UCLouvain

Qu'est-ce qu'être mère et médecin généraliste à Bruxelles aujourd'hui, et qu'est-ce que cela implique pour la médecine générale de demain ?

Une étude qualitative par *focus groups*

Travail de fin d'étude du Master de spécialisation en médecine générale

2024-2025

Dre Lauranne Leysen

Promotrices :
Jamie Lee Fossion, Dre Kiwi Farber

REMERCIEMENTS

Avant tout, je vous remercie vous, les treize participantes, qui avez pris part aux entretiens de groupes. Merci pour votre présence, votre honnêteté, votre partage d'expérience, votre colère, votre joie et pour toute la solidarité et sororité dont vous faites preuve. Vous incarnez ce TFE, ce travail est en partie pour vous !

À Juliette Mogenet, pour son podcast *Comment j'ai retrouvé ma mère*, un travail d'une immense intelligence et qui mérite autant d'écoutes qu'il y a de mères sur terre. Merci pour nos quelques échanges écrits, les sources précieuses sur *l'éthique du care* de Joan Tronto que tu m'as transmises, et les dizaines de recommandations de lectures qu'il me tarde, encore, de lire.

À la Médecine Charline Marbaix, pour notre rencontre et ton partage de connaissances sur *le genre, le genre et la santé, la socialisation professionnelle*, et la *féminisation de la profession de médecin*. Tu m'as donné confiance, m'as donné à lire et as planté plein de graines d'arbres merveilleux.

À la Dre Sandrine Brutsaert et au Dr Pierre Yves Van Gils, les animateur·ices de mon séminaire loco-régional, pour votre écoute attentive et le coup de téléphone… !

À tous les membres de l'équipe de la Maison Médicale Le Noyer, pour vos encouragements, vos nombreuses attentions, vos regards, vos mots, les portes poussées. Merci pour votre soin et votre confiance.

À la Dre Kiwi Farber, tu as tout compris, tu as tout anticipé. Tu es une médecin, une mère et une femme extraordinaire.

À Jamie Lee Fossion pour ta pédagogie, ta réactivité, ton acuité, ta militance. Cette expression qui est la tienne, *mi-figue mi-raisin*, illustre tes propos toujours nuancés, certainement pas ta personne, d'une extrême intensité. Merci JL, merci beaucoup.

À mes amies et amis, François, Camille et Esther pour nos bêtises, nos combats et toutes nos joies. À Clémence et Doriane pour nos discussions et leurs infinies variations. À Marie, pour

la singularité de notre amitié. A vous tous et toutes, pour la vérité et la profondeur de nos échanges.

À Sylvain, pour tes yeux en pleine nuit, pour ta veille continuelle en plein jour. Pour tous les oiseaux, et pour tous les futurs.

À mon frère, pour ta logique, ta rigueur, ta science des mots, tes pas de côté et tes pas de danse. *Il y a la règle et l'esprit de la règle*, les Lumières existent encore tant qu'on les parle.

À ma sœur, à ma Grande Sœur. Ton écoute attentive, ton support continu, tes innombrables ressources, ta présence, tes invitations, ta justesse de réflexion, ton féminisme, ton indépendance, ta force et ton courage, ta créativité, ton amour. J'ai grandi avec une femme d'une telle complexité et d'un tel engagement. Je suis si reconnaissante que tu sois ma sœur.

À mon papa, pour m'avoir tant soutenue, écoutée, accompagnée, tout au long de ces années. Aucun mot ne suffira pour décrire l'étendue de ma gratitude. Merci, *cher confrère*, merci Papa.

À ma maman, pour absolument tout depuis bientôt 28 ans. C'est facile d'écrire, quand quelqu'un te lit. C'est facile de courir quand quelqu'un t'encourage sur le chemin. C'est plus facile encore de partir, quand quelqu'un est juste derrière toi. Merci d'avoir cru en moi, merci de croire en moi. A toi, tout particulièrement, merci Maman. Ce TFE est aussi pour toi.

Ce travail a été une expérience de transformation, me permettant d'explorer d'autres manières de penser le soin, le métier, l'engagement, et de rêver une médecine plus juste, plus habitée, plus vivante. Merci pour votre aide et votre immense soutien.

« Nous ne sommes peut-être que la moitié de l'humanité, mais nous l'avons créée tout entière. »

Julia Kerninon, *Être mère* (1)

« N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant. »

Simone de Beauvoir (2)

« Elle est la force et la tempête, mais aussi la beauté, la curiosité des choses, figure de proue qui m'ouvre l'avenir et m'affirme qu'il ne faut jamais avoir peur de rien ni de personne. »

Annie Ernaux, *La femme gelée* (3)

TABLE DES MATIERES

Résumé **1**

1 Introduction **2**

1.1 Le contexte actuel *2*

1.2 Les objectifs de la recherche *2*

1.3 La genèse du sujet *3*

1.4 Mon positionnement et ma subjectivité *4*

2 Méthodologie **5**

2.1 Le type de recherche *5*

2.2 Le cadre conceptuel *5*

2.3 Le cadre de la recherche *6*

2.4 L'échantillonnage et le recrutement *7*

2.5 La méthode de collecte des données *8*

2.6 La méthode d'analyse des données *8*

2.7 Les considérations éthiques *9*

2.8 Les limites méthodologique *10*

3 Résultats **11**

3.1 Les observations relatives aux entretiens de groupes *11*

3.2 Le processus de réflexion pour la présentation des résultats *12*

3.3 Le cadre théorique du mot « tension » *13*

3.4 Première partie : L'état des lieux du vécu des participantes *13*

3.4.1 Les facteurs individuels et organisationnels 13

- Les facteurs familiaux et personnels 14
- Les facteurs professionnels 16

3.4.2 Les normes sociales et injonctions de la maternité et du rôle de médecin 17

- La charge domestique et mentale 18
- L'éthos professionnel en mutation 21
- L'*éthique du care* et son impact 23

3.5 Deuxième partie : les pistes et perspectives *25*

3.5.1 Les stratégies d'adaptation individuelles et collectives 26
- Le lâcher-prise et la redéfinition des priorités 26
- La recherche d'un équilibre personnel et professionnel 27

3.5.2 Des changements structurels et des modèles organisationnels plus adaptés 28
- Le renforcement des politiques publiques de soutien à la parentalité 28
- Une optimisation des modes d'exercices pour alléger la charge individuelle 30

3.5.3 L'évolution des mentalités et la transformation des valeurs professionnelles 31
- Ce que la maternité apporte au métier 31
- Un questionnement de la valeur du travail en médecine 32
- Une intégration de la parentalité dans la formation et la carrière 34
- Une répartition équitable des rôles dans le couple 35

4 Discussion 36

4.1 Les résultats principaux et les implications de cette recherche 36

4.1.1 L'articulation des *tensions* au quotidien 36

4.1.2 Des pistes pour une meilleure conciliation et une médecine plus soutenable 37
- Les savoirs expérientiels comme ressources professionnelles 37
- Des enjeux de santé publique 38
- L'éthos professionnel sous l'angle de l'éthique du *care* 38
- La persistance des inégalités de genre 40

4.1.3 Soutenir les mères, renforcer la médecine générale 40

4.2 Les forces et faiblesses de l'étude 41

4.3 Les perspectives en lien avec cette recherche 43

5 Conclusion 44

Bibliographie 46

Annexes 51

RESUME

Introduction. La féminisation de la médecine générale ne s'est pas accompagnée d'une remise en question des structures professionnelles, laissant la maternité encore invisibilisée. Ce travail de fin d'étude explore cette réalité en interrogeant l'articulation entre maternité et exercice médical, dans un contexte de pénurie, de charge de travail élevée et d'exigence de disponibilité. **L'objectif** est de dresser un état des lieux de la situation des mères médecins généralistes à Bruxelles et de dessiner des perspectives pour une médecine générale plus inclusive et adaptée aux réalités contemporaines, notamment en termes de répartition des responsabilités et d'évolution des normes sociales et professionnelles.

Méthodologie. Cette recherche qualitative repose sur une analyse thématique par entretiens collectifs auprès de treize mères médecins généralistes exerçant à Bruxelles. Le recrutement s'est fait par bouche-à-oreille et méthode boule de neige. La grille d'entretien semi directif s'est basée sur : la conciliation des rôles de femme, mère et médecin ; les modèles de rôles ; la féminisation de la médecine ; l'évolution de l'éthos professionnel ; *l'éthique du care* et la socialisation ; les pistes pour l'avenir de la profession.

Résultats. Cette partie est construite autour de *l'état des lieux des tensions* vécues par les participantes sous les angles du vécu et de l'organisationnel, puis au niveau systémique et des normes sociales. Ensuite, se dressent *les pistes et perspectives d'avenir* pour une réduction de ces tensions, en leur appliquant une différenciation au niveau individuel, collectif et institutionnel.

Conclusion. En articulant les dimensions professionnelles, personnelles, politiques et structurelles, cette recherche a permis d'interroger l'expérience de la maternité comme source potentielle de transformation : dans la pratique médicale et le lien patient-médecin ; dans l'éthos professionnel dit « traditionnel » mis en perspective avec une éthique du *care* ; dans l'organisation genrée de la profession.

Mots clés. Mère, Médecin généraliste, Socialisation, Féminisation de la médecine, Ethos professionnel, Conciliation, Care, QC2 Question de genre, QD12 Relation médecin-patient.

1 INTRODUCTION

1.1 LE CONTEXTE ACTUEL

La médecine générale a longtemps été une profession majoritairement masculine, façonnée par un éthos professionnel (4) valorisant l'engagement total et la disponibilité permanente. Aujourd'hui, cette réalité évolue. En Belgique, comme dans de nombreux pays, les femmes sont désormais majoritaires (5) parmi les nouvelleaux médecins généralistes. Pourtant, cette féminisation de la profession ne s'est pas accompagnée d'une remise en question profonde des structures (6) et des attentes qui la régissent. La maternité, notamment, reste largement invisibilisée (7) dans les parcours professionnels, considérée comme une réalité individuelle à gérer plutôt qu'un enjeu collectif nécessitant des adaptations structurelles au sein de la profession.

Or, concilier la maternité et l'exercice de la médecine générale implique de naviguer entre plusieurs injonctions sociales parfois contradictoires. L'éthos professionnel, c'est-à-dire les manières de faire et de penser d'une profession (8), s'incarne pour la médecine autour d'une conception traditionnelle d'un métier exigeant une disponibilité constante, une charge mentale importante et une implication émotionnelle forte auprès des patiente·s. Parallèlement, la parentalité reste une responsabilité inégalement répartie, les femmes assurant encore aujourd'hui une part prépondérante du travail domestique et éducatif (9).

1.2 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Cette étude vise à explorer les expériences des mères médecins généralistes à Bruxelles afin de mettre en lumière les réalités de leur quotidien et les tensions qu'elles rencontrent :

Comment ces rôles s'articulent-ils dans la vie quotidienne des mères médecins généralistes ? Quels arbitrages, contraintes et adaptations sont nécessaires pour jongler entre ces différentes sphères ?

Il s'inscrit également dans une perspective féministe en analysant les enjeux plus larges liés à la féminisation de la profession, à la répartition genrée du temps de travail et des charges domestiques et à la mutation de l'éthos professionnel médical :

Comment ces femmes construisent-elles leur parcours professionnel, maternel et personnel, et dans quelle mesure la médecine générale contemporaine prend, ou ne prend pas, en compte ces réalités ? Quelle est l'influence du statut de mère sur la pratique de médecin généraliste dans la prise en charge des patientes et patients, et sur la relation thérapeutique qui en découle ?

Enfin, sur base de cet état des lieux, ce travail entend ouvrir une réflexion sur l'avenir de la profession :

Comment repenser l'organisation du travail en médecine générale pour mieux soutenir la parentalité, et plus largement, le bien-être des soignantes et soignants, à l'aune d'une pénurie de professionnel·les de santé déjà bien amorcée ? (10) Quelles transformations permettraient d'assurer des conditions de travail plus équitables, sans accentuer les inégalités ni individualiser les solutions, tout en renforçant durablement la première ligne de soin ?

Si cette recherche se concentre sur les médecins généralistes, elle vise aussi à questionner plus largement notre rapport au travail, les dimensions du *care* (11) et du *cure*, et les exigences d'investissement au niveau professionnel.

Quelles tensions émergent de cette articulation entre soin des autres et soin de soi, entre éthique professionnelle et engagement maternel ?

1.3 LA GENESE DU SUJET

Ce travail de fin d'étude est né d'un questionnement personnel sur la place de la maternité dans nos sociétés et, plus particulièrement, dans les professions du soin.

Ma question s'est construite à la suite de l'écoute du podcast *Comment j'ai retrouvé ma mère* de Juliette Mogenet, et Audrey Lise Mallet (12), les autrices et rédactrices. Ce podcast a été un point de bascule dans ma compréhension de ce qu'implique la maternité aujourd'hui. Ce récit intime et universel révèle les défis colossaux de la maternité dans nos sociétés contemporaines, marquée par l'injonction à l'excellence, la charge mentale invisible et les tensions entre attentes normatives et identité personnelle.

En tant que médecin généraliste en formation, ce questionnement s'est naturellement déplacé vers mon propre milieu professionnel. La médecine générale est une profession dite de *vocation,* marquée par une charge de travail conséquente, une implication émotionnelle forte et une exigence de disponibilité (4).

Les valeurs construites par la société autour du genre et de la maternité (disponibilité, soin, dévotion) sont parfois similaires à celles entendues pour décrire la profession de médecin généraliste.

Interroger la place de la maternité en médecine générale, c'est aussi, plus largement, interroger la manière dont notre société envisage le soin, l'équilibre de vie et les conditions de travail des femmes.

1.4 MON POSITIONNEMENT ET MA SUBJECTIVITE

En tant que femme et future spécialiste en médecine générale, je reconnais que mon parcours personnel et mes convictions nourrissent cette réflexion. Bien que je ne sois pas mère, ma sensibilité à ces enjeux m'invite à explorer, avec engagement et humilité, les réalités complexes des mères médecins généralistes.

Ma double posture me semble essentielle pour comprendre les défis que ces femmes rencontrent et ouvrir des perspectives genrées pour la profession. Mon point de vue est dès lors bel et bien situé (13). Ce « facteur individuel » appelé subjectivité, est intrinsèque à la production de données (14). S'il est inévitable, il peut néanmoins être contrôlé en explicitant sa posture subjective et en s'assurant du respect d'une rigueur scientifique des connaissances produites, au travers d'une méthodologie solide et d'une analyse méticuleuse des résultats.

Énoncer ma subjectivité en tant que chercheuse me parait également essentiel dans un souhait d'authenticité et de transparence. Je reconnais que mes valeurs et mon regard influencent mon analyse.

Ce travail est écrit en écriture inclusive, suivant plusieurs des règles de grammaire explicitées dans l'ouvrage d'Eliane Viennot « Le langage inclusif, pourquoi, comment » (15).

2 METHODOLOGIE

2.1 LE TYPE DE RECHERCHE

Ce travail s'inscrit dans une démarche de recherche qualitative, visant à explorer le vécu et les perceptions des mères et médecins généralistes à Bruxelles. La recherche qualitative (16) favorise l'exploration des discours et la compréhension des dynamiques complexes liées à l'articulation de la maternité et de la pratique médicale, ainsi que les implications de la féminisation croissante de la profession, accompagnant un éthos professionnel en évolution. À partir d'entretiens de groupes (*focus group*) (17), cette approche permet de recueillir des discours et d'analyser les représentations et les stratégies mises en place par les participantes, liées par leurs expériences communes, pour gérer à la fois leurs rôles de médecins généralistes, de mères et de femmes. Cette démarche autorise aussi l'émergence d'idées et de pistes de réflexions pour l'avenir de la profession.

2.2 LE CADRE CONCEPTUEL

Pour construire ce travail de recherche, j'ai tout d'abord mené une exploration de la littérature scientifique en m'appuyant sur plusieurs mots-clés du thème d'étude : *mère, médecin, femme, conciliation, féminisation de la médecine* et *éthos professionnel*.

Ces termes ont été enrichis par d'autres notions clés apparues lors d'entretiens exploratoires non directifs, permettant d'affiner le cadre conceptuel de l'étude. D'abord, la rencontre avec la Médecine Charline Marbaix, spécialiste en médecine générale avec un tropisme pour les inégalités de genre dans notre système de santé, a mis en lumière deux thématiques fondamentales : la *socialisation professionnelle* (18) et la notion de *genre en santé* (19). Ensuite, l'échange avec Juliette Mogenet, autrice du podcast *Comment j'ai retrouvé ma mère* (12), a été essentiel pour approfondir la réflexion sur l'*éthique du care (11)*, un concept central de ce travail.

La revue de la littérature (sources scientifiques), la recherche documentaire (littérature grise) et les entretiens exploratoires ont permis de délimiter le champ de la recherche et de constituer le cadre conceptuel. Parmi les autrices de ces champs d'études, Nicky Le Feuvre et Nathalie Lapeyre (19) analysent la *féminisation de la médecine* et ses conséquences sur les

carrières et les identités professionnelles. Les travaux d'Emmanuelle Zolesio (20) apportent un éclairage sur l'*éthos professionnel* et les processus de *socialisation* qui en découlent. Enfin, Joan Tronto (11) propose une réflexion approfondie sur l'*éthique du care*, qui interroge la place du soin et de la responsabilité dans nos sociétés.

Les recherches pour délimiter le cadre conceptuel de l'étude ont été initiées au mois d'avril 2024 lors de la remise de la grille TFE. La suite s'est poursuivie à partir du mois d'octobre 2024, en s'intensifiant jusqu'à l'élaboration finale de la grille d'entretien semi-directif (21) en décembre 2024 (Annexe 1).

Cette grille a été élaborée à partir d'éléments divers. D'abord, les *injonctions paradoxales* (22), qui mettent en évidence les tensions entre conflit et conciliation par rapport aux injonctions normatives de l'exercice du métier de médecin généraliste lorsqu'on est aussi mère. Ensuite, la question des *modèles de rôles* et de la construction de l'*identité professionnelle* (18), qui interroge la manière dont la parentalité est prise en compte dans la formation et la carrière des médecins. La *féminisation de la médecine* et l'*évolution de l'éthos professionnel* (23) constituent également un axe central, permettant d'interroger les transformations du métier en lien avec l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Enfin, l'*éthique du care* (11) offre un cadre d'analyse essentiel pour comprendre les dynamiques de genre à l'œuvre dans la médecine générale et dans notre société en général. Ces concepts ont servi de base au codage des retranscriptions des entretiens et à l'analyse de ceux-ci (codage déductif).

2.3 LE CADRE DE LA RECHERCHE

L'étude a été menée à Bruxelles (24,25), un contexte urbain marqué par une diversité de modèles de pratiques de médecine générale tels que les maisons médicales au forfait et à l'acte, les pratiques de groupe, médecin « solo », etc. Cette médecine de première ligne bruxelloise est ancrée dans un travail en réseau, de proximité et multidisciplinaire. La capitale belge constitue un terrain pertinent en raison des défis spécifiques (26) qu'elle pose aux médecins généralistes tant en termes de densité et d'hétérogénéité sociale et culturelle de la population, d'accès aux soins, de complexité des institutions et d'équilibre entre travail et vie privée. Ce dernier enjeu se pose de manière spécifique à Bruxelles, où l'organisation

de la continuité des soins (notamment via des systèmes de garde centralisés, des services de régulation médicale, et un réseau plus dense de structures de soins) permet théoriquement une meilleure répartition de la charge de travail, ouvrant potentiellement plus de marges pour une articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, même si cette articulation reste, en pratique, complexe et inégalement répartie.

La période de collecte des données s'est déroulée au mois de février 2025.

2.4 L'ECHANTILLONNAGE ET LE RECRUTEMENT

L'échantillon est composé de médecins généralistes en activité, exerçant à Bruxelles, ayant entre un et plus de dix ans d'expérience post-assistanat, et étant mères d'au moins un·e enfant. Une diversité des profils a été recherchée en termes de type de pratique (solo, groupement, maison médicale, etc.) et également en termes de statut (indépendante, salariée, mixte), de volume horaire (temps plein, temps partiel) et d'organisation familiale (familles monoparentales, familles nucléaires, couples divorcés,…). Ces critères d'inclusion permettent d'explorer le champ d'étude, à savoir la manière dont la maternité impacte la construction de l'identité professionnelle et l'organisation du travail pour les mères médecins à Bruxelles. Les assistantes en médecine générale n'ont pas été intégrées à l'étude.

Le recrutement des participantes s'est effectué dans un premier temps via une annonce auprès des réseaux bruxellois de médecins généralistes (GLEM) et par le bouche à oreille à partir de ceux-ci. Par la suite, une approche en boule de neige a été utilisée : les participantes ayant accepté, ou non, de participer ont été invitées à partager l'invitation avec d'autres paires répondant aux critères d'inclusion. Deux médecins contactées étaient indisponibles mais elles ont relayé l'invitation à leur réseau (GLEM). Les premières prises de contact ont été réalisées par courriel, où les objectifs de l'étude et les modalités de participation ont été présentées. Une fois les participantes identifiées, l'organisation des entretiens a été facilitée via l'outil Framadate**,** permettant de convenir collectivement des disponibilités.

2.5 LA METHODE DE COLLECTE DES DONNEES

La méthode de l'entretien de groupe (*focus group*) (17) a été choisie, permettant de stimuler une réflexion collective et de faire émerger des points de vue variés par l'interaction entre les participantes. Deux groupes de discussion ont été organisés, de six et sept participantes, afin de garantir une diversité de profils, tout en permettant une discussion fluide.

Un soin particulier a été apporté à l'établissement d'un cadre propice aux échanges (27) dès le début de chaque session. Les entretiens ont eu lieu dans une salle sur mon lieu de travail, à la fermeture de celui-ci. Un espace convivial a été aménagé avec des chaises placées en cercle, avec, en leur centre, une table basse où trônaient de la nourriture et des boissons. Dès le début, il a été précisé que la discussion durerait environ deux heures et le cadre, pour garantir le respect de la parole de chacune, a été explicitement posé. Lors de la première session, j'ai pris le rôle de facilitatrice. Lors de la deuxième session, j'ai pris le rôle d'observatrice, quand mon accompagnatrice de terrain, Jamie Lee Fossion, sociologue, a pris celui de facilitatrice. Le premier entretien a été retranscrit intégralement avant que le deuxième n'ait lieu, permettant d'orienter la discussion vers davantage de thèmes moins approfondis lors de la première session.

Les rencontres ont été enregistrées, avec le consentement (Annexe 2) préalable des participantes en début d'entretien, afin de permettre une retranscription fidèle (Annexe 8 et Annexe 9) et une analyse approfondie des échanges. La confidentialité a également été assurée : les données ont été anonymisées et stockées de manière sécurisée dans un disque dur externe. Les enregistrements seront détruits à la validation de ce travail de fin d'étude.

En amont des entretiens, un document pour recueillir les données sociodémographiques (caractéristiques professionnelles et familiales), utiles à l'étude, a été distribué aux participantes. Un tableau les résumant se trouve en annexe (Annexe 3).

2.6 LA METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode d'analyse thématique. Après une première lecture approfondie des retranscriptions, j'ai procédé à un codage mixte des données, à l'aide du logiciel de codage « Taguette ». Ce codage était inductif par le biais de

codes émergents comme « l'âge des enfants » ou « la composition de l'équipe ». Il était aussi déductif, via des codes prédéfinis tirés du cadre conceptuel, tels que la « charge mentale », « la socialisation », « l'éthos professionnel », etc. Chaque extrait a été analysé, reprenant chaque fois plusieurs codes plus ou moins distincts, reflétant la complexité des expériences évoquées. Les codes utilisés et des exemples de codage se trouvent en annexe (Annexe 4).

Afin d'organiser et visualiser les liens entre les différents thèmes apparus lors du codage, une approche de mindmapping a été utilisée (Annexe 5). Cet outil a permis de structurer les codes sous forme de cartes heuristiques, auxquelles ont été ajoutés des liens (linéaires, mutuels, en domino) mettant en évidence les connexions entre les différentes dimensions du vécu des participantes. Sur base de cette modélisation, une analyse transversale (inter-entretien) des thèmes a été appliquée. Celle-ci est présentée à la partie résultat.

L'analyse thématique est la méthode rencontrant au mieux les objectifs de cette étude. Effectivement, c'est en identifiant, en organisant et en interprétant les thèmes récurrents des données, ainsi que les dissonances, que je peux proposer un état des lieux de la situation des mères médecins généralistes à Bruxelles et dessiner des perspectives pour une médecine générale plus inclusive et adaptée aux réalités contemporaines.

2.7 LES CONSIDERATIONS ETHIQUES

Un document reprenant les objectifs de l'étude avait été préalablement envoyé par mail et les participantes ont donné leur consentement éclairé le jour de l'étude, avant les entretiens (Annexe 2).

Aucune information permettant clairement d'identifier les participantes n'a été conservée. Cette recherche s'inscrit dans une démarche éthique visant à respecter la parole des médecins généralistes interrogées et à restituer leurs témoignages de manière rigoureuse.

Ce travail a fait l'objet d'une demande auprès du Groupe interuniversitaire d'Éthique Médicale (GIEM) et a ensuite reçu un avis favorable du Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire Saint Luc - UCLouvain. Les captures d'écran de leurs courriels se trouvent en annexe (Annexe 6).

2.8 LES LIMITES METHODOLOGIQUE

Bien que le protocole de départ ait été respecté tant dans les critères d'inclusion, que dans la démarche de recueil et d'analyse des données, cette étude présente quelques limites méthodologiques.

D'abord, son cadre géographique est limité à Bruxelles, dont les spécificités en termes de pratiques médicales et d'équilibre travail-vie privée peuvent ne pas être généralisables à d'autres contextes (24,25,26).

Ensuite, le profil des participantes manque de diversité sur certains aspects : les identités LGBTQIA+ ainsi que les diversités ethniques sont peu représentées. De plus, deux participantes font partie de mon réseau professionnel, ce qui a pu constituer un biais de désirabilité et influencer les échanges. Les femmes exerçant une double carrière (académique, politique…) ont toutes décliné l'invitation, invoquant un manque de temps à m'accorder. Ne constituant pas le public cible de cette étude, aucun homme, père ou non, médecin généraliste ou non, n'a pris part à l'étude, il en est de même pour les femmes non mères.

De plus, la méthode de *focus groups* présente aussi des limites. L'échantillon était restreint. Le biais de désirabilité sociale et le biais de conformité ont pu influencer les discours. Le changement de facilitatrice entre les deux sessions a potentiellement modifié la dynamique des échanges. Certains thèmes abordés, comme la charge mentale et le burnout, ont été émotionnellement sensibles pour certaines participantes.

Enfin, concernant l'analyse, bien que l'approche thématique, le mindmapping et l'application d'une réflexion transversale aient structuré les résultats, ma subjectivité de chercheuse dans le codage et l'analyse reste un facteur à considérer. Le sujet d'étude étant multifactoriel, la profondeur des récits a donné lieu à une grande diversité de thématiques à traiter. Cela a nécessité des arbitrages complexes dans l'analyse pour prioriser les liens et aspects à mettre en discussion.

Pour limiter ces biais, j'ai pris soin d'inscrire ce travail dans une approche qualitative rigoureuse**,** en respectant au mieux les principes de l'analyse inductive (16) : immersion dans

les données, sensibilité au contexte, attention aux nuances et posture réflexive. Cette dernière a été adoptée tout au long de la recherche et s'est traduite par une attention constante à l'influence de ma position sur les différentes étapes du processus, de la construction de la grille d'entretien à l'analyse des données. J'ai ainsi régulièrement interrogé mes propres présupposés et émotions face aux discours recueillis. Cette réflexivité a également été alimentée par des échanges réguliers avec mon accompagnatrice de terrain, Jamie Lee Fossion, dans une démarche de mise à distance critique.

3 RESULTATS

Premièrement, des éléments observés pendant les entretiens de groupes sont exposés afin de rendre compte des interactions propres à cette méthode de récolte de données.

Deuxièmement, le processus de réflexion menant à la présentation des résultats est développé (codage mixte, mindmapping et analyse transversale).

Troisièmement, les résultats eux-mêmes, illustrés par les verbatims, sont organisés d'abord autour de *l'état des lieux des tensions* vécues par les participantes sous les angles du vécu et de l'organisationnel, puis au niveau systémique et des normes sociales. Ensuite, sont présentées *les pistes et perspectives d'avenir* pour une meilleure conciliation, en leur appliquant une différenciation au niveau individuel, collectif et institutionnel.

3.1 LES OBSERVATIONS RELATIVES AUX ENTRETIENS DE GROUPES

Cette recherche a rassemblé treize mères médecins généralistes à Bruxelles, ayant entre un et plus de dix ans d'expérience, post-assistanat. Six d'entre elles sont salariées et sept sont indépendantes. Leurs caractéristiques professionnelles et socio-démographiques peuvent être consultées en annexe (Annexe 3).

Dès le début des entretiens, l'investissement des participantes s'est manifesté par leur réactivité et leur ponctualité : aucune n'était absente ni en retard. La constitution d'un échantillon est souvent le défi de ce type d'étude et s'est ici révélé très fluide. Cela témoigne, il me semble, de la portée fédératrice de ce sujet. Les participantes ont plusieurs fois exprimé leurs appréciations à l'égard de cette rencontre.

MM3 : « Ça me fait hyper plaisir de lire ce genre de titres de TFE que j'adore. J'en ai lu quelques dizaines déjà des TFE et c'est la première fois, donc, que je suis ravie car je me sens pour une fois hyper concernée. »

MM6 : « J'étais hyper ravie de lire le titre du TFE, de dire : Ça va être agréable d'en discuter, je pense que qu'il y a des choses à dire. »

L'atmosphère détendue et le cadre bienveillant, favorisant l'écoute mutuelle et le partage d'expériences, ont permis aux participantes de s'exprimer avec assertivité, sans honte ni retenue, y compris lorsqu'il s'agissait d'évoquer leurs difficultés. La dynamique du groupe était marquée par un respect de la parole de chacune et une répartition équitable du temps d'expression. Les participantes ont fait preuve d'une grande attention les unes envers les autres, et tout au long des discussions, de nombreux signes d'empathie et de réassurance, tant verbaux que non verbaux, ont été observés. Malgré leurs différences, notamment en termes de statuts ou de types de pratique, je n'ai pas perçu de position jugeante ni de rapport de pouvoir entre elles, mais plutôt une curiosité bienveillante par exemple sur ce qu'implique la pratique de la médecine en maison médicale ou en « solo ».

Ce climat d'entraide s'est prolongé au-delà du temps imparti : les participantes sont restées après la fin officielle de la séance, poursuivant les échanges de manière informelle et témoignant du soutien à celles qui avaient partagé des difficultés particulières.

3.2 LE PROCESSUS DE REFLEXION POUR LA PRESENTATION DES RESULTATS

L'analyse des données, issues des retranscriptions (Annexe 8 et Annexe 9) des entretiens, a débuté avec l'application d'un codage mixte : le codage déductif, défini à partir du cadre conceptuel de l'étude, parallèlement au codage inductif, par l'identification de codes émergents.

Ces codes (Annexe 4) ont ensuite été regroupés en différentes catégories thématiques, organisées sous forme de triptyques interconnectés. Cela a établi les premières associations entre variables codées, visualisables par un mindmap (Annexe 5).

L'analyse de cette cartographie a révélé la récurrence de la variable *tensions* au sein des triptyques. Toutefois, traiter chaque tension de manière isolée dans son propre triptyque s'est avéré peu pertinent, car elles s'entrecroisaient et se recoupaient. Au fait de cette

complexité, une approche transversale des liens entre les patterns codés s'est imposée comme la plus adaptée pour rendre compte de l'interdépendance de ces tensions. Ce cadre d'analyse permet ainsi d'appréhender ces dynamiques de manière intersectionnelle croisant les différentes appartenances des participantes : le genre (féminisation de la profession, maternité) et le statut socio-économique (type de pratique professionnelle, temps de travail, etc.) ainsi que le capital social (soutien, réseau parental, etc.) mais aussi les organisations sociales, politiques et économiques de la profession de médecin généraliste et du statut de mère.

3.3 LE CADRE THEORIQUE DU MOT « TENSION »

Dans cette analyse, le terme de *tension* (28) est préféré à celui de *conflit*, qui suppose un affrontement entre parties opposées. La notion de tension, elle, permet d'évoquer la cohabitation de normes, valeurs ou attentes contradictoires au sein d'un·e même individu·e ou groupe social, sans nécessairement un affrontement explicite. Elle rend compte de ce tiraillement intérieur propre aux sociétés contemporaines, où les sphères de vie (professionnelle, familiale, morale) tendent à se spécialiser et à s'autonomiser, tout en continuant d'exiger un engagement total.

> *MM2 : « Ce tiraillement, toujours entre les deux, de vouloir faire à 100% chacune des deux fonctions et de se rendre compte qu'on ne sait pas le faire à 100% chacune des deux, qu'on n'a pas envie de renoncer ni à l'une ni à l'autre. Finalement, pas qu'on se coupe en mille pour y arriver, mais en effet, au prix de soi, parfois. »*

3.4 PREMIERE PARTIE : L'ETAT DES LIEUX DU VECU DES PARTICIPANTES

L'objectif de cette partie est de mettre en lumière ces tensions, et d'explorer les manières dont elles sont vécues, négociées ou contestées par les participantes de l'étude. Cette partie comporte deux sections : une première sur les facteurs individuels et organisationnels et une deuxième sur les normes sociales et injonctions de la maternité et du rôle de médecin.

3.4.1 Les facteurs individuels et organisationnels

Les tensions que vivent les femmes interrogées sont influencées par des éléments socio-économiques, le capital social, et le parcours individuel. Plus précisément, ces éléments sont d'ordre :

- Familiaux et personnels : l'âge des enfants, le soutien familial et relais extérieurs, le statut et le travail du partenaire, sa vie de femme.
- Professionnels : le type de pratique, le statut professionnel, la rémunération.

➢ Les facteurs familiaux et personnels

L'âge des enfants influence la conciliation entre maternité et médecine. Avec un·e jeune enfant, les contraintes sont fortes : maladies, horaires de crèche stricts, adaptation à un nouvel équilibre. Plusieurs médecins évoquent la difficulté de jongler avec ces impératifs. Avec le temps, une amélioration se profile : les participantes parlent d'une « *éclaircie* » (MM5) à mesure que leurs enfants grandissent. Plus âgé·es, iels comprennent mieux le métier de leur mère. Une médecin souligne qu'à 10 ans, sa fille s'adapte davantage, alors qu'enfant, elle exprimait son incompréhension : « *Pourquoi tu t'en vas ?* » (MM3).

> *MM1 : « C'est tout nouveau pour moi et c'est intense, positivement aussi, mais au niveau organisationnel, je trouve que ce n'est pas évident. Parce que même au niveau des horaires, la crèche, elle ferme à 17h45 et encore à 17h45, c'est le dernier et c'est horrible… »*

Le soutien familial et les relais extérieurs jouent un rôle clé dans l'équilibre entre maternité et médecine. Avoir un conjoint impliqué est déterminant, comme l'exprime une médecin : « *Heureusement que mon conjoint était là* » (MM6). Certaines s'appuient sur l'aide des proches. D'autres, en l'absence de famille disponible, font face à une organisation plus complexe, voire éprouvante. Les participantes dont les belles-familles vivent dans un autre pays soulignent ainsi la difficulté d'évoluer sans réseau de soutien proche (MM6, MM9). Une participante, ex-maman solo, exprime, sans surprise que : « *C'était compliqué* » (MM3).

> *MM6 : « Heureusement que mon conjoint était là aussi, finalement. Quand on est seule, c'est quelque chose que j'aurais pas fait. »*

Dans la même lignée, le statut et le travail du partenaire influencent fortement l'organisation familiale. Certaines bénéficient d'un partenaire au travail flexible, facilitant le partage des responsabilités : « *Il fait beaucoup de télétravail et c'est génial* » (MM10). D'autres, avec un conjoint aux horaires fixes ou exigeants, doivent composer avec moins de souplesse. Avoir un compagnon médecin peut être un atout en termes de compréhension,

mais aussi une contrainte : « *Ça me cadenasse* » (MM11), témoigne une participante, soulignant l'obligation stricte de respecter les horaires familiaux.

> *MM9 : « Il est aussi indépendant, il a aussi des gros horaires, tout ce qu'on veut. Voilà... Il doit bosser, il bosse, il est là, c'est 9h00, 18h00 tous les jours et c'est comme ça. »*

Être soutenue dans son couple semble donc être un élément déterminant, **mais les différences de perception du travail entre partenaires** peuvent aussi créer des tensions. La charge mentale des médecins, constamment sollicitées, contraste parfois avec celle de leur partenaire. La parentalité ayant aussi son lot de sollicitations, certaines affirment avoir du mal à se faire comprendre de leur partenaire et avoir besoin d'un temps de pause : « *J'ai besoin d'être dans le silence de 20h à 22h* » (MM8). L'incompréhension peut peser, notamment sur la nécessité de décompresser après des décisions lourdes au travail : « *Il ne comprend pas, j'ai l'impression d'être non-stop sollicitée* » (MM9). Certaines encore hésitent à affirmer la priorité de leur métier, tiraillées entre leur engagement professionnel et leur rôle maternel.

> *MM12 : « Moi, j'ai du mal à, avec mon mari qui n'est pas médecin du tout, qui est vraiment d'un autre milieu, à lui transmettre l'importance du métier. »*
>
> *MM10 : « Je trouve que c'est difficile en tant que mère, en tant que femme, de se dire qu'on va peut-être faire passer le job en premier. Parfois, on a envie, mais de se faire ce lâcher prise là, je n'ose pas. Et à certains moments, je voudrais pouvoir me dire : Si, tu vas peut-être chercher en hiver un peu plus souvent les enfants que moi parce que j'ai ces imprévus et que c'est mon type de travail, j'ai envie de mettre mon travail un peu avant. Mais je n'ose pas parce que je me dis que c'est mon rôle de mère aussi, et d'un côté je suis contente de le faire. »*

Plusieurs participantes expriment que leur **«** *couple passe en dessous de tout* » (MM13), d'autres disent que « *c'est aussi notre vie à nous, les amis, le sport, tout ça* » qui leur échappe (MM11). Que parmi les rôles de mères et médecins, « *ce qui est le plus dur à rajouter dedans, c'est celui de nouveau, en tant que femme, en tant que compagne aussi. Chez moi, ça ne se met pas. Je trouve pas* » (MM3). Certaines d'entre elles sont parvenues à trouver un certain équilibre et l'une d'entre elles livre un beau témoignage :

> *MM8 : « C'est vrai que d'un point de vue organisationnel, je trouve que c'est un petit challenge, c'est un peu le challenge de ma vie. Mais en fait, je trouve que les trois, le rôle de femme, de mère et de médecin généraliste, personnellement, aujourd'hui, en*

fait, me définissent. Mais dans un sens très positif. Finalement, au-delà de l'aspect organisationnel qui est compliqué, c'est comme ça que je m'épanouis aujourd'hui. Et du coup, moi, je trouve ça, pour moi en tout cas, positif parce que ça... J'étais d'abord médecin généraliste, puis je suis devenue maman. Et en fait, j'ai une sensation de plénitude tant d'un point de vue professionnel que personnel. »

- **Les facteurs professionnels**

Le type de pratique médicale influence le degré de conciliation travail-famille. En maison médicale ou en pratique de groupe, le soutien des collègues facilite les absences imprévues : « *On se comprend, on peut facilement être remplacée puis les collègues prennent le surplus, et puis l'inverse* » (MM10). Cependant, plusieurs médecins indépendantes, en pratique de groupe, expriment être souvent sollicitées, même en congé : « *Je ne sais jamais être complètement off* » (MM9), soulignant la difficulté de se déconnecter totalement de ses patient·es. Ce cas de figure n'est pas la règle non plus, une médecin indépendante en pratique solo ne relève pas cette difficulté du tout et estime que le réseau de médecins dans sa commune est solide et disponible pour prendre le relais quand nécessaire. Le travail en équipe peut apporter un grand soutien, mais les réunions, souvent nombreuses en maisons médicales, peuvent alourdir encore la charge de travail. Le travail en équipe diminue également la liberté de son horaire et à cela s'ajoute aussi la responsabilité du collectif.

MM12 : « Je pense que le travail en équipe peut être pesant aussi dans le temps. Et que ça rajoute aux patients et à être mère. En plus, la vie de ton équipe ne va pas toujours bien. Ça peut être un poids. »

Le travail en équipe est une chose, mais **la composition de l'équipe** en est une autre, et joue un rôle clé dans la conciliation maternité-travail. Travailler avec des collègues partageant des expériences similaires apporte soutien et compréhension : « *On était de la même génération, on a toutes des enfants, on a toutes un peu les mêmes modèles, on a envie de travailler de la même manière* » (MM3). À l'inverse, une équipe majoritairement non-parentale ou plus âgée peut générer de l'incompréhension, voire du jugement : « *Tu t'absentes encore ?* » (MM9), ou bien : « *C'est bon, on a compris qu'ils ne dormaient pas.* » (MM5). Cette dynamique peut limiter la liberté de s'absenter ou de prendre un congé de maternité pleinement assumé.

MM2 : « Moi, j'ai toujours été la seule jeune femme. Ils étaient un peu plus âgés. [Collègue] jeune papa, qui est très impliqué dans sa vie de père, mais qui est quand même un homme. Je n'ai pas pu prendre... Je ne me suis pas autorisée, en tout cas, à prendre des longs congés de maternité. »

Le statut professionnel influence fortement le temps de travail et la gestion de la maternité. Les indépendantes font face à une pression financière : « *Je ne me suis pas autorisée à prendre de longs congés »,* témoigne MM2, contrainte par des frais élevés. Dans un couple avec des statuts d'indépendant·es, une médecin relate que l'impact économique repose davantage sur elle : « *C'est moi qui perd, pas lui* » (MM9). À l'inverse, en maison médicale au forfait, la dynamique est différente. Une participante relève même : « *Si je travaille plus, je coute à la structure* » (MM7).

La rémunération impacte directement les choix professionnels et l'équilibre travail-famille. Pour les indépendantes, réduire le temps de travail signifie une baisse de revenus parfois difficile à assumer : « *C'est dans mes cordes de réduire mon temps de travail, mais alors, je réduis drastiquement mon salaire et donc je ne peux plus payer les activités de ma fille … Là où le compromis ne peut pas se faire, c'est souvent une limitation financière* » (MM3). Même en s'accordant du temps pour souffler, l'impact financier reste une contrainte : « *Je prends le vendredi, ça me fait du bien, mais les fins de mois, je suis juste à l'équilibre* » (MM9). Les choix professionnels sont donc souvent dictés par cette réalité économique.

3.4.2 Les normes sociales et injonctions de la maternité et du rôle de médecin

Cette section explore comment les normes sociales, celles d'être mère dans notre société et celles d'être médecin généraliste, influencent les tensions. Ces normes sociales sont :

- La charge domestique et mentale : la répartition des tâches, la socialisation genrée, le sentiment de double journée, la charge liée à la santé des enfants ;
- Être une « bonne mère » et *un « bon* médecin » ;
- L'éthos professionnel : anciennes générations et normes héritées, équilibre travail et vie privée, la vision du travail, la féminisation de la médecine ;
- L'éthique du *care*.

Cette section est traversée par quelques éléments qu'il est important de définir :

Les normes sociales (29) désignent, notamment, les règles implicites ou explicites qui régissent les comportements au sein d'un groupe ou d'une société et pouvant imposer une manière de penser. Elles sont intériorisées très tôt dans les processus de socialisation, façonnant les comportements genrés, les attentes professionnelles ou encore les modèles familiaux. Elles évoluent dans le temps, divergent selon les cultures, mais restent structurantes, au point de passer inaperçues. Les normes sociales sont des cadres collectifs : elles structurent les comportements attendus au sein d'une société ou d'un groupe donné. Les injonctions, quant à elles, sont les formes plus concrètes et prescriptives que peuvent prendre ces normes. Dans le cadre de cette recherche, elles peuvent s'illustrer par le fait d'être une « bonne mère », une « médecin investie », ou une « femme accomplie ».

Un conflit de normes (29) apparait quand deux systèmes de normes, cadres de référence, entrent en collision. Dans le même ordre d'idée qu'au paragraphe précédent, les injonctions paradoxales apparaissent quand s'opère, au niveau de l'individu, une contradiction psychique. Cela amène souvent à la culpabilisation vu l'impossibilité de satisfaire ces injonctions simultanément. Ici, la « dévotion d'une mère pour son enfant » versus la « vocation d'un·e individu·e pour la médecine ».

« *Solutionner un conflit de normes, c'est aussi adopter une tactique relationnelle, redéfinir ses appartenances, se repositionner dans des réseaux complexes* » (29). Effectivement, résoudre un conflit de normes ne revient pas à trancher de façon purement rationnelle ou morale, mais bien à inventer une position vivable**,** souvent fragile, située, temporaire (30).

> *MM12 : « Il y a la famille, soi-même, puis le couple. Je trouve que c'est ça qui est difficile pour moi. C'est de trouver un équilibre entre tout…Et même quand on a l'impression d'avoir atteint une espèce d'équilibre, il y a toujours quelque chose d'autre qui arrive ou la vie qui évolue. »*

- **La charge domestique et mentale**

La répartition des tâches domestiques reste inégale au sein du couple et les femmes en portent majoritairement la charge mentale. Si certains conjoints participent, ils ne perçoivent pas l'ampleur de l'organisation sous-jacente : « *Il cuisine, mais moi, je veille à ce que les enfants aient toujours des vêtements à leur taille dans leur armoire* » (MM13). L'anticipation est constante : « *J'ai déjà réfléchi le dimanche aux repas de la semaine* »

(MM4), témoigne une autre. Cette planification invisible repose souvent sur elles, tandis que leurs partenaires semble la délaisser.

> *MM9 : « Et la charge mentale de cet horaire. Ça demande une organisation de fou. Je planifie les repas pour toute la semaine, le week-end, j'ai les vêtements de ma fille qui sont planifiés. (Rire) Tout doit être planifié parce que mon mari ne va pas... Juste, il ne va pas y penser. »*

La socialisation genrée influence profondément les rôles au sein du couple et de la famille. Une participante souligne que, bien qu'elle n'ait pas été élevée dans un environnement excessivement genré, elle a internalisé des rôles différents de ceux de ses frères : « *C'est une question de comment on a été socialisé* » (MM5). Un autre témoignage montre que, malgré des caractères différents, les hommes semblent mieux poser des limites : *« Lui, il sait très bien poser ses limites* » (MM6), tandis que les femmes ont souvent plus de difficultés à s'affirmer. Cette socialisation se reflète dans la gestion inégale des responsabilités familiales.

Le sentiment de double journée est fort chez ces médecins généralistes, entre écoute empathique au travail et responsabilités familiales à la maison. Cette exigence constante, tant professionnelle que personnelle, génère une charge émotionnelle et mentale considérable.

> *MM5 : « Allez, la médecine générale, c'est un métier où on écoute beaucoup, on veut être très empathique. C'est beaucoup les gens. Et à la maison, avec les enfants, c'est la même chose, il faut aussi être là. Donc, ce n'est pas toujours évident. »*
>
> *MM4 : « Oui, et moi, je pense que si le jour, il y a des jours où je finis à 14h00, je serais moins fatiguée de faire la fermeture de la maison médicale à 19h00 clairement. »*

Dans de nombreux couples, **la charge liée à la santé des enfants** incombe majoritairement aux mères, peut-être d'autant plus lorsque ces dernières sont médecins. Une participante déclare : « *C'est moi qui m'occupe de tout ce qui a trait à la santé des enfants* » (MM6), soulignant que cette responsabilité est assumée par facilité, mais reste une charge supplémentaire. La décision de soins comme ce qui a trait à la prévention, la prise de rendez-vous médicaux ou l'utilisation des antibiotiques repose souvent sur elles : « *Cette décision-là, je trouve qu'elle repose que sur moi* » (MM12). La frontière peut s'avérer floue entre son rôle de médecin et de mère.

MM11 : « Nous, on a la chance d'être deux, voilà, effectivement. Mais c'est vrai qu'on n'est pas des bons médecins pour ses enfants et en même temps, on est deux, donc on s'équilibre. »

L'injonction à être une "bonne mère" se manifeste par des attentes sociales pressantes, comme le montre cette participante : « *Les jours où je finis tôt, à 15h00, je dois être à l'école, puis courir partout pour les activités comme le solfège, le violoncelle, la piscine…Même des jours où on me dit : Bon après-midi, tu as fini ! En fait, je peux courir partout*. » (MM5) Malgré une journée de travail terminée, la pression de concilier carrière et parentalité oblige à enchaîner des tâches, créant un vrai sentiment de vitesse. Ce besoin constant de répondre aux attentes parentales renforce la charge mentale et physique des mères.

De pair, **l'injonction à être *un "bon*** **médecin"** est marquée par une pression constante d'hyperdisponibilité et d'engagement envers les patient·es. Les médecins de première ligne sont souvent perçu·es comme devant répondre à toutes les demandes sans jamais refuser. Cette norme de perfectionnisme professionnel peut être épuisante et inconciliable avec les autres aspects de la vie personnelle, imposant une charge supplémentaire.

MM9 : « Le patient a cette habitude de l'hyper disponibilité, où le médecin est tout le temps disponible : Les médecins de première ligne doivent être là, ils doivent répondre, ils doivent tout prendre et ne pas dire non. « Non », ça n'existe pas. »

La tension entre les exigences professionnelles et familiales est palpable, avec une lutte pour maintenir un équilibre. Une participante exprime ce tiraillement : « *Ce tiraillement, toujours entre les deux, de vouloir faire à 100% chacune des deux fonctions* » (MM2). Cette pression se traduit par des attentes irréalistes. Cette dichotomie engendre frustration et culpabilité, créant un dilemme entre les rôles.

MM5 : « Souvent, en tout cas, là où je travaille, les patients attendent vraiment qu'on gère la globalité de leur vie, presque. Et puis, on attend à côté qu'on soit une mère parfaite, qui soit très présente, qui fasse toutes les activités, qui fasse plein de choses, de faire une activité, plein de trucs faits maison, etc. Et donc, ce n'est pas possible. C'est une frustration et culpabilité quand même ».

MM9 : « Donc oui, j'ai quand même un peu moins ce sentiment. J'adore mon boulot, mais parfois, je me dis : Je dois aller travailler pour garder mes patients et continuer à avoir assez une rentrée financière et autres, alors qu'en fait, là, j'aimerais vraiment dire : En fait, cette semaine, je n'y vais pas parce que ma fille est super malade, ça ne va pas mieux. Et en fait, je ne sais pas rester tout près. »

Le paroxysme de cette tension semble être atteint lorsque leurs propres **enfants sont malades** :

> *MM2 : « Ça, je trouve ça très compliqué de se dire : Moi, je pars au travail soigner des gens, alors que je laisse mon enfant être soigné par quelqu'un d'autre. C'est à ce moment-là, je trouve que c'est vraiment très culpabilisant et très compliqué. »*
>
> *MM7 : « Mais en vrai, en gros, je m'étais grave inquiétée et ma belle-mère était là pour le garder. Je me suis dit, je me souviens de partir au boulot et je me dis : Qu'est-ce que je fous ? Je lui ai donné toutes les consignes de sécurité, etc, mais je me suis dit : Qu'est-ce que je fous ? C'est moi qui dois rester à la maison. »*

Les **imprévus** autour des enfants malades, ou typiquement des patients en soins palliatifs, ont été relayé comme des réelles difficultés par les participantes.

> *MM10 : « En effet, la crèche qui appelle, on ne sait pas annuler toutes les consultations de l'après-midi pour aller chercher son enfant malade et pareil le week-end, si on a un soin palliatif ou un truc comme ça, et qu'on est toute seule avec son enfant, on ne sait pas être disponible. C'est ça que je ressens comme difficultés. »*
>
> *MM12 : « J'ai vraiment eu un moment difficile, c'est quand j'ai été arrêtée pour ma grossesse et que j'étais en train de suivre un soin palliatif, que j'ai dû interrompre. Et là, ce moment, ça, ça a été le moment difficile. »*

Toutefois, plusieurs participantes mettent en avant la complémentarité de leurs rôles.

> *MM13 : « Parce que j'adore mon job, j'adore mes enfants et je souffle quand je suis au travail, j'adore mon boulot et je souffle quand je suis avec mes enfants. »*

- **L'éthos professionnel en mutation**

L'évolution de l'éthos professionnel, c'est-à-dire des manières de faire et de penser (8), est marquée par **des pratiques et des normes héritées des anciennes générations** autour du rôle de médecin.

> *MM3 : « Il y a des patients qui m'ont dit : Si vous avez choisi ce métier-là, ce n'est pas pour faire une famille ».*

Cette remarque reflète l'idée ancrée que la médecine exige une disponibilité totale, souvent incompatible avec la parentalité. De telles attentes, héritées d'une époque où les femmes étaient exclues des sphères professionnelles, mettent en lumière la résistance au

changement dans la profession ainsi que l'ancrage de normes masculines relatives à cette profession.

La transformation de la valeur "travail" se manifeste à travers des différences générationnelles et genrées, comme le montre cette participante :

> *MM4 : « Moi, j'ai une de mes collègues qui a décidé de prendre un congé de parentalité un jour par semaine et des collègues que j'adore n'ont pas compris ce choix alors qu'ils ont galéré papa solo avec deux enfants. »*

Cela illustre comment les normes de travail, influencées par des expériences diverses évoluent avec les générations, parfois au détriment d'une compréhension partagée entre les collègues.

La relation entre le médecin et le·la patient·e s'est transformée, abandonnant la figure traditionnelle et distante de la·e « médecin » pour une approche plus humanisée et personnalisée. Il y a désormais une volonté de traiter le·la patient·e comme une personne à part entière, ce qui favorise une relation moins hiérarchique et plus empathique.

> *MM3 : « On est descendu de notre piédestal, il n'y a plus « le » médecin, ce n'est plus le médecin, c'est « la » personne. C'est beaucoup plus humanisé et personnifié. ».*

La féminisation de la médecine est également un facteur de transformation de la profession et donc aussi de la relation patient·e-médecin. Des qualités du médecin comme l'écoute et l'empathie sont mises en avant par les patient·es qui associent cela aux femmes et aux mères. Ces attentes peuvent jouer un rôle sur la relation et les pratiques médicales.

> *MM5 : « C'est aussi une prise en charge plus globale psychosociale, où on attend plus des femmes, qu'elles soient empathiques, à l'écoute, qu'elles soient presque des psychologues…Il y a la charge émotionnelle dans ce processus de féminisation. Je pense que les patients attendent peut-être plus, maintenant, que les médecins soient à l'écoute. »*

Pour la grande majorité des médecins interrogées, elles ont l'impression de ne pas avoir de **modèles** à suivre et, au contraire, observent souvent ce qu'elles souhaitent éviter dans leur propre pratique.

> *MM11 : « J'ai cette impression, en tout cas, que je n'ai pas l'impression de voir des modèles et au contraire, j'ai l'impression qu'on voit tout ce qu'il ne faut pas faire. J'ai*

l'impression de voir dans les générations de médecins en dessous de nous, j'ai bientôt 40 ans, donc je suis plus âgée que vous, mais dans les générations au-dessus, j'ai l'impression de voir ce que je veux absolument pas faire. »

Cette **distanciation vis-à-vis des anciennes générations** peut être motivée par des choix professionnels et des valeurs personnelles différentes, notamment en ce qui concerne l'équilibre travail-vie personnelle et la relation avec les patient·es. Des choix tels que le statut de salariée, ou la spécialisation de médecine générale, ont été guidé par des envies d'une meilleure conciliation travail-famille.

MM6 : « Ça va quand même m'apporter une possibilité d'être salariée et d'avoir du temps libre et que sinon peut-être pour plus tard, mes enfants, de base, c'est quelque chose qui me plaisait et maintenant, c'est une grande facilité et en effet, c'est quand même un petit peu un chouette travail pour ça. »

MM11 : « Je viens, enfin j'ai trois ans de chirurgie et j'ai arrêté la chirurgie pour faire un médecin généraliste, pour avoir du temps, avoir des enfants, une vie de famille, c'était non négociable. »

- **L'*éthique du care* et son impact**

L'évolution de l'éthos professionnel dont notamment la relation patient·e-médecin semble renforcer une vision du soin selon une éthique du *care* (11). Cela se traduit dans les témoignages recueillis des femmes-médecins à travers la prise en compte de la charge émotionnelle et la responsabilité affective. Certaines des médecins interrogées partagent la charge émotionnelle et la responsabilité affective vis-à-vis de leurs patient·es. Effectivement, leur patientèle, consciente de leur rôle de mère, semble attendre une écoute et une compréhension approfondie de leur situation familiale. Bien que cette proximité émotionnelle facilite la relation de soin, elle crée également une charge affective supplémentaire à l'aspect médical :

MM5 : « Oui, je pense que mes patients savent que je suis une mère, donc savent que je les comprendrai, savent que je serai à l'écoute, savent que j'aurai quelque chose de plus global, savent que quand elles viennent pour un rhume, je vais comprendre qu'elles ont quatre enfants à la maison, que le mari ne les aide pas. Et elles savent que je vais comprendre tout ça. Et donc c'est lourd... J'ai juste envie d'avoir quelqu'un que je ne connais pas et juste soigner le rhume. »

L'évolution de la relation médecin-patient·e montre que **l'expression des émotions** devient de plus en plus acceptée. Les femmes médecins, par leur approche plus émotionnelle et

empathique, semblent bénéficier d'une plus grande liberté pour partager leurs sentiments avec les patient·es. En revanche, l'expression émotionnelle chez les médecins masculins peut encore être perçue différemment, en raison des normes genrées qui régissent les attentes vis-à-vis des hommes et des femmes dans la pratique médicale.

> *MM3 : « Et dans ma carrière, il y a vraiment aussi une évolution dans ce que j'ai pu traverser et vivre de ce que je partageais avec les gens. Est-ce que c'est parce que c'est plus reconnu qu'il y a un côté beaucoup plus émotionnel ? C'est évident que je peux arriver avec une émotion, moi. Peut-être qu'un collègue masculin, s'il arrive avec une émotion, ça va peut-être surprendre un peu plus dans l'idée de genre et qu'on se fait de l'expression, en tout cas des émotions. Moi, je me sens hyper libre d'exprimer quelque chose avec les gens et je trouve qu'ils le rendent bien. C'est-à-dire qu'il y a vraiment une grande liberté de plus en plus. »*

La tension entre le **modèle du "soin total",** qui exige une implication émotionnelle et un engagement profond envers les patient·es, et **la nécessité de poser des limites,** est marquée dans la pratique des femmes médecins. D'un côté, la pression d'être toujours disponible et de répondre aux attentes des patient·es les pousse à dépasser leurs propres limites, tandis que, de l'autre, un changement générationnel permet désormais de dire « non » plus facilement et de préserver un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle.

> *MM3 : « Je sais que quand je suis devenue maman, ça m'a permis de beaucoup mieux cadrer mon temps de travail. Je trouve que chaque rôle apporte quand même des limites mieux définies à sa fonction. »*

Toutefois, cette capacité à poser des limites reste encore difficile pour certaines, car elle va à l'encontre de l'éthique du soin dans laquelle elles ont été formées.

> *MM5 : « Je me dis : « Si moi, j'allais voir un médecin, je suis sûre qu'il m'arrêterait un mois direct. ». Mais voilà, et malgré tout, comme je sais que je dois y aller, enfin je dois, je ne sais pas, mais... Je pense qu'on a quand même un métier où on nous a appris à pousser très loin les limites. »*
>
> *MM7 : « Il y a trop de d'effets secondaires si on n'y va pas, alors on se force. »*
>
> *MM3 : « On compte sur cette capacité de faire tout ça en même temps. On nous dit : Mais allez-y, faites-le, vous êtes capable de... Et vous le faites certainement encore mieux que ce qu'on a fait avant dans les modèles plus paternalistes de la médecine, mais à la fois, on ne nous octroie pas du tout le temps de faire ça pour nous, de prendre soin de nous… Elle est là, l'injonction paradoxale. »*

3.5 DEUXIEME PARTIE : LES PISTES ET PERSPECTIVES

Cette deuxième partie présente les pistes et perspectives que les participantes ont mentionnées pour réduire ces *tensions*. Le tableau suivant présente les stratégies d'adaptation et les changements à opérer.

STRATEGIES D'ADAPTATION AU NIVEAU INDIVIDUEL ET COLLECTIF	CHANGEMENTS STRUCTURELS ET MODELES ORGANISATIONNELS PLUS ADAPTES	ÉVOLUTION DES MENTALITES ET TRANSFORMATION DES VALEURS PROFESSIONNELLES
1.Lâcher-prise et la redéfinition des priorités : -Apprendre à relativiser -Droit à la déconnexion -Dépasser la culpabilité **2.Recherche d'un équilibre personnel et professionnel :** -Adaptation du temps de travail -Flexibilité -Solidarité	**1.Renforcement des politiques publiques de soutien à la parentalité :** -Meilleures protections sociales (congé de maternité, d'allaitement, de paternité, de parentalité) -Gardes d'enfants disponibles et fiables **2.Optimisation des modes d'exercice pour alléger la charge individuelle :** -Augmentation du nombre de médecins généralistes -Service de remplacement de MG en place -Mutualisation des tâches -Réduction et simplification de la charge administrative -Création d'un réseau de soutien et de solidarité	**1.Valoriser ce que la maternité apporte au métier :** -Empathie et compréhension des réalités familiales -Compétences organisationnelles -Approche privilégiant écoute et continuité des soins **2.Questionner la valeur du travail en médecine :** -Remise en question de l'hyperdisponibilité -Réflexion sur l'éthos professionnel **3.Intégration de la parentalité dans la formation et la carrière :** -Parentalité comme réalité légitime et structurante -Accompagnement des jeunes médecins mères **4.Répartition équitable des**

		rôles dans le couple : -Tâches domestiques -Gestion de la parentalité

3.5.1 Les stratégies d'adaptation individuelles et collectives

Face aux tensions qu'elles rencontrent dans la première partie des résultats, les mères médecins développent diverses stratégies pour trouver un équilibre entre leurs rôles professionnels et familiaux.

- **Le lâcher-prise et la redéfinition des priorités**

Apprendre à relativiser certaines exigences professionnelles permet de préserver un équilibre personnel. Il s'agit d'accepter que les patient·es puissent se passer de leur médecin à certains moments, sans culpabilité excessive.

> *MM11 : « Je veux dire, si du jour au lendemain, un accident et qu'on n'est plus là, ils survivront, nos patients, ils vont s'en sortir. Et finalement, pour nos enfants, par contre, ils ont qu'un papa et une maman. Donc voilà, stop. »*

Un autre levier essentiel serait de « *s'octroyer le droit à la déconnexion quand même de temps en temps* » (MM3). Dans un métier où l'hyper-disponibilité est souvent perçue comme une norme, s'autoriser à ne pas répondre immédiatement aux sollicitations professionnelles permet d'éviter l'épuisement. Poser des limites claires, tant pour les patient·es que pour l'équipe, contribue à un meilleur équilibre.

Dépasser la culpabilité liée au fait de ne pas être "partout à la fois" est une étape cruciale également. Le sentiment de devoir constamment courir pour concilier travail et parentalité peut être allégé en reconnaissant que les enfants peuvent s'épanouir à l'école ou à la crèche. Plutôt que de se forcer à être toujours présente, mieux vaut privilégier la qualité des moments partagés, sans pression ni contrainte excessive.

> *MM6 : « Moi, j'ai aussi carrément l'impression de manquer de temps libre. Par contre, je trouve que mes enfants sont très heureux à l'école et à la crèche. Courir tout le temps, aller chercher le plus vite possible, c'est dur. J'ai beaucoup moins de culpabilité qu'avant à les laisser parce que je vois qu'ils sont bien là où ils sont et me plier en*

quatre pour aller les chercher et en fait, c'est pire parce que je ne passe pas un bon moment eux non plus. »

- **La recherche d'un équilibre personnel et professionnel**

Trouver un équilibre entre vie professionnelle et personnelle passerait par **une adaptation du temps de travail**, selon ses besoins personnels et familiaux du moment. **La flexibilité** que peut offrir la profession permet d'ajuster le rythme selon les périodes de vie et de préserver un équilibre durable, sans renoncer à l'engagement professionnel. Pouvoir adapter son rythme de travail sans être perçue comme moins investie permettrait aux médecins mères de concilier leurs aspirations professionnelles et personnelles sans culpabilité. Que ce soit en réduisant temporairement son activité « *moi, l'équilibre, je l'ai trouvé qu'en octobre parce que j'ai diminué mon temps de travail, je suis passé en quatre-cinquième* » (MM10) ou, au contraire, en choisissant de travailler davantage, chaque décision devrait être respectée et soutenue par des dispositifs adaptés.

MM10 : « Et donc, de pouvoir dire vraiment, en fait, moi, je pense que travailler jusqu'à la fin de la grossesse, ça ne va pas le faire et je pense que je n'ai pas envie de reprendre un temps plein après. Il faut aussi enlever cette culpabilité qu'on a et se dire : J'ai quand même envie d'être perçue comme quelqu'un qui ne veut pas être un peu le tire au flanc. Et donc ça, c'était aussi un petit travail. »

MM6 : « On est souvent dans le jugement, en fait, genre, quoi qu'on fasse. C'est ça que je trouve difficile, c'est que si on travaille trop, si on travaille trop, c'est qu'on n'est pas une bonne mère. Mais en même temps, si on est trop pour ses enfants, c'est qu'on est pas une si bonne médecin, qu'on est pas investie dans son travail. Finalement, c'est important que chacune, en parlant de femmes, puisse trouver un équilibre qui est bien à elle-même ».

Un autre levier fondamental repose sur la **solidarité** entre collègues. Travailler dans une équipe partageant des valeurs communes permet de se soutenir mutuellement. Cette entraide se traduit par une souplesse dans la gestion des horaires, en acceptant « *parfois de revenir un jour où ce n'était pas prévu pour aider une collègue* » (MM8). Cette dynamique collective aide à mieux gérer la charge mentale et réduit le sentiment d'isolement.

MM11 : « Il faut juste qu'on soit solidaire entre nous. Moi, je me dis dans 10 ans, c'est certain que ça ne me dérangera pas de faire beaucoup plus d'heures, et que mes collègues qui ont de petits enfants fassent moins d'heures. Mes enfants, de toute façon, ils seront autonomes. »

3.5.2 Des changements structurels et des modèles organisationnels plus adaptés

Les stratégies individuelles et collectives ne suffisent pas face aux contraintes du métier et aux inégalités structurelles. Plusieurs transformations organisationnelles et institutionnelles favoriseraient une meilleure conciliation travail-famille.

- **Le renforcement des politiques publiques de soutien à la parentalité**

La **précarité de la période de grossesse et des congés de maternité et d'allaitement** reste une problématique majeure, en particulier pour les médecins indépendantes. L'absence de protection équivalente à celle des salariées en contraint certaines à reprendre le travail trop tôt, avec des conséquences physiques et émotionnelles lourdes, pour elles et leurs familles. La nécessité d'une égalité de traitement entre indépendantes et salariées, notamment via des congés de maternité, d'allaitement et parentaux réellement indemnisés, apparaît comme une revendication centrale.

> *MM9 : « On les a déjà mentionnés avant, mais je trouve qu'il devrait pas y avoir une différence entre salariés indépendants. On devrait pouvoir avoir aussi avoir une aide de la mutuelle pour prendre un congé parental, un congé d'allaitement, et de ne pas forcément tout prendre sur des réserves qu'on a créées soi-même. »*
>
> *MM2 : « La même chose dans une autre proportion, mais quand les enfants sont tout petits et qu'on les met à la crèche, mon aînée, j'ai dû la mettre à la crèche à deux mois et demi parce que je commençais mon assistanat et que je n'avais pas le choix. C'est le moment où on se dit: « Mais qu'est-ce que je suis en train de faire ? » Je n'avais pas de possibilité de faire autrement. J'avais un statut d'indépendant, je devais commencer mon assistanat, mais j'allais déposer tous les jours ce petit bout de deux mois et demi en crèche. »*

Pour celles qui souhaiter allaiter, **le congé d'allaitement** ne devrait pas être perçu comme une contrainte mais comme un droit soutenu par une reconnaissance salariale, permettant aux femmes de faire leurs choix sans pression économique ou organisationnelle.

> *MM8 : « En fait, moi, deux fois où j'aurais bien voulu ne pas aller travailler, j'ai repris à chaque fois à quatre mois, parce que je suis indépendante, donc en fait, on n'a aucun droit. On ne reçoit rien, on ne reçoit que 12 semaines de l'argent de la mutuelle et qu'après, financièrement, c'est le vide. Et en fait je me suis toujours dit que pour un troisième, je prendrais plus. Je prendrais six mois. Parce que maintenant, j'ai six ans d'expérience, donc a priori, un peu plus de rentrées d'argent et les choses sont un peu plus stables. En plus, mes enfants, à chaque fois, à quatre mois, arrêtent l'allaitement,*

ont fait des réactions d'allergie sur les laits en poudre, etc. C'étaient des moments très difficiles et stressants. Là, je me suis dit : Qu'est-ce que je fous ? Qu'est-ce que je fais au boulot ? »

MM6 : « Et l'autre chose, parce que l'allaitement, c'est quelque chose qui comptait pour moi, mais de pouvoir le permettre si la femme le veut en fait. Et parce que c'est aussi une grosse contrainte, on ne se rend pas forcément compte. Et que ce soit du temps aussi payé, c'est aussi forcément des petites choses comme ça où je me dis ça pourrait en tout cas enlever des freins et ne pas voir ça comme des contraintes, le fait que la dame va s'arrêter un certain moment, puis allaitement, tirer son lait… Et de ne pas toujours tout voir comme des contraintes. »

Dans le même temps, le renforcement des politiques publiques de soutien à la parentalité en imposant **un congé de paternité** véritablement effectif et plus long aurait des avantages multiples. D'abord, cela pourrait transformer la perception des patient·es : si les hommes s'absentaient également pour accueillir un enfant, la grossesse des médecins femmes ne serait plus perçue comme une contrainte spécifique à leur genre. Cela limiterait aussi la discrimination à l'embauche des femmes. Ensuite, ce congé paternité favoriserait également l'investissement du père dès le début, offrant ainsi plus de flexibilité aux mères. L'exemple cité de l'Allemagne, où chaque parent peut prendre jusqu'à un an de congé parental, illustre un modèle plus égalitaire et adaptable aux réalités de chacun·e.

MM11 : « Un congé de paternité ! Ça, je trouve pour les patients ça changerait tout... Parfois, il y en a qui vont peut-être se dire : Je ne vais pas aller chez un médecin femme parce que dès qu'elle aura des gosses, elle va partir quelques mois. Alors que s'il va chez un homme et que l'homme disparaît aussi quelques mois quand il est papa, ça va très bien aussi. Ça pour les patients, ça changerait. »

MM6 : « Je trouve quand même une revalorisation salariale et surtout congé maternité, d'allaitement, normalement rémunéré, plus long et partagé avec le papa. Et vraiment moi mon conjoint est allemand et en Allemagne, je trouve que c'est chouette, il y a un an par enfant à partager avec les deux parents et à choisir comme, ça peut être six mois - six mois, trois mois-neuf mois. Je trouve ça bien cette espèce de…On n'est pas toujours... Tout le monde a pas envie de rester 1 an à la maison, moi j'en aurais pas eu envie. Mais du coup, le fait que ça puisse être partagé, obligatoire aussi pour les hommes, que ce ne soit pas encore un risque de ne pas engager les femmes à cause de tout ça, c'est important. »

L'adaptation des horaires des **crèches** et l'augmentation de leur nombre et de leur fiabilité, sont des enjeux majeurs. Aussi, l'intégration des services de garde d'enfants lors de congrès professionnels faciliterait le maintien en activité des parents médecins et pourrait ainsi faciliter l'accréditation des mères médecins.

MM9 : « Je ne vois pas pourquoi deux parents travaillant ne sont pas prioritaires dans la crèche par rapport à des parents qui ne travaillent pas. Parce que j'ai chié pour trouver une place en crèche. Ça a participé du fait que j'ai dû prolonger mon congé maternité. Je suis contente de l'avoir fait. Mais je n'avais pas d'autres options. »

MM10 : « Quand tu es en post-partum et tu reviens, tu prends le travail à temps plein en hiver et en même temps, tu dois vite trouver tes 20 points d'accréditation, il te reste trois mois et t'allaites, c'est chaud. »

- **Une optimisation des modes d'exercices pour alléger la charge individuelle**

L'augmentation du nombre de médecins généralistes est une priorité. La pénurie actuelle complique les remplacements et accroît la pression sur les praticien·nes, rendant difficile toute interruption et engendrant beaucoup de culpabilité. Faciliter le recrutement de médecins mobilisables et la formation de nouveaux médecins permettrait d'alléger cette contrainte.

MM3 : « Déjà, il faut former plus de gens ! (Rire) Aujourd'hui, si on veut s'arrêter parce qu'on en a besoin, nous, pour nos enfants, peu importe. Trouver un remplaçant, c'est ça. Il y a le côté financier, mais le facteur limitant, c'est juste trouver des gens parce que la santé, il faut quand même prendre ça en main. On n'est pas du tout assez sur le terrain. Et pourtant, on n'est pas si mal, on est pas mal lotis à Bruxelles. »

Favoriser le travail en équipe permet de **mutualiser les tâches et de limiter l'isolement,** garantissant ainsi une meilleure continuité des soins. Toutefois, ce modèle ne convient pas à tout le monde. Le développement de systèmes de partage de patientèle ou de binômes professionnels offre une alternative efficace, favorisant l'entraide tout en préservant une certaine autonomie.

MM3 : « Parce que j'ai de la chance de travailler en équipe et donc s'il y a des choses urgentes, dès que je suis partie à la fermeture, je sais qu'il y a quelqu'un qui peut me relayer. »

MM13 : « Nous, on n'est pas en équipe, mais à Boitsfort, on est tout plein de jeunes, donc on s'entraide à fond, les rempla, ça tourne bien, donc ça, c'est vraiment chouette. Aussi, il y a des jeunes avec des enfants, il n'y a jamais un truc, où on se dit : Ho t'as pris autant. C'est vrai. C'est vrai que c'est accepté, les gens font comme ils veulent. »

Réduire et simplifier la charge administrative libérerait du temps pour le soin, recentrant la pratique sur le cœur de métier, diminuant *« toutes ces heures perdues d'admin qui me pèsent parce qu'elles m'apportent rien de positif* » (MM13).

La **création d'un réseau de soutien et de solidarité** entre pair·es, via des groupes d'échange et des associations, ou encore le développement de plateformes de mutualisation des ressources, sont d'autres idées apportées par les participantes.

> *MM3 : « Mais en tout cas, sans la solidarité et sans l'aide, l'aide extérieure, mais l'aide aussi intérieure à notre métier, ça me paraît, moi, intenable. »*
>
> *MM13 : « Moi, ce qui m'a motivée à venir, je trouve le sujet très intéressant. Je me suis dit, c'est quand même une chouette opportunité de pouvoir discuter de ça avec d'autres personnes dans la même situation. Il y a tous ces trucs connus, il y a les groupes de femmes, les groupes d'entrepreneurs, etc. Je trouve que c'est vrai qu'on est une population très particulière. Et donc … J'aurais pu être au lit à cette heure-ci (rire). Moi, je trouvais l'idée de discuter et d'échanger très chouette parce qu'il y a en effet pas de place pour ça dans nos vies. On le fait avec nos copines, mais c'est toujours différent que vraiment les gens qui ne partagent pas du tout notre quotidien. Très chouette sujet de TFE déjà ! »*

3.5.3 L'évolution des mentalités et la transformation des valeurs professionnelles

Les tensions vécues par les mères médecins s'inscrivent dans une réflexion plus large sur la place du travail en médecine et sur l'éthos professionnel qui l'accompagne.

- **Ce que la maternité apporte au métier**

L'expérience de la maternité semble renforcer **l'empathie et la compréhension des réalités familiales** des patient·es. L'expérience directe des responsabilités parentales permet aux médecins de mieux saisir les contraintes et les préoccupations des familles qu'elles soignent. Elles perçoivent plus finement le stress des parents, l'impact de la charge mentale et les défis du quotidien, ce qui nourrit une approche plus humaine et attentive du soin. Cette proximité favorise une relation de confiance avec les patient·es, en particulier les femmes, qui se sentent davantage comprises et légitimées dans leurs demandes : « *Elles peuvent plus amener des problématiques que de femmes, mais au sens très large* » (MM6).

> *MM10 : « Je pense que quand je suis devenue maman, de connaître un peu ce que c'était d'être mère, d'avoir un peu autant d'amour comme ça qui se crée. Je pense que ça a aussi aidé d'un côté à avoir plus d'empathie et mieux comprendre mes patients. »*
>
> *MM11 : « Je suis un meilleur médecin, effectivement, pour les patients. Parce qu'il y a la fibre maternelle, on est plus douce. Et puis, même avec les enfants, on a un meilleur contact et tout ça. Et puis, on comprend les mamans, on comprend les papas, on comprend les femmes. On comprend ça, le stress. »*

MM12 : « Après moi, ce que je fais, depuis que j'ai vécu ça personnellement, c'est que je mets des certificats à mes patientes qui doivent retourner à trois mois. Au moins un mois, au moins deux mois facile. »

Être mère apporte également des **compétences organisationnelles** essentielles. La nécessité de gérer des emplois du temps complexes, de jongler avec les imprévus et d'optimiser le temps disponible peut se traduire par une plus grande efficacité dans la gestion des consultations et des priorités.

Cette expérience influe directement sur la vision du métier. Nombre de généralistes mères développent **une approche plus qualitative de la médecine, privilégiant l'écoute, la continuité des soins** et la prise en charge globale des patient·es plutôt qu'une rentabilité immédiate.

MM5 : « Moi je vois bien, il y a des hommes et des femmes et les patients viennent clairement dire: Je viens chez vous parce que vous vous m'écoutez. »

MM13 : « On ne fait pas du tout une médecine aussi rentable que les médecins d'avant parce qu'on ne sait pratiquement pas faire 50 heures semaine, on ne sait pas... Moi, ceux qui font 30 patients par jour. Je ne sais pas comment ils font, on ne sait pas être un bon médecin après le 20ème, je pense. Mais on fait des consultations, vraiment, je crois plus qualitatives pour le patient. On le connaît, on va au bout des choses. Le rhume et basta, non quoi. Je crois que c'est mon ressenti et c'est le ressenti de quasiment toutes mes copines médecins généralistes. »

MM3 : « C'est vrai que moi, j'ai à cœur de faire une médecine générale, la slow-medecine, je ne sais pas si c'est comme ça qu'on dit, mais en prenant du temps, le temps qu'il faut pour que moi, je sois épanouie, pour que les patients soient satisfaits, pour ne pas courir après tout le temps. Je me sens beaucoup mieux de faire comme ça. Je sais que je pourrais faire différemment pour gagner plus et mettre plus de patients à voir, mais je n'y arrive pas et je ne veux pas. »

MM11 : « J'espère que l'Inami te lira ! (Rire) »

- **Un questionnement de la valeur du travail en médecine**

La remise en cause de l'idée que la médecine est une **vocation nécessitant une disponibilité totale et une abnégation** constante apparaît essentielle. La crainte de la réaction des patient·es face à une diminution du temps de travail, souvent pour l'équilibre de leur famille, est fréquente et certaines ont observé que les patient·es se tournent naturellement vers leurs homologues masculins. Si une première grossesse est souvent bien accueillie, des grossesses rapprochées peuvent susciter des réactions plus mitigées, allant jusqu'à des

commentaires désapprobateurs de la part de leur patientèle. Ces éléments soulignent l'importance d'une organisation collective cohérente et l'établissement d'attentes raisonnables.

> *MM9 : « Je travaillais beaucoup et puis là, quand j'ai arrêté, beaucoup ont changé vers d'autres de mes collègues par après. Donc, effectivement, peut-être à considérer d'avoir des personnes qui a la même vision et qui peut donner un même cadre pour que les patients aient les mêmes attentes, les mêmes attentes qui nous paraissent raisonnables. J'aimerais bien qu'ils réalisent que 35 heures semaine, c'est presque un temps plein. Je ne suis là que quatre jours, mais je fais le taf. C'est top, merci, super. Je souhaite juste ça. »*
>
> *MM12 : « J'ai eu plusieurs patients qui m'ont fait des remarques sur le fait que j'avais diminué mon temps de travail, des choses comme ça, que j'étais moins disponible. C'est quand même arrivé aussi. Et aussi sur le fait que je me déplaçais moins loin, des trucs… »*
>
> *MM4 : « Par rapport à cette tension, moi je trouve que le fait d'avoir des enfants, c'est un choix. Un troisième, c'est un choix aussi. Et donc moi, parfois, je me sens aussi coupable par rapport à mes patients et par rapport à mes collègues. Les patients n'accueillent pas toujours donc une troisième grossesse en trois ans et demi avec beaucoup d'enthousiasme. Donc, le premier, ils sont trop contents, puis la troisième, ils sont là : « ah… vous êtes à nouveau partie », « vous allez faire une équipe de foot », des petites remarques comme ça. C'est un peu ça qu'il faut assumer, mais on verra comment ça se passera et comment on gère. »*

Un exemple cité par une participante est qu'en Norvège, ces réalités sont mieux prises en compte : les médecins bénéficient de jours rémunérés pour s'occuper de leurs enfants malades, sans que cela ne soulève de débat. Cette reconnaissance institutionnelle favorise un changement de mentalité, validant l'idée qu'un médecin peut conjuguer engagement professionnel et équilibre personnel.

> *MM5 : « J'ai une amie qui est médecin généraliste en Norvège et qui a aussi trois enfants en bas âge. Et quand je disais : « Mais quand ils sont malades ? », elle dit : « Oui, moi, je suis payée, il n'y a pas de souci. On a x jours pour un enfant malade. » Il y avait donc la question financière, mais elle n'a pas du tout relevé la question de : En fait, qu'est-ce que font les patients ? Ce n'était pas un souci. « J'ai eu le droit d'avoir des enfants malades ». Et puis, ce n'est pas du tout une question. »*
>
> *MM7 : « C'est lié, je trouve. À partir du moment où c'est reconnu et validé, que t'es payé pour les enfants malades, ça veut dire que dans la conscience collective que c'est OK. »*

➢ Une intégration de la parentalité dans la formation et la carrière

Une redéfinition de l'éthos professionnel passe par l'intégration de la **parentalité comme une réalité légitime et structurante**, plutôt qu'un frein. L'espoir est que, dans le futur, les médecins puissent se soutenir mutuellement et normaliser des absences liées à la parentalité sans culpabilité. Cette évolution nécessite une transformation dès la formation médicale, en sensibilisant les étudiant·es aux enjeux de la conciliation travail-famille et en intégrant une approche sociologique du genre et de la socialisation.

> *MM11 : « Moi, je nourris cet immense espoir quand on voit toutes les femmes, les médecins, les mamans, de se dire que dans 10, 15 ans, on sera toutes hyper bienveillantes avec les femmes médecins de générations en dessous de nous. Et du coup, on dira : Vas-y, absente-toi six mois, il n'y a pas de problème. Et c'est un espoir que j'ai. »*
>
> *MM5 : « J'ai l'impression que les gens devraient être plus formés à la sociologie, la socialisation par rapport aux questions du genre, je pense que ça nous aiderait à comprendre mieux ce qui se trame. »*

L'accompagnement des jeunes médecins généralistes est également crucial. Un système de mentorat et de soutien, incluant des espaces de supervision ou d'intervision, permettrait d'éviter l'isolement et de mieux gérer les dilemmes professionnels et personnels. Un accès facilité à ces ressources, sans qu'il ne repose uniquement sur une démarche individuelle, contribuerait à un meilleur équilibre de vie. Accorder du temps aux soignant·es aujourd'hui, c'est aussi leur permettre de transmettre cette bienveillance aux générations futures : « *Si moi, je lui octroie à elle du temps parce qu'elle en a besoin, peut-être qu'elle, plus tard, elle va transmettre ça à d'autres génération* » (MM3).

> *MM3 : « Mais n'importe quel médecin qui s'installe, je trouve qu'il devrait avoir d'office un espèce de mode d'emploi de sa propre santé mentale et d'avoir une proposition et un accès en temps de travail qui serait pas du temps que tu décomptes de nouveau de tes revenus et d'avoir du personnel qui soit formé pour accompagner les généralistes. On est quand même face à des choses qui sont très particulières dans la société et on en voit plein, plein, plein, plein, plein tous les jours. Et on a, sauf si on a décidé qu'on l'a cherché et qu'on l'a trouvé quelqu'un de compétent, ça fait déjà quand même pas mal d'étapes, on est bien seule devant tout ça. Et d'avoir de la supervision ou des intervisions ou un accompagnement à un endroit où on peut aller poser tout ça, réfléchir à nos choix, je trouve que ce n'est pas si simple. Parce qu'on pense savoir on pense savoir le faire parce qu'on le fait pour les autres, mais ce n'est*

pas la même chose pour soi et ce n'est pas à notre entourage de prendre ça, je trouve, en charge. Et ce n'est pas si connu que ça. »

- **Une répartition équitable des rôles dans le couple**

En finir avec les inégalités de genre dans le couple passe par une répartition plus équitable des **tâches domestiques** afin de sortir des schémas de genre traditionnels. Pour y parvenir, un véritable travail de négociation est encore souvent nécessaire. Certains couples redéfinissent leurs équilibres professionnels, en réduisant leur temps de travail pour mieux partager la charge familiale.

MM11 : « On a réussi à mettre vraiment un cadre tous les deux, même si j'ai dû beaucoup travailler avec lui pour ça. Il a changé de maison médicale et au moment où il a changé, il est passé de 38 heures à 32 heures parce qu'en fait, sinon, ce n'était pas possible. C'était tout le temps moi au début. »

La répartition des responsabilités ne se limite pas au foyer, mais touche aussi à la **gestion de la parentalité**. Déléguer certaines tâches, comme les suivis médicaux des enfants, permet non seulement d'alléger la charge mentale des mères, mais aussi d'impliquer davantage les pères. Lorsqu'un père se rend aux consultations, il accède directement aux informations médicales et renforce son rôle parental, évitant ainsi une dépendance aux mères pour ces aspects.

MM10 : « Oui, par rapport au fait d'être médecin avec ses enfants ou pas, moi, j'ai décidé à un moment que je ne faisais pas ça, pas tellement parce que je suis stressée, mais parce que c'était aussi une répartition un peu dans le couple et une charge mentale que je n'avais pas envie d'avoir. On a déjà une grosse charge mentale en tant que femme, une grosse charge mentale en tant que médecin, on doit leader un peu beaucoup de choses comme ça. Et donc, moi, c'est lui qui va à l'ONE, c'est lui qui fait les rappels vaccins. Et en fait, je trouve que c'est bien pour lui en tant que papa d'avoir cette place-là et d'avoir ces informations de cette façon-là, sinon, je ne donnerais pas forcément parce que le médecin lui explique des choses que je connais, mais je n'aurais pas pris le temps de lui expliquer. »

4 DISCUSSION

4.1 LES RESULTATS PRINCIPAUX ET LES IMPLICATIONS DE CETTE RECHERCHE

Cette recherche qualitative par entretiens de groupes vise à comprendre ce que cela signifie d'être mère et médecin généraliste aujourd'hui à Bruxelles et à explorer ce que cette expérience peut révéler pour la médecine générale de demain.

4.1.1 L'articulation des *tensions* au quotidien

C'est en articulant des enjeux professionnels, personnels, politiques et structurels que les résultats ont fait état, dans un premier temps, des *tensions* vécues par les participantes, du fait de leurs rôles de mère, de médecin généraliste et de femme. Ces tensions semblent se cristalliser autour de plusieurs axes : engagement professionnel versus vie familiale ; éthique du *care* versus impératif d'efficacité/attentes institutionnelles ; ethos professionnel traditionnel de la médecine versus identité personnelle et maternelle.

Ces tensions s'incarnent particulièrement dans certaines scènes du quotidien, à première vue banales, mais révélatrices d'enjeux genrés. L'exemple de l'enfant malade, plusieurs fois évoqué par les participantes, en est une illustration frappante. Lorsqu'un·e enfant est malade, une série de dilemmes se déclenche mettant en tension son éthos professionnel et son rôle de parent : faut-il rester auprès de lui/d'elle, ou honorer ses consultations prévues ? Dans le premier cas, c'est la culpabilité professionnelle qui surgit, l'impression d'«abandonner» les patient·es, voire l'équipe, sans parler des enjeux financiers ou des difficultés organisationnelles liées au remplacement.

> *« Là, je la laisse toute seule. J'ai appelé une garde malade parce qu'il n'y avait pas d'autre solution. Et cette personne n'a jamais vu ma fille, ma fille ne l'a jamais vue. J'espère que tout se passe bien. Je n'arrive pas à m'enlever complètement l'un ou l'autre de la tête. »*

Dans le second cas, c'est la culpabilité maternelle qui prend le dessus, celle de ne pas être là au moment où l'enfant a besoin de soins et de réconfort. .

> *« C'étaient des moments très difficiles et stressants. Là, je me suis dit : Qu'est-ce que je fous ? Qu'est-ce que je fais au boulot ? »*

À cela s'ajoute la complexité de soigner son propre enfant : prendre une décision thérapeutique, introduire un traitement, assumer une responsabilité médicale et affective dans un même geste. Cette double posture, intime et professionnelle, s'avère parfois inconfortable, voire source de tension dans le couple. Qui décide ? Qui prend sur soi l'organisation ? Là encore, les dynamiques de genre apparaissent : plusieurs participantes ont exprimé que la charge de la décision leur revenait le plus souvent, car incarnant à la fois le savoir médical et la figure du care.

> *« Et du coup, encore une fois, je trouve que tout ce qui a trait à la santé des enfants, c'est moi qui m'en occupe. Déjà, forcément, c'est que je préfère évidemment, mais n'empêche, tous les rendez-vous ONE, s'il y a des trucs... C'est qui qui fait ? C'est ça. Qui c'est qui le fait ? C'est bien, s'il est malade, c'est qui qui va chez le médecin, qui donne son avis, qui va faire les démarches ? En fait, moi, ce n'est pas que le fait de le dire, c'est qui qui fait les démarches... »*

Une hypothèse tirée de la littérature est que l'organisation et la conciliation vie privée et vie professionnelle serait une construction sociale incorporée comme une prérogative féminine par les femmes elles-mêmes et leurs pair·es (31).

4.1.2 Des pistes pour une meilleure conciliation et une médecine plus soutenable

Dans un second temps, toujours en regard des différents enjeux précités, ces résultats livrent d'éventuelles pistes pour construire, collectivement, une médecine plus respectueuse des équilibres et soutenable dans l'organisation.

- **Les savoirs expérientiels comme ressources professionnelles**

Les témoignages recueillis soulignent que la maternité ne peut être réduite à un simple défi « logistique » à intégrer dans une carrière médicale. Pour plusieurs participantes, elle a transformé leur manière de pratiquer, en apportant des compétences relationnelles, organisationnelles et éthiques précieuses. La maternité peut ainsi être envisagée comme une ressource professionnelle à légitimer.

> *MM10 : « Et j'ai vraiment senti quand je suis retournée au travail après mon congé de maternité, je me suis dit : Je pense que je suis un peu une meilleure médecin parce que je suis peut-être plus humaine qu'avant. »*

Il ne s'agit pas de faire de la maternité un passage obligé, mais de reconnaitre la diversité des parcours et la manière dont ils enrichissent la pratique médicale. Les expériences subjectives agissant sur les savoirs et les pratiques du médecin semblent peu étudiées. Pourtant, comme le mentionne Bourquin et Stiefel (2018), elles sont des ressources précieuses pour comprendre les défis personnels et professionnels rencontrés (32). Dans cette recherche, il apparaît des liens entre sphère privée et sphère professionnelle impactant « l'agir » professionnel, prendre cela en compte livre une vision plus pluraliste de ce qu'est « être médecin ».

➢ Des enjeux de santé publique

Les résultats mettent aussi en évidence les lacunes des protections sociales liées à la parentalité. Que ce soit pour gérer un imprévu comme un·e enfant malade ou pour prendre un congé de maternité, des contraintes personnelles, sur une équipe ou sur le couple subsistent : remplacement difficile, perte de revenus, surcharge administrative. Ce déficit de soutien institutionnel pèse d'autant plus dans un contexte de féminisation de la profession, où le temps partiel devient un outil d'adaptation fréquent (Lenoir et al., 2021) (33). Comme l'avait déjà montré Vincent Lorant (2007), l'incompatibilité entre travail médical et vie de famille reste l'une des principales causes de retrait de la profession (34). Dans un contexte de pénurie actuelle et annoncée de soignant·es (10), la prise en compte des besoins des médecins-parents devient un véritable enjeu de santé publique. Cela suppose à la fois des protections sociales adaptées (congé de maternité, de paternité, d'allaitement et de parentalité), mais aussi un renforcement des effectifs pour rendre possibles les remplacements et soutenir efficacement la demande globale des soins.

> *« Il prend des congés parentaux l'été pour s'occuper de son enfant. Il s'absente plus que nous en fait. Et c'est un homme, alors c'est peut-être une exception, mais je pense que ça fait aussi partie un peu de la réalité. Je crois que c'est clair qu'en nombre d'heures, il y aura plus de médecins pour le nombre d'heures. »*

➢ L'éthos professionnel sous l'angle de l'éthique du *care*

Par ailleurs, de nombreuses participantes ont rapporté que leurs patient·es les choisissaient parce qu'«*elles comprennent*», qu'«*elles écoutent*». Ces compétences liées au « *care* », subissent les préjugés d'être considérées comme naturelles chez les femmes ou les mères,

ou alors secondaires dans le modèle biomédical ; parfois même perçues comme relevant du rôles des infirmières par exemple, alors qu'elles coexistent en réalité dans la pratique du soin avec les dimensions plus techniques du *cure* (35). Cette recherche éclaire une valorisation parmi les participantes d'un éthos professionnel basé sur une médecine qui valorise l'écoute, la vulnérabilité, la responsabilité partagée, autant de dimensions centrales dans l'éthique du *care* (Tronto, 1993) (11). Les dimensions du care sont souvent concomitantes à celles du cure dans l'exercice de la profession (35). Cette recherche ne peut faire une causalité entre ces compétences du care et le fait d'être mère. Néanmoins elle met en avant que l'échantillon de mères médecins valorise cette vision du care dans la médecine générale.

Les femmes médecins interrogées ont aussi mis en avant une organisation spécifique du travail, mais comme l'observent Lapeyre et Le Feuvre (19), la féminisation de la médecine accompagne une transformation professionnelle nourrie par des mutations sociales plus larges : le modèle fondé sur les actes et les heures prestées est davantage contesté, au profit d'un ajustement aux besoins des patient·es. Cette distanciation de l'éthos professionnel à travers une régulation du temps de travail et des pratiques s'opère aussi chez les jeunes hommes médecins qui profitent également de ces ajustements (36).

> *« C'est bénéfique à tout le monde, les hommes en bénéficient aussi. Est-ce que finalement, c'est les jeunes qui n'ont plus envie, même les jeunes hommes médecins généralistes, je pense, n'ont plus envie de cette pratique solo paternaliste seul. »*
>
> *« Mon compagnon, il n'est pas à temps plein non plus. Il s'occupe des enfants toute la journée du mercredi. C'est un homme et je pense que la profession va vers ça, que ce soit des femmes ou des hommes, que ce soit des parents ou même pas des parents, parce que la maison médicale où je suis, il y en a qui ont décidé de diminuer leur nombre d'heures pour faire d'autres choses à côté, que ce soit du médical ou du non-médical. Je pense que faire des 38 ou des 50 heures/semaine dans les médecins, de manière générale, dans la jeune génération, j'ai l'impression que ça devient plus l'exception que la règle. »*

Cet éthos professionnel mis en avant dans notre recherche tend à repenser les indicateurs d'évaluation de la profession, pour y intégrer le travail émotionnel et relationnel. Un TFE récent (UCLouvain, 2023) montre que les patient·es valorisent avant tout l'écoute, la relation de confiance et des explications claires (37). Évaluer la performance signifie comparer un résultat à une norme, et ces normes peuvent évoluer (38).

« J'espère que l'Inami te lira ! »

- **La persistance des inégalités de genre**

Enfin, cette étude met en lumière la persistance des inégalités de genre. Les femmes, et en particulier les mères, portent la charge de l'ajustement entre vie privée et vie professionnelle : elles modifient leurs horaires, leurs trajectoires, pour « faire tenir » l'ensemble. Dans une revue systématique de la littérature internationale portant sur la maternité et les professions médicales, Hoffman et al. (2020) soulignent les impacts de la maternité sur la carrière médicale (39). Ils mettent en évidence, d'une part, les préjugés de genre exprimés par les collègues à l'égard de la disponibilité des mères pour leur profession ; et, d'autre part, les stratégies adoptées par les femmes médecins, telles que le report de la maternité, ainsi que les diverses formes de conciliation mises en place sur les lieux de travail ou à travers les politiques institutionnelles. De la sorte, il existe des asymétries quant à la légitimité d'organisation de son temps pour des enjeux familiaux ou de loisirs accordée aux hommes ou aux femmes (31).

> *« Juste je ne suis pas certaine que les pères, de manière générale, utilisent leur temps libre de la même manière que les mères. Je pense que le temps libre de maman, c'est d'abord la priorité sur certaines choses qui sont de l'ordre organisationnel et qu'eux n'ont pas toujours... »*

Visibiliser la charge organisationnelle mais aussi les préjugés autour de la combinaison de la maternité et de la profession de médecin pourrait amener une réflexion sur des politiques professionnelles plus inclusives, à l'image de la diversité de celles et ceux qui composent les soins de santé. Comme le propose Géraldine Bloy (2022), la féminisation de la médecine doit s'accompagner de stratégies émancipatrices, et non se contenter d'un ajustement aux normes existantes (40).

4.1.3 Soutenir les mères, renforcer la médecine générale

Cette étude a mis en valeur les tensions internes des participantes, construites notamment, à partir des normes sociales d'être mère et médecin. Toutefois, cette recherche touche à des considérations plus larges car ces tensions sont aussi l'écho de mutations sociales (vie familiale, vision du travail) et d'un contexte de tensions structurelles de la profession : la

pénurie de médecins généralistes (10), la fatigue croissante du personnel soignant dans son ensemble mettant à mal la continuité des soins et la collaboration professionnelle, les menaces sur l'autonomie professionnelle que laisse présager le gouvernement Arizona (41) et le maintien, voire l'accroissement des inégalités sociales (42). Parler des difficultés et des tensions liées à la maternité chez les médecins généralistes pourrait paraitre anecdotique et non prioritaire, vu la sécurité socio-économique qu'offre cette profession par rapport à d'autres conditions de travail plus précaires. Pourtant, au vu du nombre de plus en plus élevé de médecins femmes en Belgique (5) et la potentialité d'être mère, tenir compte de cette dimension dans l'organisation de la profession, c'est contribuer au renforcement de la première ligne des soins. Aborder la maternité dans ce contexte n'est donc pas marginal, c'est une entrée concrète pour penser un avenir plus humain de la médecine générale : soutenir les mères médecins généralistes c'est, entre autres, soutenir le système des soins de santé tout entier.

> « *Si la féminisation a bel et bien des conséquences sur les dynamiques professionnelles, les changements de comportement qu'elle amène sont susceptibles de concerner l'ensemble des praticien(ne)s d'aujourd'hui et, surtout, de demain.* » *(18)*

4.2 LES FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

Les limites méthodologiques ont été détaillées dans la partie dédiée (point 2.8) de ce travail. Il s'agit ici de prendre du recul pour discuter plus largement des forces et des faiblesses de cette recherche, en regard du choix d'étude, des résultats obtenus et de leur analyse, ainsi que de la posture adoptée tout du long.

On peut souligner, d'abord, le choix d'un objet encore peu exploré, à la croisée de la féminisation de la médecine générale, de la maternité et de la transformation de l'éthos professionnel. Cette articulation permet d'interroger la médecine sous l'angle des rapports de genre (7,9), des attentes normatives (29) et des tensions entre vie professionnelle et personnelle (28).

Ensuite, la grille d'entretien semi-directif, nourrie de cadres théoriques solides (éthique du *care* (11), socialisation (20), modèles de rôles (18), etc.), a laissé place à l'émergence de récits expérientiels riches et permettant une analyse pointue.

De plus, par le collectif, ces entretiens de groupes, ont créé un espace de parole jusqu'alors inexistant pour ces femmes mères médecins généralistes. Ils ont permis d'explorer un sujet aussi intime et pluriel que celui de la maternité au sein de ce groupe cible. L'effet émancipateur potentiel que la discussion en groupe peut produire (43), par le fait de prendre le temps de se rassembler, de s'écouter, de partager, de donner son attention aux autres, mais à soi également, de faire émerger du sens partagé, a peut-être permis d'ouvrir des réflexions sur leurs propres vécus, de poser plus distinctement leurs limites, d'affirmer davantage leurs voix. Il est possible aussi que ces échanges se poursuivent par d'autres, dans des configurations différentes, de manière informelle ou non.

Enfin, pour mener cette recherche, j'ai été accompagnée par ma promotrice qui, en tant que sociologue, a su cerner mes idées et à m'aider à les présenter de manière adéquate, notamment par la co-construction de cadres conceptuels et théoriques, ainsi que par l'explication des processus de réflexion.

Toutefois, ma position de chercheuse impliquée, bien que pensée comme une force, peut aussi avoir influencé les échanges et les analyses. J'ai pris soin de remplir les critères d'évaluation de qualité des études qualitatives de Mays (44) (Annexe 7). Effectivement, il s'agit de mon premier travail et ce, autour d'un sujet complexe, car abordant divers aspects à la croisée de la médecine et de la sociologie. De plus, s'affranchir de sa subjectivité, tout en étant consciente que la production des données sont « situées » (13,14), et apporter de la nuance en gardant pour objectif le sujet d'étude, a constitué un processus d'apprentissage tout au long de la recherche sur ma place de chercheuse et ma réflexivité de médecin. Je reconnais que ce travail de réflexion est à poursuivre et doit être alimenté du regard de mes pair·es.

Concernant la représentativité, bien que le protocole de recrutement de mon échantillon incluait une diversité de profils aux caractéristiques socio-culturelles et professionnelles variées, d'autres profils demeurent absents. Il n'inclut pas de mères médecins impliquées dans les sphères académiques, syndicales ou politiques de la médecine générale, ni de personnes issues des minorités LGBTQIA+ ou racisées. Ces absences limitent la portée intersectionnelle de l'analyse. De plus, le choix de ne pas inclure d'hommes dans cette

recherche était justifié par un souhait de ne donner la parole qu'aux femmes, pour les entendre « elles ». Cependant, au vue du rapport dialectique du genre, pour comprendre les spécificités du vécu des femmes, il est aussi nécessaire, en miroir, de mieux comprendre celui des hommes (7).

Enfin, cette recherche, par l'échantillon et les données recueillies, analyse des modèles familiaux « traditionnels » et hétéronormés, ne produisant pas de données sur d'autres manières de « faire famille » et les rapports de pouvoir existants autour de ces modèles. On pourrait donc aussi aborder de manière critique la place importante donnée à la parentalité comme unique modèle de famille légitime au regard des avantages déjà mis en place pour prendre soin des « familles traditionnelles ».

Au vue de ces éléments, de nombreuses perspectives émanent de ces faiblesses et se dessinent pour fonder une réflexion intersectionnelle de la maternité et de son lien avec la profession de médecin généraliste.

4.3 LES PERSPECTIVES EN LIEN AVEC CETTE RECHERCHE

Afin de saisir la complexité des rapports de genre autour de la profession de médecin généraliste et des implications de la parentalité autour de ces aspects, il serait pertinent de croiser d'autres parties prenantes : les pères médecins généralistes, les femmes non-mères et les modèles familiaux divers, les médecins en formation ainsi que de tenir compte des lieux géographiques de pratique. Donner une place à ces voix permettrait d'élargir la focale et de déconstruire l'idée d'un parcours « modèle » ou unique, tant sur le plan professionnel que familial.

Effectivement, explorer les vécus des pères médecins généralistes permettrait de comprendre les zones communes et les dissonances concernant l'articulation de la parentalité et du travail médical. Cela permettrait un éclairage complémentaire et enrichissant, en regard de ces mêmes enjeux : personnels, structurels, politiques et professionnels, qui traversent leur quotidien.

De la même manière, il serait intéressant d'interroger les trajectoires de femmes médecins qui ne sont pas mères, des femmes lesbiennes, des personnes non binaires, ou encore de

médecins qui font famille autrement, ou qui choisissent de ne pas en faire. Ces vécus, souvent invisibilisés, sont pertinents pour nourrir une réflexion plus transversale sur les injonctions de genre et les normes professionnelles implicites. Donner une place à ces voix permettrait d'élargir la focale et de déconstruire l'idée d'un parcours « modèle » ou unique, tant sur le plan professionnel que familial.

En outre, intégrer les perceptions des assistant·es en médecine générale permettrait de constituer des données sur l'articulation de la parentalité dans un parcours de formation et sur ce qui est mis en place au niveau des institutions.

Enfin, élargir ce champ d'étude à d'autres contextes géographiques, en particulier les zones rurales, donnerait à voir d'autres organisations du soin et des réseaux professionnels différents. Cela permettrait de confronter les vécus à d'autres dynamiques territoriales, sociales et professionnelles, et leur impact sur l'articulation entre vie personnelle et pratique médicale.

Ces différentes pistes visent à encourager une approche globale et donc plurielle, de la médecine générale, en reconnaissant la diversité des parcours et des aspirations de celles et ceux qui la pratiquent.

5 CONCLUSION

Au départ de réflexions contemporaines sur la féminisation de la médecine, cette recherche sur la maternité chez les médecins généralistes, explore un champ encore peu documenté dans la littérature belge et francophone, en articulant les enjeux multiples des dimensions professionnelles, personnelles, politiques et sociétales. À travers le recueil des données de l'échantillon, cette recherche a permis d'interroger l'expérience de la maternité comme source potentielle de transformation :

- Dans la pratique médicale et le lien patient-médecin ;
- Dans l'éthos professionnel dit « traditionnel » (8,19), mis en perspective avec une éthique du *care* (11) ;

- Dans l’organisation genrée de la profession, notamment à travers la visibilisation des inégalités de genre qui influencent les choix professionnels en réponse aux attentes sociales (7,9).

Les menaces sur le système des soins de santé sont multiples (41) et la maternité ne semble pas être un point prioritaire à traiter. Pourtant, renforcer le système de soins passe par un renforcement de la première ligne et donc par un soutien aux professionnel·les qui la composent.

La médecine générale gagnerait en robustesse en développant une capacité à penser la maternité, et plus largement les parentalités, comme des expériences susceptibles de nourrir le soin et de questionner les politiques publiques qui l’encadrent. Et par là, réfléchir à l’organisation du travail, ses valeurs et ses normes sociales et genrées pour permettre des visions multiples de l’identité professionnelle des médecins et des conditions d’exercices adaptées à leurs réalités de vie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kerninon J, Dieudonné A, Berest C, de Changy V, Browaeys L, et al. Être mère. Paris: L'Iconoclaste; 2024.
2. Beauvoir S. Citation attribuée. « N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant. » Attribution non sourcée.
3. Ernaux A. La femme gelée. Paris: Gallimard; 1981. p. 15.
4. Lemoine M. Le médecin généraliste face à l'hyperdisponibilité et à la vocation: une analyse de l'éthos professionnel. Santé Publique [Internet]. 2019 [cité 2025 avr 15];31(6):807-14. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-6-page-807.htm
5. SPF Santé publique. HWF STATAN 2024 (statistiques détaillées) [Internet]. 2025 [cité 2025 avr 15]. Disponible sur: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2024-statistiques-detaillees
6. Cumps S. Où sont les femmes: comment expliquer la sous-représentation féminine dans les instances de médecine générale? [mémoire de master]. Louvain-la-Neuve: Université catholique de Louvain; 2022.
7. Delphy C. L'ennemi principal II: penser le genre. Paris: Syllepse; 2001.
8. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies pratiques. 1 oct 2007;14(1):19-30.
9. Federici S. Le capitalisme patriarcal. Paris: Divergences; 2021.
10. Le GBO. Accès aux soins de santé: pourquoi y a-t-il une pénurie de médecins en Belgique? [Internet]. 2024 oct [cité 2025 avr 15]. Disponible sur: https://www.le-gbo.be/wp-content/uploads/2024/10/Acces-aux-soins-de-sante_-pourquoi-y-a-t-il-une-penurie-de-medecins-en-Belgique_-_-RTL-Info.pdf
11. Tronto J. L'éthique du care: une éthique politique du souci. Paris: La Découverte; 2009.

12. Mogenet J, Mallet A-L. Comment j'ai retrouvé ma mère [Internet]. Axelle Mag; 2023 [cité 2025 avr 15]. Disponible sur: https://www.axellemag.be/serie/comment-jai-retrouve-ma-mere/
13. Harding S. Rethinking standpoint epistemology: what is 'strong objectivity'? In: Keller EF, Longino HE, éditeurs. Feminism and science. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 235-48. Disponible sur: https://academic.oup.com/book/48826/chapter/420804869
14. Olivier de Sardan J-P. La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant; 2008.
15. Viennot É. Le langage inclusif: pourquoi, comment. Paris: Éditions iXe; 2018.
16. De Rouffignac S. Démarche TFE: méthodologie qualitative [Internet]. Louvain-la-Neuve: UCLouvain; s.d. [cité 2025 avr 16]. Disponible sur: https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/293255/mod_resource/content/0/demarche%20TFE%20m%C3%A9thodo%20qualitative.pdf
17. Touboul P. Focus groupes: méthodologie [Internet]. Département de Santé Publique, CHU de Nice; 2020 [cité 2025 avr 15]. Disponible sur: focus_groupes_methodologie_PT_CNGE_CHU_Nice_TOP_def.pdf
18. Schepens F, Zolesio E. La fabrication du soignant au travail: introduction. Travail et Emploi. 2015;(141):5-7. Disponible sur: https://doi.org/10.4000/travailemploi.6541
19. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):59-81. Disponible sur: https://doi.org/10.3917/rfas.051.0059
20. Zolesio E. Socialisations primaires / secondaires: quels enjeux? Idées Écon Soc. 2018;(191):15-21. Disponible sur: https://doi.org/10.3917/idee.191.0015
21. Rondeau K, Paillé P, Bédard E. La confection d'un guide d'entretien pas à pas dans l'enquête qualitative. Rech Qualitatives. 2023;42(1):5-29. Disponible sur: https://doi.org/10.7202/1100242ar
22. Lapeyre N, Le Feuvre N. Concilier l'inconciliable? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France. Nouv Questions Féministes. 2004;23(3):42-58.

23. Le Feuvre N. La féminisation de la profession médicale: voie de recomposition ou de transformation du « genre »? In: Aïach P, éditeur. Femmes et hommes dans le champ de la santé: approches sociologiques. Rennes: Presses de l'EHESP; 2001. p. 197-228.
24. Be.Hive. Livre blanc [Internet]. 2020 févr 18 [cité 2025 avr 18]. Disponible sur: https://online.fliphtml5.com/zzhif/brui/
25. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Une offre en médecine générale inégalement répartie à Bruxelles [Internet]. Bruxelles: Vivalis; 2024 [cité 2025 avr 16]. Disponible sur: https://www.vivalis.brussels/fr/actualites/une-offre-en-medecine-generale-inegalement-repartie-a
26. Collège réuni de la Commission communautaire commune. Plan Santé Bruxellois – Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles. Bruxelles : Commission communautaire commune ; 2019. Disponible sur : https://perspective.brussels/sites/default/files/documents/plan_sante_bruxellois_-_ccc_2019.pdf
27. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. In: L'enquête et ses méthodes. Paris: Armand Colin; 1992. p. 67-82.
28. Steiner P. Le concept de tension dans la sociologie de Weber. L'Année sociologique. 2017;67(1):163-88. Disponible sur: https://shs.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2017-1-page-161?lang=fr
29. Ferrand A. La tension normative: un état à la fois personnel et interpersonnel. In: Éditions de l'ENSP; 2004 [cité 2025 avr 16]. p. 69. Disponible sur: https://shs.hal.science/halshs-00250366
30. Weber M. Le Savant et le Politique. Paris: Plon; 1963. p. 206-7.
31. Le Feuvre N, Lapeyre N. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? efg. 2013;(18):72-93.
32. Bourquin C, Stiefel F. Médecins-narrateurs : quel(s) récit(s) de l'expérience médicale ? Rev Med Suisse. 7 févr 2018;593:320-2.
33. Lenoir AL, Richelle L, Ketterer F, Fraipont B, Cayn M, Duchesnes C, et al. Young general practitioners' professional activities: a survey in the French-speaking part of Belgium. Acta Clin Belg. 2017;72(6):399-404. Disponible sur: https://hdl.handle.net/2268/209355

34. Lorant V, Artoisenet C, Violet I. Pourquoi certains médecins abandonnent-ils la profession? Louvain-la-Neuve: École de Santé Publique, SES, Université catholique de Louvain; 2007.
35. Mino J-C. Cure et care, indissociablement. In: Marin C, Worms F, editors. *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*. Paris: Presses Universitaires de France; 2015. p. 71-79. Disponible sur: https://doi-org.ezproxy.ulb.ac.be/10.3917/puf.worms.2015.01.0071
36. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. *Sociol Prat.* 2007;14(1):19-30. Disponible sur: https://doi.org/10.3917/sopr.014.0019
37. Cholewa J. Quels sont les critères définissant un « bon » médecin généraliste selon les patients belges francophones? [mémoire de master]. Louvain-la-Neuve: Université catholique de Louvain; 2023.
38. Vrijens F, Renard F, Walckiers D, Meeus P, Léonard C. Évaluer la performance du système de santé: l'expérience de la Belgique. Reflets Perspect Vie Écon. 2014;LIII(4):83-102. Disponible sur: https://doi.org/10.3917/rpve.534.0083
39. Hoffman R, Mullan J, Nguyen M, Bonney AD. Motherhood and medicine: systematic review of the experiences of mothers who are doctors. Medical Journal of Australia. 2020;213(7):329-34.
40. Bloy G. À quoi bon former des médecins généralistes? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. Rev Fr Aff Soc. 2014;1-2:172-91. Disponible sur: https://shs.hal.science/halshs-01225455
41. POUR.press. La coalition Santé a analysé l'accord Arizona [Internet]. POUR.press; 2025 mars 26 [cité 2025 avr 15]. Disponible sur: https://pour.press/la-coalition-sante-a-analyse-laccord-arizona/
42. Collège réuni de la Commission communautaire commune. Plan Santé Bruxellois – Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles. Bruxelles : Commission communautaire commune ; 2019. Disponible sur : https://perspective.brussels/sites/default/files/documents/plan_sante_bruxellois_-_ccc_2019.pdf

43. Hatchuel F. *La recherche-intervention : un processus de transformation et d'émancipation*. In: Buoro A, Vinck D, coord. *Chercher ensemble : les sciences sociales participatives*. Paris : Éditions du Croquant ; 2020. p. 127-144.
44. Mays N. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. BMJ. 1 janv 2000;320(7226):50-2.

ANNEXES

Annexe 1 - Grille d'entretien semi-directif

Annexe 2 - Document de recueil du consentement éclairé

Annexe 3– Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Annexe 5 – Liste des codes et exemples de codage

Annexe 6 – Modélisation des codes par mindmapping

Annexe 6 - Avis du GIEMG et du Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire Saint Luc - UCLouvain

Annexe 7 - Critères d'évaluation de qualité des études qualitatives

Annexe 8 - Retranscription du premier focus group

Annexe 9 - Retranscription du deuxième focus group