéroy V. Enquête du site Medscape [En ligne]. Etre un homme ou une femme médecin : quelles différences ? Octobre 2021. Disponible sur : <https://francais.medscape.com/diaporama/33000239?faf=1#1>. Consulté le 10 mars 2023.
55. Jammal S. La vie privée du médecin généraliste pendant la consultation, côté médecin : étude qualitative menée par entretiens semi dirigés [Thèse de doctorat en médecine]. Paris : Université Paris Descartes, 2015
56. Vianès M. Femmes médecins : les chemins de la parité [En ligne]. MG France. Janvier 2012. Disponible sur : <https://www.regardsdefemmes.fr/Documents/2012/RDF-intervention-MV-Les-chemins-de-la-parite-femmes-medecins.pdf?post/Pas-de-gouvernance-d%C3%A9mocratique-sans-les-femmes>. Consulté le 15 mars 2023.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien

#### **GUIDE D'ENTRETIEN**

- Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ? Me parler de votre parcours professionnel et de votre situation personnelle (enfant, en couple) ?

#### **VIE PROFESSIONNELLE :**

- Pouvez-vous me parler de votre organisation au cabinet ?
  - Seule/ association/ collaboration ?
  - Planning hebdomadaire/ Temps de travail
  - Secrétariat ? Femme de ménage ?
  - Visite à domicile ?
  - Garde/ permanence des soirs
  - Consultation sur rendez-vous/ libre/ mixte
- Que pensez-vous de vos conditions de travail actuelles ?
- Quelles ont été vos difficultés rencontrées au début de votre installation ? Et à l'heure d'aujourd'hui, comment ont évolué ces difficultés ?
- Comment vivez-vous votre maternité avec la gestion de votre exercice professionnel ?

#### **VIE PERSONNELLE :**

- Pouvez-vous me parler de votre équilibre vie privée/ vie professionnelle ?
- Comment sont impliqués vos proches (conjoint, compagnon, enfant...) pour trouver cet équilibre ?
- Quel est le ressenti de vos proches (conjoint, compagnon, enfant...) vis-à-vis de vos responsabilités professionnelles ?
- Parlez-moi du temps que vous consacrez pour vous/ vos loisirs/ vos sorties.

#### **CONCEPTION DU METIER :**

- Que représente pour vous, être une femme et médecin généraliste ?
- Pensez-vous que les changements effectués pour allier vie privée/ professionnelle aient affecté votre relation avec vos patients ?
- Comment ont réagi vos patients à ces changements organisationnels ?

#### **VIEU :**

- Comment vous sentez-vous avant de débiter une journée au cabinet ? Et une fois la journée terminée ?
- Pouvez-vous me parler de la charge de travail que vous ramenez à domicile ?
- Que pensez-vous des émotions au travail ? Quel impact sur votre vie privée ?
- Que pensez-vous de l'influence de votre travail sur votre santé ?
- Si je vous dis épuisement professionnel ? Comment le gérez-vous ?

#### **HORIZON PERSONNEL :**

- Que pensez-vous aujourd'hui de votre qualité de vie ?
- Si vous aviez la possibilité de tout refaire, quel métier auriez-vous choisi ? Quel changement auriez-vous voulu réaliser ?
- Comment vous projetez-vous dans quelques années ? Quels seraient vos futurs projets ou souhaits, personnels et/ou professionnels ?
- Que conseillerez-vous aux jeunes générations de femme médecin qui ont peur de s'installer et qui émettent des inquiétudes quant à la possibilité de conserver une vie de famille/ privée ?
- Nous avons terminé cet entretien. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?



## **Annexe 2 : Retranscription entretien 8**

### **ENTRETIEN 8**

Femme de 43 ans, en couple, un enfant de 15 ans. Cabinet en association.

Date : 04/11/2021 à 14h

Durée : 44 minutes

Ambiance : Au téléphone, ambiance calme, participante disponible. Conversation fluide.

#### **Première question, est ce que vous pouvez me présenter, parler de votre parcours professionnel et après de votre situation familiale, personnelle?**

D'accord, alors moi je m'appelle X j'ai 43 ans, bah j'ai fait ma thèse sur la qualité de vie des patients hypertendus et j'avais fait des entretiens en groupe avec un entretien dirigé, il y a quelques années maintenant, mais ça m'a fait sourire parce qu'on a à peu près le même thème.

Donc moi, je suis installée, cela va faire 12 ans avec le Dr L et puis voilà, on travaillait à deux et on est rejoint tout doucement par un jeune médecin justement aussi pour gagner en qualité de vie, d'optimiser la prise en charge des patients tout en se faisant pas trop grignoter de temps voilà.

#### **Donc c'était votre première installation ? Vous avez remplacé un peu avant ?**

J'ai remplacé un peu avant effectivement, mais pas longtemps. J'ai remplacé le Dr L et assez vite elle m'a fait part de son souhait de s'associer parce qu'elle était toute seule donc elle commençait aussi à peiner. Donc ouais, j'ai remplacé le temps de faire ma thèse de toute façon et puis après, je me suis installée avec elle rapidement. J'ai fait une collaboration pendant 1 an et après, on s'est installée, on s'est associée.

#### **Et au niveau de votre situation personnelle ?**

Je suis pacsée et j'ai un grand garçon maintenant qui a 15 ans.

#### **D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler de votre organisation au cabinet ?**

Donc on est installée à deux, on est deux au cabinet de médecin installé et depuis bientôt 2 ans, on a un remplaçant régulier qui moi me remplace 2 jours par semaine, donc je travaille 3 jours à 3 jours et demi par semaine donc lui, il est là 2 jours par semaine pour moi dans mon bureau. On a un secrétariat téléphonique et la prise de rdv par doctolib par internet ou par mail.

#### **Et en ce qui concerne les visites à domicile ou les gardes ?**

Les visites à domicile, on en fait le moins possible et uniquement pour les patients âgés qui ne peuvent pas se déplacer. Et dans un secteur restreint. D'ailleurs, on est très critiqué par les médecins hors de notre secteur géographique, on va dire. On ne refuse pas de prendre, au moins pour la consultation sollicitée. Mais on freine à devenir médecin traitant. Mais surtout on les prévient qu'on ne fera pas de visites à domicile en dehors de notre secteur de travail on va dire, ou dans les villages alentours de là où est installé.

Les gardes, alors on a une astreinte tous les 15 jours, une astreinte téléphonique de 20h à minuit et une fois par 15 jours pour laquelle on est quand même peu sollicité. Et puis on fait

partie du secteur de garde pour le week-end où on intervient à la maison médicale de garde et moi chaque fois, j'ai réussi à trouver un remplaçant pour ça.

**Qu'est-ce que vous pensez de vos conditions de travail actuelles ?**

Elles sont bonnes, ouais en un mot, elles sont plutôt bonnes. Mais parce que je m'y emploie et c'est quelque chose qui est très important pour moi. En même temps, j'aime beaucoup travailler, j'aime bien bien travailler. Et bien travailler, c'est à mettre en relation avec une bonne qualité de vie et un temps de repos suffisant. Je sens que les périodes où j'ai du plus travailler sur une période un peu longue, ma qualité de travail s'en ressent et mon plaisir au travail aussi. J'y attache beaucoup d'importance, je fais tout en sorte pour ne pas déraiper là-dessus.

**J'en reviens à votre planning, cela représente combien en termes de temps de travail ?**

Je travaille environ 6 demi-journées, on est pas loin des 35h. C'est un petit temps plein de salariés. Je dois être entre 30 et 35h parce que les jours où je ne suis pas au cabinet, j'ai vite du temps pour ravitailler le cabinet pour passer des coup de fils faire des courrier un peu long des choses comme ça donc je travaille 10-11h les jours où je suis au cabinet et puis aller sur les 2 jours je ne suis pas là, j'ai vite 4h qui passe. Donc oui, on doit pas être loin des 35h pour donner un chiffre qui dit quelque chose à quelqu'un.

**Si je reviens un petit peu au début de votre installation, est-ce que vous avez rencontré des difficultés particulières ? Sur n'importe quel plan administratif ou conciliation vie privée vie professionnelle ?**

A l'époque mon garçon avait 3 ans, et avec L on travaillait ½ semaine par semaine c'est-à-dire que y'en a une qui prenait du lundi au mercredi, l'autre qui prenait jeudi samedi et on intervertissent chaque semaine, semaine paire et impaire et c'est vrai que les jours où je travaillais c'était des jours denses et intenses où je finissais tard. Et c'est vrai que parfois je ne voyais pas beaucoup mon garçon parce que quand je rentrais, il était couché. Et ça c'est très difficile quand on est jeune maman. Maintenant c'est moins le cas, car il est grand, on a moins ce souci là. Et puis, il a moins besoin de moi aussi. Mais à l'époque ça c'était un peu difficile de rentrer tard le soir, c'était vraiment psychologiquement difficile. Il y a avait la fatigue certes, mais parfois pendant 3 jours, je ne le voyais quasiment pas et le peu de temps quand je le voyais, c'était le grand galop, il fallait se dépêcher pour tout c'était un peu difficile quoi.

Après administrativement, j'ai pas de souvenir si terrible que ça, (réflexion) après ce qui était difficile c'était l'organisation qu'on faisait au départ. On faisait de la consultation libre, on avait la salle d'attente pleine, le téléphone c'est aussi nous qui le prenions ça c'était aussi très envahissant. Et j'en parle souvent et L est d'accord avec moi, je reviendrais jamais en arrière, jamais de la vie, ce système est pour moi révolu. C'est de fonctionner uniquement sur rendez vous même en accordant beaucoup de créneau d'urgence, ça c'est pas le souci. Mais, la consultation libre et l'accès direct au téléphone, c'est quelque chose que je ne pense plus jamais faire. Là, ça n'empiète non pas sur la qualité de vie mais la qualité de travail. Mais aussi, du coup la qualité de vie au final car cela occasionne un stress important et à la limite du supportable parfois. Moi je reviendrai plus en arrière.

**Et aujourd'hui, quelles sont vos difficultés actuelles ?**

Non honnêtement vraiment moi, je ne réfléchis pas au quotidien, mais régulièrement pour essayer de mettre des barrières à ça, des freins pour bien circonscrire ma vie professionnelle afin qu'elle empiète le moins possible sur ma vie privée et avoir suffisamment le temps sur

ma vie privée et pour l'instant mon équilibre est assez satisfaisant. Par contre, je crois que c'est un travail quasi quotidien de vraiment veiller à ça parce qu'on a vite fait de se laisser déborder. Pour les patients bon, je les comprends mais tout est pressant, tout est prioritaire et des patients qui ne trouvent pas de médecin traitant et qui sollicite, on pourrait comme ça élargir le temps de travail de façon exponentielle si on y met pas des barrières. Et ça c'est quelque chose auquel je suis assez attentive parce que je sais que c'est un mode de vie qui ne me correspondrait pas qui aurait vite fait de m'atteindre d'un point de vue psychologique mais pour l'instant ça va.

**Comment avez-vous vécu votre maternité avec votre exercice professionnel ?**

J'étais encore interne. Et là, la petite histoire j'aime bien la raconter et elle est assez parlante des conditions de l'époque. J'étais en deuxième partie de grossesse en stage de gynéco pédia. Et on devait normalement valider 4 mois sur 6 pour que le stage soit validé. Et vu ma date de congé maternité ça tombait pile-poil pour que je fasse 4 mois. Donc je me suis dit, c'est chouette, je vais réussir à faire 4 mois. J'en avais parlé dès le début du stage au chef de service en disant bah voilà la situation est celle-ci. Comment on fait ? Est-ce que je fais 2 mois-2 mois ou 1 mois/ 3 mois et en fait, tout de suite c'étaient les grands stops "Ah non on va pas pouvoir vous valider, faire 2 mois je ne suis pas d'accord". Le gynéco n'était pas d'accord, le pédiatre non plus et donc j'ai fait 3 mois en pedia et 1 mois en gynéco ou l'inverse, je ne sais plus très bien. Et en cours de grossesse mon bébé grossissait mais pas plus que ça, et mon gynéco perso m'avait dit faut mettre un peu le holà car le bébé se développe mais un peu gentiment donc ça serait bien de se reposer. Donc j'en ai fait part au gynéco qui m'a dit non non en gros faut quand même que tu aides tes collègues, on est pas là pour tricoter quoi... De toute façon il faut que tu restes... Mais de toute façon, je ne te validerai pas. C'était ça le message. Donc, je suis allée voir mon médecin traitant de l'époque et on a convenu que c'était pas judicieux de poursuivre des journées comme cela, en gynéco à galoper à travers tous les couloirs etc. Donc elle m'a mis en congé patho quoi et j'ai recommencé mon stage de gynéco pédia une fois que mon bébé était né. Donc j'ai pas été validé. Mais techniquement ça aurait pu l'être, c'est surtout sur ça que je voulais insister. C'est techniquement, j'aurais pu valider mon stage mais on ne m'a pas vraiment facilité la tâche donc j'ai du refaire ça m'a pas tué mais ça m'a fait perdre 6 mois et puis voilà.

**Si vous deviez me parler de votre équilibre vie privée vie professionnelle, comment est-ce que vous le qualifieriez ?**

Satisfaisant ouais. J'ai rien à dire, mais parce que j'y prête beaucoup d'attention. Alors je ne sais pas comment c'est pour les autres, j'ai la chance de travailler en association, d'avoir ce médecin remplaçant. Je crois qu'à travailler trop de toute façon, j'ai pas une qualité de travail satisfaisante et je me déplaçais vite au travail quand je travaille trop, j'ai la chance de pouvoir choisir et je ne m'en prive pas.

**Est ce que vous consacrez du temps pour vos loisirs, vos sorties...?**

Ouais, on part en vacances, je fais du vélo, je m'occupe de ma maison, de mon jardin enfin voilà.

**Ça me rassure lorsque j'entends ça en fait !**

Non mais c'est possible. Mais après on peut se laisser, si on fait pas attention, on peut vite travailler 12h par jour, 5 jours ou 5 jours et demi par semaine, c'est possible aussi pour celui

qui le veut ou pour celui qui se laisse...après pour celui qui travaille seul, c'est malheureusement inéluctable.

**Quel est votre ressenti par rapport à vos responsabilités professionnelles ? Quand par exemple vous n'êtes pas au cabinet, est ce que ça vous arrive de vous ressasser ou d'être un peu coupable, si ça se trouve il se passe des choses, après c'est peut être plus simple car vous êtes en association donc il y a toujours quelqu'un au cabinet...**

Oui et puis il y a notre remplaçant qui est aussi là. Et puis mes correspondants, les labo, les infirmières, l'Ehpad... Non l'Ehpad n'a pas mon numéro de téléphone privé, mais il a mon mail que je consulte très régulièrement les jours où je ne suis pas là. Et puis les infirmières savent qu'elles peuvent me joindre par téléphone ou par sms, je regarde même quand je ne suis pas là, je regarde plusieurs fois par jour. Soit, je peux gérer moi-même et je fais, si je ne peux pas gérer pour une raison personnelle, parce que je fais autre chose ou technique parce qu'il faut voir le patient. Là je contacte mon remplaçant. Alors je ne sais pas, moi c'est mon impression il n'y a pas de rupture, je crois qu'on est organisé au cabinet pour qu'il y ait le moins de rupture possible, je ne peux pas promettre que cela soit à 100% mais on essaye de tendre vers le 100% en tout cas.

**Donc lorsque vous n'êtes pas au cabinet, vous êtes quand même relativement sereine ?**

Oui parce que je reste disponible, même quand je ne travaille pas, si j'ai un coup de fil des infirmières, je vais leur répondre et ça je le fais de bon cœur, car je ne suis pas opprimée, j'ai le temps de mener ma vie personnelle à côté. Je sais que c'est compris dans le package.

**Et ça vous arrive de ramener de la charge de travail à domicile ?**

Oui, là les deux jours où justement, j'ai mon remplaçant je ramène. Par exemple, ce matin j'ai passé 2h et demi à passer des coups de fil, à faire des courriers, à préparer mes feuilles de soins pour les envoyer à la sécu. Oui de gérer les soucis plus administratifs, ou le bilan comptable. Ça c'est autre chose mais oui si je ramène quand même un peu à la maison.

**Mais ça ne prend pas une partie importante de votre temps ?**

Non, j'essaye de mettre ça sur des temps vraiment où je suis seule à la maison, où ça n'empiète pas sur la vie familiale.

**Oui vous avez une super organisation quand même !**

J'essaye parce que c'est hyper important, il y a eu des périodes où par la force des choses, je travaillais plus. Il y a eu des voisins qui partaient à la retraite. Donc on a senti que ça montait et là c'était difficile à gérer et je me suis dit comme ça, je ne continuerai pas, je pourrais pas mener donc voilà quoi.

**Qu'est-ce que ça représente pour vous le fait d'être une femme médecin ?**

Euh j'en sais rien en fait (rires) moi je crois que médecin, c'est un métier avant toute chose. C'est pas un sacerdoce, c'est un métier pas comme un autre certes, mais quand même un métier et c'est pas toute ma vie en fait, c'est ça qui est important en fait. Le fait d'être médecin, on a la chance d'avoir une certaine sensibilité peut être et par rapport à la relation qu'on a aux patients, c'est un plus je crois. Je pense qu'on a un peu plus d'écoute nous les femmes, je sais pas c'est peut-être un peu présomptueux, mais c'est comme ça. Mais oui, c'est un métier avant toute chose et c'est bien que ça reste un métier voilà, qu'on soit pas toute la vie dispo h24, etc. Je crois que c'est important voilà.

**Est-ce vous pensez que pour vos patients cela change quelque chose que vous soyez une femme et pas un homme avec une image peut-être plus traditionnel ?**

Ouais ça c'est clair, peut-être une certaine forme d'autorité qu'il me manque. On en parlait avec L justement sur ces différents stagiaires. Que les patients prenaient peut être moins au sérieux une femme qu'un stagiaire homme, dont un particulièrement qui était sans doute beaucoup moins bon et ça c'est ce qu'elle m'a rapporté comme expérience. Mais moi maintenant, parce que je gagne en maturité maintenant, mais au début on a peut-être plus de mal à s'imposer comme ayant un certain savoir, une certaine compétence, au moins au début. Après, en vieillissant c'est peut-être le privilège de l'âge, mais le début est parfois un peu difficile par rapport à ça.

**Gagner la confiance en fait ...**

Oui, gagner la confiance mais à la fois envers les patients hommes et patients femmes. Cela n'a rien à voir. Ils avaient l'image de l'homme qui sait et qui était 100% disponible parce que son épouse souvent ne travaillait pas et prenait en charge tout le côté administratif secrétariat/gestion de la maison etc... et aujourd'hui, nous on a plus ça, nous les femmes qui travaillons en tant que médecin. Notre mari travaille en général de son côté médecin ou pas, on a plus quelqu'un qui nous seconde comme à l'époque. Et donc forcément on ne peut pas être aussi disponible que le médecin homme tel qu'il était il y a 20 ou 25 ans qui avait, je vais pas dire que ça à faire, mais que le côté médical à faire, pas le côté administratif souvent, ni le côté gestion de la famille en fait.

**Comment vous vous sentez avant de débiter une journée de travail ?**

Euh là par exemple, mardi c'était retour de grand week-end, je le sentais moyen (rires). Parce que je sais qu'il y a vachement de patho hivernal. Et je me suis dit aïe aïe aïe à quelle sauce on va être mangé. Mais globalement, encore une fois, je reviens à cette histoire de consultation libre, beaucoup plus sereine qu'auparavant. Parce que je sais que j'ai gardé des créneaux pour les urgences du jour. Ça va être gérable quoi. Je garde un peu de temps libre parce que je sais que ça va être facilement rempli. Beaucoup plus qu'à l'époque où justement en consultation libre, j'arrivais... C'est marrant j'en ai parlé ce matin, mais j'arrivais le matin, j'avais 6 personnes devant le cabinet à 8h moins le quart et je me disais mais au secours quoi j'avais juste envie de passer la marche arrière et de repartir et ça je ne l'ai plus aujourd'hui.

**Alors pareil une fois la journée terminée ?**

Fatiguée (rires) parfois anxieuse, car il y a des problèmes, des choses qu'il faudra régler le lendemain. Mais je ne pense pas aux patients la nuit. J'étais en vacances la semaine dernière, j'ai pensé à 2-3 choses qui me sont venu, je mets ça dans un coin et je m'en occupe après. Des fois, c'est plutôt bénéfique ces temps de repos, parce que ça nous fait penser à des choses auxquelles on n'aurait pas pensé quand on est dans le flux des choses. Donc, non le soir plutôt sereine, fatiguée mais sereine.

**C'est bien parce que vous avez évoqué la prochaine question. Par rapport aux émotions au travail, est ce que vous les ramenez ? Est-ce que cela vous importe personnellement ? Votre vie privée ? Ou est-ce que vous arrivez à mettre une barrière ?**

Je ne peux pas dire que je ne pense pas à certaines situations, mais souvent je les raconte à mon mari en tout anonymat bien sûr, un patient qui a eu ceci et cela. Le fait d'en parler ça me permet de ne pas ressasser en fait. Et puis globalement, j'ai des patients plutôt sympas, j'ai

pas de souci d'agressivité des choses comme ça qui pourrait être aussi perturbant le soir. Je ne peux pas dire que je n'y pense pas du tout mais ça ne m'envahit pas. J'y pense, j'essaie d'avancer et le fait d'avoir du temps libre aussi ça me permet de faire avancer certaines choses. Ou quand on est en consultation, on arrive pas à éclaircir la situation et le fait d'avoir du temps libre, ça me permet d'être plus clairvoyant.

**Et qu'est-ce que vous pensez de votre santé personnelle ?**

Ma santé personnelle était plutôt bonne, j'ai quelques petits soucis que je suis en train d'éclaircir, articulaire ou autre, mais ça n'a rien à voir avec le travail.

**Si je vous dis épuisement professionnel, est ce que cela vous parle ?**

Alors actuellement, ça me parle plus, mais à une période, je sentais poindre ce genre de chose. Et je me suis dit non, il ne faut pas se laisser faire. C'est vraiment le fil conducteur de notre entretien mais j'ai des petits warning, j'allume mes petits voyants et je mets tout en œuvre pour que ça n'arrive pas. Parce que quand c'était le cas, quand ça approchait de cette situation, je crois que tout le monde en souffrait : ma famille, mon fils, mes patients aussi, même s'ils ne s'en rendaient pas compte. En fait, c'est un cercle vicieux, vous êtes fatiguée, vous travaillez moins bien, moins sereinement, vous avez l'impression de faire du mauvais travail. Donc vous êtes pas satisfait donc vous êtes plus fatiguée, plus énervée donc c'est un peu un cercle vicieux et je crois que l'organisation qu'on a aujourd'hui en l'état actuel des choses, me permet à moi d'éviter ça. Je suis hyper vigilante à ça.

**Et du coup comment vous l'avez géré ? Si jamais épuisement professionnel il y avait, comment le prendriez-vous en charge ? Changement de planning ? Vacances ?**

Alors prendre des vacances c'est juste un petit pansement, mais ça ne sert pas à grand chose dans le long terme. Pour moi, il faudrait changer l'organisation. Ma collègue me parle de prendre un assistant médical, elle est plus motivée que moi, moi ça me dirait pas mal, mais il y a toute la charge administrative et sociale qui me rebute un peu, mais je pense que si j'étais au bord de l'épuisement, c'est quelque chose qui pourrait donner un coup de main. Je crois que les choses sont en train d'évoluer à ce sujet, c'est-à-dire qu'il parle de bon... ça c'est un exemple, pareil on a pris une femme de ménage à l'époque, on faisait le ménage nous même, donc c'était encore 2h qui passait par semaine voyez. Mais on voulait pas prendre une femme de ménage à notre propre compte à cause des soucis relationnel, vacances etc. Donc, on a pris une entreprise de ménage et eux payent la femme de ménage. Donc nous on a pas de relation directe avec la femme de ménage. Et donc si l'assistant médical, il existait ce genre de structure, je serais plus motivée. Voilà ça puis le fait d'avoir pris un remplaçant régulier qui va j'espère devenir associé. Voilà c'est l'objectif, augmenter le nombre d'intervenants au niveau du cabinet. Parce que la demande des patients, elle est là malheureusement et il faut y répondre, mais à soi on ne peut pas tout faire.

**Vous vous sentez en sécurité au cabinet?**

Oui mais c'est aussi un truc... Si je me faisais agresser, enfin plus que verbalement disons je ne suis pas sûre que je serais capable de continuer à travailler.

**Je crois que vous aviez mis des choses en place à l'époque, il y avait une alarme?**

Oui il y a une alarme qui fonctionne lorsque l'on n'est pas là et puis il y a une fausse caméra. On se faisait piquer des trucs rien de valeur, mais ça nous avait un peu énervé donc les caméras que l'on a sont fictives, mais elles ont freiné ce genre d'incivilité.

**Si on devait faire un bilan global de votre qualité de vie?**

Alors ma qualité de vie globale est plutôt bonne encore une fois au prix de certaines adaptations de l'activité. Et une remise en cause assez régulière de mon état d'esprit, psychologique pour voir ce qu'il est nécessaire de continuer à adapter, etc.

**Si vous avez la possibilité de tout refaire? Est ce que vous auriez fait médecine? Et si oui, faire des choses différentes dans votre parcours?**

Ouais, je pense que j'aurai fait médecine parce que ça me plaît tout simplement.

Non, actuellement je ne changerai pas grand chose parce qu'il n'y a pas beaucoup de métiers où vous pouvez organiser votre vie un peu comme vous le voulez. Alors effectivement, on a des contraintes, il y a des aléas, il ne faut pas se le cacher. Des métiers où là j'arrive maintenant à travailler 3 jours par semaine, il n'y en a pas beaucoup même si finalement je fais un nombre d'heure hebdomadaire similaire à d'autres personnes, mais arriver à répartir sur 3 jours, je travaille près de chez moi, sans travailler trop près, car c'est un souhait de ma part. Non, je crois que c'est plutôt satisfaisant.

**Et comment vous vous projetez dans les quelques prochaines années?**

Pas trop de changements (rires), que ça reste comme ça, je souhaite en tout cas.

**Est-ce que vous avez des conseils à donner aux nouvelles générations ?**

Moi, j'ai l'impression que justement les nouvelles générations sont déjà plus à l'affût de ces problématiques par rapport à nos prédécesseur.... D'être vigilant je pense, de ne pas se laisser emporter, tiens les patients sont contents de venir chez moi, j'en ai de plus en plus, je gagne bien ma vie, je gagne de mieux en mieux ma vie et puis de se laisser emporter par un tourbillon et à la fin de se retrouver en burn-out sans comprendre ce qu'il nous arrive. L'appât pas forcément que du gain d'ailleurs, mais l'appât de la ... c'est un mot à la mode mais l'appât de la popularité, il faut être vigilant à ça. C'est vrai que c'est flatteur, quand les gens veulent venir tous chez vous parce que vous êtes gentils, tout consciencieux et tout ça. Mais je pense que pour continuer à rester gentil et consciencieux, il faut aussi avoir du temps de repos sinon on y arrive pas.

Et savoir travailler en minimum en équipe, alors ça c'est un avis très personnel mais selon moi sans forcément rentrer dans des structures gigantesques où on perd peu d'humanité peut-être.

**On a terminé. C'est la fin de notre entretien.**

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine  
mathématique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse.

Nom : KSONG Prénom : SIMONE

Ayant été informé(e) qu'en réappropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335<sup>1</sup> et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitué d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 25 décembre 1961 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été averti(e) que le président de l'université sera informé de toute tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la maintenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

**J'atteste sur l'honneur**

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration émanée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration émanée ou incomplète.*

Signature originale :

A Strasbourg le 18/07/2023

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**



## **Introduction**

La qualité de vie des médecins est devenue une préoccupation. La profession est exigeante, demande beaucoup d'investissement et de disponibilité. Ainsi, la qualité de vie des médecins généralistes peut-être mauvaise. Notamment, celle des femmes médecins qui représentent plus de la moitié des effectifs des médecins généralistes en activité, alors que la profession semble de prime abord peu compatible avec les contraintes familiales et privées.

## **Objectifs**

Faire un état des lieux de la qualité de vie des femmes médecins généralistes. Recueillir leurs difficultés et partager d'éventuelles pistes d'amélioration.

## **Matériels et méthodes**

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des femmes médecins généralistes installées en Alsace.

## **Résultats**

Douze femmes médecins ont été interrogées. L'exercice en groupe, à temps partiel, l'esprit d'équipe, la capacité à déléguer et la mise en place d'un exercice cadré étaient largement privilégiés. Le maintien d'un équilibre vie privée/vie professionnelle relevait d'un travail d'introspection personnel. La charge de travail, l'épuisement professionnel, le manque de reconnaissance et les spécificités de l'exercice féminin (grossesse, stéréotypes de genre...) venaient altérer la qualité de travail. La vocation restait tout de même bien présente. La profession restait attrayante par la souplesse d'organisation qu'elle pouvait apporter dans la recherche d'une qualité de vie.

## **Conclusion**

La nouvelle génération ne veut pas choisir entre une vie privée épanouie et un exercice professionnel de qualité. La féminisation de la profession a engendré de nouvelles pratiques professionnelles, qui aujourd'hui concernent les deux genres. Maintenir une qualité de vie est un travail d'introspection sur les conditions de vie et sur les éléments qui contribuent au bien-être. Les médecins gagneraient à rester maîtres de leur qualité de vie. Encore faut-il avoir l'énergie, la volonté et prendre le temps d'enclencher les changements nécessaires et de ne pas subir l'inertie du quotidien et du rythme effréné des journées de consultations.

**Rubrique de classement** : DES de Médecine Générale

**Mots-clés** : qualité de vie - femmes - médecins généralistes - recherche qualitative – Alsace

**Président** : Madame le Professeur Maria GONZALEZ

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Anne-Elisabeth SANSELME

**Asseseurs** : Madame le Professeur Laurence LALANNE  
Madame le Professeur Carmen SCHRÖDER

**Adresse de l'auteur** : 14 rue Johannes Kepler 67540 Ostwald