



Année 2023/2024

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

**François-Xavier DUCHAMP DE LAGENESTE**

Né le 10 Juillet 1994 à Toulouse (31)

---

---

## **Évolution de l'influence du conjoint dans l'installation du médecin généraliste : étude qualitative**

---

---

Présentée et soutenue publiquement le **16 Mai 2024** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Jean-Philippe FOUQUET, Sociologie, Université de Tours – Tours

Docteur Isabelle ETTORI, MCA, Médecine générale, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Lisa MESTRE, Médecine Générale, CH Saint-Aignan – Saint-Aignan

Docteur Bernard BURON, Sociologie, Université de Tours – Tours

**Directeurs de thèse : Docteur Jean-Philippe FOUQUET, Sociologie – Tours**

**et Docteur Isabelle ETTORI, Médecine générale, Tours**

## **RÉSUMÉ :**

### **Évolution de l'influence du conjoint dans l'installation du médecin généraliste : étude qualitative**

Les conditions d'installation des médecins généralistes constituent un sujet d'actualité d'intérêt public. Les difficultés d'accès aux soins sont liées à une évolution de la densité médicale, insuffisante compte tenu de l'augmentation de la demande de soins au cours des dernières décennies, et à une évolution des pratiques des médecins. La plus grande implication professionnelle des conjoints de médecins a induit une modification des négociations au sein des couples, influençant le mode d'exercice des médecins.

L'objectif de cette étude est de recueillir et comparer le vécu et ressenti de deux générations de conjoints de médecins généralistes, en fin et en début de carrière, afin d'éclairer leur potentielle influence au moment de l'installation du médecin.

Cette étude qualitative rétrospective a été réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de deux groupes de huit conjoints de médecins généralistes. Ces entretiens ont été exploités à partir d'une analyse thématique, d'abord à l'échelle de chaque entretien, et ensuite transversalement. Enfin, les résultats de chaque groupe (en début et en fin de carrière) ont été comparés afin de proposer un modèle explicatif inspiré de la méthode par théorisation ancrée.

Deux modèles d'organisation au sein des couples se dégagent. Un premier, majoritaire chez les jeunes, où les deux conjoints tendent à s'investir à part égale dans la sphère familiale et recherchent le meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie de famille. Un deuxième, plus représenté chez les anciens, où le médecin investit en priorité son activité professionnelle tandis que le conjoint s'adapte professionnellement au médecin et constitue le principal gestionnaire de la sphère familiale.

Les conjoints sont devenus plus déterminants pour les médecins généralistes au moment de leur installation. Les différences entre les deux générations de médecins émanent de plusieurs causes dont le contexte d'installation des médecins, l'évolution générationnelle du rapport au travail, et une évolution des mentalités lors des négociations conjugales.

Mots clés :

- conjoint
- installation
- ethos professionnel
- sphère familiale
- couple
- médecin généraliste

## **ABSTRACT :**

### **Changes in the influence of spouses on GPs installation : a qualitative study**

The conditions under which GPs set up practice are an actual public interest topic. Difficulties in accessing care are linked to a decline in medical density over the last few decades and to changes in doctors' practices.

The greater professional involvement of doctors' spouses, whether women or not, has led to a change in negotiations within couples, influencing the doctor's mode of practice.

The main aim of this study is to gather and compare the experiences and feelings of two generations of GP spouses, at the end and at the beginning of their careers, in order to shed light on their potential role and influence when the doctor sets up practice.

This retrospective qualitative study was carried out using semi-structured interviews with two groups of eight GP spouses. The interviews were analysed by theme and then by cross-sectional analysis, with comparisons of the results between the two groups, and a proposal for an explanatory model inspired by the grounded theory method.

Two models of organisation within couples emerged. The first, predominantly among young doctors, where both spouses tend to invest equally in the family sphere and seek the best possible balance between work and family life. A second, which is predominant among older doctors, where the doctor gives priority to his professional activity and the spouse adapts professionally to the doctor and become the main manager of the family sphere.

Spouses have become more decisive factors in the establishment of GPs. The differences between the two generations of doctors stem from a number of factors, including the context in which doctors set up practice, changes in the approach to the labour between the generations, and a change in the relationship between the sexes within couple negotiations.

Keywords :

-spouses	-installation
-professional ethos	-domestic sphere
-couple	-general practitioner

**UNIVERSITÉ DE TOURS FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine – 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel .....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès .....	Biostat, informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DI GUISTO Caroline .....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC DE PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie

HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRÉ**

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne  
BISSON Arnaud .....Cardiologie (CHRO)  
BRUNAUULT Paul .....Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)  
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie  
DOMELIER Anne-Sophie .....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane .....Biophysique et médecine nucléaire  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques  
GARGOT Thomas .....Pédopsychiatrie  
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie  
HOARAU Cyrille .....Immunologie  
KERVARREC Thibault .....Anatomie et cytologie pathologiques  
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
LEDUCQ Sophie .....Dermatologie  
LEFORT Bruno.....Pédiatrie  
LEJEUNE Julien .....Hématologie, transfusion  
LEMAIGNEN Adrien .....Maladies infectieuses  
MACHET Marie-Christine .....Anatomie et cytologie pathologiques  
MOUMNEH Thomas.....Médecine d'urgence  
PARE Arnaud.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire  
ROUMY Jérôme .....Biophysique et médecine nucléaire  
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....Anatomie et cytologie pathologiques  
STEFIC Karl.....Bactériologie  
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
VAYNE Caroline.....Hématologie, transfusion  
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....Génétique

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS**

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences  
NICOGLOU Antonine .....Philosophie – histoire des sciences et des techniques  
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire  
RENOUX-JACQUET Cécile .....Médecine Générale

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIES**

AUMARECHAL Alain .....Médecine Générale  
BARBEAU Ludivine.....Médecine Générale  
CHAMANT Christelle .....Médecine Générale  
ETTORI Isabelle.....Médecine Générale  
MOLINA Valérie .....Médecine Générale  
PAUTRAT Maxime .....Médecine Générale  
PHILIPPE Laurence.....Médecine Générale

RUIZ Christophe.....Médecine Générale  
SAMKO Boris.....Médecine Générale

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRAE**

BECKER Jérôme.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
BOUAKAZ Ayache .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
BOUTIN Hervé.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
BRIARD Benoit.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
CHALON Sylvie .....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
DE ROCQUIGNY Hugues .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259  
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282  
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
GOUILLEUX Fabrice .....Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001  
GUEGUINOU Maxime.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069  
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
LAUMONNIER Frédéric .....Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253  
LE MERRER Julie .....Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253  
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259  
MEUNIER Jean-Christophe .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259  
PAGET Christophe .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
RAOUL William.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069  
SECHER Thomas.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
SI TAHAR Mustapha .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
SUREAU Camille .....Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259  
TANTI Arnaud .....Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253  
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour l'éthique médicale***

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

#### ***Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale***

LAMANDE Marc .....Praticien Hospitalier Pour l'orthophonie  
BATAILLE Magalie.....Orthophoniste  
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste  
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste  
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste  
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste  
IMBERT Mélanie .....Orthophoniste  
SIZARET Eva .....Orthophoniste

#### ***Pour l'orthoptie***

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes  
de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents, et n'exigerai jamais  
un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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 le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères et consœurs  
si j'y manque.

## REMERCIEMENTS

### **À Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU,**

Merci de me faire l'honneur de bien vouloir présider ma thèse, veuillez recevoir mes sincères remerciements.

### **À Madame le Docteur Isabelle ETTORI,**

Merci de m'avoir offert l'opportunité de travailler sur ce sujet passionnant et de m'avoir encadré lors de ce travail de thèse. Ton expertise et tes conseils qui m'ont été indispensables dans la rédaction de ce travail.

### **À Monsieur le Docteur Jean-Philippe FOUQUET,**

Merci de m'avoir accompagné dans la découverte de cette science qu'est la sociologie, je t'exprime ma profonde reconnaissance pour m'avoir encouragé, dirigé et soutenu dans ce travail de thèse.

### **À Madame le Docteur Lisa MESTRE,**

A toi, et à toute l'équipe de l'hôpital de Saint-Aignan à qui j'adresse tous mes plus sincères remerciements pour m'avoir accompagné lors de mon internat, pendant une période particulièrement importante pour moi, merci d'avoir accepté de le juger.

### **À Monsieur le Docteur Bernard BURON,**

Pour l'intérêt que vous avez porté au sujet de ce travail et pour avoir accepté de le juger, soyez assuré de mes sincères remerciements.

### **À l'ensemble des médecins et de leurs conjoints qui ont acceptés de participer à cette étude,**

Merci d'avoir joué le jeu et contribué à rendre nos entretiens aussi agréables que productifs.

# SOMMAIRE

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>SERMENT D’HIPPOCRATE</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>12</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES</b> .....	<b>14</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>16</b>
I.    CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION RÉPONDANTE.....	16
II.   LES MÉDECINS EN DÉBUT DE CARRIÈRE (GROUPE 1).....	18
II-1 - <i>L'influence du conjoint</i> .....	18
II-2- <i>L'influence des sphères domestique et familiale sur l'installation du médecin</i> .....	22
II-3- <i>Un modèle de couple dominant : la recherche du bon équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle</i> .....	24
III.  LES MÉDECINS EN FIN DE CARRIÈRE (GROUPE 2).....	28
III-1- <i>L'influence du conjoint</i> .....	28
III-2- <i>L'influence des sphères domestique et familiale sur l'installation du médecin</i> .....	30
III-3- <i>Un modèle de couple dominant : un modèle "traditionnel" organisé autour du métier de médecin</i> .....	32
IV.   LES POINTS COMMUNS ENTRE LES DEUX GÉNÉRATIONS.....	35
IV-1- <i>Le lieu d'installation : le conjoint a presque toujours son mot à dire</i> .....	35
IV- 2- <i>Proximité entre domicile et cabinet : une recherche du bon équilibre</i> .....	37
V.    MODÈLE EXPLICATIF.....	39
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>40</b>
I.    DES CONTRAINTES D’INSTALLATION DIFFÉRENTES.....	40
II.   ÉVOLUTION DES MODÈLES D'ORGANISATION DES COUPLES.....	42
III.  ÉVOLUTION DE LA SOCIÉTÉ.....	45
IV.   FORCES ET LIMITES.....	48
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>49</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>51</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>54</b>
GUIDE D’ENTRETIEN AUPRÈS DES CONJOINTS DE MÉDECINS SPÉCIALISÉS EN MÉDECINE GÉNÉRALE.....	54

## **INTRODUCTION**

Les difficultés croissantes d'accès aux soins en France font partie des sujets d'actualité largement relayés et débattus dans les médias. La population Française a continué de croître au cours des dernières décennies, passant de 55 millions d'habitants en 1981 à 68,4 millions en 2023<sup>1,2</sup>. En parallèle, la densité médicale a elle aussi augmenté, passant de 154 médecins pour 100.000 habitants en 1975 à 340 médecins pour 100.000 habitants en 2023<sup>3</sup>.

Pourtant cela ne semble pas être suffisant pour répondre à la demande de soins croissante. Cette augmentation de la densité médicale concerne principalement les spécialistes. Concernant les médecins généralistes, représentants la principale porte d'accès aux soins en France, la tendance est plutôt à une baisse depuis dix ans. La densité de médecins généralistes a baissé de 8% entre 2012 et 2022 et est aujourd'hui de 149 pour 100.000 habitants<sup>4</sup>. Cet infléchissement de la densité de médecins généralistes semble être la conséquence d'une augmentation du nombre de médecins formés qui n'est pas suffisante via le Numérus Clausus, et cela du fait d'une anticipation d'un futur ralentissement de la croissance démographique française à partir des années 2000 qui n'a pas eu lieu<sup>5,6</sup>.

Ces difficultés d'accès aux soins ne se sont pas améliorées avec le vieillissement de la population française, avec notamment le départ à la retraite de la génération des Baby-Boomers. Cette génération, née entre 1945 et 1965 représente aujourd'hui 33% de la population<sup>7</sup>. Plus âgée et plus sujette aux problèmes de santé, elle participe au vieillissement global de la population française et à l'augmentation de la demande de soins<sup>8</sup>. En toute logique, il est donc de plus en plus difficile d'accéder à un médecin généraliste.

En 2022, la proportion d'inscrits à l'ordre des médecins est de plus de 48% concernant la génération des 60 ans et plus, contre seulement 20% concernant les 40 ans et moins. Le départ à la retraite des médecins de cette génération majoritaire au sein des effectifs actuels ne semble pas être compensé par les générations suivantes, et risque de diminuer d'autant plus l'offre de soin dans les années à venir<sup>4</sup>.

En même temps, on constate une érosion de la proportion de médecins généralistes s'installant en activité libérale depuis 10 ans, avec un nombre de médecins généralistes en activité libérale exclusive, qui passe d'environ 110.000 en 2012 à environ 100.000 en 2023, ceci en parallèle d'une augmentation du nombre de médecins généralistes exerçant avec d'autres modes d'activités, salariale ou mixte<sup>9</sup>. La compréhension des facteurs et enjeux déterminant l'installation des médecins généralistes, représente donc un des enjeux important de santé publique, pour tenter d'apporter des solutions au problème d'accès aux soins, et pour favoriser l'installation des médecins, tout en améliorant la répartition territoriale de l'offre de soin<sup>10</sup>.

Parmi ces facteurs, favorisant ou freinant l'installation des médecins généralistes, on trouve la possibilité de trouver un emploi à proximité pour le conjoint, ainsi qu'un bon nombre d'autres facteurs comme la proximité de confrères, la proximité familiale, la proximité de services publics comme les écoles ou un bureau de poste, l'accès à la culture, ainsi qu'un autre facteur important,

l'investissement financier au démarrage de l'activité, ou l'investissement par la suite pour le maintien du cabinet<sup>11</sup>.

Nous pouvons aussi constater une évolution globale du mode d'exercice des médecins au fil des générations, avec une tendance à la réduction du volume horaire des jeunes médecins. Les nouvelles générations, voulant moins travailler que leurs prédécesseurs<sup>12</sup>, semblent de plus en plus privilégier un mode d'exercice mixte ou salarial<sup>13</sup>, au détriment de l'exercice libéral, en recherchant de plus en plus l'exercice de groupe<sup>14</sup>.

L'éthos professionnel est défini comme l'ensemble des manières de faire et de penser propres à un groupe professionnel donné. Celui encadrant la profession de médecin généraliste a évolué avec les générations. La jeune génération de médecins s'éloigne de l'éthos professionnel traditionnel caractérisé par une disponibilité permanente du médecin à l'égard de ses patients et se recentre autour de l'optimisation des conditions d'exercice professionnel et du cadre de vie privée<sup>15</sup>.

Concernant la vie privée, l'accès à des infrastructures facilitant la vie de famille, ainsi que la proximité d'un bassin d'emplois permettant de bonnes conditions d'exercice professionnel du conjoint, sont déterminants pour les médecins dans leur projet d'installation<sup>16</sup>. Ce sont d'ailleurs ces deux facteurs qui sont devenus les plus importants pour les jeunes générations de médecins dans leur choix de lieu d'installation, avec comme troisième facteur la possibilité d'intégrer un regroupement de professionnels de santé<sup>10</sup>.

Les femmes s'investissent de plus en plus professionnellement et semblent de moins en moins disposées à adapter leur vie à celle de leurs conjoints médecins. La profession de médecin généraliste est une des professions qui s'est nettement féminisées. Les femmes médecins représentent, en 2019, 47 % des effectifs des médecins en activité régulière, 61 % des médecins de moins de 40 ans, ou encore 67 % des médecins généralistes<sup>17</sup>. Cette évolution a participé à l'évolution des modalités d'installations et d'exercice des médecins<sup>18</sup>.

De ce fait, les conjoints n'étant plus dans les mêmes dispositions par rapport aux générations précédentes, les négociations au sein des couples autour de l'organisation de la sphère privée et domestique ont évolué, ce qui impacte forcément l'organisation professionnelle et l'installation du médecin<sup>19</sup>.

Ces constats poussent à se demander comment l'influence qu'a le conjoint dans l'installation du médecin généraliste a évolué au fil des générations ?

L'hypothèse avant de débiter ce travail, est que le conjoint du médecin, autrefois souvent la femme dans le couple, se mettrait de nos jours de moins en moins professionnellement en retrait, au fur et à mesure des générations, et tiendrait de plus en plus un rôle déterminant dans l'installation du médecin généraliste. L'activité professionnelle du conjoint serait donc entre autre un élément devenu prépondérant dans l'équation qui se pose au médecin au moment de s'installer et de définir son mode d'exercice.

Nous étudierons ce phénomène à travers le recueil d'expériences de couples, au moment de l'installation du médecin généraliste, tout en essayant de comprendre comment l'organisation de la sphère privée du couple peut impacter l'activité professionnelle du médecin.

## **MATÉRIELS ET MÉTHODES**

Nous avons procédé à partir d'une approche qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Des entretiens individuels avec des conjoints de médecins généralistes ont été réalisés entre avril et juin 2023, conjoints en couple avec des médecins généralistes installés en France.

### **Population d'intérêt**

Il a été choisi de constituer deux groupes d'âges « extrêmes » de la population de médecins actifs, en partant de l'hypothèse que les évolutions sociologiques que nous allons étudier se sont faites progressivement au cours des années. Ce choix est donc fait dans le but de maximiser les chances de trouver des différences.

Le recrutement a été effectué de manière à constituer deux groupes de tailles égales :

- Le Groupe 1 : est composé de conjoints de médecins en début de carrière, idéalement des conjoints de médecins généralistes ayant un âge de 35 ans ou moins.
- Le Groupe 2 : est composé de conjoints de médecins en fin de carrière, c'est-à-dire de conjoint de médecins généralistes ayant un âge de 60 ans ou plus.

Les groupes ont été faits de manière à constituer des populations hétérogènes en variant au maximum le type et le lieu d'installation du médecin généraliste dont il(elle) était le(la) conjoint(e).

### **Critères d'exclusion**

Lors du recrutement des enquêtés, une difficulté rencontrée a permis de mettre en évidence un biais dans le recrutement des conjoints de médecins en fin de carrière. Ainsi afin de rester le plus précis possible en termes de méthodologie, et d'avoir des conjoints enquêtés correspondant au maximum aux critères de recrutement, tout en maintenant la pertinence des entretiens, certains médecins et leurs conjoints n'ont pas été retenus pour notre étude, la rencontre des deux membres du couple s'étant faite après l'installation du médecin généraliste.

D'autres médecins contactés n'étaient parfois plus en couple avec le conjoint du début de leur installation, et contacter des ex-conjoints s'est trouvé être délicat, voire impossible. Ces couples ayant vécu une rupture avaient peut-être une organisation différente.

### **Recrutement**

Des médecins généralistes ont été contactés par téléphone ou par mail dans le but de joindre leur conjoint pour ce travail de recherche. Dans un second temps les conjoints ont été contactés individuellement, par téléphone ou par mail.

Le recrutement initial s'est fait par connaissances personnelles de l'enquêteur, puis ensuite par effet boule de neige.

### **Les entretiens**

Les entretiens ont été réalisés entre l'enquêteur et les conjoints de médecins interrogés seuls.

Le lieu de l'entretien a été choisi à la convenance des enquêtés. Trois entretiens ont eu lieu au domicile des enquêtés, deux sur le lieu de travail, deux autres ont été réalisés par entretien téléphonique, les dix autres par visioconférence.

Nous avons opté pour des entretiens semi-dirigés, menés grâce à un guide d'entretien (**cf. annexe 1**). L'entretien débute par une question d'accroche large, permettant au conjoint du médecin de décrire sa situation maritale et les circonstances de sa rencontre avec le médecin généraliste. Ensuite, sont posées des questions concernant le mode d'exercice du médecin généraliste, les circonstances de son installation, tout en revenant aussi sur l'activité professionnelle des deux membres du couple. Le but étant de repérer les facteurs ayant influencé l'installation, ainsi que l'implication du conjoint. Ensuite, le conjoint est invité à détailler l'organisation logistique du foyer. L'objectif étant de repérer si des modèles d'organisation se dégagent et pourraient avoir influencé l'organisation professionnelle des deux membres du couple. Les rapports du couple concernant leurs rémunérations sont questionnés. Enfin, l'entretien amène le conjoint à s'exprimer également sur sa perception et son ressenti concernant l'exercice de la médecine générale dans le contexte actuel.

Le guide d'entretien a été testé lors d'un premier entretien réalisé (E1) en binôme avec un enquêteur expérimenté.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique après obtention de l'accord des participants en début d'entretien. Ils ont été retranscrits sous Word ® avec anonymisation. Les enregistrements ont été détruits après retranscription.

### **Analyse des données**

Le codage des entretiens a été effectué séparément pour chaque groupe, selon le principe de la théorisation ancrée. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

Une comparaison des thématiques émergentes a été faite à partir des réponses des conjoints des deux groupes. Le codage a été réalisé sous Word ®.

# RÉSULTATS

Le nombre d'enquêtés a été déterminé par méthode de saturation des données, amenant finalement à constituer deux groupes de huit enquêtés.

Les 16 entretiens ont été menés entre Avril et Juin 2023, dont 8 pour chacun des 2 groupes d'intérêt. Trois entretiens ont eu lieu au domicile des enquêtés, deux sur le lieu de travail des enquêtés. Deux entretiens ont été réalisés de manière téléphonique, et les neuf autres par visioconférence. La durée moyenne des entretiens était de 47 minutes, allant de 36 minutes minimum à 1 heure et 7 minutes au maximum.

## I - CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION RÉPONDANTE

**Tableau 1 : Le groupe des couples avec un médecin généraliste en début de carrière (Groupe 1) :**

Numéro d'entretien	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Année de naissance du conjoint	1990	1996	1990	1984	1986	NC	1979	1991
Sexe du conjoint / Sexe du médecin	Femme / Femme	Femme / Homme	Homme / Femme	Homme / Femme	Homme / Femme	Homme / Femme	Homme / Femme	Femme / Homme
Profession du conjoint	Avocate	Responsable administrative	Prospecteur foncier	Cadre manager	Cadre logisticien	Directeur / Cadre ingénieur	Chef de projet dans la monétique	Infirmière
Statut de l'emploi du conjoint	Libéral	CDI	CDI	CDI	CDI (en période d'essai)	CDI	CDI	Intérimaire / Femme au foyer
Horaires moyennes de travail du conjoint par semaine	Au moins 40h	40h	45h	Au moins 45h	NC	Au moins 45h	NC	0
Année de rencontre du couple	2010	2019	2015	2016	2016	2009	2009	2015
Situation matrimoniale	Mariés	Pacsés	Mariés	Pacsés	Pacsés	Mariés	Mariés	Mariés
Milieu de domiciliation du couple	Urbain	Urbain	Semi-rural	Urbain	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural
Nombre d'enfants du couple	2	1	1	1	1	3	2	3
Niveau scolaire des enfants	Maternelle / Pas encore scolarisé	Pas encore scolarisé	Pas encore scolarisé	Pas encore scolarisé	Pas encore scolarisé	Maternelle / Ecole primaire	Maternelle	Maternelle / Pas encore scolarisé
Externalisation de la garde des enfants	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Externalisation des tâches domestiques	NC	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Caractéristiques du mode d'exercice du médecin								
Année d'installation	NC	2023	2022	2023	2023	2021	2018	2021
Milieu d'installation	Urbain	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Urbain	Urbain	Semi-rural	Rural
Type de cabinet	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet GIP Pro Santé	MSP	MSP	MSP	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe
Nombre de médecins généralistes dans le cabinet	2	2	3	3	8	NC	4	5
Présence d'autres professionnels de santé dans le cabinet	Non	Non	NC	Oui (kiné, IDE, diététicien, psychologue)	Oui, nombre NC	Environ 20 praticiens dans la MSP	Oui, avec un cabinet paramédical accolé	Non mais cabinet paramédical accolé
Horaires moyennes de travail par semaine du médecin	Irrégulier, environ 45h	45h	30h	35h	39h	39h	45h	45h
Gardes et astreintes du médecin	Astreintes et gardes	Astreintes du samedi	Astreintes samedi et jours fériés	Astreintes samedi, gardes maison médicale	Astreintes samedi	Astreintes samedi, quelques gardes	Astreintes, week-end, régulation, SAMU	Astreintes samedi, soir en samedi et les week-ends

**Tableau 2 : Le groupe des couples avec un médecin généraliste en fin de carrière (Groupe 2) :**

Numéro d'entretien	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
Année de naissance du conjoint	1958	1968	NC	1954	1958	1950	1958	1957
Sexe du conjoint / Sexe du médecin	Femme / Homme	Femme / Homme	Femme / Homme	Homme / Femme	Femme / Homme	Femme / Homme	Homme / Femme	Femme / Homme
Profession du conjoint	Conseillère en gestion puis bénévolat	Directrice commerciale puis responsable administrative universitaire	Interprète puis professeur d'histoire	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Professeur puis Bénévolat	Forestier	Toiletteuse animalière puis mère au foyer
Statut de l'emploi du conjoint	CDI puis mère au foyer/bénévole	CDI	Fonctionnaire	Libéral puis salarié	Libéral	CDI puis bénévolat	CDI	Auto-entrepreneuse puis mère au foyer
Horaires moyennes de travail du conjoint par semaine	NC	40h	Mi-temps	50-55h	45h	NC	Variable, environ 45h	NC
Année de rencontre du couple	1985	1999	1983	1988	1982	1970	1989	1983
Situation matrimoniale	Mariés	Mariés	Mariés	Mariés	Mariés	Mariés	Mariés	Mariés
Milieu de domiciliation du couple	Urbain	Semi-rural	Urbain	Rural	Rural	Rural	Semi-rural	Rural
Nombre d'enfants du couple	4	3	3	3	2	2	2	2
Niveau scolaire des enfants	Actifs	Étudiants	Actifs	Actifs	Actifs	Actifs	Actifs	Actifs
Externalisation de la garde des enfants	Oui puis non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Externalisation des tâches domestiques	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
<b>Caractéristiques du mode d'exercice du médecin</b>								
Année d'installation	NC	1999	1992	1986	1984	1975	1994	1988
Milieu d'installation	Urbain	Semi-Rural	Urbain	Semi-rural	Rural	Rural	Semi-Rural	Rural
Type de cabinet	Cabinet seul puis de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet seul puis de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe
Nombre de médecins généralistes dans le cabinet	2	2	2	2	2	4	3-4	2 puis 4
Présence d'autres professionnels de santé dans le cabinet	Non	Oui (psychologue, IDE)	Non	Non	Non	Non	Oui, et un cabinet paramédical accolé	Non
Horaires moyennes de travail par semaine du médecin (hors gardes et astreintes)	56h puis diminution progressive	50h	45h	50-55h	60h	60h	48h	Au moins 50h
Gardes et astreintes du médecin	Astreintes et gardes 24h/24 jusqu'aux débuts de SOS médecin / Samu / 15	Astreintes et gardes 24h/24 jusqu'aux débuts de SOS médecin / Samu / 15	Astreintes les week-ends	Astreintes et gardes 24h/24 jusqu'aux débuts de SOS médecin / Samu / 15	Astreintes et gardes 24h/24 jusqu'aux débuts de SOS médecin / Samu / 15	Astreintes et gardes 24h/24 jusqu'aux débuts de SOS médecin / Samu / 15	Astreintes et gardes 24h/24 jusqu'aux débuts de SOS médecin / Samu / 15	Astreintes et gardes 24h/24 jusqu'aux débuts de SOS médecin / Samu / 15

## II – LES MÉDECINS EN DÉBUT DE CARRIÈRE (GROUPE 1)

### II-1 - L'influence du conjoint

#### **II-1-a – Des conjoints actifs professionnellement et points d'ancrages du médecin pour son installation**

##### *Une majorité de conjoints actifs professionnellement*

La grande majorité des conjoints interrogés du groupe 1 est active professionnellement. Parmi eux, plusieurs sont cadres ou occupent un poste à responsabilité dans leur entreprise, d'autres sont en CDI ou exercent une profession libérale. Leurs professions appartiennent à une catégorie socio-professionnelle sensiblement équivalente à celle du médecin.

Dans l'intégralité des cas, la rencontre du couple s'est faite pendant les études du médecin.

Parfois le conjoint était lui aussi étudiant, et les deux membres du couple se sont accompagnés l'un l'autre dans leurs parcours. Ils se sont alors mutuellement influencés concernant leur lieu d'étude, de stage, ou de début d'activité.

Parfois, le médecin a entraîné un statisme géographique de son conjoint qui aurait pu se déplacer pour poursuivre son propre cursus, mais ne l'a pas fait, et inversement selon le cursus de chacun : « *A l'instant T ou les choses étaient à faire, je n'ai pas eu de possibilité de bouger. [...] Je n'aurais pas pu bouger avant 2021 à l'époque, et c'était pas le moment [...]. On s'est mutuellement fait rester tous les deux, parce qu'elle à commencer à faire des remplacements et à se construire un réseau. Elle a apprécié le dynamisme de travail ici* ». (E4)

Dans un cas, le médecin a utilisé la capacité de mobilité permise par son cursus, via le choix de différents lieux d'internat ou de stages, pour suivre géographiquement son conjoint : « *Ma dernière année d'école d'ingénieur, j'ai dû la faire en alternance et il y avait une opportunité dans une boîte du Loiret. [...] L'idée avec X c'était qu'elle vienne me rejoindre et qu'on fasse trois ans dans la région. Moi je faisais mon apprentissage deux ans, elle faisait son internat de trois ans. Et au bout on décidait si on restait ou si on repartait* ». (E6)

Pour deux couples, il n'y a pas eu de mobilité suite à leur rencontre.

L'absence de mobilité s'est expliquée soit par l'implantation du conjoint qui a eu l'opportunité de débiter son activité professionnelle dans la ville de rencontre du couple : « *On était tous les deux mobiles, et on s'est trouvé dans une ville où on était étudiants de passage tous les deux. [...] On n'avait pas de plan particulier. En fait, on attendait d'être diplômés et d'avoir des opportunités* » ;

soit par la volonté du couple de conserver son réseau privé construit dans une ville. Le médecin s'est ensuite installé grâce aux opportunités trouvées à proximité du lieu d'implantation du couple.

Lorsque le conjoint du médecin, est déjà actif professionnellement lors de leur rencontre, le projet et le lieu d'installation du médecin sont réfléchis à deux.

Le choix du couple, de plutôt favoriser le lieu d'installation du médecin, est possible grâce à la liberté de choix de lieu professionnel du conjoint, avec parfois pour ce conjoint l'occasion de demander une mutation professionnelle : « *De par mon métier, je suis beaucoup sur la route, ça peut m'arriver de faire des déplacements qui sont éloignés du domicile familial.* » (E3) ; « *Je travaillais dans une société qui m'envoyait à Chartres, et une façon de faire pression pour qu'ils ne m'envoient plus à Chartres c'était de m'éloigner d'Orléans, et donc encore plus de Chartres* » (E7)

Dans un autre cas, le conjoint s'est aussi servi de sa relative liberté de lieu d'exercice professionnel, en cherchant autour d'une grande ville avec un bassin d'emploi compatible avec sa formation : « *Sur sa dernière année d'externat, on a décidé de bouger sur Orléans ensemble. Donc moi, j'ai retrouvé un boulot à Orléans.* » (E5)

A l'inverse, pour d'autres, c'est le médecin qui s'est adapté, grâce à ses choix de stages, au lieu d'implantation professionnel de son conjoint : « *X a choisi des lieux de stages pour l'internat pas trop loin de là où j'étais... [...] Puis on a déménagé à Orléans, du coup elle a fait l'autre partie de son internat à Orléans.* » (E5)

Parfois, cette influence du conjoint sur le médecin, ne se limite pas aux choix des stages ou des lieux d'internat, mais il joue également un rôle sur le choix de sa spécialité. La réflexion du couple inclue l'équilibre de leur vie de famille : « *J'ai vu son choix d'internat se diriger vers la médecine générale surtout par un aspect de cohérence de vie de famille. Elle hésitait entre ça et gynécologie-obstétrique. [...] Il y a eu une discussion qui s'est jouée sur le choix de la médecine générale.* » (E3) ; « *Elle avait la pédiatrie comme autre appétence [...], avec le classement qu'elle a eu elle pouvait tout à fait prendre des régions [...] avec la possibilité d'avoir le droit au remords dans la pédiatrie. Et elle a abandonné ce droit au remords, puisqu'en venant en région Centre, elle n'était pas classée pour avoir ce droit.* » (E6)

### ***Une mise en retrait professionnel du conjoint plus rare***

Dans le Groupe 1, il n'y a qu'un seul cas où le conjoint n'est plus actif professionnellement. Cette situation résulte de la volonté de la conjointe de prioriser sa vie familiale par rapport à sa vie professionnelle. Les discussions restent ouvertes dans le couple, et la conjointe n'a pas été forcée d'arrêter son activité à cause du médecin. Celle-ci, de par son métier et son statut d'intérimaire, conserve la possibilité de reprendre son activité professionnelle quand elle le souhaite. Dans cet exemple, la conjointe s'est complètement adaptée géographiquement au médecin, pendant ses études, par la suite le choix du lieu d'implantation du couple a été discuté et a fait l'objet d'un compromis. Le couple n'excluant pas une mobilité future pour s'adapter aux envies d'un mode de vie plus urbain de la conjointe. « *J'ai fait le choix de ne pas prendre le poste qu'on me proposait à Bordeaux et de le suivre. [...] La question s'est posée qu'on fasse un célibat géographique le temps*

*de son internat. [...] Et en fait, c'était pas la disposition familiale qu'on recherchait, donc moi ça me dérangeait pas forcément de bouger. [...] Moi je savais qu'en ayant des enfants, je ferais une pause dans mon travail » (E8)*

Concernant la mise en retrait professionnelle, un autre conjoint interrogé l'a envisagé, mais cela a été refusé par la médecin, après discussions, par volonté de celle-ci de ne pas assumer seule la charge financière du couple : « *Moi, j'ai toujours voulu me faire entretenir. Je me serais bien vu en homme au foyer, mais elle n'a jamais voulu !!* » (E4)

### ***Des conjoints qui s'influencent mutuellement dans leurs activités professionnelles***

Influences et mobilités géographiques des médecins et de leurs conjoints lors de leurs études ou pour leur implantation professionnelle, se font dans les deux sens.

Cette influence ne se limite donc pas au lieu d'implantation du couple, elle s'exerce aussi sur leurs modes d'exercice professionnel, ils s'influencent mutuellement dans les deux sens. La régulation de leurs deux activités professionnelles se fait autour de la sphère privée et de l'organisation familiale. « *C'est le petit point sur lequel j'ai tendance à essayer de la freiner, sur son rythme de travail, parce que cumuler donc l'exercice libéral, plus la régulation au SAMU, plus l'encadrement d'un interne [...] c'est un peu être hyperactif, et des fois, j'essaie de la freiner* » (E7) ; « *Mon travail a été source de discorde à la naissance de la première [...] Je suis passé manager [...] et là mes horaires ont explosé. [...] Ce qui a fait qu'elle a dû s'adapter énormément. Ça l'a beaucoup impactée sur son quotidien de travail parce que forcément elle était obligée de partir avant 18h30. [...] Ce qui a vraiment changé, c'est que j'ai trouvé une organisation différente* ». (E4)

### **II-1-b– Un conjoint qui montre plus d'intérêt pour les conditions d'exercice du médecin**

#### ***Un conjoint « conseiller » du médecin généraliste qui s'installe***

Le mode d'exercice du médecin est choisi et discuté au sein des différents couples. Le conjoint utilise souvent son expérience personnelle et professionnelle pour conseiller le médecin en ce qui concerne l'organisation de son cabinet et des tâches administratives : « *Mon expérience professionnelle m'a amené à lui dire « mais attends, [...] tu vois pas ce que c'est comme boulot et ce que ça peut amener d'avoir un expert-comptable, sur quoi on peut gagner de l'argent potentiellement* ». » (E4)

Lorsqu'il existe des parents médecins chez un des conjoints, on retrouve une volonté de ne pas reproduire un modèle vécu par un des deux membres du couple : « *Mon papa était anesthésiste et réanimateur. [...] C'était une génération de médecin qui travaillait... Aujourd'hui c'est plus permis de travailler comme ça. [...] Donc moi petite j'ai un peu regretté l'absence de mon papa, et avec X c'est quelque chose qu'on a pas forcément envie de reproduire.* » (E8)

Dans le couple, les deux sont médecins, le conjoint du fait de sa connaissance du métier de médecin, a utilisé ses compétences pour suivre et aider son conjoint dans le cheminement de son installation et pour lui donner des conseils afin qu'il commence son exercice dans les meilleures conditions possibles : *« Je le suivais, j'appuyais dans la positive. Et le fait de rencontrer les personnes avec qui il travaille c'est important pour moi. Non pas que j'ai mon mot à dire, mais je voulais juste connaître son environnement de travail ».* (E2)

Le conjoint exprime donc un intérêt prononcé pour la connaissance de l'univers professionnel du médecin généraliste, dans le couple ils discutent des différentes problématiques rencontrées au cours de l'exercice de l'activité, comme par exemple les problèmes relationnels et de communication avec les patients, mais aussi *« sur son organisation, sur comment ça peut se passer, comment est-ce qu'elle peut essayer de gérer au mieux... »* (E5)

### ***Remise en question du mode de travail du médecin***

Les conjoints donnent souvent leur avis sur le rythme de travail du médecin. Certains voient leur rôle comme un garde-fou pour alerter le médecin quand son mode d'exercice a un impact négatif sur lui-même ou sur la famille : *« J'ai peut-être influé pour qu'elle change de vocation parce qu'en terme de charge mentale ... [...] c'était éprouvant. En en discutant tous les deux, je sais pas si elle n'en a pas pris, plus conscience. [...] Mais oui, du coup elle s'est peut-être dit « Ben oui, finalement c'est quand même un peu dur psychologiquement, je vais peut-être changer d'avis » »* (E5) ; *« A un moment, je trouvais qu'elle faisait trop de régul'. Je crois qu'elle était montée à 6 par mois, un truc comme ça. Donc là, je lui ai demandé de réduire, de retomber à 3. »* (E7)

Dans le même ordre d'idée, les conjoints n'hésitent donc pas à donner leur avis, et même certaines fois à influencer sur le type d'activité : *« Quand je l'ai rencontrée, elle a envisagé de travailler en soins palliatifs. [...] J'ai peut-être influé pour qu'elle change de vocation... »* (E5)

Certains sont même favorables au salariat de leur conjoint médecin, voir à l'exercice de la médecine générale en tant que fonctionnaire, ces modes d'exercice leur paraissent plus facile à concilier avec la vie privée : *« Je pense que dans votre profession, vous devriez être fonctionnaires en fait. Ça réglerait énormément de problèmes. [...] Il faut que vous soyez considérés comme des militaires. C'est à dire que vous avez une prise de risque... On vous demande un service qui est un service public, qui est de la responsabilité de l'État, vous auriez des primes, des vacances et un niveau de vie décent pour tout le monde... »* (E5) ; *« La charge mentale est beaucoup moins importante en salariat qu'en libéral. [...] Et d'ailleurs elle ne l'exclut pas. Je ne sais pas si on en reparlera, mais l'idée de rester ad vitam æternam en libéral dans ce mode de fonctionnement... c'est pas exclu. »* (E7)

Un des conjoints interrogés encourage et souhaite même une évolution du mode d'exercice du médecin généraliste à moyen terme : *« Je l'ai incité à se renseigner réellement sur le dépassement, passer en secteur 2, et ce que cela impliquait. [...] Dans ce laps de temps, si on voit que ça n'a pas l'air de s'arranger... Ouais moi je lui en reparlerai parce que c'est aberrant. »* (E5)

Ces initiatives du conjoint pour aider le médecin à améliorer son mode de travail ont pour but le bon épanouissement professionnel des deux membres du couple et améliorent la qualité de vie du couple et de la famille : « *Le cabinet permet quand même de très bien gagner sa vie et d'avoir en plus, tous ses à-côtés. Je pense qu'on est arrivé doucement mais sûrement vers cette décision. Parce que c'était ce qui correspondait le plus à son intérêt du métier, à notre vie de famille, et au fait de bien gagner sa vie.* » (E1)

Ce rôle de conseiller est bien présent parmi les conjoints de cette génération, mais la quasi-totalité des entretiens montrent tout de même une volonté de n'intervenir que le moins possible dans le mode d'exercice du médecin et de ne se positionner que comme conseiller : « *Je suis personne pour avoir un regard sur son rythme de travail et sur ses horaires, donc s'il a envie de bosser plus, il le fait. S'il a envie de bosser moins, pareil.* » (E2)

### **II-1-c - Une indépendance professionnelle plus préservée dans les couples**

Certains conjoints expriment leur volonté dans le couple de préserver leur indépendance professionnelle mutuelle et de rester prudents : « *Clairement son choix, son métier, c'est elle. [...] Je serais plutôt là pour l'écouter et lui donner un avis. Mais par contre la diriger vers une activité salariale, non. Parce qu'on part du principe qu'on sait pas de quoi demain sera fait. Aujourd'hui on est ensemble, et demain peut-être qu'on ne le sera plus.* » (E4)

La quasi-totalité des conjoints de cette génération n'ont pas adapté leur activité professionnelle au métier de médecin généraliste.

Un des rares contre-exemple est lié à un dilemme moral du conjoint et à une adaptation pour l'organisation du foyer : « *J'ai changé de boulot, je lui ai pas demandé son avis. [...] Mon boulot me pesait pour des raisons d'apport à la société. [...] Et mon mal être commençait à influencer notre vie de couple et notre vie de famille.* » (E5)

Le seul cas où la conjointe s'est complètement adaptée au médecin généraliste, est un choix assumé de celle-ci pour prioriser sa vie de famille : « *C'était vraiment son installation qui primait. C'était lui le plus gros revenu de la famille. [...] Si je travaille, c'est pas au détriment de mes enfants.* » (E8)

Même dans ce cas, l'indépendance reste préservée dans le couple et la conjointe se garde des opportunités de reprise de son exercice professionnel : « *Là je ne travaille pas et c'est sans regret. Demain si j'ai envie de travailler, j'appelle mon agence et j'ai un contrat dans la journée.* » (E8)

## II-2- L'influence des sphères domestiques et familiales sur l'installation du médecin

Ces points correspondent indirectement à une influence du conjoint sur l'installation et l'exercice du médecin généraliste par rapport à sa vie de couple et la vie de sa famille.

### **II-2-a – un choix du lieu de vie et du lieu d'installation fait à deux**

Pour une grande partie des couples de ce groupe, le lieu d'installation du médecin s'inscrit dans un projet de vie de couple.

Le choix de l'environnement, urbain ou rural, est souvent un paramètre pris en compte parmi d'autres pour l'installation du couple : « *On savait qu'Orléans était une ville qui me plaisait bien, donc on voulait positionner notre cocon familial autour d'Orléans après l'installation. Et en fait, les planètes se sont alignées naturellement parce qu'elle se plaisait beaucoup dans cette maison de santé qu'elle avait découvert.* » (E6) ; « *Là, on a acheté une maison qui peut être un compromis entre les deux. Moi je me suis beaucoup plus rapproché du centre-ville, mais on est suffisamment éloignés pour être à la campagne. On a vraiment trouvé le juste milieu entre les deux.* » (E8)

### **II-2-b - l'impact de la sphère familiale sur le mode d'exercice du médecin**

Dans un grand nombre d'entretiens, l'organisation du travail des deux conjoints se coordonne autour des enfants, en terme de rythme de travail : « *Il (à propos du rythme de travail) est bien dimensionné. Elle a eu la sagesse d'esprit de tout de suite imprimer un rythme raisonnable et de dimensionner sa patientèle en conséquence [...] donc elle a du temps à passer avec nos filles.* » (E6) ; « *Il y a des récupérations chez la nounou à organiser tous les soirs de la semaine... Il y a des jours où elle ne travaille pas, les autres jours c'est moi qui y vais.* » (E3)

Le statut libéral du médecin est même souvent cité et utilisé par celui-ci comme une opportunité de s'adapter plus facilement pour la gestion des enfants : « *L'avantage du libéral c'est que contrairement à moi, s'il y a quoi que ce soit par rapport à notre fils, qu'il a besoin de se détacher pour aller le chercher chez la nounou parce qu'il est malade, lui il peut.* » (E2).

Dans un des cas interrogé, on ressent de manière plus marquée une organisation du temps de travail des deux membres du couple bien réfléchi, afin de ne pas pénaliser le temps passé chacun avec leurs enfants : « *Nos enfants ils en ont rien à faire que leur maman ne soit pas là le samedi matin de huit heures à midi, moi je suis là. [...] Par contre, si elle finit tous les soirs à 20h, bah là ils en ont pas rien à faire, parce qu'en fait ils ne la verront jamais de la semaine.* » (E1)

Cette volonté d'être présents pour les enfants, a même poussé le médecin à modifier son activité : « *Là où elle était, il y avait des astreintes de nuit. C'était toute la nuit et ça sonnait un nombre de fois incalculable par nuit. Donc on trouvait que c'était incompatible avec nos enfants.* » (E1)

C'est toujours la préservation de la vie familiale, qui a poussé un couple à mettre la vie professionnelle de l'un des deux entre parenthèses : « *Si je travaille, c'est pas au détriment de mes enfants. [...] C'est d'abord mes enfants, et après le travail.* » (E8)

Les médecins eux-mêmes souhaitent être présents pour leurs enfants. Une conjointe de médecin en début de carrière évoque une volonté de ne pas reproduire un schéma familial vécu, où son propre père médecin était absent pour ses enfants : « *Le matin, il voit les enfants, et le soir il essaye de faire en sorte de pouvoir venir faire un bisou le soir avant que j'éteigne la lumière. [...] J'ai un peu regretté l'absence de mon papa à certains moments, et c'est vrai qu'avec X, c'est quelque chose qu'on a pas forcément envie de reproduire.* » (E8)

### ***L'importance de la vie de famille sur les horaires***

Malgré les conseils du conjoint pour améliorer le bien-être professionnel du médecin, les couples ne perdent pas de vue la vie de la famille. L'investissement du médecin envers ses patients ou ses collègues, ne doit pas déborder sur le temps en couple et en famille : « *Il quitte le cabinet, il n'y a plus de boulot à la maison.* » (E8) ; « *Je trouve que c'est plus le soir, elle arrive pas à déconnecter dans la semaine [...], c'est un peu pesant.* » (E3).

L'une des raisons de ne pas trop travailler est le souhait dans le couple d'une bonne répartition de la charge mentale concernant la gestion du foyer : « *C'est vrai que les débordements d'horaires, ça me dérange. C'est un peu pesant, parce que tous les jours de la semaine je me retrouve à devoir penser aux repas... [...] C'est quand même une charge aussi.* » (E3).

### **III-3 Un modèle de couple dominant : la recherche du bon équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle**

Malgré des exceptions, on retrouve au sein du Groupe 1 plusieurs caractéristiques communes dans le mode de fonctionnement des couples, caractéristiques que l'on ne retrouve pas ou très peu dans le Groupe 2. Les couples de cette jeune génération se distinguent de ceux de l'ancienne génération par une volonté d'accorder autant d'importance à leur vie personnelle qu'à leur vie professionnelle.

#### **Une volonté de ne pas pénaliser la vie de famille au détriment de la vie professionnelle**

Dans le groupe des médecins généralistes en début de carrière, la gestion des enfants se retrouve quasi-systématiquement au centre de leur organisation.

Cela s'est vérifié de plusieurs manières au cours des entretiens.

Dans un des entretiens, malgré un volume de travail important du médecin généraliste, celui-ci articule son planning avec son conjoint autour des enfants, et les deux membres du couple coordonnent leurs emplois du temps respectifs en fonction des enfants : « *La notion de famille c'est... là moi, quand je travaille le week-end, parce que j'ai un procès en juin, elle a déjà bloqué son créneau parce qu'elle sait que c'est elle qui va devoir gérer les enfants le soir, la nuit, le matin, parce que j'aurais pas le temps à ça* » ; « *Toute la semaine, j'ai écrit des mails jusqu'à 23h, mais parce que j'ai attendu que nos enfants dorment, après on mange, et après je me remets au travail* » ; « *Il y a une idée que notre métier ne peut fonctionner que si l'autre participe à ça. [...] Notre vie perso est faite pour qu'on arrive à élever nos enfants.* » (E1)

Cette volonté du couple que les enfants ne soient pas « pénalisés » par le travail de leurs parents est d'ailleurs clairement exprimée par un conjoint : « *Si elle finit tous les soirs à 20h, là ils en ont un truc à faire parce qu'en fait ils ne la verront jamais de la semaine* » ; « *Il y a peu de jours dans le mois où ni l'un ni l'autre ne travaillent pas. Mais l'avantage c'est que nos enfants nous voient tous les jours, ils sont peu gardés en fait.* » (E1)

Pour d'autres couples, l'organisation peut parfois être instable, cela est lié à une étape de la vie du couple qui arrive en même temps que le début de carrière qui est la gestion des enfants en bas âge et non scolarisés : (à propos de leur temps libre) « *Tu t'en aperçois quand tu as un enfant. Le temps, tu pensais pas avoir de temps avant, et au final tu en avais plein. C'était compliqué, parce que là, à peine on pourra recommencer à avoir du temps, qu'elle a 2 ans, c'est un peu plus grand, qu'on remet le couvert pour un deuxième.* » (E4)

De manière générale, on retrouve toujours une organisation bien centrée autour de la garde et des trajets des enfants chez la nourrice, où chacun des deux membres du couple est impliqué.

## **La recherche d'équité dans la gestion des tâches ménagères**

La recherche du meilleur équilibre possible dans la gestion des tâches domestiques se traduit par des compromis faits au sein du couple, où chacun a ses tâches ménagères, et la gestion des enfants en fait partie : « *Vu que je travaille à la maison, c'est vrai que je m'occupe beaucoup des machines à laver la journée, et je prépare les repas du soir aussi. [...] Les week-ends c'est 50/50, mais la semaine c'est : les jours où je suis là je m'en occupe. Les jours où elle est là, elle s'en occupe.* » (E3) ; « *Si on veut les détails, moi je vais plus m'occuper des tâches extérieures, et peut-être un peu plus des repas qu'elle. [...] Elle va plus se faire des tâches de type tout ce qui est soin du linge, des vêtements. [...] On a réussi à trouver un bon équilibre.* » (E7)

Cela peut aussi se retrouver sous forme d'une répartition équitable de toutes les tâches ménagères, dont la gestion des enfants : « *On est sur une répartition à 50/50. Mais de toute façon ça a toujours été comme ça. Même quand on était étudiants, on s'impliquait à 50 % à hauteur de nos moyens respectifs. Après sur les tâches quotidiennes, il est juste normal qu'un garçon s'occupe de la vaisselle ou d'une machine à laver, voire du repassage.* » (E2)

Pour un conjoint interrogé, il est décrit un déséquilibre dans la répartition des tâches ménagères, mais il est volontaire et lié à un arrangement au sein du couple : « *Il y a un déséquilibre, mais qui est inhérent au choix de s'implanter plus proche de son travail que du mien. Donc ça fait partie du deal. C'est un déséquilibre mais qui est accepté.* » (E6)

Un modèle d'organisation fait exception dans le Groupe 1., pour un couple, la conjointe s'est mise en retrait professionnellement pour donner priorité à l'éducation de ses enfants, et assume donc une plus grande partie des tâches ménagères. L'organisation de ce couple ressemble beaucoup au modèle « traditionnel » que l'on retrouve en plus grande proportion dans le Groupe 2. La conjointe assume son choix de reproduire un modèle parental : « *Effectivement, je m'ajuste beaucoup à lui, à sa carrière, mais parce que pour moi, c'est un schéma assez familial. Ma maman n'a jamais travaillé et a été mariée à un médecin.* » (E8)

Mais à la différence de beaucoup de situations retrouvées dans les modèles « traditionnels », le mode de fonctionnement de ce couple résulte d'un choix volontaire de la conjointe, sans faire de sacrifice ou compromettre sa carrière professionnelle. Ce choix ne lui est pas imposé, c'est une décision personnelle : « *J'ai travaillé deux ans et je ne travaille pas et c'est sans regret. Demain, si j'ai envie de travailler, j'appelle mon agence et j'ai un contrat dans la journée.* » (E8)

Ce choix est d'ailleurs aussi justifié par le manque de bénéfices pour elle et pour sa famille à ce qu'elle reprenne son exercice professionnel : « *J'avais commencé à faire mes calculs, en reprenant un temps plein avec mon salaire d'infirmière, plus la garde des enfants. Et là, ce que je remettais à la fin du mois dans l'enveloppe commune, ce n'était pas forcément très intéressant. Si je reprends le travail, il faut que ça vaille le coup, que ça me plaise et que financièrement je retrouve aussi mon compte.* » (E8)

Une situation paradoxale décrite par cette conjointe résume à elle seule bon nombre de points décrits dans notre étude, concernant les différences générationnelles. Il y a en effet un regard croisé entre sa mère, femme de médecin, qui s'est mise en retrait professionnellement pour prendre à sa charge la sphère domestique et qui ne comprend pas que sa fille, qui a elle aussi épousé un médecin, et qui a la possibilité d'avoir une carrière professionnelle et d'être indépendante financièrement, ne profite pas de cette opportunité et reproduise son modèle à elle.

A noter, que même dans ce couple, le médecin assume quand même quelques tâches de la sphère domestique : « *Lui, il va faire un peu plus la cuisine ou le rangement de la maison le soir.* » (E8)

Dans tous ces couples du Groupe 1, on ne retrouve pas d'exemple où l'un des deux parents est absent ou très peu disponible pour ses enfants.

Cette plus grande présence des médecins pour leur famille, se traduit par des volumes horaires de travail souvent inférieurs par rapport à la génération précédente (**cf. Tableau 1 et 2 résumés des caractéristiques des couples des Groupe 1 et 2**). La moyenne des volumes horaires déclarés dans le Groupe 1 est de 40 heures par semaine, contre 52 heures dans le groupe 2. A noter que le volume horaire du Groupe 2 est celui déclaré en début de carrière, il s'est réduit depuis dans la majorité des cas.

A propos de ces volumes horaires de travail des médecins moins importants, on peut remarquer que les couples de médecin en début de carrière ne semblent pourtant pas moins faire appel à des aides

externes pour la gestion des enfants ou pour les tâches domestiques que les couples de médecins en fin de carrière.

Pour autant, on retrouve une volonté souvent exprimée par les deux membres du couple de garder un minimum eux-mêmes leurs enfants : « *On va pas non plus le laisser à n'importe qui tous les week-ends, c'est notre enfant, on s'en occupe, mais les grands-parents sont présents.* » (E2) ; *Il y a peu de jours dans le mois où ni l'un ni l'autre ne travaille pas. Mais l'avantage c'est que nos enfants nous voient tous les jours, ils sont peu gardés en fait.* » (E1)

Cela n'est exprimé qu'à une reprise dans l'autre groupe. Et dans cet exemple, la tâche n'a été assumée que par la conjointe du médecin : « *Je me suis dit « on a fait 4 enfants, c'est pas pour que papa et maman soient jamais là. Il faut qu'il au moins qu'il y en ait un qui assure. [...] C'est pour ça que j'ai arrêté (de travailler).* » (E9)

### **Plus d'indépendance financière entre les deux membres du couple**

En ce qui concerne la gestion de l'argent dans les couples, on retrouve deux manières de fonctionner.

Certains couples fonctionnent de manière à se préserver l'un l'autre et font en sorte de garder une part d'indépendance financière l'un par rapport à l'autre. La logique sous-jacente est de se protéger en cas de séparation du couple : « *Globalement, on s'était dit qu'aujourd'hui on mettrait plus quelque chose comme 50 % de notre revenu net et on le mettait sur notre compte commun.* » (E5)

Mais on retrouve aussi des couples qui fonctionnent de manière à ce que tout l'argent rapporté par les deux conjoints revienne à leur « communauté familiale » : « *Je me fais pas remercier parce que je vais garder les enfants, et je vais pas la remercier d'être allé travailler et vice-versa, parce que tout est raisonné dans une pensée de famille...* » (E1)

Cette deuxième manière de fonctionner a tendance à se retrouver en proportion inférieure par rapport à la première : « *Je pense que c'est une question qui interroge pas mal de personnes actuellement. Je sais pas, chacun ayant peut-être cette idée que le couple ne tiendra pas toujours et qu'il faut se préserver.* » (E11)

### **III – LES COUPLES AVEC LE MÉDECIN EN FIN DE CARRIÈRE**

#### **III-1- L'influence du conjoint**

##### **II-1-a - Un conjoint plus en retrait concernant l'installation du médecin**

Bien que les modèles de fonctionnement des couples restent variés dans le Groupe 2, on note une prédominance de modèles associés à une importante mise en retrait du conjoint concernant l'installation du médecin généraliste.

Parfois le conjoint ne semble pas du tout avoir eu d'influence, et a suivi le médecin généraliste. Dans deux de ces cas, le médecin généraliste est un homme, ou alors dans un cas la conjointe est également elle-même médecin généraliste.

Dans d'autres exemples, l'implication du conjoint reste limitée au lieu d'installation.

Les quelques cas, où il y a eu des discussions sur d'autres aspects de l'installation, il s'agissait de réinstallations de certains médecins, et dans un exemple il s'agit d'un couple de médecins généralistes.

##### ***Un conjoint qui s'adapte professionnellement au métier de médecin***

Une grande partie des conjoints ont fait des concessions importantes pour s'adapter au métier du médecin.

Bien que les chemins de couples soient différents, plusieurs conjointes ont cessé leur activité professionnelle. Dans ces cas, l'homme du couple est toujours le médecin.

Dans un exemple, l'arrêt de l'activité professionnelle de la conjointe est lié à la conjoncture de deux éléments : la volonté qu'un des deux parents soit présent pour élever les enfants, et l'échec dans le lancement d'une activité auto-entrepreneuriat. « *Il fallait être là. Sinon ce n'était pas la peine de les faire (à propos de leurs enfants).* » (E9)

Dans un autre cas, l'arrêt de l'activité de la conjointe s'est fait, car le couple en a ressenti le besoin lors de l'installation du médecin, qui semblait débordé par le début de son activité. Et le temps alloué à l'aider a rendu toute autre activité professionnelle impossible pour la conjointe : « *Je me voyais quand même garder un mi-temps de prof à Tours avec le train qui était pratique. Et c'est au fil du temps, je me suis aperçu que ce n'était pas possible, mais je l'ai fait en plein accord.* » (E14).

Enfin dans un autre cas, la conjointe a arrêté son activité, du fait premièrement de la difficulté à trouver du travail dans son domaine d'exercice, en milieu rural, et deuxièmement pour aider son conjoint médecin dans son activité. Elle n'a ensuite jamais repris d'activité professionnelle pour se

consacrer à l'éducation des enfants : « *J'avais monté un salon de toilettage dans la région Parisienne [...], j'avais l'intention de continuer là-bas. Mais ici c'est impossible. Ici, les gens ont des chiens de chasse, des chiens de gardes etc...* » (E16)

Dans une moindre mesure, on retrouve d'autres couples où la conjointe a réduit ou adapté son activité professionnelle en fonction de son conjoint médecin.

L'une d'entre-elles s'est reconvertie professionnellement, mais avec une activité à mi-temps, plus compatible avec sa grande implication dans les tâches domestiques du couple.

Une autre encore, s'est adaptée professionnellement et géographiquement à son conjoint médecin, mais cela résulte d'une démarche volontaire car elle souhaitait changer de travail. Les discussions dans ce couple montrent d'ailleurs que le médecin aurait pu lui aussi s'adapter à sa conjointe mais cela ne s'est finalement pas fait. « *J'étais dans une multinationale et j'en avais ras-le-bol. Je ne voulais plus rester à Paris* » (E10) ; « *Il m'avait dit « Si jamais la vie à X ne te plaît pas, on pourra déménager tout près de la gare pour que tu puisses reprendre un métier à Paris. Si vraiment ça ne te plaît pas, moi je chercherai un boulot de médecin généraliste en région parisienne. A l'époque il y avait quand même beaucoup de postes disponibles, donc il y avait cette possibilité professionnelle qui faisait que pour moi, ça me faisait pas mal de souplesse.* » (E10)

### ***Une reprise d'activité en bénévolat pour garder un lien social***

Plusieurs conjointes ayant cessé leur activité professionnelle ont fini par prendre des fonctions dans le bénévolat. Cela traduit une volonté de celles-ci de conserver une activité sociale s'adaptant au mieux à la gestion de la vie de famille qu'elles assument, ce qui aurait été moins facile en conservant une activité professionnelle. De même, cette activité s'inscrit dans le rôle qu'ont souvent les conjointes de cette génération d'ancrer le couple socialement dans leur territoire d'implantation.

### ***Une activité professionnelle conservée malgré le médecin dans certains cas***

Dans un couple de médecins généralistes, les deux conjoints sont restés actifs sans que l'un ne s'adapte plus à l'autre. La délocalisation géographique professionnelle du couple s'est faite d'un commun accord.

Dans un autre couple de médecins généralistes, la médecin femme a adapté son activité à ses débuts à celle de son conjoint, déjà existante, sans vraiment avoir été équitablement discuté dans le couple : « *Il voulait bien que je le suive, mais il était pas question qu'il change quelque chose pour moi. Si j'avais dit « on va ailleurs », il m'aurait dit « ben vas-y ! »* » (E13).

Dans le seul couple avec un conjoint homme non-médecin, on ne relève pas non plus d'adaptation professionnelle de l'un par rapport à l'autre, mais cela grâce à des attraits géographiques partagés par les deux membres du couple (E15).

### **III-1-b- Un conjoint plus souvent impliqué professionnellement dans la vie du cabinet**

Plusieurs conjointes se sont impliquées dans l'activité professionnelle du médecin, particulièrement en début de carrière, puis se sont progressivement plus ou moins toutes retirées de cet engagement.

Cette implication a pu être simplement pour tenir le téléphone lors des gardes : « *Mais au départ, il était de garde tout le temps [...] ça tombait des nuits où moi, j'attendais sur le pas de la porte, à lui donner les petits papiers avec les adresses. Faut pas oublier qu'on avait pas de portables.* » (E14).

Mais cette implication pouvait être parfois bien plus importante, avec la gestion du secrétariat du cabinet : « *J'ai répondu un peu au téléphone au début.* » (E9) ; « *Je ne quittais pas ce cabinet tant qu'il y était encore. [...] J'accueillais les gens [...], je recopiais toutes les analyses de sang, j'allais à la banque [...] c'était un travail permanent, un vrai sacerdoce pendant 11 ans.* » (E14)

Certaines conjointes se sont aussi impliquées à travers la gestion de la comptabilité du cabinet médical du médecin : « *Les hommes, de profession libérale, ils ont souvent des femmes qui font la compta. [...] Je fais la comptabilité depuis qu'il s'est installé : la comptabilité de X et la comptabilité de la SCM.* » (E9)

Certaines conjointes ont aidé financièrement lors de l'installation, le temps que l'activité se lance et qu'une patientèle soit créée « *Il a cherché un local. On a trouvé une maison, et moi financièrement j'avais un peu des sous de côté, donc on a acheté la maison à deux.* » (E10) ; « *Je l'ai aidé financièrement, parce que quand il a commencé, notre fille est née, on vivait sur mon salaire. J'avais un bon salaire. [...] Ça nous a permis de voir venir et de faire l'installation.* » (E9)

### **III-2- L'influence des sphères domestique et familiale sur l'installation du médecin**

#### **III-2-a- Le médecin généraliste plus influant dans le choix du lieu de vie**

Bien que l'avis des conjoints soit pris en compte, le médecin est plus influant, du fait de son exercice professionnel, sur le choix du lieu d'installation du couple. Dans une majorité des cas, l'implantation du lieu de vie de la famille s'est faite en fonction du lieu d'installation du médecin.

Parfois, cela correspondait déjà au lieu de vie et de rencontre du couple, et il n'y a pas eu de mobilité entre la rencontre du couple et l'installation. Dans d'autres exemples, le conjoint a dû suivre le médecin sur son lieu d'installation sans véritablement avoir le choix. Cette mobilité n'était pas toujours désirée par le conjoint : « *Et donc un 1<sup>er</sup> Novembre, on est descendu par la route de X, on a vu tout [le village]: c'était sinistre, sinistre !* » (E16)

De manière plus nuancée, dans un autre couple, la conjointe a rejoint géographiquement le médecin lors de son installation, mais cette mobilité a paru acceptable pour celle-ci, car le médecin vivait dans la même ville que ses parents à elle.

Encore pour un autre couple de médecins, on note des discussions dans le couple et une mobilité vers une nouvelle installation afin d'améliorer leurs conditions de vie, notamment leurs temps de trajet entre domicile et cabinet : « *On s'est installé à Gien d'un commun accord. [...] On travaillait comme des malades, et il fallait tous les jours que je traverse diamétralement Paris. [...] Il y en a eu marre, c'était trop stressant, trop fatiguant.* » (E12)

Si on considère la famille au sens plus large, le lieu d'habitation des parents du couple a semblé déterminant dans l'installation du médecin et l'implantation du couple au départ. L'un des deux conjoints du couple souhaitait se rapprocher, ou rester à proximité de ses parents : « *Je pense qu'il y avait quand même sa mère qui était veuve et qui était à Blois. Donc il voulait être pas trop loin.* » (E11) ; « *Un des arguments a été aussi que la mère de X habitait à côté. Donc ça nous a été d'une grande aide pour garder les enfants.* » (E12)

### **III-2-b- Un contexte d'installation qui créait un besoin économique et familial**

Chez un bon nombre de conjoints de médecins, il est rapporté une installation et un début d'activité du médecin accélérés par certains besoins du couple.

Il est évoqué principalement des problèmes économiques liés à l'investissement de départ du médecin pour son installation, pour l'achat du cabinet, de la patientèle, ou du domicile familial : « *On avait besoin d'argent, de travailler, de gagner de l'argent parce qu'il avait donc acheté sa patientèle, il avait acheté son cabinet, les murs, le matériel ...etc.* » (E13)

Il est aussi évoqué des raisons familiales, mêlées à ces besoins financiers. Souvent la fin des études du médecin correspondait à l'arrivée des premiers enfants du couple. Le médecin homme était alors la seule source de revenu du couple et la conjointe s'occupait des enfants encore en bas-âge. « *J'ai été enceinte. Il a fallu que j'arrête mon activité. Et du coup, j'ai poussé un peu X à passer sa thèse et à trouver du travail... [...] Comme moi je ne travaillais plus... quand on a 30 ans, enfin, l'argent ne tombe pas du ciel.* » (E16).

Pour trois histoires, on ne retrouve pas cette notion d'impératifs financier et familial évoquée par le conjoint au moment de l'installation. Des facteurs ont alors facilité l'installation, comme la reprise d'une patientèle à la suite du décès brutal d'un médecin, ou une recherche de médecin par une collectivité dans une zone en forte augmentation de demandes de soins, ou encore un ami médecin cherchant à accueillir un autre médecin dans son cabinet.

On remarque que ces facilités concernent d'ailleurs les médecins qui se sont installés plus tardivement dans ce groupe. Ce sont les seuls à s'être installés après 1990. On peut supposer que le contexte était plus favorable avec notamment moins de concurrence entre médecins : « *J'étais la seule femme donc j'avais une place certaine. Mais les confrères étaient pas si heureux que j'arrive.* » « *Elle va nous manger un peu du gâteau* », hein ! » (E13) ; « *Il a créé (son cabinet) donc il y avait quand même ce grand point d'interrogation : est-ce que ça allait fonctionner ? Est-ce qu'il aurait une patientèle tout de suite ? Il y avait pas mal de médecins à l'époque. Il y avait de grosses clientèles dans le coin, des médecins qui fonctionnaient bien...* » (E14)

### III-3- Un modèle de couple dominant : un modèle "traditionnel" organisé autour du métier de médecin

#### *Un médecin qui privilégie sa vie professionnelle, le conjoint la gestion de la vie domestique*

Dans ce deuxième groupe, même s'il est retrouvé des exceptions et des modes d'organisation de couples variés, il existe néanmoins des caractéristiques qui ressortent et que l'on pourrait associer à un modèle plus « traditionnel ». Ces caractéristiques ne se retrouvent pas ou très peu dans le Groupe 1.

Chez les couples du groupe 2, il existe de manière prédominante une grande implication du médecin dans sa carrière professionnelle par rapport à son conjoint. Le conjoint est alors relégué à un rôle secondaire, adaptant son mode de vie à la profession du médecin.

L'intention de ces couples n'a pas été de délaisser leurs enfants, ou lorsque cela est arrivé, cela n'a pas été sans regrets : *« C'est dingue avec le recul. Je me dis « mais c'est fou comme on les a négligés ». Et on pensait faire le mieux pour construire leur avenir, avoir de l'argent pour payer leurs études. [...] C'est un regret de ne pas avoir pris conscience de ça. » (E13)*

Cette volonté de s'occuper des enfants est même clairement exprimée par certains conjoints. Cela s'est souvent fait par des efforts et des sacrifices d'un, voir des deux membres du couple : *« J'ai repris les études pour être enseignante pour justement être plus disponible pour mes enfants. » (E11)*

Dans les cas les plus extrêmes, le conjoint a sacrifié en partie ou totalement sa carrière professionnelle, tandis que le médecin lui, a souvent sacrifié sa vie de famille, débordé par son activité professionnelle. Il s'est investi auprès des enfants seulement plus tard, après qu'ils aient déjà bien grandi : *« Mon mari, il a appris à s'occuper de ses enfants, ils étaient déjà au début de leurs études... » (E16)*

#### *Des modèles économiques de couples de « communauté familiale »*

Le conjoint fait plus facilement des concessions concernant son activité professionnelle car le métier de médecin est plus rémunérateur pour le couple. Dans la plupart des cas, tout l'argent rapporté par le médecin et son conjoint est mis à disposition de la communauté familiale. Le choix du retrait professionnel du conjoint est perçu comme normal et logique dans ces couples : *« Je veux pas dire que c'était tout à fait ça, puisque chacun travaillait, mais c'était plus une façon de fonctionner à l'ancienne. L'argent était à la famille, sans se poser de question. » (E11)*

Cependant, avec le recul certains conjoints regrettent ce mode de fonctionnement et leur manque d'indépendance financière : *« C'est vrai que ça me gênait moralement. [...] C'est vrai que quelque*

*part, je lui demandais alors qu'en fait, lui, ça ne la gênait pas, il trouvait ça normal. Mais moi dans ma morale, dans mon fonctionnement, il est vrai que je me sentais dépendante. » (E14)*

Au sein de la jeune génération, il est bien plus fréquent que le conjoint ait un salaire à peu près équivalent à celui du médecin. L'une des explications à ce phénomène est aussi la classe socioprofessionnelle des conjoints de médecins de l'époque, qui était moins valorisée que celle des conjoints de médecins de la jeune génération (**cf. tableau des caractéristiques des groupe 1 et 2**). Cette différence de catégorie socioprofessionnelle disparaît au sein de la nouvelle génération. En effet, dans le groupe 1, il est possible de constater que la quasi-totalité des conjoints de médecins généralistes (7 sur 8) sont salariées, cadres, professionnels libéraux, des professions appartenant à la catégorie socioprofessionnelle des « cadres et professions intellectuelles supérieures ». Alors que dans le groupe 2, seule la moitié des conjoints appartiennent à cette catégorie socioprofessionnelle, dont deux sont médecins eux aussi, et un autre a cessé son activité professionnelle. Les autres conjoints exercent plutôt des métiers dans la catégorie des artisans, commerçants, ou des professions intermédiaires.

Dans le groupe des conjoints de médecin en fin de carrière, on trouve cependant des contre-exemples où les deux membres du couple ont des revenus équivalents.

### ***Une place de la femme en accord avec celle prônée par la société des années 80-90***

Dans le groupe 2, le médecin étant plus souvent l'homme. Et l'un des motifs de mise en retrait professionnel de la conjointe au profit de la gestion du quotidien familial est l'arrivée des enfants. Il était alors fréquent pour la mère de famille de se mettre en retrait professionnellement au moment de la naissance des enfants : « ...Puis 2 ans après j'ai eu la quatrième. Quatre filles donc il fallait être là, sinon c'était pas la peine de les faire. » (E9)

Ces adaptations du conjoint au métier de médecin étaient socialement perçues comme normales à l'époque : « Je l'ai fait en plein accord, je me suis dit que c'était un peu mon devoir. C'est que j'ai un peu sacrifié mon travail, mais quand on est marié, enfin, je trouvais ça presque normal quand même. » (E14) ; « Mais il faut dire qu'on n'épouse pas qu'un mari. Alors là, j'ai épousé aussi la profession » (E14) ; « Encore une fois, je ne suis pas la seule. (Les femmes de médecin) On se racontait toutes ça quand on était aux repas de labo et tout. » (E16)

Dans un exemple, la conjointe n'a jamais voulu complètement arrêter son activité professionnelle, et la pression sociale était présente : « J'ai des copines dont les maris disent « Ah non, faut pas prendre ceci, ou faut que tu t'occupes de ça, etc... » (E10)

Cependant, avec le recul certaines émettent des regrets concernant ce sacrifice de leur activité professionnelle : « Je me suis dit « mince, j'ai fait des études pour pas exercer mon métier vraiment. » » (E14)

### ***Un contexte d'installation différent qui explique l'implication professionnel des médecins***

Ces exemples que l'on ne retrouve pas chez les médecins en début de carrière sont en grande partie expliqués par des contextes d'installation différents. Pour l'ancienne génération, les débuts de carrière de médecin engendraient des investissements beaucoup plus lourds, avec le rachat d'une patientèle, d'un cabinet ou d'un domicile familial : « *On avait besoin d'argent, de travailler parce qu'il avait donc acheté sa patientèle, il avait acheté son cabinet, les murs, le matériel, etc...* » (E13)

Par ailleurs, la proposition de soins n'était pas la même en France. Il n'y avait pas de pénurie de médecins comme aujourd'hui. Il est retrouvé dans plusieurs entretiens des inquiétudes exprimées concernant leur début d'activité de médecin à cause de la concurrence et des craintes de ne pas réussir à se constituer une patientèle : « *Je l'ai aidé surtout moralement. Parce que quand elle s'est installée, les patients étaient pas nombreux...donc bon, au début [...] elle était un peu inquiète parce qu'elle avait quand même sorti des frais auxquels elle devait faire face.* » (E15) ; « *Au début quand on s'est installé, on disait oui à tous les patients pour pas en perdre. Comme je te disais, il y avait de la concurrence à l'époque. C'était exactement le contraire de maintenant.* » (E13)

Ces deux facteurs expliquent aussi un plus grand investissement professionnel des médecins de cette génération : « *On voulait faire de la médecine, soigner les gens et tout. Mais si on en voyait autant et avec autant d'amplitude horaire, c'était parce qu'il fallait qu'on bouffe. Enfin, j'exagère, mais c'était une obligation. C'était une obligation de gagner de l'argent.* » (E13)

Au contraire, pour la jeune génération la situation est diamétralement opposée. Les médecins sont incités financièrement, voir sont pressés par les collectivités pour s'installer, à cause de la pénurie, ce qui ne crée pas de nécessité d'investissement professionnel en termes de volume de travail, et n'incite pas les couples à faire des concessions.

### ***I-1-2-5-Quelques modèles non-traditionnels émergeaient déjà***

On retrouve cependant dans le groupe 2 certains couples qui avaient des modes de fonctionnement différents de celui décrit ci-dessus.

Un des couples avait même un mode de fonctionnement proche de celui décrit en majorité dans le Groupe 1. La conjointe n'a pas arrêté sa carrière professionnelle malgré le fait d'avoir des enfants, et la gestion de l'argent a été faite de manière à préserver l'indépendance financière des deux membres du couple : « *J'ai toujours été indépendante, on s'est rencontré tard... Donc quand tu rencontres quelqu'un à 30 ans, et que de 20 à 30 ans tu as été indépendante financièrement... Et puis en termes de philosophie de vie, j'ai jamais eu envie d'être entretenue.* » (E10)

Deux autres couples de ce groupe se détachent du modèle majoritaire, pour l'un le médecin est la femme (E15), et pour l'autre les deux sont médecins généralistes (E11).

Dans ces trois couples, les deux conjoints ont tous gardé une activité professionnelle et la gestion des tâches domestiques et familiales a été plutôt équitable entre eux : « *Je fais pas la cuisine, très peu. Je suis plutôt allo pizza. Par contre le ménage, il y a pas de problème, j'en fais pas mal ouais. [...] On arrivait à s'organiser de façon naturelle.* » (E15)

## IV- LES POINTS COMMUNS ENTRE LES DEUX GÉNÉRATIONS

### IV-1- Le lieu d'installation : le conjoint a presque toujours son mot à dire

Sans nette différence entre les deux générations, le lieu d'installation du cabinet du médecin généraliste est le domaine où l'on retrouve la plupart du temps une influence du conjoint.

Cela peut se manifester de différentes manières. Chez les conjoints de médecins en fin de carrière, le choix a été orienté par le besoin d'ancrer socialement la famille dans le territoire d'implantation.

Chez les médecins en début de carrière, l'influence du conjoint peut se manifester par des impératifs ou souhaits de celui-ci, en freinant une installation rurale ou du moins empêchant un éloignement trop important d'une zone urbaine.

#### ***Pour garder une vie professionnelle***

Souvent, le médecin cherche tout de même à faire concorder son projet d'installation, avec les projets professionnels de son conjoint : « *Je suis quasi en télétravail exclusif, ou en déplacement quelques jours, ou je dois monter à Paris. Là effectivement pour moi c'est intéressant que je sois pas trop loin de la gare de Saint-Pierre-des-Corps.* » (E3) ; « *Ça aurait été un souci parce déjà, moi, professionnellement parlant, ma profession fait que ce n'est pas compatible avec le rural.* » (E2).

Dans le même ordre d'idée, la plupart des conjoints, qui travaillent, ont besoin d'un bassin d'emplois ne se retrouvant que dans des villes d'une certaine taille.

Dans les deux groupes de médecins, l'installation peut être pensée au départ pour que le conjoint puisse poursuivre son activité professionnelle. Mais par la suite ce n'est pas forcément le cas pour les conjoints de médecin du Groupe 2 : « *Il s'est dit qu'il fallait se mettre dans la vallée violette, qu'il y avait le potentiel pour un médecin. [...] Moi, ça me permettait de continuer à travailler.* » (E9).

Ou alors, ce peut être le conjoint qui impose une contrainte géographique compatible avec son emploi. Mais souvent cela n'a pas été une contrainte trop importante, car compatible avec l'activité professionnelle du médecin : « *Elle m'avait demandé ce que j'en pensais. [...] Pour moi, que ce soit [la commune] ou qu'elle soit ou elle veut, moi j'aurais suivi de toute façon parce que je me déplace dans tout le département. Pour moi c'était pas un problème.* » (E15).

### ***Une préférence urbaine par rapport au rural***

Outre le domaine professionnel, les raisons de l'installation peuvent être d'ordre privé, comme le désir du conjoint d'un mode de vie citadin, excluant un mode de vie rural : « *Ma profession fait que c'est pas compatible avec le rural. [...] Et par rapport à mon style de vie, je pense que ça n'aurait pas tenu très longtemps, c'est pas compatible non plus avec ma vision.* » (E2)

Quand le couple est fortement implanté dans une ville, le conjoint ne souhaite pas rompre avec leur réseau.

Dans un des cas, le conjoint a clairement posé un droit de veto concernant un possible lieu d'installation car ne correspondant pas du tout au mode de vie souhaité : « *Il avait trouvé une patientèle à racheter dans le Sud du département, le médecin s'était suicidé et il y avait une patientèle à reprendre. On est allé voir et honnêtement quand on a vu le patelin, je lui ai dit « écoute, on s'installe là, c'est moi qui me suicide derrière.* » » (E9)

### ***Des choix pour la famille (à venir)***

Le lieu d'installation doit également correspondre au cadre de vie souhaité par le conjoint pour élever les enfants : « *On a élevé nos enfants dans des conditions géniales à la campagne.* » (E16).

Une autre conjointe interrogée, pensait au rôle qu'elle avait eu dans la projection des besoins des enfants : « *On a un manque de médecins en campagne parce que les femmes préfèrent s'installer en ville. Pourquoi ? Parce qu'elles pensent aux enfants. Et puis aux études. On est sur place, il y a pleins d'avantages...* » ; *Les conjointes pensaient aux possibilités d'implantation sociale de leur famille, et la difficulté de mise en place dans un secteur non connu. On avait pensé peut-être aux Pyrénées, vers Pau, le Pays basque. Puis je sais pas pourquoi, on s'est dit que ça serait peut-être plus complexe parce qu'on était pas du coin.* » (E11)

### ***Des compromis dans le couple***

Dans la majorité des couples, le lieu d'implantation a été clairement discuté et réfléchi à deux : « *Du coup, on a pris une carte de la France tout simplement. On a regardé ce qui nous intéressait pour nous installer. [...] Et donc on est venu en Charente. [...] Pour nos familles, on est assez central donc c'est ce qu'on voulait et du côté professionnel on ne voulait pas habiter non plus trop loin d'une ville mais lui il voulait pas du tout travailler en secteur urbain.* » (E8).

Mais pour certains couples en fin de carrière, cette discussion n'a pas été systématique : « *Je l'ai suivi, [...] ce qui n'aurait pas été vrai dans le sens inverse. Mais bon, il y a presque 40 ans de ça.* » (E13) ; « *De toute façon, ça aurait été « Non ». Et c'était plus difficile de s'installer dans la région Parisienne.* » (E16).

#### IV- 2- Proximité entre domicile et cabinet : une recherche du bon équilibre

##### ***L'importance des temps de trajets***

La volonté de réduire les temps de trajets entre domicile et lieu de travail se retrouve au sein des deux groupes de médecins. Chez les conjoints de médecins en début de carrière, ce besoin a été source de réflexion et de compromis dans le couple.

Dans un des cas, un déménagement a été refusé car le nouveau lieu de vie possible aurait trop éloigné le médecin d'un type de patientèle auprès de laquelle il souhaitait continuer à exercer « *On a beaucoup discuté. A un moment donné où je voulais un peu me barrer sur Orléans quand on faisait des projections à moyen terme. [...] Et la chose qui s'est posée, c'était de se dire « Ouais, mais en fait j'aurais pas cette qualité de travail sur Orléans, j'aurais pas eu ce type de patientèle si proche de mon lieu d'habitation. [...] Il aurait fallu qu'elle fasse dans les meilleurs cas 3/4 d'heures de route tous les jours. Ce qui n'était pas envisageable pour elle.* » (E4)

Dans un autre exemple, le conjoint à cause de ses possibilités professionnelles, a passé un compromis avec son conjoint médecin : « *C'est un déséquilibre mais qui est inhérent à notre choix de s'implanter plus proche de son travail que du mien. Donc ça fait partie un petit peu du deal quand on s'est installés. C'est un déséquilibre mais qui est accepté.* » (E6)

Dans le milieu urbain plus embouteillé, un couple exprime aussi son regret que le médecin n'ait pas un cabinet plus proche de leur domicile : « *Moi je voulais qu'elle s'installe un tout petit peu plus près de la maison, parce qu'il y avait une autre MSP... pour le coup elle pouvait y aller à pied. Mais elle l'a jugé pour le coup trop proche [...]. Aujourd'hui, je pense que si la décision était à refaire, peut-être qu'elle aurait pas la même réflexion.* » (E5). Le sujet des embouteillages en milieu urbain est aussi évoqué dans le groupe 2, et a été même une des raisons de délocalisation du couple de médecins.

Cette proximité du cabinet et du domicile est également évoquée par rapport à la vie de famille et à la gestion des enfants, avec également la recherche d'une proximité entre école et cabinet : « *Ils (enfants) sont dans l'école de [la commune], juste en face du cabinet, ça facilite, à part des situations exceptionnelles, de pouvoir les récupérer dans le cabinet.* » (E7) ; « *Son cabinet était juste en face de l'école. [...] Quand moi je parlais à Paris faire une intervention en formation, je parlais très tôt le matin et mon mari pouvait s'en occuper relativement facilement puisque le cabinet était en face.* » (E10)

Chez les conjoints en fin de carrière, cette notion de proximité n'a été que très peu évoquée. Mais le fait que l'implantation du couple se soit souvent faite en fonction du lieu d'installation du cabinet

laisse à penser qu'il s'agit d'un facteur pris en compte par le couple. En effet, en moyenne, les médecins en fin de carrière ont un domicile plus proche de leur cabinet que les médecins en début de carrière, et habitent plus souvent dans la même commune que leur lieu de travail.

### ***Des craintes concernant la proximité du lieu de vie personnel et du lieu professionnel en milieu rural***

Dans les couples des deux générations, on retrouve chez certains conjoints, des craintes en ce qui concerne un mode de vie trop rural. Il s'agit d'un mode de vie non désiré et difficile dans certains cas : « *Pour moi, c'était pas si simple d'habiter à la campagne. On est sans arrêt en train d'être regardés, et... j'ai pas aimé.* » (E11)

Ces conjoints évoquent l'impact que cela peut avoir sur leur vie privée : « *Les médecins dont j'ai les noms en tête sont plus sur des petites villes. [...] Je crois que quand ils allaient au supermarché, il y avait des gens qui leur demandaient des consultations entre les bacs de fruits et de légumes. Donc moi j'avais cette appréhension.* » (E2) ; « *Bah après pour les filles : l'école, les trucs... quand on est dans la pampa, c'est pas simple.* » (E9)

Un couple implanté en milieu rural évoque à ce sujet une situation où la patientèle du médecin s'immisce dans leur vie privée, obligeant le couple à s'éloigner de leur domicile pendant leurs congés : « *On a très vite compris qu'il fallait pas dîner à [la commune] le soir. Parce que vous voyez docteur, j'ai toujours mal au ventre et des diarrhées.* ». J'ai dit à X : « *Non, là ça va pas le faire.* ». [...] *Parce que vous savez, là, les petites communes... Alors après les gens sont sympathiques et attachants, mais il faut protéger sa vie privée.* » (E14)

### ***La séparation physique progressive de cabinet et domicile chez les médecins en fin de carrière***

Chez les médecins en fin de carrière, il arrive que le cabinet, au début de leur activité, se situe dans l'enceinte même de leur domicile. De nos jours, cette configuration ne semble plus du tout être envisagée chez les jeunes couples de médecins en début de carrière.

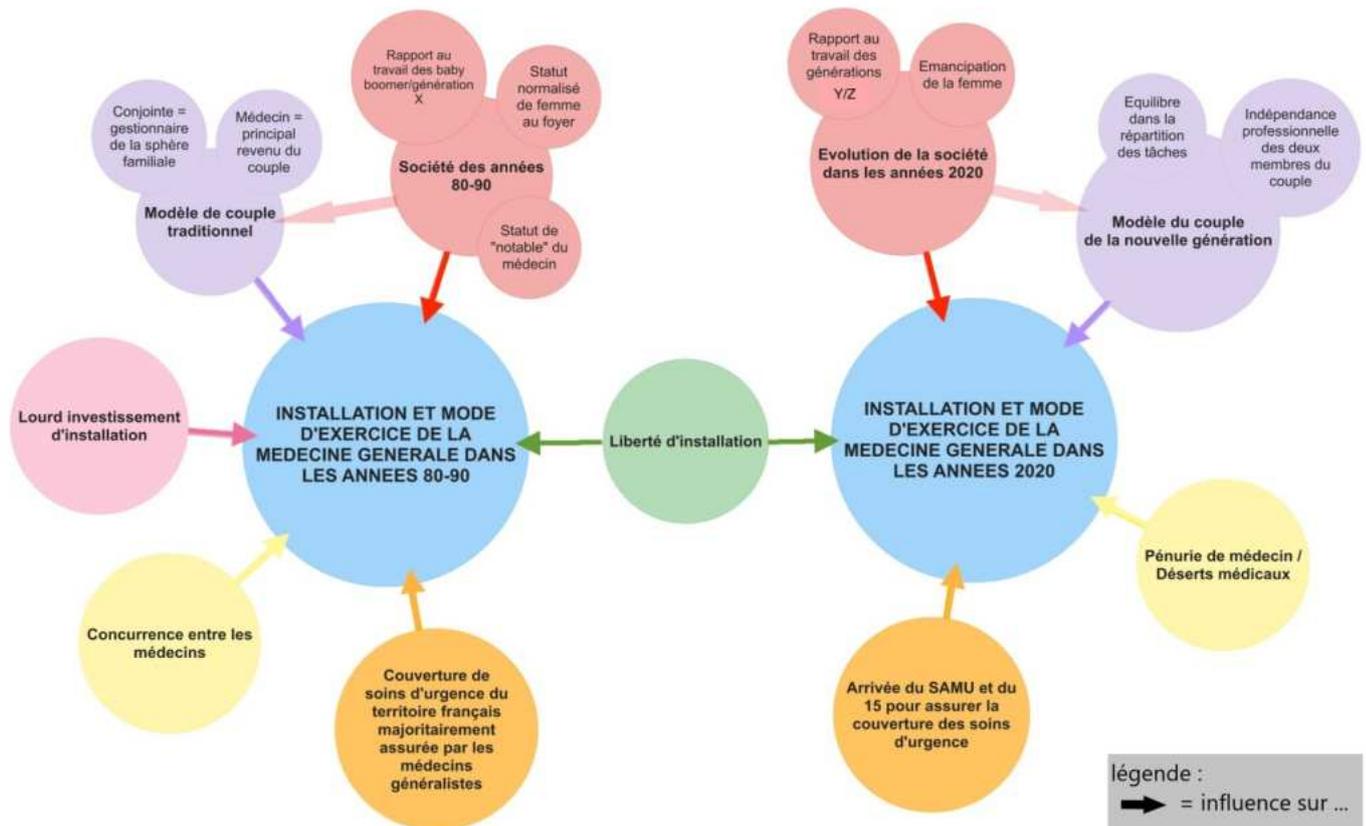
Pour les couples de l'ancienne génération, ils ont bien souvent fini par séparer leur cabinet du domicile privé, plus ou moins rapidement en fonction des cas, du fait principalement de l'intrusion des patients dans leur vie privée. Cette raison, ainsi qu'une volonté de « déconnecter » de la vie professionnelle une fois dans la sphère privée, expliquent cette rapide séparation entre lieu de vie privée et lieu de travail : « *Il le disait souvent : « On ne ferme pas la porte de son cabinet », je pense que ça reste un petit peu en tête. Et c'est là l'avantage du cabinet médical associé.* » (E14)

## V- MODÈLE EXPLICATIF

Les conjoints des deux groupes ont exercé une influence sur l'installation du médecin. Mais ils décrivent aussi d'autres éléments influençant le couple et le médecin.

Nous proposons un modèle explicatif dans le schéma 1.

**Schéma 1 : Facteurs influençant l'installation de deux générations de médecins généralistes**



## **DISCUSSION**

Il semble y avoir une évolution de l'influence des conjoints entre les deux générations étudiées.

Les conjoints du groupe 1 se montrent plus impliqués concernant l'installation du médecin, et de manière générale, chaque membre du couple prend en compte l'autre au moment de définir ses conditions d'exercice professionnel.

Dans le groupe 2, les conjoints ont eu tendance à moins influencer le médecin au moment de débiter son exercice professionnel, et à plus s'adapter eux-mêmes au métier du médecin dans le couple.

L'influence qu'ont pu avoir les conjoints de ces deux générations ne sont pas totalement en rupture l'une avec l'autre. On retrouve des similitudes entre les deux groupes, surtout en ce qui concerne l'influence du conjoint sur le choix du lieu d'installation du médecin. Mais au sein des deux groupes, il existe des exceptions. Certains couples de l'ancienne génération présentent des ressemblances avec le mode de fonctionnement dominant chez les couples de la jeune génération, et au sein de la jeune génération, certains ont empruntés des traits de fonctionnement plus caractéristiques de l'ancienne génération.

Cette évolution des rapports entre conjoints au sein des couples est un des éléments qui explique que les médecins ne s'installent et n'exercent plus de la même manière.

### **I- Des contraintes d'installation différentes**

#### ***La disparation de l'investissement financier initial***

Nos entretiens laissent transparaître des difficultés et des contraintes différentes entre les deux générations de médecins, au moment de s'installer :

Chez les médecins en fin de carrière, un certain nombre de conjoints ont évoqués des difficultés financières rencontrées au moment de l'installation. Il était courant que les médecins investissent au départ pour racheter un cabinet, une patientèle, ou même faire construire leur cabinet. Le conjoint s'il était déjà actif professionnellement était alors un moyen de support financier pour le médecin.

Ces importants engagements financiers en début d'installation sont l'une des causes de l'important investissement professionnel des médecins de cette génération.

Cette obligation d'investissement du médecin pour débiter sa carrière a ensuite progressivement disparu à partir des années 90, certains indices permettent déjà de le deviner au sein du Groupe 2. Certains médecins se sont installés plus tardivement dans ce groupe, trois exemples se sont installés après 1990, et ont pu trouver des opportunités leur permettant de s'installer sans avoir recours à de lourds investissements financiers.

Ces notions de rachats de patientèles, de cabinet ou de construction de cabinet, ne se retrouvent pas chez les médecins de la jeune génération, actuellement en début de carrière. Au contraire ils sont souvent incités et aidés financièrement pour leur installation.

Les seules contraintes financières évoquées par les jeunes médecins du Groupe 1 sont liées aux charges du cabinet.

Mais c'est une contrainte qu'ont aussi connue les médecins du Groupe 2 et qui a été l'une des causes d'un changement de fonctionnement, passant d'un cabinet individuel à un cabinet de groupe, pour pouvoir réduire certaines charges ou plus facilement employer une secrétaire<sup>20</sup>.

### ***Le passage d'une concurrence entre médecins à une pénurie médicale***

Un autre problème que rencontraient les médecins en fin de carrière au moment leur installation, était la concurrence entre médecins, qui existait à cette époque. La densité médicale était plus importante et certains avaient la crainte au moment de s'installer de ne pas réussir à se constituer une patientèle suffisante.

Le potentiel pour se constituer une patientèle était un critère important pris en compte au moment de choisir un lieu d'installation.

Cette concurrence poussait les médecins à se rendre le plus disponible possible pour leurs patients afin de conserver leur patientèle.

Ce problème de concurrence n'existe plus du tout actuellement chez les jeunes médecins. De nos jours, la pénurie de médecins associée à l'importante demande de soins, fait craindre aux jeunes qui s'installent une surcharge de travail, voire parfois pour certains des risques de burn-out<sup>21</sup>.

Pour se protéger, les médecins des générations récentes ont des volumes horaires de travail moins importants que leurs aînés, notamment ils hésitent beaucoup moins à prendre un jour de repos dans la semaine<sup>20</sup>.

Ils ont aussi la volonté de ne pas se retrouver isolés de leurs pairs professionnels de santé, afin de mieux se prémunir contre une potentielle surcharge de travail<sup>22</sup>.

### ***Le changement du rapport à la permanence aux soins***

Une des raisons qui expliquait l'important volume de travail des médecins de l'ancienne génération, hormis le fait de se rendre disponible pour leurs patients et de faire face à la concurrence, était que les médecins généralistes faisaient partie intégrante de la permanence des soins d'urgence sur le territoire français. Ces astreintes participaient au volume de travail des médecins jugé souvent trop important pour les conjoints.

La généralisation du SAMU à l'ensemble des départements français et la mise en place du 15 ne s'est faite qu'en 1986<sup>23;24</sup>.

C'est seulement à partir de ce moment-là, que les médecins généralistes ont pu se décharger d'une grande partie de leurs gardes et astreintes, qui rendaient pour beaucoup de conjoints, leur emploi du temps ingérable. Tous ces médecins du groupe 2, initialement disponibles 24 heures sur 24 pour leurs patients, ont au cours de leur carrière évolué vers un rythme de gardes et d'astreintes proche de celui des médecins du groupe 1 actuellement en début de carrière.

Dans plusieurs entretiens, l'arrivée du SAMU en France et la mise en place du 15 ont été vécues comme un soulagement, les médecins généralistes n'étant plus obligés d'être de garde ou d'astreinte en permanence.

Cette avancée a permis à certains médecins de récupérer du temps pour leur vie privée.

De nos jours, les médecins du groupe 1 participent encore à des tours de gardes et astreintes, mais à un rythme qu'ils trouvent acceptable et compatible avec leur vie de famille.

### ***Une liberté d'installation préservée***

Un critère qui reste constant et important dans les deux groupes de médecins est la liberté d'organisation permise par l'activité libérale. Ce critère est souvent déterminant dans le choix de la médecine générale.

Au-delà du lieu d'installation, les médecins qui choisissent la médecine générale, justifient leur choix, pour cette liberté d'organisation de leur exercice professionnel, ou pour des raisons de rejet de l'hôpital et de son modèle d'organisation hiérarchique.

Unaniment, la remise en question de la liberté d'installation des médecins est perçue négativement par les conjoints, pour qui l'activité libérale deviendrait alors peu attractive et trop contraignante.

## **II- Évolution des modèles d'organisation des couples :**

### ***Un genre masculin dominant chez l'ancienne génération***

Des études<sup>16;19</sup> ont montré que malgré la féminisation de la médecine et les avancées de la société sur ce sujet, l'égalité entre les deux sexes n'est pas encore acquise dans l'ancienne génération. Au sein des couples, si les femmes n'appartiennent pas à une catégorie socioprofessionnelle supérieure à leurs conjoints, elles ont tendance à naturellement se retrouver plus impliquées dans les tâches domestiques et familiales par rapport à leur conjoint homme. Ce phénomène a tendance à se résorber avec l'avancée des générations, et les résultats de ces entretiens témoignent en ce sens.

Dans le groupe 1 on constate que la quasi-totalité des conjoints appartiennent à des catégories socioprofessionnelles équivalentes et qu'ils se retrouvent impliqués à part sensiblement équivalente dans les tâches domestiques, moyennant des compromis, alors que dans le groupe 2, même dans les cas où la conjointe appartient à une même catégorie socioprofessionnelle, plusieurs d'entre elles ont bien plus pris à leur charge les tâches domestiques et se sont plus ou moins mis en retrait professionnellement.

Dans le groupe des conjoints de médecin en fin de carrière, même s'il existe des exceptions, on peut constater une tendance du médecin homme à imposer ses choix professionnels sur le mode de vie du couple. Les conjointes réduisent ou arrêtent leur activité professionnelle pour prendre en grande partie la charge des tâches domestique et familiales du couple.

On peut remarquer par exemple que parmi les 3 couples où le conjoint a poursuivi sa carrière sans faire d'importante concession, il s'agit de couples de médecins généralistes ou alors d'un couple dont le médecin est la femme.

### ***Le rôle de la femme dans l'ancrage territorial du couple***

L'influence de la conjointe dans le Groupe 2 des anciens, concernant le choix du lieu d'implantation du couple et donc l'installation du médecin, est particulière. Cette influence semble liée au rôle qu'avaient autrefois les femmes socialement dans l'ancrage du couple sur leur territoire d'implantation.

Chez certains couples où la conjointe a cessé toute activité professionnelle, elles ont tout de même eu un rôle important dans le choix du lieu où elles souhaitaient élever les enfants du couple, et on retrouve une forme de compensation de cette baisse d'implication professionnelle par une plus grande implication sociale, parfois à travers du bénévolat.

Ce phénomène sociologique est particulièrement décrit au sein des couples de classe sociales "supérieures"<sup>25</sup>, mais aurait tendance à disparaître avec la plus grande implication professionnelle des conjointes au fil des générations.

Ces femmes qui se mettaient donc en retrait professionnel, car les revenus du conjoint suffisaient à la vie domestique du couple, avaient en plus de leur rôle de gestion de la vie domestique et des enfants, un rôle important de sociabilisation du couple, propre aux classes "supérieures".

### ***Plus d'indépendance et une tendance à l'équilibrage des rapports chez les jeunes couples***

Dans la majorité des couples du Groupe 2, le schéma de mise en retrait partiel ou complète de la conjointe d'un point de vue professionnel, au profit d'une plus grande implication domestique et familiale est bien respecté.

De nos jours, ce schéma a tendance à nettement se réduire chez les conjoints de médecins en début de carrière. De plus, les médecins sont bien souvent des femmes maintenant. À classe socioprofessionnelle équivalente ou supérieure à leur conjoint homme, la femme médecin et le conjoint se retrouvent sensiblement impliqués de manière équivalente dans les tâches quotidiennes du couple.

De plus, pour aller à l'encontre de cette idée que les femmes auraient tendance à plus prendre à leur charge les tâches domestiques, on retrouve dans le Groupe 1 un exemple dans un entretien, où le conjoint homme a évoqué la possibilité de devenir homme au foyer, mais cela a été refusé par sa conjointe médecin.

Toutes ces tendances et cette évolution vont de pair avec l'évolution de la société, et bon nombre de femmes de médecin en fin de carrière le constatent. Certaines nourrissent des regrets concernant le sacrifice de leur carrière professionnelle. D'autres encouragent même leurs filles à ne pas reproduire leur modèle et à ne pas sacrifier leur carrière pour leur conjoint.

Le modèle moderne tend à une indépendance professionnelle et économique des deux membres du couple, qui se traduit par le maintien d'une activité professionnelle de part et d'autre.

Le manque d'indépendance financière, sans être véritablement une source de tension, fait partie des regrets exprimés par les femmes conjointes de médecin en fin de carrière.

Enfin, au-delà de l'indépendance des deux membres du couple, il est cohérent de poser l'hypothèse que cette volonté d'une plus grande équité entre les deux membres du couple part aussi d'une volonté des couples de protéger la mère du burn-out maternel.

Il s'agit d'un concept décrit depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle<sup>26</sup> décrivant toutes les sources d'anxiété pouvant atteindre les mères, sous la pression de la société, celles-ci renvoyant l'image de mères lisses qui assument leur charge parentale sans montrer signe de défaillance.

Dans les entretiens avec les conjointes du deuxième groupe, certaines expriment quelques insatisfactions concernant leur situation et le fait que la quasi-totalité des tâches liées à l'éducation des enfants leur est revenue, avec parfois un manque de soutien du père.

Le partage des tâches notamment parentales, plus souvent retrouvé dans les couples du premier groupe, est donc le moyen d'éviter ces regrets. Mais tout cela, toujours dans un objectif de trouver le meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

### III- Évolution de la société :

#### *L'image du « médecin de famille » et la notion de « métier passion » en voie de disparition*

Tous les conjoints de médecins sont unanimes : le métier de médecin généraliste a évolué au cours des dernières décennies. Mais cette évolution n'est pas vue de la même manière suivant les groupes de conjoints.

Chez les conjoints de médecins en fin de carrière, l'évolution relève surtout du mode d'exercice, lié de nos jours à la pénurie d'offre de soin, mais aussi à la mise en place de nouveaux moyens de couverture de la population, en soins d'urgence.

Cependant, pour certains des conjoints du deuxième groupe, le statut du médecin au sein de la société n'a pas ou n'aurait pas dû changer. Il demeure chez les conjoints de médecins de cette génération l'idée qu'un médecin généraliste doit rester un « médecin de famille », grâce à sa bonne connaissance des patients et sa disponibilité.

Le médecin garde également un statut particulier en milieu rural avec une certaine noblesse et éthique de travail.

Pour certains conjoints ce statut du médecin, justifiait leur mise en retrait professionnel et leur investissement dans la gestion du domicile et de la famille.

Dans le même sens, il est évoqué à plusieurs reprises dans ce groupe, la notion de métier de médecin comme un métier de passionné, même si cette idée est parfois critiquée.

#### *Une image et un modèle que les nouveaux médecins tendent à questionner*

Cette image du médecin héritée des anciennes générations est parfois encore retrouvée, mais est remise en question par les jeunes médecins en début de carrière.

Les notions, de médecin de famille et de métier passion, ne sont d'ailleurs pas évoquées une seule fois par les conjoints de médecin de la jeune génération.

Dans un cas, le couple essaie de ne pas reproduire le modèle d'un parent médecin aux amplitudes horaires étendues concernant son exercice professionnel.

Cette image de métier-passion est maintenant jugée peu compatible avec la plus grande disponibilité souhaitée par les jeunes médecins pour leur famille.

## *Le médecin est-il redevenu un notable parmi les autres ?*

La seule notion qui demeure mais qui est exprimée de manière différente dans le Groupe 1 concerne le statut du médecin au sein de la société, pour son utilité à la société. Les propos de certains conjoints illustrent bien cette image de la profession de médecin en comparaison à d'autres professions.

Mais les médecins de la nouvelle génération constatent une évolution du statut du médecin, avec des patients qui leur semblent de plus en plus irrespectueux, ce qui entraîne parfois des tensions.

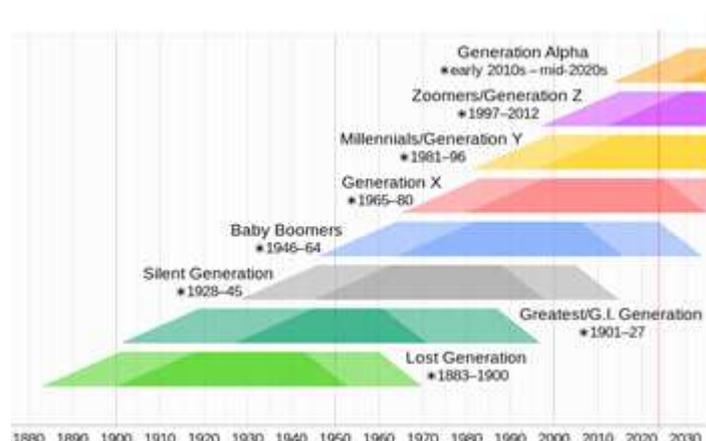
La perte de respect croissante, des patients envers leur médecin, fait également partie des évolutions constatées par les conjoints des médecins en fin de carrière.

Tous ces éléments vont dans le sens d'une évolution du statut du médecin. Autrefois le médecin était un notable apprécié, surtout en milieu rural<sup>27:28</sup>.

Aujourd'hui, il semble être devenu un notable parmi les autres, que les patients hésitent moins à malmener. Le médecin a perdu son image paternaliste, il est bien plus souvent contesté. Cela pourrait s'être accentué depuis la crise de la Covid-19<sup>29</sup>. Une étude concernant le statut du médecin généraliste du point de vue des patients ou de la population en générale, en fonction des générations, serait intéressante à mener, afin d'étayer cette évolution de la société.

## *L'évolution du rapport au travail : un effet générationnel plus qu'un effet lié à la féminisation de la profession*

Illustration 1 : frise des générations du 20e siècle à aujourd'hui



Au global, on distingue deux manières différentes de fonctionner entre les couples des deux groupes étudiés. Ces différences se retrouvent dans leurs discours, quel que soit le sexe du médecin dans le couple.

Cette évolution du rapport au travail serait plutôt liée à un effet générationnel plus qu'à une féminisation de la médecine<sup>15</sup>. Le phénomène se retrouve d'ailleurs dans d'autres professions et est plutôt associé aux études supérieures sans que cela soit lié à la féminisation<sup>27:30</sup>.

L'évolution des générations est un phénomène qui a déjà été étudié sociologiquement pour tenter d'établir des fonctionnements propres à chacune d'entre elles, notamment en ce qui concerne l'abord du monde du travail<sup>31</sup>.

Le groupe 1 est constitué d'individus de la génération de la fin de la génération Y à la limite avec la génération Z, le groupe 2 est mélangé entre individus de la fin de la génération des Baby-boomers et du début de la génération X. De cet écart générationnel, un changement d'éthos professionnel cohérent avec les caractéristiques sociologiquement décrites de leurs générations est retrouvé dans notre étude.

En effet, les médecins en début de carrière ont une conception plus « polycentrique » de leur existence. Ils n'accordent pas moins d'importance à leur travail et restent exigeants concernant leurs conditions de travail. Mais ils y apportent autant d'importance que pour d'autres aspects de leur vie que sont la famille, la vie sentimentale, leurs loisirs...etc. Ils essaient de trouver le meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle<sup>27:32</sup>.

Les médecins en fin de carrière appartiennent à la génération X qui a hérité de certaines valeurs de la génération précédente qu'était celle des Baby-Boomers, pour qui le travail prend plus d'importance que les autres aspects de leur vie<sup>33</sup>.

## IV- Forces et limites

La force de cette étude est son originalité. En interrogeant les conjoints, un autre point de vue sur les pratiques professionnelles et les fonctionnements des médecins généralistes est pris. L'exercice libéral des médecins est fortement déterminé par la cellule familiale et le soutien des conjoints. L'analyse de la gestion des tâches domestiques informe sur l'évolution du métier de médecin généraliste et sur son investissement par les médecins généralistes au cours des générations.

Le choix de réaliser les entretiens avec des conjoints de médecins seuls est apparu comme logique afin de maximiser la récolte d'informations relevant de l'influence qu'a le conjoint sur l'installation du médecin généraliste, tout en évitant l'omission d'éléments de discordance en cas d'entretiens réalisés en couple.

Une des limites est le manque d'années écoulées depuis l'installation souvent récente dans le groupe des médecins en début de carrière. La plupart des conjoints de ce groupe déclarent globalement une plus grande satisfaction concernant l'installation du médecin alors que dans l'autre groupe, des évolutions ont eu lieu au cours de leur carrière (dans 6 cas sur 8), liées à des insatisfactions. Pour la plupart (5 cas), ces insatisfactions concernaient leur mode d'exercice, le fonctionnement du cabinet ou le lieu du cabinet. Ces problématiques n'ont pas surgi immédiatement et peut-être qu'avec quelques années de recul, cela serait également le cas dans le groupe des médecins actuellement en début de carrière.

Nous avons aussi exclu une partie de la potentielle population à étudier, comme les couples séparés pour le Groupe 2, et de ce fait, nous sommes peut-être passés à côté d'autres potentiels facteurs explicatifs des logiques d'installation des médecins, d'organisation professionnelle et familiale.

Il s'agissait de la première étude de l'enquêteur. Néanmoins, son expérience de médecin l'a formé à mener des entretiens dans son cadre professionnel, et il a complété sa formation en réalisant les premiers entretiens avec un chercheur plus expérimenté.

Enfin, il s'agit d'une étude rétrospective. Un biais s'est parfois manifesté par le manque de mémoire et de précision dans le groupe des conjoints de médecin en fin de carrière concernant l'installation du médecin qui datait de plusieurs décennies.

## **CONCLUSION :**

Le rôle du conjoint a évolué au cours des générations.

Bien que les conjoints de médecins actuellement en fin de carrière ne se désintéressaient pas du mode d'exercice de ceux-ci, dans la génération actuelle, l'avis des conjoints est maintenant bien plus pris en compte à l'issue de discussions conjugales.

Les discussions au sein du couple laissent apparaître que le conjoint d'il y a trente ans, n'avait pas toujours son mot à dire concernant l'installation du médecin. Il influençait seulement le lieu d'installation du cabinet et du couple. Il se trouvait alors souvent à devoir s'adapter au métier de médecin. Ce conjoint suivait donc le médecin sur son lieu d'installation, qui déterminait en même temps le lieu de vie du couple, et il devait faire des concessions concernant sa vie professionnelle, en prenant à sa charge l'intendance du foyer.

Aujourd'hui, le rôle du conjoint ne se limite plus à ça. Le conjoint est plus une source de conseils pour le médecin qui s'installe, ou du moins son avis est bien mieux pris en compte. Ces conseils peuvent toucher l'organisation et les tâches administratives liées au cabinet, il n'hésite pas à donner son avis sur le mode de fonctionnement de son conjoint médecin. De plus, le médecin nouvelle génération, semble bien plus adapter son lieu d'installation et son mode d'exercice, au lieu et au mode de vie du couple en prenant principalement en compte l'exercice professionnel de son conjoint.

Cette évolution trouve des explications multifactorielles :

D'une part, le contexte d'installation n'est plus le même entre ces deux générations extrêmes. Il y a trente ans, les médecins voyaient à leur début d'activité s'ajouter des charges financières qu'il fallait assumer. Ces investissements étaient souvent nécessaires pour acquérir un cabinet et une patientèle. S'ajoutait ensuite la problématique de la concurrence entre médecins pour arriver à se constituer une patientèle. Ces conditions d'installation créaient une pression financière pour le couple. Le conjoint voyait souvent sa potentielle contribution financière et professionnelle affectée par l'arrivée des premiers enfants. De ce fait, naturellement, le conjoint investissait en priorité la sphère domestique et familiale, le médecin lui, avait tendance à la délaissier pour investir sa vie professionnelle. De nos jours, ce contexte a complètement évolué et changé, libérant les médecins de ces contraintes.

D'autre part, la société a évolué au cours des dernières décennies, notamment dans les rapports au sein du couple. La profession de médecin est modifiée par des changements, notamment du fait de la féminisation progressive de la profession. Autrefois, il était socialement accepté que le conjoint reste en retrait face aux choix du médecin, surtout quand celui-ci était l'homme du couple. De la même façon, il était plus normal pour une femme de mettre entre parenthèses sa carrière professionnelle pour prendre plus d'importance dans la gestion du quotidien familial. Maintenant le médecin est plus souvent la femme du couple. Les deux membres du couple s'investissent à part égale dans la gestion du foyer et de leur vie de famille, et n'acceptent que très rarement des gros sacrifices concernant leur carrière professionnelle. Une étude plus poussée avec plus d'exemples de jeunes couples, notamment de couples où le médecin serait l'homme, mériterait d'être faite. En effet, notre étude ne comporte seulement que deux cas de jeunes médecins hommes. Cela nous permettrait de vérifier avec plus de précision si de nos jours, à classe-socio-professionnelle équivalente, le

conjoint féminin n'aurait pas tendance à plus investir la sphère familiale que leur conjoint masculin. Notre étude quant à elle est bien plus en faveur d'un effet générationnel.

En outre, on peut mentionner l'évolution du métier de médecin et de son statut au sein de la société. Effectivement, l'obligation d'assurer la permanence des soins pour garantir la couverture sanitaire de la population, justifiait une grande disponibilité professionnelle des médecins. Cela a été profondément modifié par l'arrivée du SAMU et du centre 15. La jeune génération a un volume horaire inférieur et elle veut rompre avec l'image du « médecin de famille » et du « métier passion » que véhiculait le mode fonctionnement des générations précédentes. Cette image est aujourd'hui jugée incompatible avec une vie personnelle et familiale équilibrée.

L'ethos encadrant la profession de médecin généraliste a donc évolué avec les générations. Pour l'ancienne génération, la réussite individuelle passait en priorité par la reconnaissance et l'ascension professionnelle. Maintenant, elle réside plus dans le fait de trouver le meilleur équilibre possible entre des conditions d'exercice professionnel satisfaisantes et une vie privée épanouie.

## Références

1. Beaumel C, Breuil-Genier P. Évolution de la population de la France entre 1981 et 2011 : contributions de la fécondité, de la mortalité, du solde migratoire et de la structure de la pyramide des âges [Internet]. Insee ; 2015 mars. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1381053>
2. Papon S. Bilan démographique 2023 : En 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse [Internet]. Insee première ; 2015 mars. Report No.1978. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
3. Densité départementale des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. Disponible sur : <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-4-1-densite-departementale-des.html>
4. Dr Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM ; 2022 janv.
5. Huguier M, Romestaing P. Numerus clausus et démographie médicale en France. Bull Académie Natl Médecine. 1 oct 2014;198(7):1367-78.
6. IRDES [Internet]. 2013. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
7. INSEE [Internet]. Pyramide des âges au 1er Janvier 2024. Disponible sur : <//extranet.dst.dk/websites/pyramide/pyramide.htm>
8. Dumont GF. Vieillesse de la population de la France : les trois causes de son accentuation. Popul Avenir. févr 2017;(732):17 à 19.
9. DREES [Internet]. 2023. Démographie des professionnels de santé. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
10. Lenglard F. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Etudes Résultats - DREES [Internet]. janv 2020;(1140). Disponible sur : [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel\\_mg\\_nat\\_PDF/2020\\_panel\\_mg\\_er\\_1140.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2020_panel_mg_er_1140.pdf)
11. Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France [Internet]. URML Ile-de-France ; 2008 janv. Disponible sur : [https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_090324.pdf](https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_090324.pdf)
12. 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. Etudes Résultats - DREES [Internet]. 7 mai 2019;(1113). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
13. La diversité des exercices professionnels individuels des médecins. Médecins - CNOM. déc 2021;(76):17 à 26.
14. Bergeat M, Vergier N. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 [Internet]. DREES ; 2022 oct. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>

15. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. *Sociol Prat.* janv 2007;(14):19 à 30.
16. Dagot C, Fouquet JP, Rusch E. Médecins généralistes en région Centre-Val de Loire et décisions d'installation en activité libérale. Enquête auprès des internes spécialisés en médecine générale sur leur projection des choix d'exercice et d'implantation géographique [Internet]. Université de Tours- UMR 7324 CITERES-ETICS ; 2021 mars. Disponible sur : <https://hal.science/hal-03178417>
17. Benhamou S. Féminisation de la médecine. *Dialogue Santé - FHP-MCO.* janv 2019;(30).
18. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Etudes Résultats - DREES* [Internet]. 11 mai 2017;(1011). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
19. Sanchez M, Noé-Lagrange A, Fouquet JP, Lefeuvre MP, Rusch E. Vécu et ressenti des conjoints de femmes médecins généralistes installées en libéral dans le Cher : étude qualitative. [Tours]: Université de Tours ; 2020.
20. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Fur PL, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Quest Econ Santé - IRDES.* sept 2010;(157).
21. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques. *Rev Med Brux.* 2011 ;407 à 412.
22. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. [Grenoble]: Université Joseph Fourier ; 2013.
23. Dalat A. *Le Quotidien du Médecin.* 2015 [cité 22 mars 2024]. L'histoire du Samu en France. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/urgences/lhistoire-du-samu-en-france>
24. Pr Lareng L. La naissance du SAMU. *La Revue du SAMU* [Internet]. 2005;(320). Disponible sur : <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/154/111/319-320%20lareng.pdf>
25. Bozouls L. Travail domestique et production d'un style de vie. Les femmes au foyer de classes supérieures. *Trav Genre Sociétés.* 2021 ;46(2):97-114.
26. Guéritault V. Introduction. In : *La fatigue émotionnelle et physique des mères* [Internet]. Paris : Odile Jacob ; 2004. p. 9-14. (Hors collection). Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-fatigue-emotionnelle-et-physique-des-meres--9782738114372-p-9.htm>
27. Schweyer FX. Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale. In : *Singuliers généralistes* [Internet]. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2010. p. 379-402. (Métiers Santé Social). Disponible sur : <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-379.htm>
28. Tonnelier F. Le médecin de campagne, ou l'ambiguïté des symboles. *Trib Santé.* 2009;23(2):57-63.
29. Fertun C. L'évolution de la représentation sociale du médecin généraliste depuis les années 1900. [Amiens] : Université de Picardie Jules Vernes ; 2021.

30. Lapeyre N, Robelet M. Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? In : Singuliers généralistes [Internet]. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2010. p. 365-78. (Métiers Santé Social). Disponible sur : <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-365.htm>
31. Méda D, Vendramin P. Les générations entretiennent-elles un rapport différent au travail ? SociologieS [Internet]. 27 déc 2010 ; Disponible sur : <https://journals.openedition.org/sociologies/3349>
32. Pralong J. L'image du travail selon la génération Y. Une comparaison intergénérationnelle conduite sur 400 sujets grâce à la technique des cartes cognitives. Rev Int Psychosociologie. 2010;XVI(39):109-34.
33. Saba T. Les différences intergénérationnelles au travail : faire la part des choses. Gestion. 2009;34(3):25-37.

## Annexe 1 : Guide d'entretien auprès des conjoints de médecins spécialisés en médecine générale

### La rencontre

- Quand avez-vous rencontré votre conjoint.e (avant/pendant/après les études de médecine) ?
- À quelle occasion ? Où ? (sur quel territoire)
- Cette rencontre a-t-elle engendré une mobilité géographique ?
- Que pensiez-vous à cette époque du métier de médecin ?
- Est-ce que vous l'avez soutenu.e dans ses études et/ou dans l'exercice de son métier ? (en fonction du moment de la rencontre)
- **Saisir précisément le moment de la rencontre pour repérer comment en amont l'enquêté a pu contribuer ou non à différentes décisions (au niveau du choix de la MG, du choix du territoire, du choix de l'exercice libéral...)**

### L'exercice

- Pouvez-vous décrire la structure d'exercice de votre conjoint.e ? (MSP, MSC, cabinet, associés, paramédicaux, territoire...)
- L'exercice se situe à combien de kms (ou de temps) du lieu de domicile ?
- Votre conjoint évoque-t-il/elle avec vous ses difficultés en lien avec son exercice professionnel ?
- Votre conjoint évoque-t-il ses relations avec ses patients ?
- Vous parle-t-il/elle de ses collègues ? Est-ce que vous les avez déjà rencontrés ?
- Vous arrive-t-il de le/la voir sur son lieu de travail ?
- Quels sont ses horaires ? ses jours de travail ?
- Votre conjoint médecin travaille-t-il/elle le samedi ?
- Que pensez-vous de ces horaires ?
- **Saisir les attentes et perceptions de l'enquêté face à l'investissement professionnel de son ou sa conjointe médecin.**

### L'installation

- Au moment de son installation en exercice libéral, qu'avez-vous pensé de ce type de statut ? L'avez-vous encouragé pour cette décision ?
- Auriez-vous préféré qu'il/elle soit salarié.e ? Si oui ou non pourquoi ?
- Est-ce que vous l'avez aidé.e pour cette installation ? Si oui, comment ? (aide morale, logistique : travaux, peinture, aménagement...financière...) Si non pourquoi ?
- Cette installation a-t-elle fait l'objet d'arbitrages au sein de votre couple ? Est-ce que vous vous souvenez d'hésitations, d'inquiétudes....
- Si oui comment ces arbitrages ont-ils été négociés, surmontés... ?
- Le territoire d'installation a-t-il fait également l'objet d'une réflexion au sein du couple ?
- Comment s'est effectué le choix du territoire d'exercice ? Quels ont été les critères (proximité du domicile, infrastructures...) ?
- **Saisir les attentes et perceptions de l'enquêté.e face à l'installation de son conjoint médecin (craintes, inquiétudes, arbitrages, tensions...)**

- **Repérer comment l'enquêté.e a pu participer à la décision d'installation par rapport au territoire et/ou au mode d'exercice.**

### **L'organisation au sein du foyer domestique**

- Quel est votre emploi ?
- Quels sont vos horaires ?
- Pouvez-vous me raconter comment vous vous organisez au sein du foyer ?
- Pouvez-vous me raconter une semaine type ? un week-end type ? (Qui fait quoi ? Tâches domestiques : repas, vaisselle, courses, linge, ménage, jardin, extérieur), tâches parentales (logistique, déplacement, devoirs, rdv médicaux, loisirs enfant(s))
- Employez-vous quelqu'un pour la gestion de certaines tâches ? Si oui lesquelles ?
- Êtes-vous aidé par des membres de la famille (grands parents, tantes, oncles des enfants) ? Et des amis ?
- Par rapport à cette organisation, disposez-vous de temps personnel, libre ? (Loisirs : bénévolat, sport, pots avec des amis...)
- Et votre conjoint.e, dispose-t-il (elle) de temps personnel ?
- Comment vous organisez-vous pour les vacances ?
- Que pensez-vous de cette gestion domestique ? Êtes-vous satisfait de cette organisation domestique ? Si oui ou non pourquoi ?
- Que faudrait-il faire pour améliorer au mieux l'équilibre familial/professionnel dans votre foyer ?
- **Repérer les dimensions temporelles et l'investissement domestique de chacun.**
- **Repérer comment s'agence la conciliation vie professionnelle/ vie familiale.**
- **Saisir les attentes et perceptions de l'enquêté.e dans la sphère familiale/domestique en lien avec l'investissement professionnel du conjoint médecin.**

### **La rémunération**

- Que pensez-vous de la contribution financière des membres du foyer ? Êtes-vous satisfait de la répartition financière au sein de votre foyer ?
- Si ce n'est pas trop indiscret, pouvez-vous me dire s'il existe-t-il un écart de salaire entre vous et votre conjoint.e ? Si écart, que pensez-vous de cette différence de salaire ?
- **Repérer les tensions possibles en lien avec la rémunération**

### **Perceptions générales de l'exercice**

- Quel est selon vous le rôle d'un médecin généraliste ?
- Que pensez-vous de la désertification médicale que rencontrent certains territoires ?
- Certains élus ou habitants avancent l'idée de contraindre des médecins à exercer sur des territoires sous dotés, qu'en pensez-vous ?
- Quels sont selon vous les avantages de l'exercice libéral ?
- Quels sont les inconvénients ?
- Est-ce que vous avez d'autres choses à dire sur le sujet ?

Vu, le Directeur de Thèse

Dr ETTORI Isabelle  
Médecine générale  
371003914



Jean-Philippe  
FWOET

Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le

## **DUCHAMP DE LAGENESTE François-Xavier**

59 pages – 2 tableaux – 1 figure – 1 illustration

### **Résumé :**

**INTRODUCTION :** Les conditions d'installation des médecins généralistes constituent un sujet d'intérêt public. Les difficultés d'accès aux soins sont liées à une évolution de la densité médicale, insuffisante compte tenu de l'augmentation de la demande de soin au cours des dernières décennies, et à une évolution des pratiques des médecins. La plus grande implication professionnelle des conjoints de médecins, femmes ou pas, a induit une modification des négociations au sein des couples, influençant le mode d'exercice du médecin. L'objectif de cette étude est de recueillir et comparer le vécu et ressenti de deux générations de conjoints de médecins généralistes, en fin et en début de carrière, afin d'éclairer leur potentiel influence au moment de l'installation du médecin.

**MÉTHODE :** Cette étude qualitative rétrospective a été réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de deux groupes de huit conjoints de médecins généralistes. Ces entretiens ont été exploités à partir d'une analyse thématique, d'abord à l'échelle de chaque entretien, et ensuite transversalement. Enfin, les résultats de chaque groupe (en début et en fin de carrière) ont été comparés afin de proposer un modèle explicatif inspiré de la méthode par théorisation ancrée.

**RÉSULTATS :** Deux modèles d'organisation au sein des couples se dégagent. Un premier, majoritaire chez les jeunes, où les deux conjoints tendent à s'investir à part égale dans la sphère familiale et recherchent le meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie de famille. Un deuxième, plus représenté chez les anciens, où le médecin investit en priorité son activité professionnelle tandis que le conjoint s'adapte professionnellement au médecin et constitue le principal gestionnaire de la sphère familiale.

**DISCUSSION :** Les conjoints sont devenus des facteurs plus déterminants concernant l'installation des médecins généralistes. Les différences entre les deux générations de médecins émanent de plusieurs causes, dont le contexte d'installation des médecins, l'évolution générationnelle du rapport au travail, et une évolution dans les mentalités du rapport entre les deux sexes lors des négociations de couple.

### **Mots clés :**

**conjoint - installation - ethos professionnel - sphère familiale - couple - médecin généraliste**

### **Jury :**

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeurs de thèse : Docteur Isabelle ETTORI et Docteur Jean-Philippe FOUQUET

Membres du Jury : Docteur Lisa MESTRE

Docteur Bernard BURON

**Date de soutenance :** 16 Mai 2024