

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE DE BREST

Année 2008

N°

THESE
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

Par

Bénédicte LOISELET-DOULCET
Née le 12 Novembre 1978 à Versailles

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2008

**LA FEMINISATION DE LA MEDECINE GENERALE,
ETUDE DU DEVENIR DE 6 PROMOTIONS DE PCEM2 DE LA
FACULTE DE BREST DE 1990 A 1995.**

JURY

Président du jury et directeur de thèse universitaire : M. le Professeur Benoist LEJEUNE

Membres du jury : Mme le Professeur Véronique KERLAN

Mme le Professeur Armelle GENTRIC

Directeur de thèse : Mme le Docteur Catherine BOURILLET-LAMBERT

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Benoist LEJEUNE,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité, de votre aide et de vos conseils. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Véronique KERLAN,

Vous avez accepté de siéger au jury de ma thèse,
Recevez toute ma gratitude.

A Madame le Professeur Armelle GENTRIC,

Vous avez accepté de juger ce travail,
Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Catherine BOURILLET-LAMBERT,

Vous avez accepté de diriger ce travail ; vous avez été mon maître de stage et j'ai pu apprécier vos qualités humaines et votre engagement pour la médecine générale. Vous m'avez accordé du temps et vous m'avez enseigné, par votre exemple, la rigueur du raisonnement médical. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

A Alban, mon mari,

Pour son amour, sa patience et son soutien indéfectibles, et pour les heures passées à m'expliquer le B à BA de l'informatique.

A Blandine et Quentin, mes enfants,

Pour m'avoir laissée travailler entre deux câlins ou deux biberons...

A mes parents et beaux-parents,

Pour m'avoir soutenue et avoir toujours été disponibles.

A Elodie,

Pour m'avoir soufflé l'idée de ce sujet de thèse et m'avoir poussée à le réaliser.

Au Professeur Jacques LOISELET,

Pour l'exemple professionnel et humain qu'il m'a donné envie de suivre.

A Mme Kerhoas,

Pour sa disponibilité et sa gentillesse.

Et aux autres...

SOMMAIRE

INTRODUCTION

- I. HISTORIQUE DE LA FEMINISATION DE LA MEDECINE GENERALE
- II. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ACTUELLE
 - A. LA FEMINISATION DE LA PROFESSION
 - 1. *Lors des études médicales*
 - 2. *Chez les médecins en exercice*
 - 3. *Les prévisions d'évolution*
 - B. LE VIEILLISSEMENT DU CORPS MEDICAL
 - C. LA DENSITE MEDICALE
 - D. CONSEQUENCES
- III. OBJECTIFS DE L'ETUDE REALISEE

MATERIEL ET METHODES

- I. DEFINITION DE LA POPULATION
- II. LES SOURCES DE RENSEIGNEMENTS
- III. L'ENQUETE
 - A. LE PRINCIPE DE L'ENQUETE
 - B. LE QUESTIONNAIRE
 - 1. *La forme*
 - 2. *Le fond*

RESULTATS

- I. ANALYSE DE L'ECHANTILLON INTERROGE
 - A. DEFINITION CHIFFREE DE LA POPULATION
 - B. TAUX DE REPONSE
 - C. REPARTITION PAR SEXE ET TYPE D'EXERCICE
- II. RESULTATS DE L'ENQUETE
 - A. CURSUS UNIVERSITAIRE
 - 1. *Les diplômes obtenus avant l'année de PCEM1*
 - 2. *Les diplômes complémentaires*
 - 3. *La durée des études*
 - 4. *Les mises en disponibilité et leurs motifs*
 - B. VIE PROFESSIONNELLE
 - 1. *Les médecins généralistes remplaçants*
 - a. *Répartition par sexe*
 - b. *Nombre de semaines de remplacement par an*

- c. *Remplacements réguliers*
 - d. *Gardes*
 - e. *Revenu moyen*
 - f. *Projet professionnel*
 - 2. *Les médecins généralistes installés*
 - a. *Répartition par sexe*
 - b. *Délai entre la thèse et l'installation*
 - c. *Répartition géographique*
 - d. *Type d'installation*
 - e. *Secrétariat*
 - f. *Ménage du cabinet*
 - g. *Charge de travail*
 - h. *Gardes*
 - i. *Revenu moyen*
 - j. *Projet professionnel*
 - 3. *Les médecins généralistes salariés*
 - a. *Répartition par sexe et type de salariat*
 - b. *Charge de travail*
 - c. *Gardes*
 - d. *Salaire moyen*
 - e. *Projet professionnel*
- C. **VIE PERSONNELLE**
- 1. *Etat matrimonial*
 - a. *Les hommes*
 - b. *Les femmes*
 - 2. *Nombre d'enfants*
 - 3. *Congés maternité / paternité*
 - 4. *Travail du conjoint*
 - 5. *Aide à domicile*
 - 6. *Equilibre vie professionnelle / vie familiale*
 - 7. *Difficultés rencontrées pendant les études*
 - 8. *Difficultés rencontrées depuis les études*
 - 9. *Et si c'était à refaire ?*

DISCUSSION

I. METHODOLOGIE

- A. TAILLE ET REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON
- B. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE ET RECRUTEMENT
 - 1. *Le questionnaire et ses limites*
 - 2. *La localisation des sujets*

3. Les réponses

II. COMPARAISON DES RESULTATS

A. CURSUS UNIVERSITAIRE

1. Les diplômes complémentaires
2. La durée entre l'année de PCEM1 et la thèse
3. Les mises en disponibilité et leurs motifs

B. VIE PROFESSIONNELLE

1. Les médecins généralistes remplaçants
 - a. Répartition par sexe
 - b. Nombre de semaines de remplacement par an
 - c. Remplacements réguliers
2. Les médecins généralistes installés
 - a. Répartition par sexe
 - b. Délai entre la thèse et l'installation
 - c. Répartition géographique
 - d. Type d'installation
3. Les médecins généralistes salariés
4. Comparaisons selon le mode d'exercice
 - a. Charge de travail
 - b. Gardes
 - c. Revenu moyen
 - d. Projet professionnel

C. VIE PERSONNELLE

1. Etat matrimonial
2. Nombre d'enfants
3. Congés maternité / paternité
4. Travail du conjoint
5. Aide à domicile
6. Equilibre vie professionnelle / vie familiale
7. Difficultés rencontrées pendant les études
8. Difficultés rencontrées depuis la fin des études
9. Et si c'était à refaire ?

III. QUEL AVENIR POUR LA MEDECINE GENERALE ?

A. LE CONTEXTE ACTUEL DE LA MEDECINE GENERALE

1. Les caractéristiques de la médecine générale
2. Les difficultés de la médecine générale
 - a. Les modifications de la relation médecin / malade
 - b. La dévalorisation du métier de médecin généraliste

3. Le rôle des institutions
 - a. L'état
 - b. La Faculté
- B. LES PROBLEMES INDUITS PAR LA FEMINISATION DE LA MEDECINE
 1. Pour les femmes elles-mêmes
 - a. Difficultés particulières rencontrées par les étudiantes
 - b. Difficultés particulières rencontrées par les femmes installées
 2. Pour l'organisation du système de soins
 - a. Déficit de certaines spécialités médicales ou chirurgicales
 - b. Réduction du « temps médical disponible »
- C. LES APPORTS DE LA FEMINISATION DE LA MEDECINE
 1. Dans l'organisation du temps de travail
 2. Dans la relation médecin / malade
- D. COMMENT AIDER LES FEMMES MEDECINS A EXERCER LEUR METIER ?
 2. Garde des enfants
 3. Congés maternité
 4. Autres suggestions
- E. COMMENT REORGANISER LE SYSTEME DE SOINS POUR S'ADAPTER A CETTE FEMINISATION ?
 1. Le numerus clausus
 2. Le développement du travail en cabinet de groupe / maisons médicales
 3. Les systèmes de garde
 4. L'optimisation de la répartition des médecins
 - a. Les passerelles entre les spécialités
 - b. La délégation de tâches aux professionnels paramédicaux
 - c. Comment cibler les territoires à aider ?
 - d. Les incitations à l'installation dans les zones à faible densité médicale
 5. L'évaluation prospective de la démographie médicale et paramédicale
 6. Le système des retraites
 7. La question du salariat des médecins
 8. Comparaison avec les systèmes de santé d'autres pays

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

La féminisation de la médecine a été un long chemin et n'a pas tout de suite suscité l'approbation de tous, loin de là. Nombreux sont ceux qui, comme le Docteur Fiessinger en 1900, ont douté de la capacité des femmes à exercer un métier initialement réservé aux hommes :

« Ces confrères en jupons ne me semblaient pas préparés par leur sexe à tenir les fonctions de praticien...La femme doctoresse est une de ces herbes folles qui ont envahi la flore de la société moderne, très innocemment, elle s'est imaginé qu'ouvrir des livres et disséquer des cadavres allait lui créer un cerveau nouveau...Je dis que par sa forme d'intelligence, une femme est incapable de soigner les malades...qu'il me soit permis, à celles qui s'égarent dans des études où elles sont inaptés, de leur montrer qu'elles font fausse route et qu'il ne dépend pas de leur volonté de se créer un cerveau de praticien. » (25)

Peu à peu les femmes ont réussi, à force de persévérance, à montrer qu'elles aussi pouvaient devenir médecin et que leurs différences apportaient une complémentarité utile à l'exercice de leurs confrères, comme l'exprime Albert Thomas en 1930 :

« L'accès des femmes à la carrière médicale est une conquête du féminisme qu'il faut souligner non seulement dans un sentiment de justice, mais aussi en considération de son utilité sociale. L'histoire des femmes médecins nous prouve que dans l'exercice de la profession médicale qui exige à la fois subtilité dans le jugement, de l'adresse manuelle, de la patience, de la douceur, ceci soutenu par un inlassable dévouement, la femme trouve le meilleur emploi des qualités particulières à son sexe, pour le plus grand bien de l'humanité souffrante ».

Mais, malgré leur accession aux études supérieures et aux postes à responsabilité, les femmes n'en restent pas moins des mères, soucieuses de leur famille.

« C'est un fait que, dans beaucoup de sociétés, les femmes travaillent dans presque tous les secteurs de la vie. Il convient cependant qu'elles puissent remplir pleinement leurs tâches selon le caractère qui leur est propre, sans discrimination et sans exclusion des emplois dont elles sont capables, mais aussi sans manquer au respect de leurs aspirations familiales et du rôle spécifique qui leur revient, à côté de l'homme, dans la formation du bien commun de la société. La vraie promotion de la femme exige que le travail soit structuré de manière qu'elle ne soit pas obligée de payer sa promotion par l'abandon de sa propre spécificité et au détriment de sa famille dans laquelle elle a, en tant que mère, un rôle irremplaçable. » (29)

Le fait de mener de front vie professionnelle et vie familiale et d'essayer de maintenir un certain équilibre entre les deux, a poussé les femmes médecins à modifier leur exercice. Ceci a actuellement des conséquences importantes sur l'organisation du système de santé, et notamment de la médecine générale, qu'il est intéressant d'étudier plus en détails...

Après un rappel sur l'histoire de la féminisation de la médecine en France et un aperçu de la démographie médicale actuelle, je vous présenterai les objectifs de l'étude réalisée sur le devenir de six promotions de PCEM2 de Brest, comparant l'exercice médical des hommes et des femmes médecins généralistes.

I. HISTORIQUE DE LA FEMINISATION DE LA MEDECINE GENERALE

L'accès à l'école élémentaire a été accordé aux femmes en 1850 par la loi FAILLOUX qui prévoit la création d'école de filles. Mais ce n'est qu'en 1880 que la loi Camille SEE institue un enseignement secondaire public féminin. En France, il faudra attendre 1870 pour voir, la première femme, Elizabeth CARRETT ANDERSON, une anglaise, accéder aux études médicales. La première française sera Madeleine GEMELIN-BRES en 1875. (26)

Les concours de l'externat en 1882, puis de l'internat en 1885, s'ouvriront peu à peu aux femmes. La première interne titulaire française sera Mademoiselle FRANCILLON en 1890, et la première femme professeur, Madame CONDAT en 1923.

L'académie de médecine s'ouvrira à Marie Curie en 1922, en hommage à ses travaux, bien qu'elle ne soit pas médecin. Enfin, l'Ordre National des Médecins accueillera la première femme en 1967, Madame SOREL DEJERINE.

Il aura donc fallu près d'un siècle pour que les études de médecine soient équitablement accessibles aux hommes comme aux femmes. (26)

II. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ACTUELLE

A. LA FEMINISATION DE LA PROFESSION

1. Lors des études médicales

En 1955, les femmes ne représentaient que 16% des étudiants en médecine en France. En 1971, lors de la mise en place du numerus clausus, on observe une augmentation de la féminisation des étudiants. En 1985, on compte 37,4% de femmes, et en 2000 elles sont 55,6% et majoritaires dans les trois cycles des études.

En 2005, 60% des internes de médecine générale sont des femmes, ainsi que actuellement presque deux tiers des étudiants de PCEM1. (7)

2. Chez les médecins en exercice

Au premier janvier 2005, les femmes représentent 39,4% des médecins généralistes en exercice. Elles sont actuellement plus souvent généralistes (51,6%) que spécialistes.

En Bretagne, les femmes représentent plus de 40% des généralistes qui se sont installés en 2001-2003, contre 20% en 1981-1990 et 0% avant 1960. Cette féminisation est donc très rapide. (33)

Part hommes/femmes, selon la date d'installation au sein des généralistes

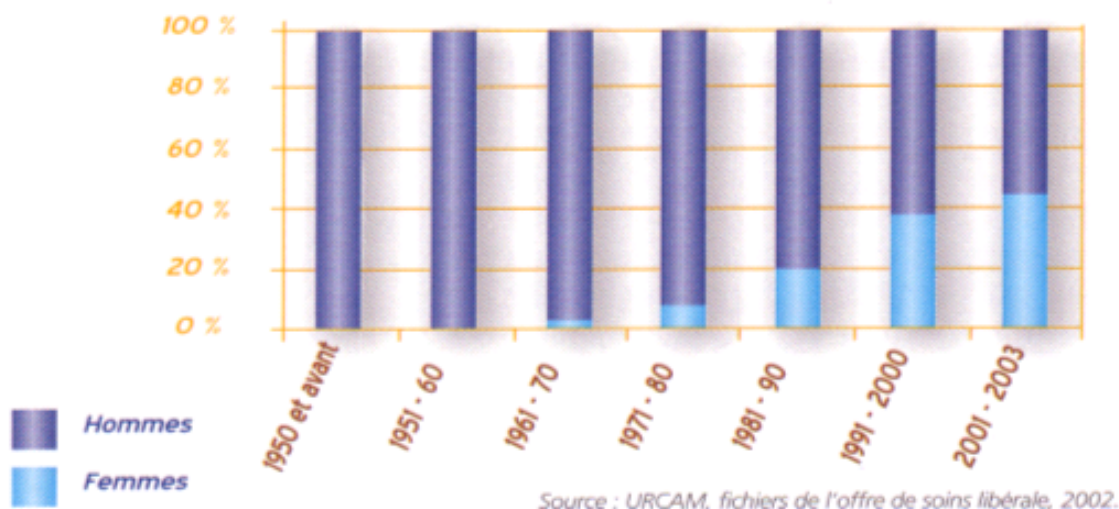


Figure 1

3. Les prévisions d'évolution

Selon les projections de la DREES, la parité sera atteinte en 2020, les femmes médecins seront majoritaires à partir de cette date. (6)

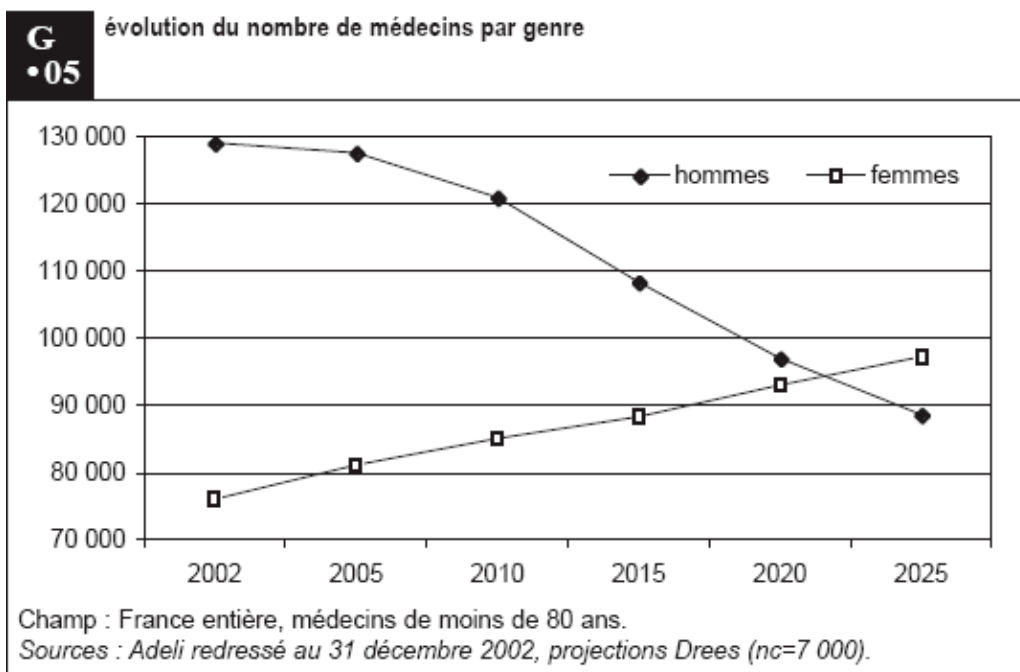


Figure 2

B. LE VIEILLISSEMENT DU CORPS MEDICAL

En France, l'âge moyen des médecins en activité est de 46 ans. (44 ans pour les femmes et 47 ans pour les hommes).

En Bretagne, l'âge moyen des généralistes installés est de 46,5 ans. Les deux tiers des professionnels ont plus de 35 ans et les femmes représentent 47% des généralistes de moins de 35 ans. (33)

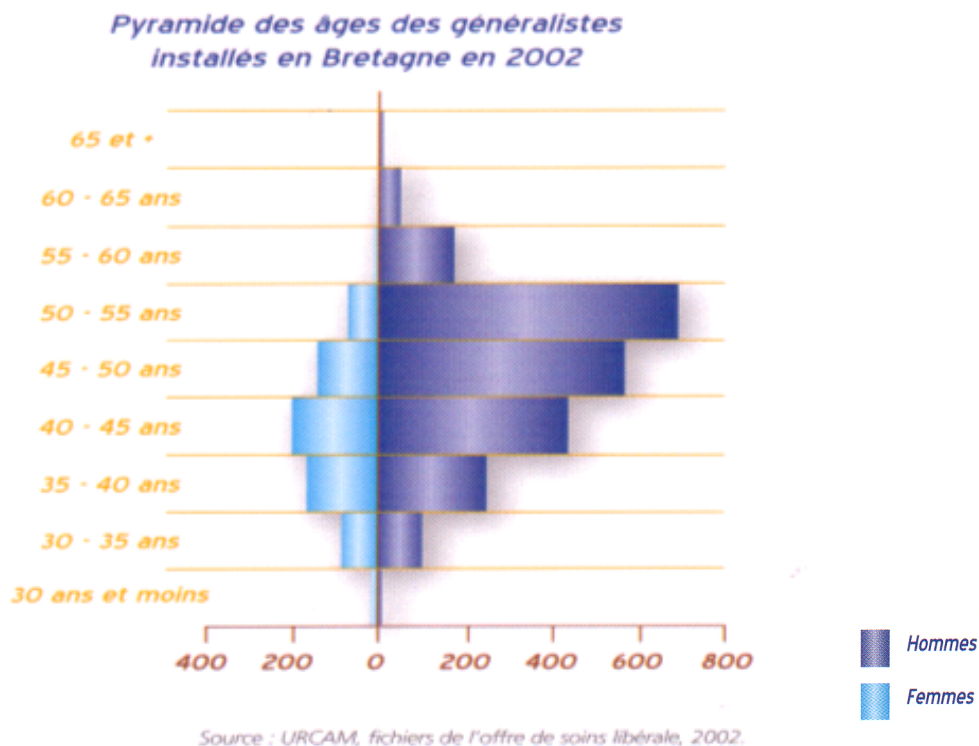


Figure 3

L'effectif des médecins de moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans. Aussi d'ici une dizaine d'année les classes en âge de prendre leur retraite seront numériquement très importantes.

Les études de la DREES vont dans le même sens et prévoient un rajeunissement global de la profession après 2015, suite aux départs en retraite massifs. (6)

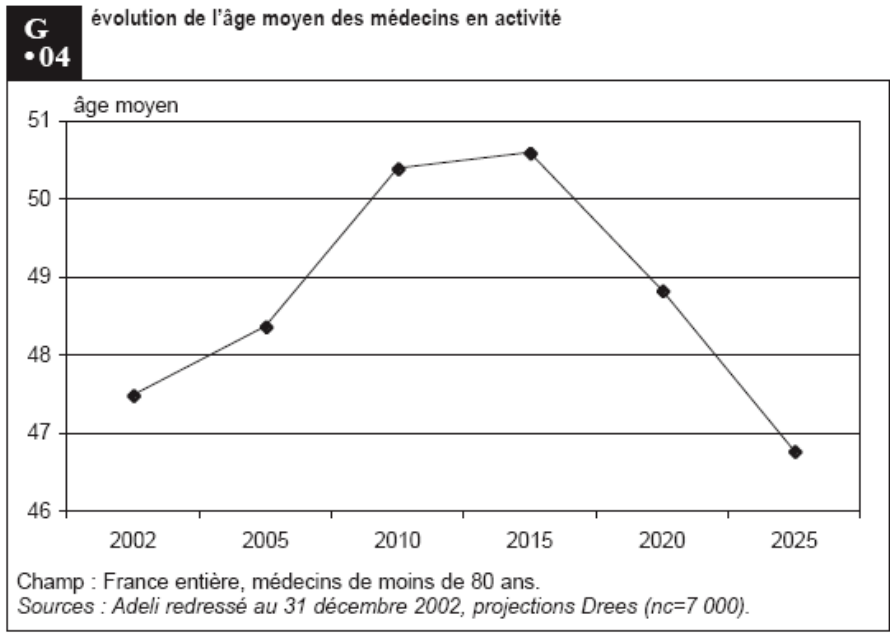


Figure 4

C. LA DENSITE MEDICALE

Selon les prévisions de départs à la retraite (75000 dans les dix ans à venir, contre 35000 nouveaux diplômés), et si le numerus clausus avait été maintenu à 4700 par an, le nombre de médecins en France aurait diminué d'environ 20% d'ici 2020. (35)

La population française devant, quant à elle, augmenter dans le même temps de 6% selon les projections de l'INSEE, la densité médicale aurait dû baisser de 24% sur la même période, passant de 332 pour 100 000 habitants à 253 pour 100 000 habitants.

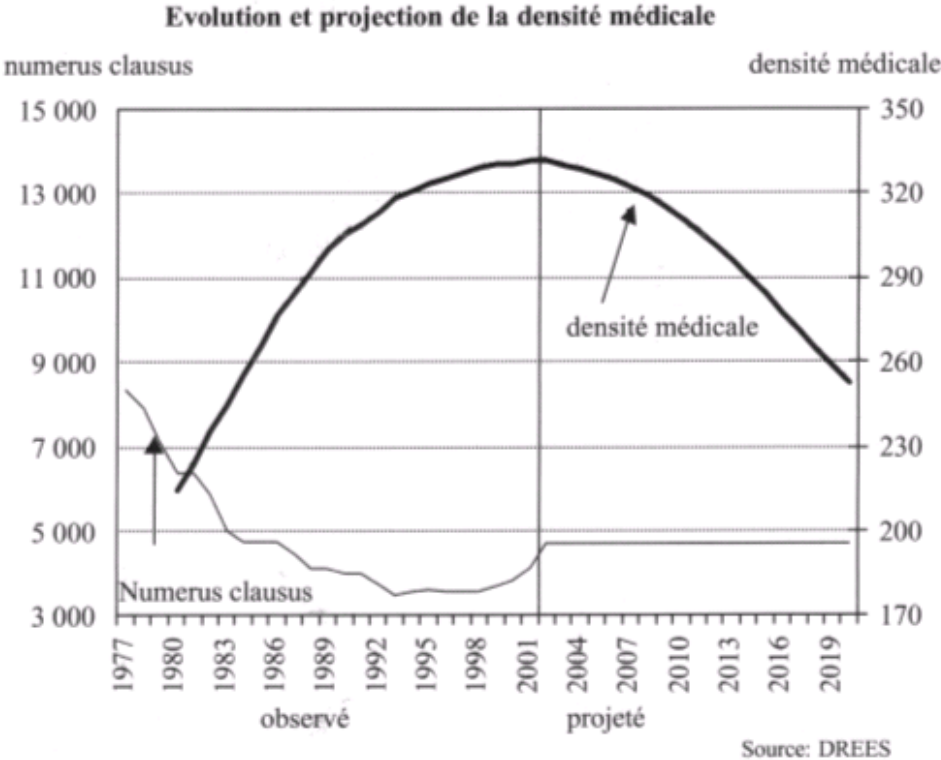


Figure 5

Evolution et projections de la densité médicale selon le numerus clausus

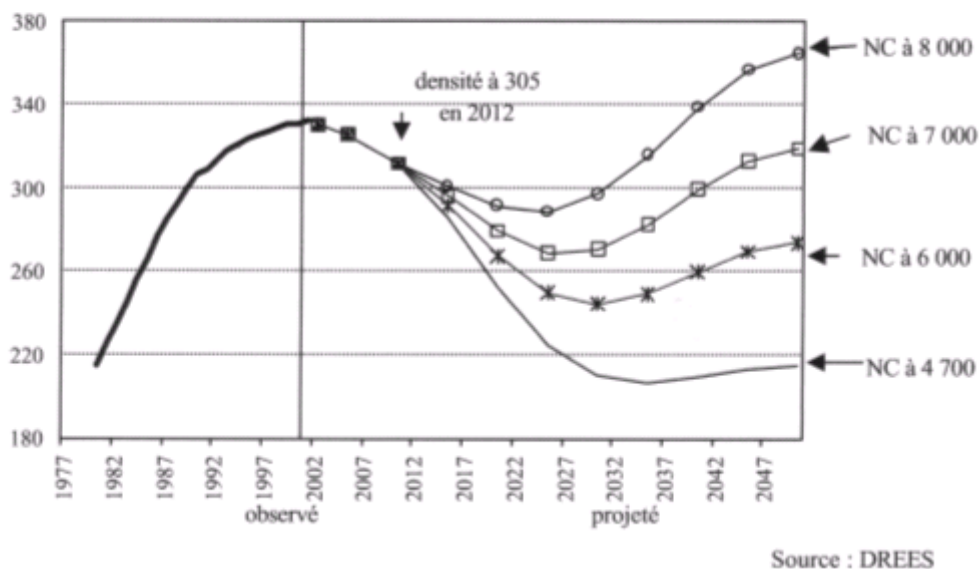


Figure 6

Des simulations d'évolution de la densité médicale ont été élaborées par la DREES en faisant varier le numerus clausus de 4700 à 8000. Mais, vu le délai d'action du numerus clausus, directement lié à la durée des études médicales (environ 10 ans actuellement), et même avec un numerus clausus à 8000 la densité médicale nationale actuelle ne serait atteinte qu'en 2037.

Si les comportements d'installation et de départ à la retraite ne sont pas modifiés, quel que soit le numerus clausus fixé pour les années futures, la densité médicale aura chuté à 305 pour 100 000 habitants en 2012. (35)

D. CONSEQUENCES

La démographie médicale française est en profonde mutation depuis quelques années. Alors que les médecins n'ont jamais été aussi nombreux qu'actuellement, ils rencontrent des difficultés de plus en plus importantes dans leur exercice public ou privé, salarié ou libéral quel que soit leur lieu d'exercice, zone urbaine ou zone rurale.

Cette pénurie médicale est due aux évolutions majeures de la démographie médicale: vieillissement du corps médical, féminisation, vieillissement de la population et lourdeur grandissante de sa prise en charge, contraintes administratives, contraintes légales, maintien voire croissance des disparités géographiques de répartition des professionnels de santé.

De plus, les médecins recensés en médecine générale n'exercent pas tous dans cette discipline. Les omnipraticiens à exercice particulier, par exemple, représentent de 11 à 23% des effectifs

des omnipraticiens. Et, parmi les généralistes, seulement 62% exercent effectivement la médecine générale à plein temps, 14% à temps partiel et 24% ne l'exercent pas du tout.

La pénurie médicale actuelle n'est que relative. En effet, la simple densité médicale ou les effectifs médicaux ne peuvent être suffisants pour définir les futurs besoins en offre de soins. D'après le rapport de la Direction Générale de la Santé de 2001, « des difficultés existent dès à présent mais liées aux disparités dans la répartition fine des médecins sur le territoire, dans la répartition entre spécialités et entre modes d'exercice et non à une insuffisance globale du nombre de médecins. » (24)

Le principal problème n'est pas celui du nombre des médecins mais de l'organisation du système de soins.

Effectivement, on assiste depuis quelques années à une réduction du temps de travail des médecins, ceux-ci souhaitant accéder à une meilleure qualité de vie. Ce phénomène est probablement dû en partie à l'évolution de l'organisation du travail en France, avec le passage aux 35 heures et l'augmentation du temps libre. De plus, la dégradation de l'image du médecin et sa moindre considération par l'opinion publique, ont contribué aux modifications de choix de vie et d'exercice de nombreux praticiens.

Il existe donc actuellement une réduction du « temps médical » qui induit des problèmes d'accès aux soins qui risquent de se majorer dans les années à venir.

C'est donc l'organisation du système de soins qu'il faut étudier afin d'augmenter le « temps médical disponible » et de garantir ainsi un accès aux soins suffisant sur tout le territoire tout en maîtrisant les dépenses de santé.

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE REALISEE

La féminisation de la médecine générale a entraîné une modification de son exercice. A son début, l'organisation du travail des médecins hommes et femmes était très différente, tant dans leur type et lieu d'exercice que dans leur charge de travail et leur équilibre entre vie professionnelle et vie familiale.

Etant moi-même femme et médecin, je me sens particulièrement concernée par ce sujet. Ainsi, afin d'en savoir plus, j'ai étudié le devenir professionnel et familial de jeunes femmes médecins généralistes ayant passé le concours de PCEM1 à la Faculté de Brest entre 1990 et 1995. J'ai ensuite comparé ces résultats à ceux des hommes médecins généralistes de ces mêmes promotions.

Mon étude s'est effectuée sur deux axes.

D'une part, j'ai voulu savoir dans quelle mesure la féminisation de la médecine en a modifié son exercice, ce qu'il en est actuellement, et si les différences hommes/femmes ont tendance ou non à s'atténuer.

D'autre part, j'ai souhaité mieux connaître mes confrères, issus de la même Faculté de Médecine, et savoir quelles avaient été pour eux les difficultés rencontrées durant leurs études et depuis la fin de celles-ci, afin que leur expérience puisse servir aux futurs étudiants.

Les résultats obtenus ont ensuite été confrontés à ceux d'autres travaux.

MATERIEL ET METHODES

I. DEFINITION DE LA POPULATION

L'étude a porté sur 6 promotions de PCEM1 reçus au concours, à la Faculté de médecine de Brest, de 1990 à 1995, hommes et femmes, et devenus par la suite médecins généralistes. Cela représente une population d'environ 200 médecins. Le but était d'obtenir une taille d'échantillon comparable à celle d'autres études du même type, sachant que ce travail a un but non statistique mais informatif.

II. LES SOURCES DE RENSEIGNEMENTS

Différents moyens de recherche ont été utilisés pour retrouver les adresses des anciens étudiants :

- la liste des reçus aux concours de PCEM1 des années concernées, fournie par le secrétariat de la faculté de médecine de Brest
- Le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Les listes des médecins remplaçants, communiquées par les Conseils de l'Ordre départementaux (29, 22, 56)
- Le site internet des pages jaunes
- Le site internet « copains d'avant »
- Les renseignements donnés par des camarades de promotion des personnes concernées

Malgré ces recoupements, il est resté quelques « perdus de vue » dans cette étude.

III. L'ENQUETE

A. LE PRINCIPE DE L'ENQUETE

Il s'agit d'une enquête descriptive.

Après avoir sélectionné, parmi les étudiants reçus en PCEM2, ceux qui sont devenus généralistes et avoir retrouvé leur adresse, le questionnaire leur a été envoyé par la poste, accompagné d'un courrier expliquant le principe de l'enquête, et d'une enveloppe de retour affranchie.

Une relance téléphonique a été réalisée trois mois après l'envoi initial.

Les résultats ont été saisis en informatique pour traitement, et analyse statistique grâce aux logiciels EXCEL et EPI INFO.

B. LE QUESTIONNAIRE

1. La forme

Il s'agit d'une enquête d'opinion par questionnaire auto rempli.

Afin de pouvoir comparer cette recherche avec des travaux effectués auparavant, il a été choisi de construire un questionnaire quasi similaire à ceux-ci. (2, 16, 19)

La majorité des questions sont fermées pour faciliter les réponses et pour rendre leur exploitation informatique plus aisée.

La fin du questionnaire comporte quatre questions ouvertes pour que les commentaires soient possibles.

2. Le fond

Différents thèmes sont ainsi abordés :

- L'état civil
- Le cursus universitaire et les diplômes complémentaires
- La situation professionnelle et son organisation
- La situation familiale
- L'objectif professionnel
- Quatre questions ouvertes

RESULTATS

I. ANALYSE DE L'ÉCHANTILLON INTERROGÉ

A. DEFINITION CHIFFREE DE LA POPULATION

L'étude a porté sur 6 promotions d'étudiants reçus au concours de PCEM1 à Brest, soit au total 366 étudiants, dont 224 femmes et 142 hommes.

Parmi eux, 3 % n'ont pas terminé leurs études :

- 2 hommes et 4 femmes ont arrêté leurs études avant le CSCT, soit 1,6%
- 3 hommes et 2 femmes sont décédés, soit 1,4 % du total.

Le nombre d'étudiants devenus spécialistes est de 155/ 355, soit 43,7% (58 hommes et 97 femmes), soit 40,8% des hommes et 43,3% des femmes.

Les généralistes, qui représentent l'échantillon interrogé, sont 200 et comptent 79 hommes et 121 femmes soit 55,6% des hommes et 54% des femmes. La répartition par sexe au sein des généralistes est de 60,5% de femmes pour seulement 39,5% d'hommes.

Les perdus de vue sont au nombre de 3 pour les hommes et de 2 pour les femmes. Ils ne sont pas comptabilisés dans les taux de réponse.

B. TAUX DE REPONSE

Le taux de réponse est pour les hommes de 55 réponses sur 76, soit 72,4%. Celui des femmes est de 78 réponses sur 119, soit 65,6 %.

Il n'y a pas de différence significative de taux de réponse entre les hommes et les femmes. (Test de χ^2 , $p=0,31$).

Le taux de réponse global est donc de 133 réponses sur 195, soit 68,2%.

C. REPARTITION PAR SEXE ET TYPE D'EXERCICE

Parmi les 133 médecins ayant répondu à l'enquête, on compte 55 hommes (41,3%) et 78 femmes (58,7%).

Ceux-ci sont répartis en médecins remplaçants (22/133 soit 16,54%), médecins installés (70/133 soit 52,63%) et médecins salariés (40/133 soit 30,08%). On retrouve 1 médecin sur les 133 qui est sans activité professionnelle du fait d'un congé parental (0,75%).

II. RESULTATS DE L'ENQUETE

A. CURSUS UNIVERSITAIRE

1. Les diplômes obtenus avant l'année de PCEM1

Ils concernent 3 médecins généralistes, 1 homme et 2 femmes.

On retrouve :

- un DUT de mesures physiques
- une licence de mathématiques
- un doctorat de chimie

2. Les diplômes complémentaires

Plus de la moitié des médecins, hommes et femmes confondus, ont acquis des diplômes complémentaires.

Nombre de diplômes complémentaires selon le sexe :

Nombre de diplômes complémentaires	0	1	2	>= 3
Hommes	47,30%	32,70%	10,90%	9,10%
Femmes	41%	35,90%	17,90%	5,20%

Figure 7

Répartition des diplômes complémentaires :

Diplômes complémentaires	Hommes	Femmes	TOTAL
Prise en charge de l'urgence	16	16	32
Voyage/tropical/humanitaire	5	8	13
Gynécologie	2	10	12
Gériatrie	0	9	9
Médecine du sport/rééducation	6	3	9
Homéopathie	2	6	8
Douleur/soins palliatifs	2	3	5
Ostéopathie	4	1	5
Nutrition/diabétologie/éducation	1	3	4
Addictologie/tabac	1	3	4
Acupuncture	2	2	4
Neuropsychiatrie	1	2	3
CESAM/informatique	2	1	3
Angiologie/HTA	0	2	2
Médecine légale	1	0	1
Médecine du travail	1	0	1

Figure 8

3. La durée des études

Pour évaluer la durée des études, on a considéré la durée entre le PCEM1 et la thèse.

Pour les hommes, sur 55 réponses, la moyenne est de $11,09 \pm 1,39$ an.

Pour les femmes, sur 77 réponses, la moyenne est de $11,06 \pm 1,22$ an.

4. Les mises en disponibilité et leurs motifs

Les hommes ayant pris des disponibilités sont 10/55, c'est-à-dire 18,2%, contre 20,5% des femmes (16/78). Il n'y a pas de différence significative entre le nombre d'hommes et de femmes ayant pris une disponibilité. (test de χ^2 , $p=0,74$)

La durée moyenne des disponibilités est de $11,2 \pm 4,44$ mois pour les hommes, et de $8,1 \pm 2,98$ mois pour les femmes.

Les motifs des disponibilités sont différents selon le sexe :

Motif de disponibilité	Hommes	Femmes
Congé parental	0	11
Service national	4	0
Thèse	1	1
Préparation internat	1	1
Humanitaire	1	0
Vacances	3	1
pas de précision	0	2

Figure 9

B. VIE PROFESSIONNELLE

1. Les médecins généralistes remplaçants

a. Répartition par sexe

Le nombre total de remplaçants est de 22 sur 133 médecins ayant répondu. Parmi eux, 8 hommes (soit 14,55% des hommes généralistes) et 14 femmes (soit 17,95% des femmes généralistes).

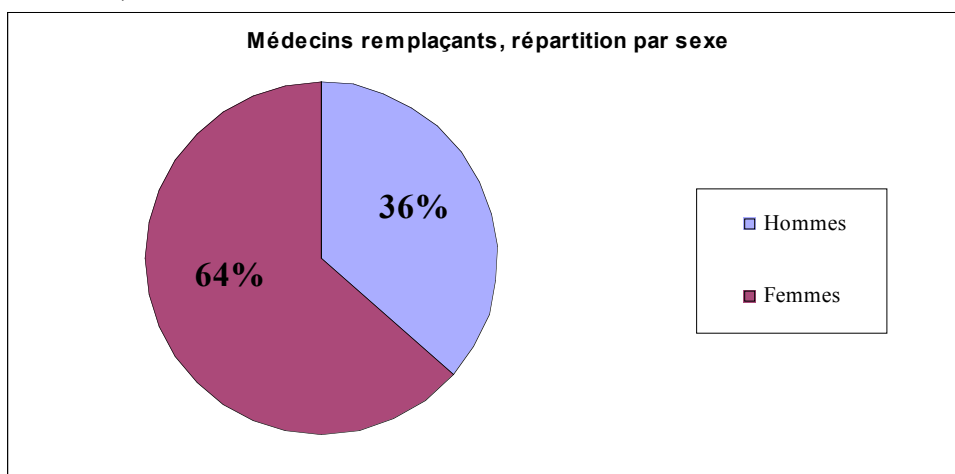


Figure 10

b. Nombre de semaines de remplacement par an

Pour les hommes : $35,25 \pm 6,36$ semaines par an en moyenne.
Pour les femmes : $26,93 \pm 10,36$ semaines par an en moyenne.

c. Remplacements réguliers

On compte 75% de remplacements réguliers chez les hommes (6/8), contre 57,14% chez les femmes (8/14).

Il n'y a pas de différence significative entre le nombre de remplacements réguliers chez les hommes et chez les femmes. (Test exact de Fischer, p.unilatéral=0,36, p.bilatéral=0,65)

d. Gardes

71,43% des hommes remplaçants font des gardes (5/7) et 35,71% des femmes (5/14).

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes. (Test exact de Fischer, p.unilatéral=0,14, p.bilatéral=0,18)

e. Revenu moyen

Pour les femmes remplaçantes, la médiane des résultats est de 2500 euros par mois, tandis que celle des hommes est de 3500 euros par mois. Si on rapporte ces revenus au nombre de semaines travaillées par an, on trouve une moyenne de 1082,23 euros par semaine de remplacement pour les femmes, contre 1240,51 euros pour les hommes.

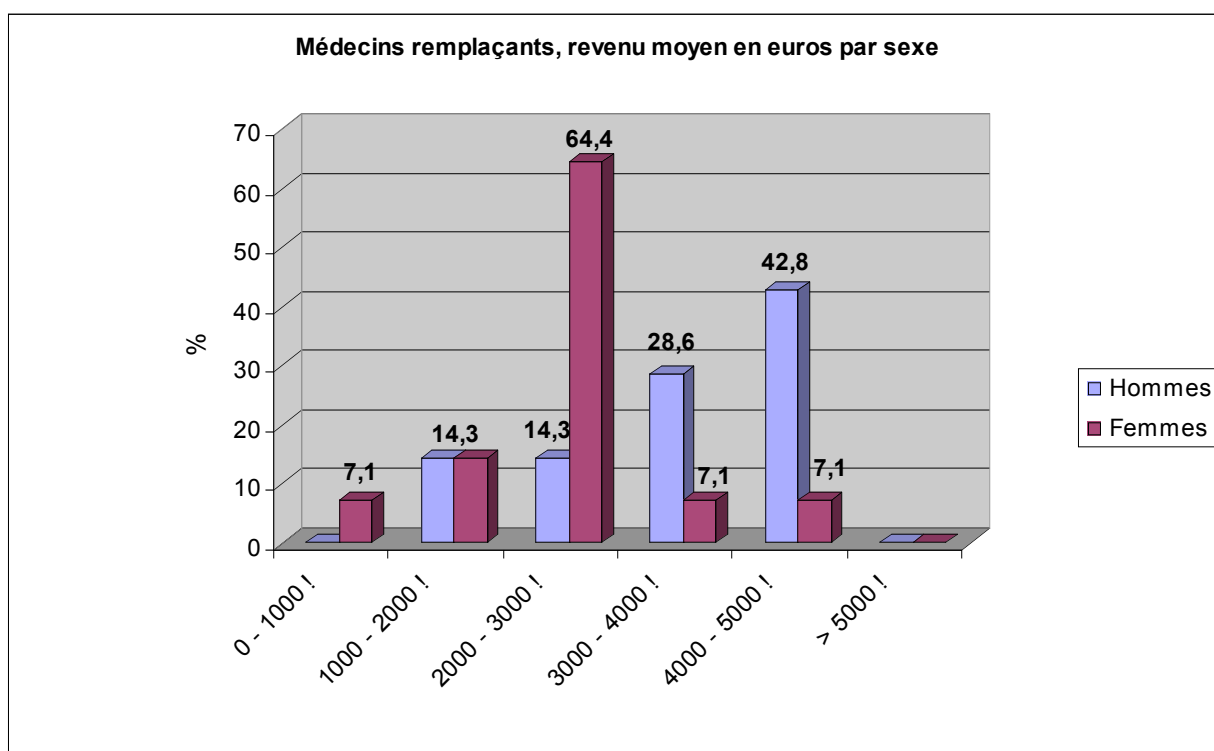


Figure 11

f. Projet professionnel

Il est atteint pour 2 hommes sur 7 (soit 28,57% des hommes remplaçants), et pour 2 femmes sur 14 (soit 14,29% des femmes remplaçantes).

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes. (Test exact de Fischer, p.unilatéral=0,41, p.bilatéral=0,57)

2. Les médecins généralistes installés

a. Répartition par sexe

Le nombre total de médecins installés est de 70 sur 133 médecins ayant répondu.

Parmi eux 32 hommes (soit 58,18% des hommes généralistes) et 38 femmes (soit 48,72% des femmes généralistes).

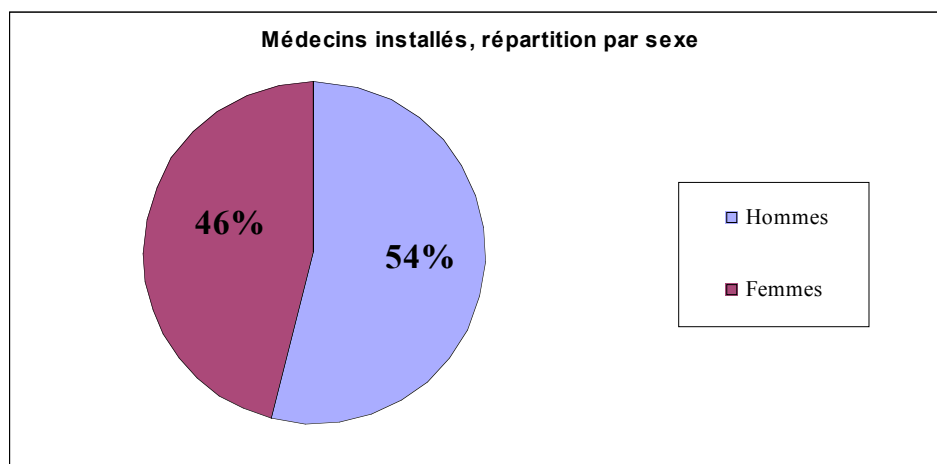


Figure 12

b. Délai entre la thèse et l'installation

En moyenne, les hommes médecins généralistes mettent $1,7 \pm 1,73$ an après leur thèse pour s'installer. Les femmes mettent $2,3 \pm 1,82$ an en moyenne.

c. Répartition géographique

Sur le territoire :

Répartition géographique des médecins généraliste installés



Figure 13

Au total, 74,29% des médecins généralistes installés ont choisi le Finistère.

En région Bretagne, on compte 87,14% des installations.

Il n'a été retrouvé qu'un seul médecin généraliste installé à l'étranger (Tanzanie), soit 1,43% des médecins installés.

Par secteur :

En zone rurale, on compte 4 médecins au total (1 homme et 3 femmes), soit 5,71% des installés (3,13% des hommes et 7,90% des femmes).

En zone semi rurale, on retrouve 37 médecins (15 hommes et 22 femmes), soit 52,86% des installés (46,88% des hommes et 57,90% des femmes).

En zone urbaine, on dénombre 29 médecins (16 hommes et 13 femmes), soit 41,43% des installés (50% des hommes et 34,21% des femmes).

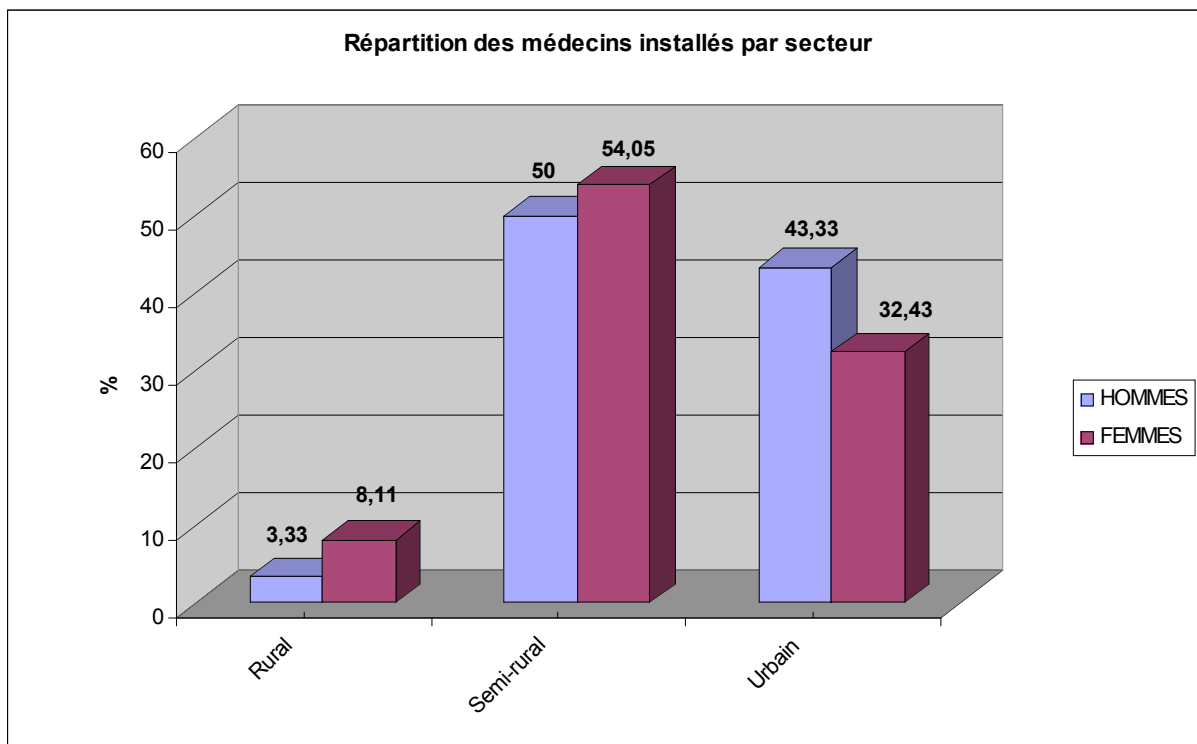


Figure 14

d. Type d'installation

Les hommes se sont installés à 43,76% par succession, tandis que les femmes ont eu recours à 42,11% à l'association.

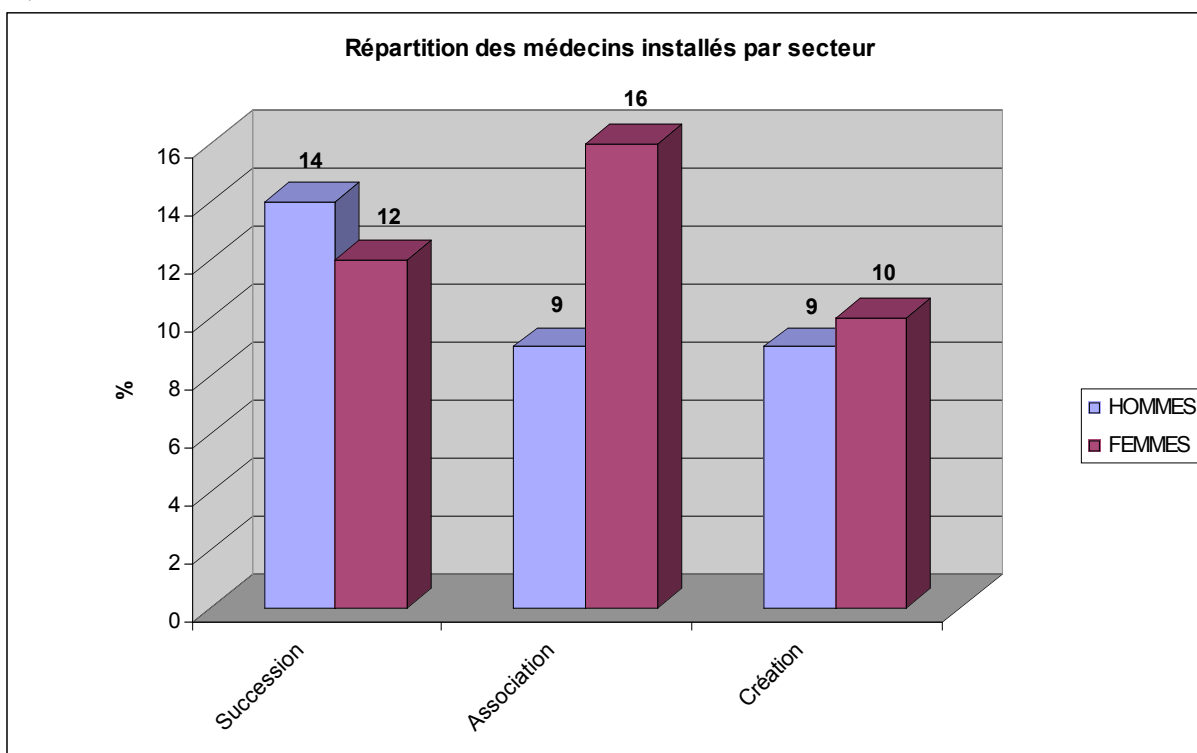


Figure 15

e. Secrétariat

Parmi les médecins installés, 48/70 emploient une secrétaire médicale. Cela représente 27/38 femmes et 21/32 hommes.

Vient ensuite l'utilisation du télé-secretariat pour 25 médecins sur 70, soit pour 7 femmes sur 38 et 2 hommes sur 32.

Enfin, 16 médecins sur 70 effectuent eux-mêmes le travail de secrétariat, c'est-à-dire 7 femmes sur 38 et 9 hommes sur 32.

Le total des réponses est supérieur au nombre de médecins installés car certains utilisent deux types de secrétariat. Il n'y a pas de différences significatives entre les hommes et les femmes sur le choix de leur type de secrétariat.

f. Ménage du cabinet

Les médecins installés ont recours pour 75,71% à une femme de ménage pour l'entretien du cabinet médical. Les femmes y ont plus recours que les hommes, 84,21% contre 65,63%.

g. Charge de travail

- Nombre moyen d'heures de travail par semaine :

Il est de $48,64 \pm 8,22$ heures pour les hommes, et de $40,76 \pm 6,74$ heures pour les femmes.

- Nombre de demi journées libre en moyenne par semaine :

Il est de $3,54 \pm 5,30$ pour les hommes et de $3,68 \pm 1,25$ pour les femmes.

- Nombre moyen de semaines de vacances par an :

Il est de $6,41 \pm 2,24$ pour les hommes et de $7,69 \pm 3,35$ pour les femmes.

h. Gardes

Chez les médecins généralistes installés, 75% des hommes (soit 24/32) font des gardes et 81,58 % des femmes (soit 31/38).

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes. (Test de χ^2 , $p=0,50$)

i. Revenu moyen

La médiane des revenus des femmes installées est de 3500 euros contre 4500 euros pour les hommes.

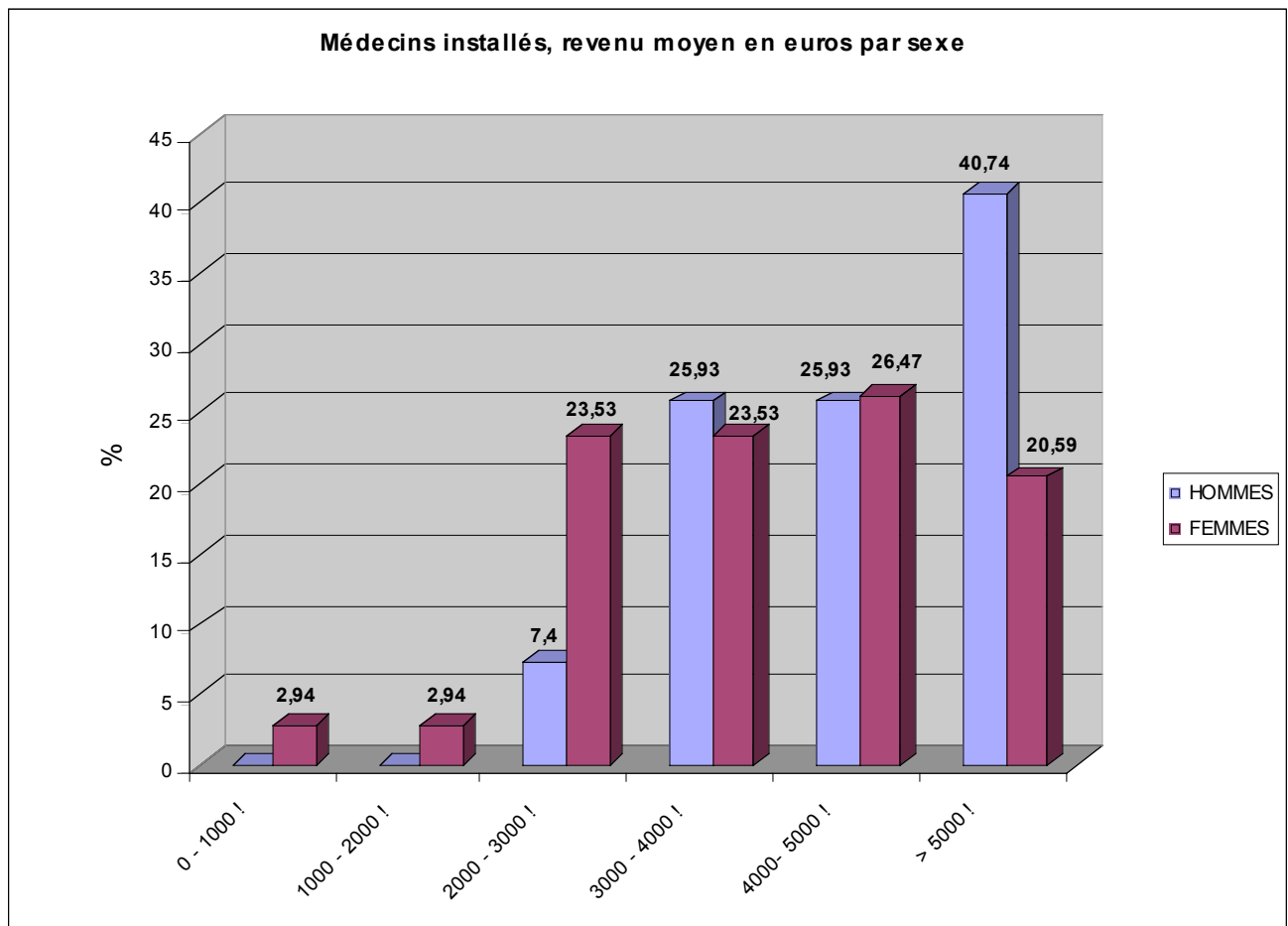


Figure 16

j. Projet professionnel

- Pour les hommes :

Il est atteint dans 78,13% des cas (25/32).

- Pour les femmes :

Leur projet professionnel est atteint dans 71,05% des cas (27/38).

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes. (Test de χ^2 , $p=0,50$)

3. Les médecins généralistes salariés

a. Répartition par sexe et type de salariat

Le nombre total de médecins salariés est de 40/133, soit 30,1% des médecins étudiés. Parmi eux, on compte 15 hommes et 25 femmes (soit 26,8% des hommes et 32,5% des femmes).

Type de salariat	HOMMES	FEMMES	TOTAL
SAMU/urgences/réanimation	13	11	24
Gériatrie	0	5	5
Soins de suite	0	4	4
Addictologie	0	2	2
Psychiatrie	0	1	1
Centre de dialyse	0	1	1

Médecine du travail	1	0	1
Recherche	1	0	1
Industrie pharmaceutique	0	1	1

Figure 17

b. Charge de travail

- Nombre moyen d'heures de travail par semaine :
Il est de $46,07 \pm 5,14$ heures pour les hommes, et de $37,4 \pm 11,69$ heures pour les femmes.
- Nombre de demi-journées libres par semaine :
Il est de $3,6 \pm 0,89$ pour les hommes, et de $3,77 \pm 1,97$ pour les femmes.
- Nombre moyen de semaines de vacances par an :
Il est de $6,36 \pm 1,94$ pour les hommes et de $6,86 \pm 1,81$ pour les femmes.

c. Gardes

Chez les médecins salariés, 86,67% des hommes (soit 13/15) font des gardes et 76% des femmes (soit 19/25).
Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes. (Test exact de Fischer, p.unilatéral=0,35, p.bilatéral=0,69)

d. Salaire moyen

La médiane des salaires des femmes est de 2500 euros contre 4500 euros pour les hommes.

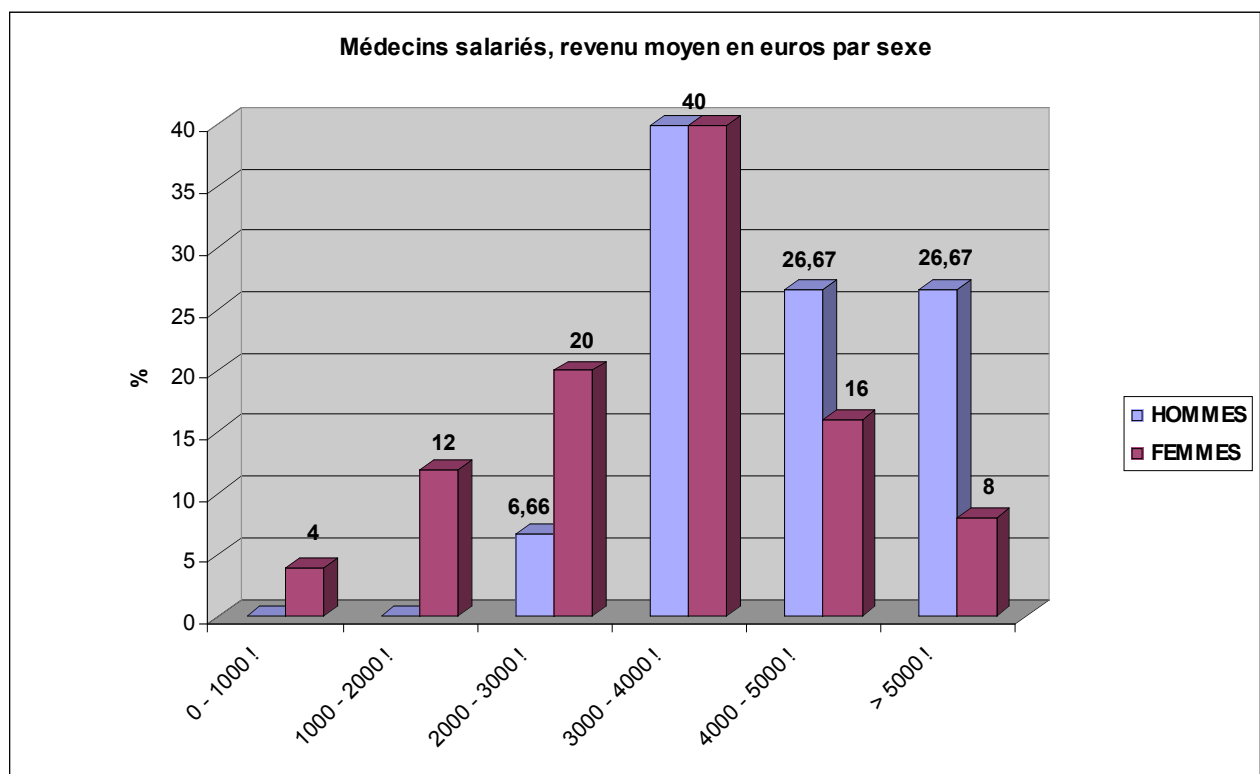


Figure 18

e. Projet professionnel

- Pour les hommes :

Il est atteint dans 9 cas sur 14, soit 64,29% des cas.

- Pour les femmes :

Leur projet professionnel est atteint dans 19 cas sur 25, soit 76% des cas.

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes. (Test exact de Fischer, p.unilatéral=0,34, p.unilatéral=0,48)

C. VIE PERSONNELLE

1. Etat matrimonial

a. *Les hommes*

Il y a 83% des hommes médecins qui vivent en couple (mariés ou vie maritale) contre 17% qui vivent seuls.

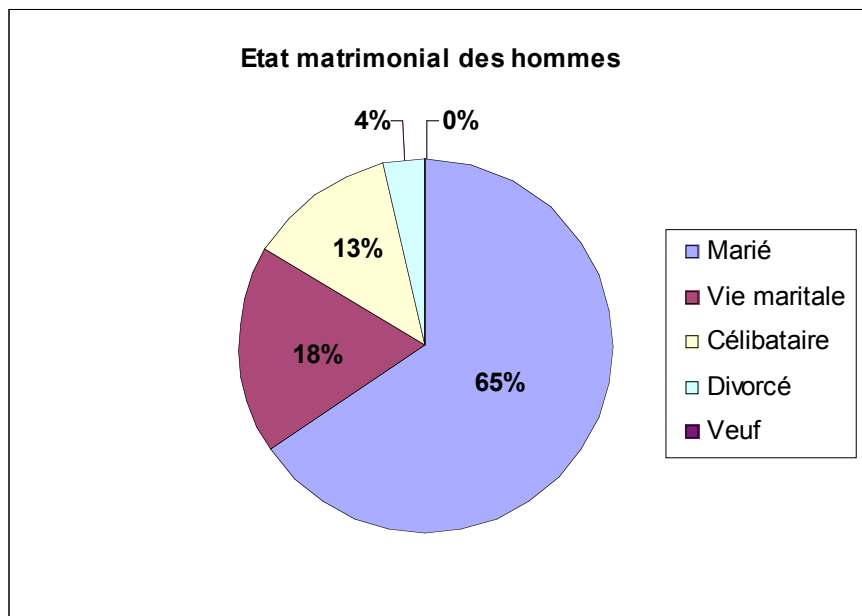


Figure 19

b. Les femmes

Chez les femmes médecins, seulement 73% vivent en couple, et 27 % sont célibataires ou divorcées.

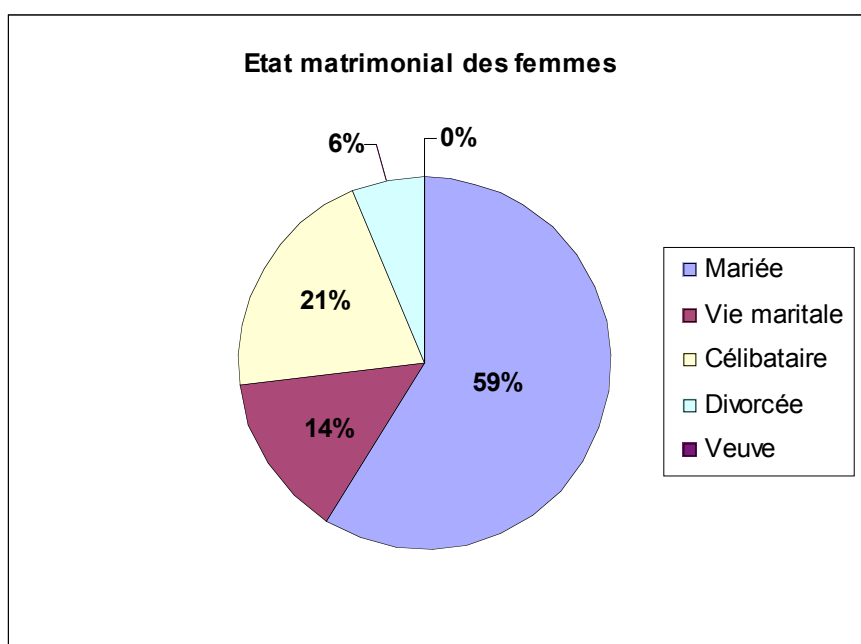


Figure 20

2. Nombre d'enfants

Le nombre moyen d'enfants est de $1,59 \pm 1,16$, pour les hommes, et de $1,57 \pm 1,04$ pour les femmes.

3. Congés maternité / paternité

Les femmes étudiantes, salariées ou remplaçantes prennent leurs congés maternité à plus de 70%, contre seulement 20% des femmes installées.

Quant aux hommes, si on écarte les remplaçants qui n'en prennent pas, prennent leurs congés paternité à 35-45%, quelque soit leur mode d'exercice.

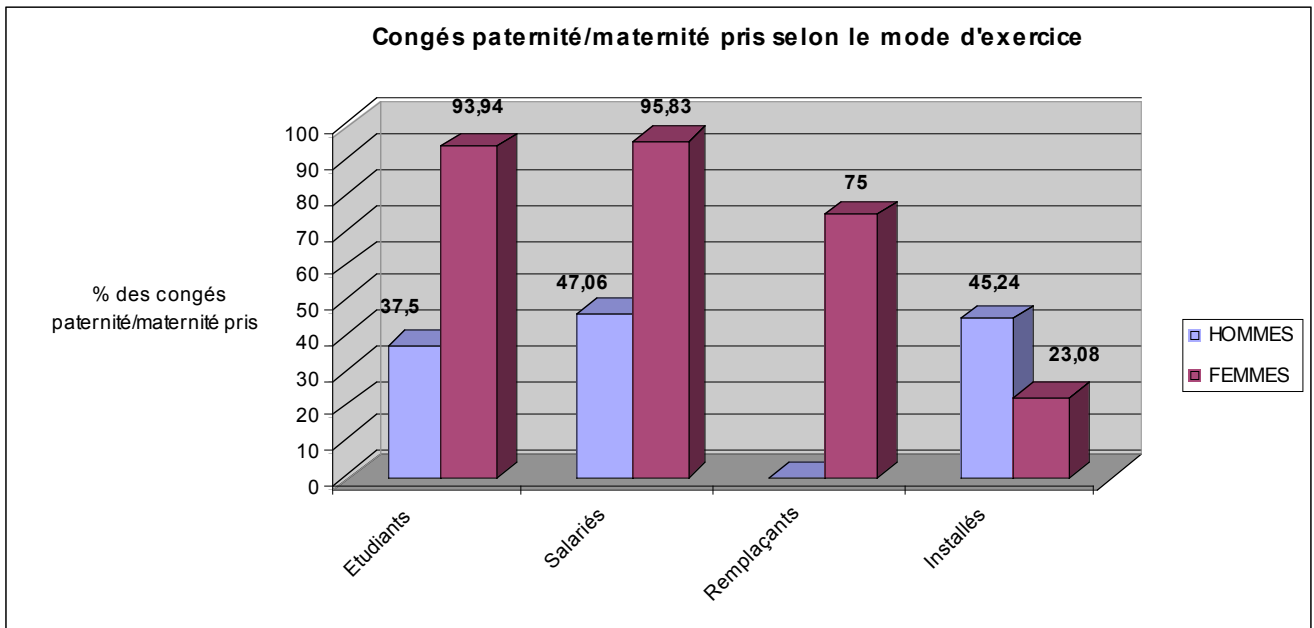


Figure 21

4. Travail du conjoint

87,72% des conjoints des femmes médecins travaillent à temps plein, contre 54,35% des conjointes des hommes médecins.

Seuls 5,26% des conjoints des femmes médecins ne travaillent pas, contre 10,87% des conjointes des hommes médecins.

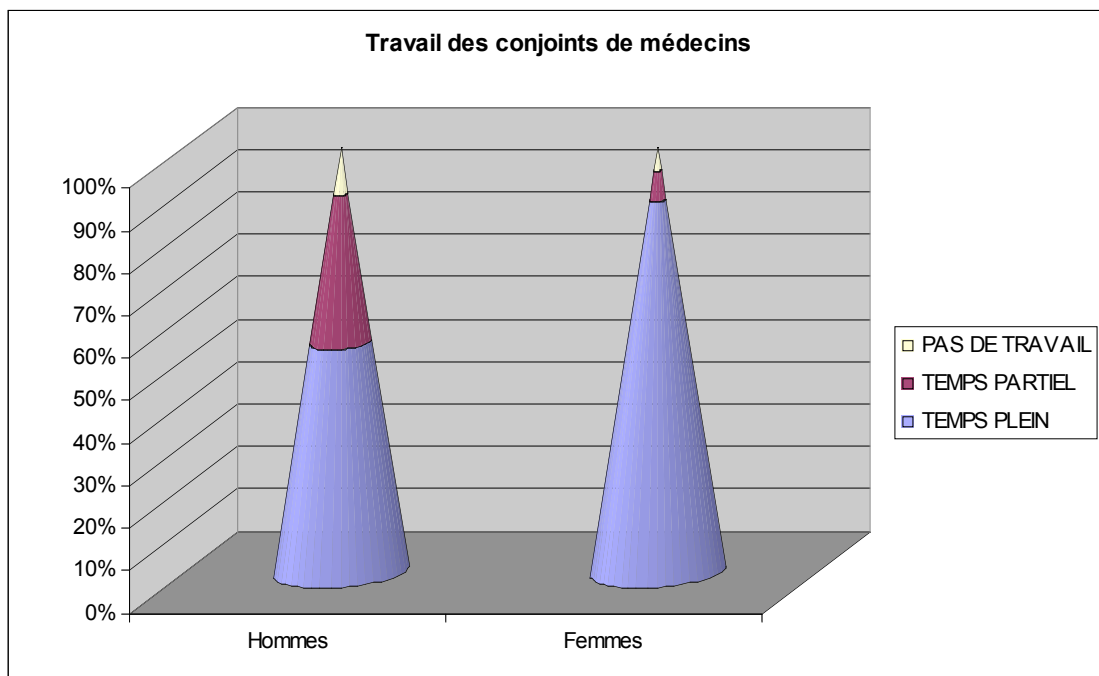


Figure 22

5. Aide à domicile

Il y a plus de femmes que d'hommes médecins à avoir une aide à domicile, quelque soit le type d'exercice. Les médecins installés ont plus souvent une aide à domicile que les autres, 57,89% pour les femmes, et 46,88% pour les hommes.

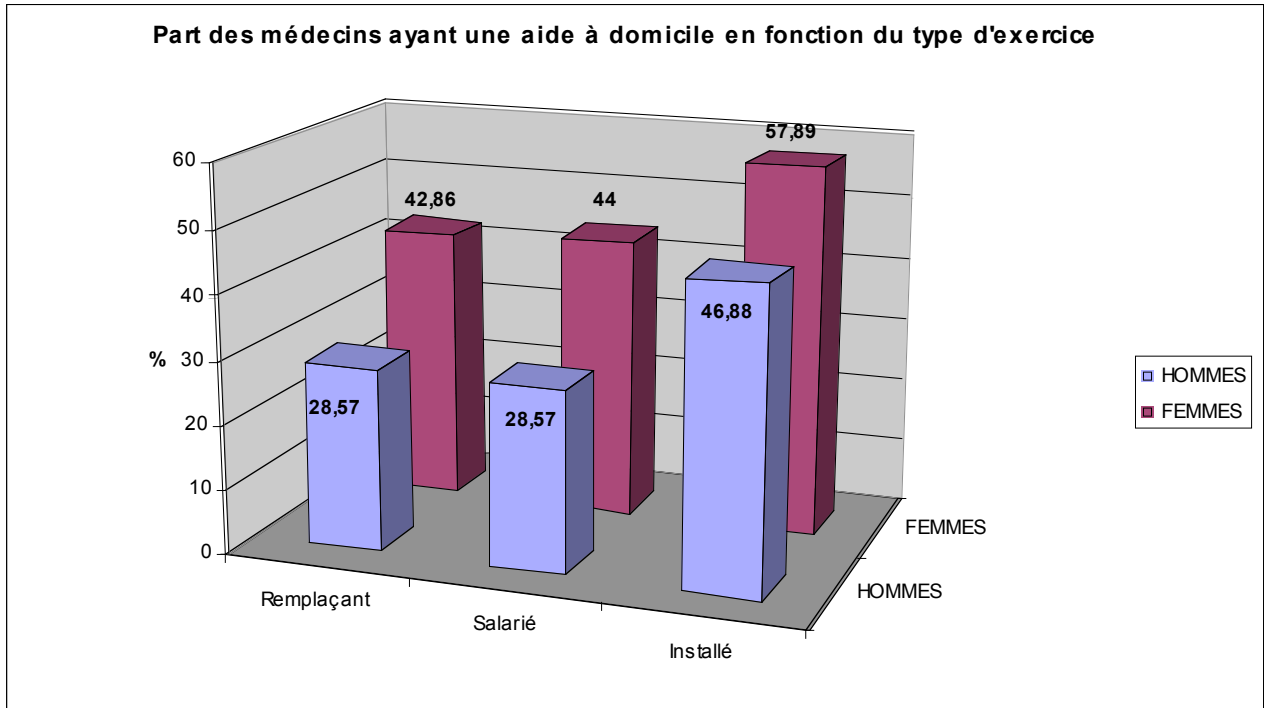


Figure 23

6. Equilibre vie professionnelle / vie familiale

Pour 59,62% des hommes et 71,79% des femmes, un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale est trouvé.

Restent 32,69% des hommes et 16,67% des femmes qui n'ont pas encore trouvé cet équilibre, et 7,69% des hommes et 11,53% des femmes qui sont indécis.

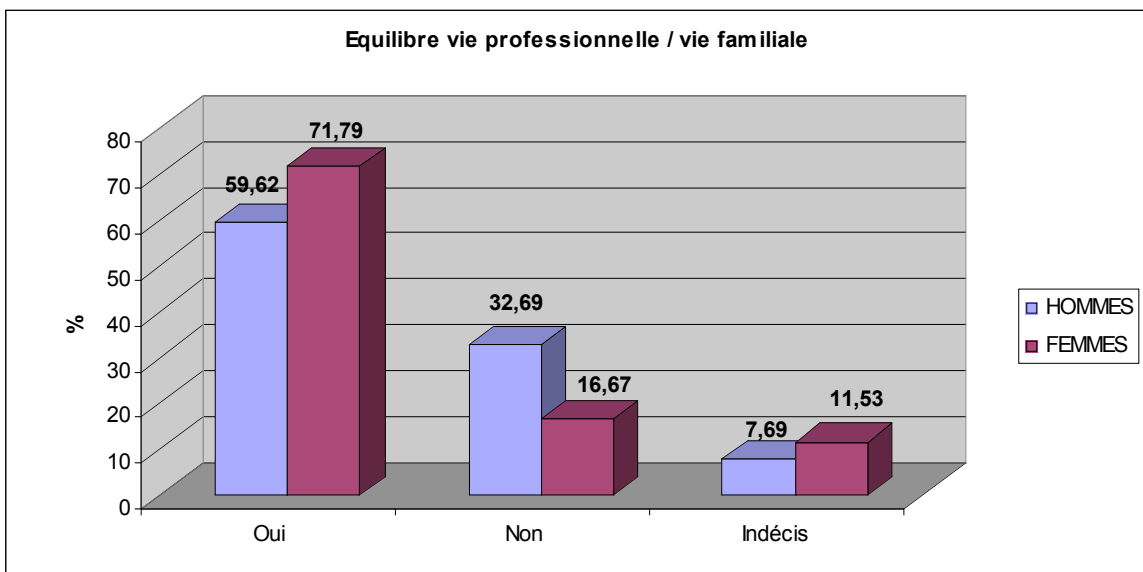


Figure 24

7. Difficultés rencontrées pendant les études

44,90% des hommes et 51, 28% des femmes déclarent avoir rencontré des difficultés durant leurs études.

Difficultés rencontrées pendant les études	Hommes	Femmes	Total
Longueur des études et démotivation	4	9	13
Gardes d'enfant (horaires tardifs, difficultés à trouver une assistante maternelle quand on déménage tous les 6 mois)	2	10	12
Problèmes financiers (travail de nuit)	7	4	11
Stress, charge de travail, nombreux examens	2	7	9
Fossé entre théorie et pratique (manque de renseignements sur la réalité de la pratique de la médecine générale)	3	3	6
Nombreuses gardes	0	3	3
Mauvaise ambiance au CHU	1	1	2
Peu de mobilité (changement de fac difficile)	0	2	2
Absence d'ouverture vers l'extra hospitalier (industrie pharmaceutique, recherche, administration...)	1	1	2

Figure 25

8. Difficultés rencontrées depuis les études

53,06% des hommes et 50% des femmes reconnaissent avoir eu des difficultés professionnelles depuis la fin de leurs études.

Difficultés rencontrées depuis la fin des études	Hommes	Femmes	Total
Déséquilibre vie familiale/vie professionnelle	4	11	15
Charge de travail, manque de temps libre, fatigue physique	3	10	13
Formation mal adaptée à la pratique de la médecine générale	5	7	12
Difficultés de gestion de l'installation (comptabilité, secrétariat)	4	8	12
Rédaction de la thèse	1	5	6
Lourdeur des charges financières de l'installation	2	3	5
Responsabilité /stress	0	4	4
Difficultés pour se maintenir à niveau, FMC, examens	2	2	4
Peu d'esprit confraternel	0	4	4
Gardes	0	3	3
Exigences /plaintes des patients	1	1	2
Pression de la sécurité sociale	2	0	2
Confrontation au "burn out" des aînés	1	0	1

Figure 26

9. Et si c'était à refaire ?

Les médecins interrogés, hommes et femmes confondus, referaient les mêmes études et le même métier pour 70,23% d'entre eux.

Mais, 5,34% sont indécis et 24,43% feraient un choix différent.

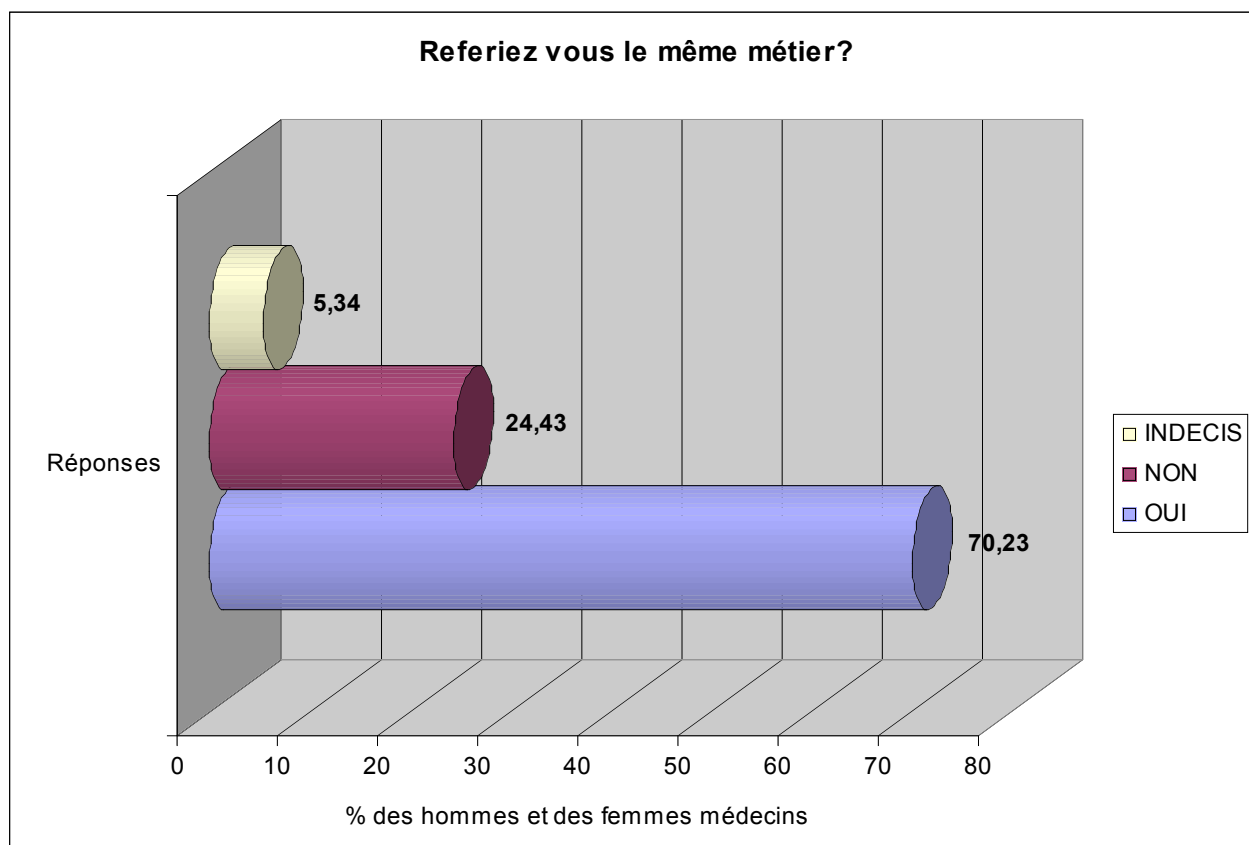


Figure 27

OUI	Hommes	Femmes	Total
Intérêt du métier	3	12	15
Contact humain	2	6	8
Vocation	1	6	7
Indépendance (choix du type et du lieu d'exercice)	3	4	7
Possibilité d'évolution	2	4	6
Revenus confortables, sécurité de l'emploi	2	3	5
Plaisir du travail en cabinet de groupe	1	2	3
Bons souvenirs des années étudiantes	1	1	2

Figure 28

NON	Hommes	Femmes	Total
Charge de travail (déséquilibre vie prof/vie familiale, manque de temps)	13	8	21
Trop de tâches administratives	6	1	7
Manque de valorisation financière (garanties de vacances, retraite, horaires)	4	1	5
Trop de stress et de responsabilités	1	3	4
Manque de reconnaissance par les patients et les spécialistes	3	1	4
Problèmes médico-légaux	3	0	3
Manque de dimension créative /artistique	1	1	2
Etudes trop longues	0	1	1
Côté routinier du métier	1	0	1

Figure 29

DISCUSSION

I. METHODOLOGIE

A. TAILLE ET REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

Une population de jeunes médecins généralistes, hommes et femmes, issus de la Faculté de Brest, a été choisie dans le but de comparer l'organisation professionnelle et familiale et les difficultés rencontrées selon le sexe.

Le nombre de 6 promotions a été retenu afin d'obtenir environ 200 généralistes et de pouvoir ainsi comparer cette étude à d'autres travaux similaires.

A cet effet, différents ouvrages ont été choisis, sachant qu'il s'agit du même type d'enquête mais que la population ciblée n'est pas la même :

- Thèse de V. CHANFRAY (Lyon). Devenir des femmes médecins ayant soutenu leur thèse à Lyon en 2000, 2001 et 2002. (16)
- Thèse de Y. BADARELLE (Caen). Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la Faculté de médecine de Caen (1992-2002) (2)
- Thèse de Y. CHAULEUR (Lyon Sud). Devenir des médecins issus de la faculté Lyon Sud. Etude démographique et professionnelle portant sur 658 médecins ayant soutenu leur thèse entre 1990 et 2000. (19)
- La thèse de I. SAINT LEGER et le travail de B. ASTRUC ont aussi servi de travaux comparatifs, ainsi que différentes études du Ministère de la Santé. (41, 1)

Le taux de réponse par rapport à la population totale est de 68,2%. Il semble pouvoir s'aligner avec celui des autres thèses citées.

B. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE ET RECRUTEMENT

1. Le questionnaire et ses limites

Parmi les questions fermées, la question de la participation à des gardes a été différemment comprise selon les médecins. En effet, certains médecins salariés font des gardes et des astreintes, d'autres ne fonctionnent qu'en système de gardes comme aux urgences. Certains l'ont précisé, d'autres non.

Il a donc été décidé de ne pas considérer le nombre de gardes, mais seulement le fait de prendre ou non des gardes. De plus, il faut prendre avec précaution les pourcentages ainsi calculés car il s'avère que certains médecins installés en secteur urbain, font effectivement des gardes mais de 9h à 18h le week-end, à raison d'une fois par an seulement. D'où des résultats un peu supérieurs à la réalité.

Quant aux questions ouvertes, les réponses ont dû être classées et englobées dans des mots clefs, pour plus de lisibilité.

2. La localisation des sujets

Malgré les différents recoupements faits entre les cinq sources principales de renseignements, tous les étudiants de la liste de reçus au concours de PCEM1 n'ont pas été retrouvés. En effet, certains étudiants ont arrêté leurs études avant le CSCT, d'autres ont fini leur cursus universitaire mais ne figurent ni à l'Ordre des Médecins, ni dans l'annuaire France Télécoms.

3. Les réponses

Malgré une relance téléphonique trois mois après l'envoi initial des questionnaires, 62 personnes n'ont pas répondu à cette enquête. Parmi eux, on dénombre 21 hommes et 41 femmes.

Parmi ces hommes, on compte 33,33% de remplaçants, 28,57% de salariés et 21,38% de médecins installés.

Quant aux femmes qui n'ont pas répondu, elles sont pour 41,46% salariées, 34,15% installées et 14,63% remplaçantes. Restent 9,76% pour lesquels nous n'avons pas de précisions.

II. COMPARAISON DES RESULTATS

A. CURSUS UNIVERSITAIRE

1. Les diplômes complémentaires

Le travail de V. CHANFRAY trouve que 57,5% des femmes ont fait une ou plusieurs formations complémentaires. Celui de Y. CHAULEUR aboutit à 49,25%. (16, 19)

Notre étude montre que 59% des femmes et 52,7% des hommes ont obtenu plus d'un diplôme complémentaire. L'enquête de Y. BADARELLE retrouve comparativement 45,9% et 45,1%, mais parmi les médecins qu'il a étudié, certains étaient encore internes et n'avaient pas encore eu l'occasion de faire de formation complémentaire. (2)

2. La durée entre l'année de PCEM1 et la thèse

Dans notre étude, la durée totale des études est de 11,08an, hommes et femmes confondus. Elle est respectivement de 11,25 an et 11,77 an dans les travaux de V. CHANFRAY et Y. CHAULEUR. (16, 19)

3. Les mises en disponibilité et leurs motifs

Les disponibilités et leurs motifs ne sont pas étudiés dans les thèses comparatives. On retrouve dans notre enquête que les hommes prennent autant de disponibilités que les femmes mais que leur durée est plus longue (11,2 mois contre 8,1 mois pour les femmes).

Quant à leurs motifs, ce sont en majorité, pour les hommes, le service national et les vacances et, pour les femmes, les congés parentaux.

B. VIE PROFESSIONNELLE

1. Les médecins généralistes remplaçants

a. Répartition par sexe

Dans notre étude, le nombre total de remplaçants est de 22 sur 133 médecins, c'est-à-dire 16,54% des médecins, hommes et femmes confondus. Cela représente 14,55% des hommes et 17,95% des femmes généralistes.

D'après les travaux de V. CHANFRAY et Y. CHAULEUR, respectivement 12,7% et 10,4% des femmes médecins (généralistes et spécialistes confondus) sont remplaçantes. (16, 19)

En effet, le remplacement est une activité principalement féminine. D'après le Conseil de l'Ordre des Médecins, 4,5% des médecins sont remplaçants et 67% des médecins de moins de 39 ans remplaçants ou sans activité temporaire sont des femmes, dont 12% de spécialistes. (18) Les chiffres retrouvés dans notre étude sont supérieurs à ceux du Conseil de l'Ordre, car la population considérée est jeune et donc débute sa vie professionnelle.

b. Nombre de semaines de remplacement par an

Le travail de V. CHANFRAY, qui concerne des femmes médecins généralistes et spécialistes, retrouve une moyenne de 27,2 semaines de remplacement par an, qui est comparable à la moyenne de 26,93 semaines que nous constatons chez les femmes remplaçantes de notre étude. Ce résultat est bien supérieur chez les hommes avec une moyenne de 35,25 semaines par an. (16)

Les remplacements permettent aux jeunes médecins de prendre contact avec la médecine générale sans contraintes (pas de gardes) ni engagements (pas d'investissements lourds). De plus cela leur permet d'adapter leur vie professionnelle à leur vie privée.

Il existe peu d'inconvénients aux remplacements, mis à part l'absence de statut, la mobilité nécessaire et le travail discontinu, notamment durant les vacances scolaires ce qui devient difficilement compatible avec une vie de famille quand les enfants sont scolarisés.

c. Remplacements réguliers

Il n'a pas été retrouvé de différence significative de nombre de remplacements réguliers entre les hommes et les femmes.

Dans notre questionnaire il n'a pas été fait de distinction entre remplacements réguliers et collaboration libérale, mode d'exercice nouveau qui commence à se développer.

C'est la loi N°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, avec l'adaptation de l'article 87 du Code de déontologie médicale, qui ont permis de créer ce statut particulier. Ainsi, le collaborateur libéral perçoit directement ses honoraires, a possibilité de se constituer une clientèle personnelle, peut exercer en même temps que le titulaire du cabinet et conserve sa liberté d'installation ultérieure sans clause de non concurrence.

2. Les médecins généralistes installés

a. Répartition par sexe

Le nombre total de médecins installés est de 70 sur 133 médecins ayant répondu.

Parmi eux 32 hommes (soit 58,18% des hommes généralistes) et 38 femmes (soit 48,72% des femmes généralistes).

L'installation est le mode d'exercice majoritaire malgré une nette diminution depuis quelques années. Cela représente 54% des médecins généralistes en 2004. La part des femmes installées en libéral est en constante augmentation mais ne représente encore que 28% des effectifs en médecine générale. Selon une étude de l'Ordre des Médecins, seulement 44% des étudiants de TCEM souhaitent s'installer en libéral. (18)

b. Délai entre la thèse et l'installation

En moyenne, dans notre étude, les hommes médecins généralistes mettent $1,7 \pm 1,73$ an après leur thèse pour s'installer.

Les femmes mettent $2,3 \pm 1,82$ an en moyenne. Les travaux de V. CHANFRAY et Y. CHAULEUR, qui concernent des femmes spécialistes et généralistes retrouvent respectivement 1,86 et 2,03 an, tandis que l'étude de B. ASTRUC sur les femmes généralistes, atteint 2,65 an. (16, 19, 1)

Les hommes généralistes et les femmes spécialistes qui s'installent, le font donc plus rapidement que les femmes généralistes. Une étude menée dans 5 à 10 ans permettrait de savoir si ce délai augmente, comme l'évolution de la démographie médicale tend à le laisser penser.

c. Répartition géographique

La plupart des médecins formés dans la Faculté de Brest s'installent en Bretagne (87,14%). Rares sont ceux qui changent de région, voire s'expatrient ; c'est alors très souvent pour suivre leur conjoint.

Ce comportement est retrouvé dans une étude du CNOM pour laquelle 75% des nouveaux diplômés travaillent dans leur région d'étude. (16) Les Brestoïses semblent donc plutôt casaniers, cela est peut-être dû à l'isolement géographique relatif de notre région, à moins que ce soit grâce à ses conditions climatiques.

d. Type d'installation

Les hommes se sont installés à 43,76% par succession, tandis que les femmes ont eu recours à 42,11% à l'association.

Selon V. CHANFRAY, les femmes médecins s'installent pour 68% en association. (16) Cette différence est peut-être due aux femmes spécialistes prises en compte dans cette dernière étude et qui s'installent plus souvent en secteur urbain, près d'un hôpital ou d'une clinique et souvent en association afin de pouvoir allier travail en libéral et en salarié.

C'est un fait que l'association est un mode d'exercice bien adapté aux médecins actuels. En effet, ceux-ci se sentent moins isolés, partagent les charges et les dossiers, et s'organisent pour travailler à temps partiel. De plus cela permet d'assurer une meilleure continuité des soins et des horaires d'ouverture plus longs du cabinet.

C'est aussi dans ce sens que se prononce le Ministère de la Santé, en encourageant l'exercice en cabinet de groupe :

« Cet exercice met en commun les moyens, favorise l'échange des pratiques professionnelles et libère du temps pour la formation et pour la vie personnelle, il garantit la continuité et la qualité des soins. C'est la raison pour laquelle je souhaite que, dans le cadre de négociations conventionnelles, la rémunération des médecins exerçant en cabinet de groupe dans les zones à faible densité médicale puisse être augmentée de 20%. (...) Enfin l'exercice groupé, entre médecins, et avec les autres professionnels de santé, est facilité par la généralisation des maisons de santé pluridisciplinaires dont le financement peut désormais être assuré par le FAQSV (Fond d'Aide à la Qualité des Soins en Ville) ». (5)

3. Les médecins généralistes salariés

Le nombre total de médecins salariés dans notre enquête est de 40/133, soit 30,1% des médecins étudiés. Parmi eux, on compte 15 hommes et 25 femmes (soit 26,8% des hommes et 32,5% des femmes).

Actuellement, 28% des médecins généralistes sont des salariés exclusifs. (18, 30) A comportements constants, selon les projections démographiques, les médecins salariés hospitaliers atteindront un tiers des effectifs en 2025. (35)

En effet, l'exercice de la médecine salariée attire de plus en plus les jeunes médecins car elle offre de nombreuses possibilités avec la création de postes d'assistants. De plus, le salariat permet une rémunération et des horaires fixes, une charge de travail en générale moindre qu'en libéral, une meilleure protection sociale, des possibilités de travail à temps partiel et une certaine mobilité géographique.

C'est aussi ce que déclare le Docteur P. COSTES, Président de MG France : « Les jeunes médecins vivent avec leur temps et recherchent un rapport rémunération/conditions de travail favorable : 35 heures, RTT, récupérations après les gardes pour les hospitaliers, l'attractivité est plus forte dans l'exercice salarié. » (3)

4. Comparaisons selon le mode d'exercice

a. Charge de travail

- Nombre d'heures de travail par semaine :

Dans notre enquête, les médecins installés travaillent en moyenne 48,64 heures pour les hommes, et 40,76 heures pour les femmes. L'étude de V. CHANFRAY retrouve une moyenne de 42 heures par semaine pour les femmes libérales, généralistes et spécialistes confondus. (16)

Quant aux médecins salariés, ils travaillent en moyenne 46,07 heures pour les hommes et 37,4 heures pour les femmes.

Les études conduites par la DREES sur le temps de travail des médecins trouvent une moyenne de 51 heures en 2001. (14, 16) Nos résultats actuels sont nettement inférieurs, pour les libéraux et encore plus pour les salariés. Cela est peut-être dû à une réduction du temps de travail plus marquée depuis 2001.

Si on compare les hommes et les femmes, on remarque une différence significative de la durée du travail, chez les libéraux comme chez les salariés. Ceci concorde avec le fait que les femmes travaillent en moyenne 6h de moins que les hommes par semaine, selon la DREES. (14, 16)

Le temps de travail reste une mesure subjective. En effet, il peut ou non inclure le temps de soins, le temps administratif, le temps de formation continue, le temps de gestion, le temps d'astreinte à la permanence des soins... Il existe des différences importantes en fonction du sexe, de l'âge, du statut du conjoint, du nombre d'enfants, de l'organisation et du lieu de travail. (13, 36, 37)

- Nombre de demi-journées libres par semaine :

Notre étude retrouve des résultats similaires pour les médecins installés et les salariés. En effet, les hommes ont 3,57 demi-journées libres par semaine, et les femmes 3,73. Les chiffres nationaux sont de 2,7 pour les hommes et de 4,4 pour les femmes, et 2,53 en Bretagne, hommes et femmes confondus.

Les travaux comparatifs trouvent 3,1 pour V. CHANFRAY, 3,29 pour B. ASTRUC et 3,5 pour I. SAINT LEGER, dont la population étudiée se rapproche davantage de la part féminine de la nôtre. (16, 1, 41)

Mais le fait de prendre des demi-journées libres dans la semaine implique une nouvelle organisation du travail comme le souligne le rapport du CNOM : « Les jeunes médecins libéraux travaillent pour 70% d'entre eux plus de 45h par semaine, mais 11h par jour, 4,5 jours par semaine. La possibilité d'organisation entre confrères permet de libérer des demi-journées dans la semaine, mais les journées travaillées n'en sont souvent que plus chargées. » (9)

- Nombre de semaines de vacances par an :

Parmi les hommes interrogés, installés et salariés prennent autant de vacances, c'est-à-dire en moyenne 6,4 semaines par an. (5,4 au niveau national) (41)

Les femmes prennent plus de congés ; 7,69 semaines par an pour les installées, contre 6,86 pour les salariées. Ces chiffres se rapprochent de la moyenne nationale qui est de 7,0 pour les femmes. (41)

Une étude du CNOM sur les femmes quadragénaires retrouve une moyenne de 6 semaines de vacances par an. (18, 43)

Notre population est composée de femmes jeunes, de moins de 40 ans en moyenne, qui prennent sans doute plus de vacances que leurs aînées afin de s'occuper de leurs enfants en bas âge.

b. Gardes

Pour interpréter les résultats trouvés dans notre étude, il faut souligner un biais induit par la formulation du questionnaire. En effet, il n'a pas été fait de distinction entre les gardes (des médecins installés), les astreintes (des salariés) ou le fonctionnement en gardes de 24h comme le font souvent les urgentistes. Les réponses données n'étaient pas assez précises pour être entièrement exploitées. Il a donc été décidé de ne considérer que la réponse à la question « Faites-vous des gardes ? » sans entrer dans plus de détails. Sachant que certains médecins ne travaillent qu'en système de gardes, que certains autres, installés à la campagne, font parfois jusqu'à trois gardes par semaine, et que d'autres, enfin, installés en ville, n'assurent qu'une garde par an, il faut rester prudent dans l'interprétation de ces résultats.

Si on considère les médecins, tout types d'exercices confondus, le taux de participation aux gardes est de 77,78 % pour les hommes et de 71,43% pour les femmes.

Ces résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans les autres études. En effet, Y. CHAULEUR note un taux de participation aux gardes de 74,68% pour les hommes et 61,11% pour les femmes. (19) Concernant la Bretagne, B. ASTRUC retrouve un taux de 59,5% pour les femmes. (1)

Les différences constatées sont probablement dues à l'imprécision des réponses expliquée précédemment, ce qui surestime la participation réelle au système de gardes.

c. Revenu moyen

Pour les femmes remplaçantes, la médiane des résultats est de 2500 euros par mois, tandis que celle des hommes est de 3500 euros par mois. Si on rapporte ces revenus au nombre de semaines travaillées par an, on trouve une moyenne de 1082,23 euros par semaine de remplacement pour les femmes, contre 1240,51 euros pour les hommes. Les hommes remplaçants font donc plus d'actes que les femmes.

La médiane des revenus des femmes installées est de 3500 euros contre 4500 euros pour les hommes. Cela est probablement dû au fait que les femmes travaillent moins d'heures par semaine que les hommes et prennent plus de vacances.

La médiane des revenus des femmes salariées est de 2500 euros contre 4500 euros pour les hommes. La différence constatée vient là aussi du fait que les femmes travaillent plus souvent à temps partiel que les hommes.

Une étude de la DREES évalue le revenu mensuel moyen à 5333 euros nets de charges professionnelles. (27)

Ces sommes sont supérieures à celles retrouvées dans notre étude. Cela est peut-être dû à une sous-estimation par les déclarants de leurs revenus, et probablement aussi au fait que les médecins concernés par notre étude sont au début de leur activité professionnelle, avec même certains tout récemment installés.

d. Projet professionnel

Les médecins installés ont, en grande partie (74,28%), atteint leur objectif. Les médecins remplaçants veulent s'installer et les salariés visent pour la plupart l'obtention d'un poste de PH.

Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés par V. CHANFRAY. (16)

C. VIE PERSONNELLE

1. Etat matrimonial

Il y a 83% des hommes médecins qui vivent en couple contre 17% qui vivent seuls. Chez les femmes médecins, seulement 73% vivent en couple, et 27 % sont célibataires ou divorcées.

L'étude de Y. BADARELLE retrouve 22,1% de femmes médecins qui vivent seules contre 9% des hommes, alors que dans la population générale, les femmes ne représentent que 44,9% des personnes vivant seules. (2) Cette constatation se retrouve dans la littérature avec 23% des femmes versus 12% des hommes dans une étude du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur une population de jeunes médecins (âge moyen 44 ans) et 26,5% versus 11,5% dans une étude de la DREES. (41)

Les femmes médecins ont peut-être plus de difficultés à trouver du temps ou de la place dans leur vie pour s'épanouir à la fois sur le plan professionnel et sur le plan personnel.

2. Nombre d'enfants

Dans notre étude, le nombre moyen d'enfants est de $1,59 \pm 1,16$, pour les hommes, et de $1,57 \pm 1,04$ pour les femmes.

Selon les données de l'INSEE, le taux de fécondité nationale des femmes est de 2,1, avec un nombre moyen d'enfants moins élevé chez les femmes médecins (2,2) que chez les hommes (2,6). (41)

Nos résultats montrent des résultats moins élevés, mais il faut considéré que les médecins étudiés sont jeunes et ne sont donc pas encore à la fin de leur vie féconde. Ces chiffres sont équivalents à ceux trouvés par V. CHANFRAY (1,56 enfant par femme), qui étudie une population d'âges comparables. (16)

Figure 53
Nombre d'enfants des médecins en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-
 -calcul réalisé sur 782 dossiers renseignés : 96.9%-

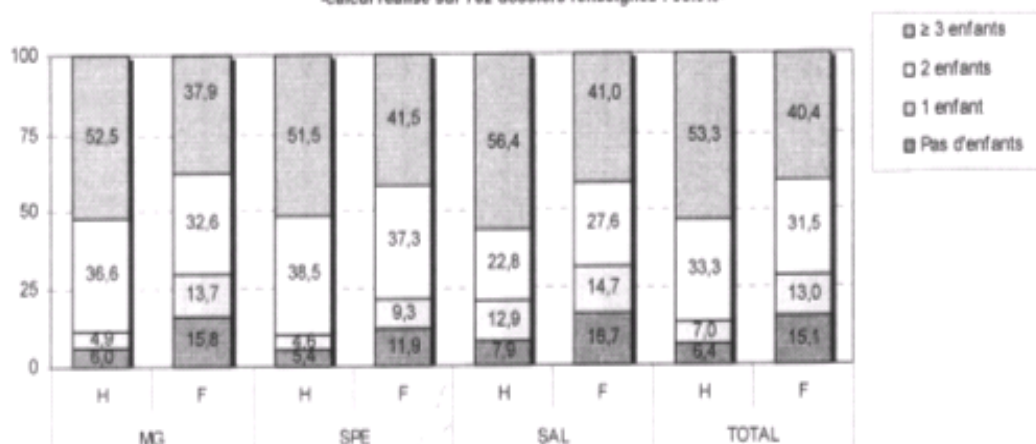


Figure 30

3. Congés maternité / paternité

Les femmes étudiantes, salariées ou remplaçantes prennent leurs congés maternité à plus de 70%, contre seulement 20% des femmes installées.

Quant aux hommes, si on écarte les remplaçants qui n'en prennent pas, ils prennent leurs congés paternité à 35-45%, quelque soit leur mode d'exercice.

Les femmes installées prennent rarement leurs congés maternité car, jusqu'en 2006, ceux-ci étaient moins longs que ceux des salariés, sans rapport avec les revenus antérieurs ni les charges du cabinet et de durée identique quel que soit le nombre d'enfants de la fratrie. Cette mesure ne poussait effectivement pas les femmes installées à avoir des enfants.

4. Travail du conjoint

Dans notre étude, 87,72% des conjoints des femmes médecins travaillent à temps plein, ce qui est comparable aux 88,6% retrouvés par V. CHANFRAY, contre 54,35% des conjointes des hommes médecins. (16)

Seuls 5,26% des conjoints des femmes médecins ne travaillent pas, contre 10,87% des conjointes des hommes médecins. Les hommes ne semblent moins réduire leur temps de travail en fonction de l'activité de leur femme que l'inverse.

Néanmoins, en 2004, un médecin ayant un conjoint actif occupé travaillait 3 heures de moins qu'un médecin sans conjoint ou avec un conjoint inactif. (13, 36)

5. Aide à domicile

Il y a plus de femmes que d'hommes médecins à avoir une aide à domicile, quelque soit le type d'exercice. Les médecins installés ont plus souvent une aide à domicile que les autres, 57,89% pour les femmes, et 46,88% pour les hommes. L'étude de I. SAINT LEGER retrouve le même résultat, c'est à dire que 57,8% des femmes emploient une aide à domicile. (41)

En effet, du fait de la charge de travail et des horaires souvent tardifs, les médecins, surtout s'ils ont des enfants, et si le conjoint travaille, choisissent souvent d'employer, à temps complet ou pour quelques heures par semaine, une aide pour les tâches ménagères.

6. Equilibre vie professionnelle / vie familiale

Pour 59,62% des hommes et 71,79% des femmes, un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale est trouvé.

Restent 32,69% des hommes et 16,67% des femmes qui n'ont pas encore trouvé cet équilibre, et 7,69% des hommes et 11,53% des femmes qui sont indécis.

L'étude de Ingrid Saint Léger retrouve plus de femmes insatisfaites (33%) que la nôtre. La différence d'âge entre les deux populations est peut-être une explication. En effet, les femmes de notre étude sont plus jeunes et ont probablement moins hésité soit à s'installer en groupe, soit à réduire leur temps de travail pour trouver cet équilibre.

Les hommes, peut-être parce qu'ils se laissent plus « happer » par le travail, travaillant en moyenne 8 heures de plus par semaine que les femmes dans notre étude, ont plus de mal à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale.

7. Difficultés rencontrées pendant les études

Durant leurs études, 48,80% des médecins interrogés reconnaissent avoir connu des difficultés. Les principales concernent tout d'abord la longueur des études et la démotivation qui en découle, notamment en fin d'externat. Puis, le problème des gardes d'enfants, dû d'une part aux horaires tardifs et décalés des gardes, et d'autre part aux difficultés à trouver tous les 6 mois une assistante maternelle ou une crèche, à cause des déménagements impliqués par les stages en hôpitaux périphériques.

On trouve ensuite les problèmes financiers causés par des études longues et peu rémunérées avant l'internat, et qui nécessitent le recours au travail de nuit pour boucler les fins de mois, et engendrent une fatigue supplémentaire.

Le stress des nombreux examens et la charge de travail sont aussi soulignés par les médecins.

Enfin, quelques uns regrettent le manque de renseignements sur la réalité de la pratique de la médecine générale et sa découverte en toute fin d'internat.

8. Difficultés rencontrées depuis la fin des études

Plus de 51% des médecins indiquent avoir rencontré des difficultés depuis la fin de leurs études.

Viennent en premier lieu, le déséquilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale, ainsi que la charge de travail, le manque de temps libre et la fatigue physique qu'elle implique. Beaucoup se plaignent que la formation initiale ne soit pas adaptée à la médecine générale, avec une approche plus hospitalière et moins globale du patient.

Comme l'écrit un des médecins de l'étude : « Il faut vraiment « adapter » les études à la médecine générale si on veut qu'il y ait encore des médecins généralistes ».

Enfin, la gestion de l'installation, sur le plan comptable et administratif (déclaration d'impôt, emploi d'une secrétaire, informatisation...) pose problème. Certains médecins regrettent de ne pas avoir reçu de formation spécifique dans ce domaine, comme cet autre médecin : « Aucune formation efficace, concrète, intelligente pour l'installation en libéral ».

9. Et si c'était à refaire ?

La majorité des médecins interrogés referaient le même métier. Ils ont répondu oui à 70,23%. C'est pour eux l'intérêt du métier et le contact humain qui priment. Ils considèrent ce choix comme une vocation et apprécient l'indépendance que ce métier leur donne. Ils sont conscients

de la sécurité de l'emploi et des revenus que ce métier permet, ainsi que des possibilités d'évolution qui s'offrent à eux.

« Métier passionnant avec beaucoup de possibilités. »

Mais, si 5,34% des médecins hésitent à répondre à cette question, 24,43%, c'est-à-dire près d'un quart des médecins, affirment qu'ils ne referaient pas médecine mais choisiraient une autre voie.

Ils expliquent leur choix par la trop lourde charge de travail qu'ils supportent, et dont leur vie de famille pâtit. Ils dénoncent aussi l'augmentation croissante des tâches administratives, et le manque de valorisation financière de la profession. « On peut faire plus court, en gagnant plus et avoir beaucoup plus de temps libre ».

De plus, certains se plaignent de l'excès de stress et de responsabilités qui leur incombe et regrettent un manque de reconnaissance de leur profession par les patients ainsi que par certains spécialistes.

Un médecin explique ainsi qu'il choisirait une autre voie car « C'est un beau métier mais dans un mauvais système de santé. » Un autre dénonce les « discordances entre les postes libres de certaines spécialités et l'absence de pouvoir se former sur ces spécialités et d'être reconnu en dehors d'une formation type « internat de spécialité » ».

III. QUEL AVENIR POUR LA MEDECINE GENERALE ?

A. LE CONTEXTE ACTUEL DE LA MEDECINE GENERALE

1. Les caractéristiques de la médecine générale

La médecine générale nécessite dans son exercice une approche globale du patient. En effet, son rôle est tout d'abord orienté vers la prévention et les soins de proximité, mais implique aussi, entre les différents intervenants auprès du patient, un lien interdisciplinaire représenté par le médecin traitant. Celui-ci, outre ses compétences techniques, doit maintenir avec son patient une relation de confiance dans la durée.

2. Les difficultés de la médecine générale

a. *Les modifications de la relation médecin / malade*

Dans la société actuelle, la santé tend à être considérée de plus en plus comme un produit de consommation. Cela conduit le patient à augmenter ses exigences vis-à-vis du médecin en terme de disponibilité, proximité et performance. De plus, grâce aux moyens modernes de communication (internet notamment), le savoir est de plus en plus accessible au patient qui demande des comptes et négocie souvent examens complémentaires et traitements avec le médecin.

D'après une enquête de l'URCAM, les patients sont décrits par les médecins comme « coopérants et fidèles » en début de carrière puis en « exigeants et informés » en fin de carrière. (33)

Cette relation médecin/malade conduit d'une part au nomadisme médical, contre lequel la déclaration obligatoire du médecin traitant tente de lutter, et d'autre part aux poursuites judiciaires de plus en plus fréquentes.

b. La dévalorisation du métier de médecin généraliste

L'image du médecin généraliste considéré comme un notable est révolue. Certes, cela reste un « beau métier » mais du fait des contraintes (horaires et charge de travail), il suscite moins de vocations.

En effet, les médecins revendiquent une meilleure qualité de vie à l'image de l'évolution de la société, dans un contexte de réduction globale du temps de travail, et aspirent à une rémunération en rapport avec leur niveau d'études, de responsabilité et de temps de travail.

De plus, les difficultés d'exercice avec l'augmentation du stress professionnel peuvent conduire les médecins au « Burn out ». Celui-ci est défini comme un « syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez des individus impliqués professionnellement auprès d'autrui », et qui touche principalement les médecins généralistes. (4)

3. Le rôle des institutions

a. L'état

Les pouvoirs publics et l'assurance maladie contrôlent de plus en plus la profession médicale. Du fait du déficit de la sécurité sociale, les charges et les contrôles sont renforcés et conduisent à une perte d'autonomie mal vécue par les médecins, et une réduction du temps médical disponible.

De plus en plus de lois (Code de Déontologie Médicale, Code de la Santé Publique, références médicales opposables...) augmentent la crainte des erreurs et de leurs conséquences médico-légales et constituent un facteur de stress supplémentaire pour les médecins.

b. La Faculté

Les étudiants ont longtemps choisi la médecine générale par défaut, après échec à l'internat. Cet exercice a donc été dévalorisé vis-à-vis des spécialités. Comment, dès lors, rendre attractive la médecine générale ?

Dans son rapport sur la démographie médicale en 1997, J. Choussat souligne cette difficulté : « Il n'est pas possible de faire du généraliste le pivot du système de santé si l'échec à l'internat est son principal mode de recrutement. (...) Le statut du médecin généraliste devrait être revalorisé, notamment en alignant la durée de la formation et la rémunération sur celle des spécialistes, donnant ainsi une nouvelle place au généraliste dans notre système de santé. » (20) Dans ce but L'ECN a été créé, remplaçant l'internat, mais les résultats restent mitigés.

B. LES PROBLEMES INDUITS PAR LA FEMINISATION DE LA MEDECINE

La féminisation de la médecine va s'accroître avec une parité qui sera atteinte en 2020, puis une inversion du rapport hommes/femmes avec une majorité de femmes à partir de cette date, selon les projections démographiques de la DREES. (6)

La féminisation de la profession entraîne des difficultés pour les femmes médecins elles-mêmes, ainsi que pour toute l'organisation du système de santé français.

1. Pour les femmes elles-mêmes

a. Difficultés particulières rencontrées par les étudiantes

Nouvelles venues dans un cursus longtemps exclusivement masculin, les femmes connaissent des difficultés particulières durant leurs études.

En effet, les études sont longues et les étudiantes attendent rarement la fin de l'internat pour avoir des enfants. De plus, il est plus facile de prendre des congés maternité durant ses études qu'une fois installée en libéral, ce qui conduit les femmes à poursuivre leurs études tout en ayant des enfants à charge. Elles sont alors souvent confrontées à de grandes difficultés pour faire garder leurs enfants.

Du fait de la courte durée des stages (6 mois), et de l'obligation de mobilité entre les différents hôpitaux périphériques, il est difficile de trouver une assistante maternelle.

De même, lors des gardes de nuit, si le conjoint travaille ou est absent, le coût de la baby-sitter est supérieur au salaire touché par l'interne pour cette même garde.

Il n'est donc pas facile pour les étudiantes de concilier vie familiale et vie professionnelle.

b. Difficultés particulières rencontrées par les femmes installées

Elles concernent principalement deux sujets ; les congés maternité et les gardes.

Vu les conditions peu avantageuses du congé maternité avant 2006, les femmes préféraient profiter de leur statut d'interne, de salariée ou de remplaçante pour concevoir un enfant. Cela conduisait donc à des installations plus tardives et explique la différence retrouvée dans notre étude entre les hommes et les femmes quant au délai entre la thèse et l'installation.

Les gardes ont aussi longtemps posé problème aux femmes installées qui avaient des enfants. Heureusement, les différents systèmes actuellement mis en place pour assurer la permanence des soins (Régulation par le 15, SOS médecins, maisons médicales ou cabinets de groupe...) leur permettent souvent de s'affranchir de ces gardes.

2. Pour l'organisation du système de soins

a. Déficit de certaines spécialités médicales ou chirurgicales

La création de l'ECN avait pour but de revaloriser la médecine générale en la faisant passer au rang de spécialité à part entière. Par là, on s'attendait à rééquilibrer le rapport généraliste/spécialiste au profit des généralistes. Malheureusement il a existé en 2004 une inadéquation entre le nombre de postes offerts à l'ECN et le nombre d'étudiants à choisir de l'ordre de 15%. Cette différence s'explique par les nombreux étudiants qui ne se sont pas présentés aux épreuves ou qui n'ont pas, volontairement ou non, validé leur DCEM. Ainsi un certain nombre de postes n'ont pas pu être pourvus et la quasi-totalité de ceux-ci l'ont été aux dépens de la médecine générale. Cela représente 609 postes vacants en 2004 et 981 en 2005, soit 33% des postes de médecine générale en 2004, et 41% en 2005.

Parmi les postes pourvus, ceux de médecine générale ne représentent que 37% contre 44% avant l'ECN. Cette réforme a donc été un échec. (7, 8)

De plus, comme l'internat, l'ECN, jusqu'en 2006, a tenu compte uniquement des besoins des services hospitalo-universitaires et non pas des besoins démographiques professionnels, et encore moins des besoins de soins de la population. (20) Heureusement, depuis 2006, la répartition du numerus clausus comme des places à l'ECN a été modifiée et tient compte de la situation démographique des régions. (34)

Comme le précise le rapport de la DGS, différents critères interviennent dans le choix des spécialités et « ils sont liés au rang de classement, au nombre de postes offerts au choix à l'internat, à la vocation et à la notoriété, aux conditions de travail, aux risques judiciaires et au montant de l'investissement. » (24)

Ainsi « les vacances de postes se multiplient dans certaines spécialités et dans certaines zones. Les exemples de l'anesthésie réanimation, de la psychiatrie et de la pédiatrie sont connus. Il faut y ajouter les difficultés qui touchent désormais la chirurgie, particulièrement dans certaines spécialités. » (24)

La féminisation a concouru à ce déséquilibre entre les spécialités par les choix de carrière féminins qui privilégient plus souvent la famille, et donc des spécialités exigeant moins de disponibilité. Une femme choisira plus facilement d'être dermatologue en ville que chirurgien orthopédique à l'hôpital ou même médecin généraliste en zone rurale, et cela se comprend facilement.

b. Réduction du « temps médical disponible »

Selon la DGS, le temps de travail des médecins devrait diminuer d'environ 5% d'ici 20 ans. La féminisation de la médecine en est évidemment une cause, mais ce n'est pas la seule. « D'autres facteurs influent déjà sur cette diminution du temps de travail disponible, notamment de la part d'activité médicale consacrée aux soins, la réduction légale du temps de travail et la nouvelle définition du temps de travail hospitalier qui conduit à intégrer le temps de garde dans le temps de travail. » (24)

C. LES APPORTS DE LA FEMINISATION DE LA MEDECINE

1. Dans l'organisation du temps de travail

La féminisation de la profession médicale a suscité une réflexion sur l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale. Cela a incité l'exercice médical à s'assouplir et à se diversifier. (14)

Selon la Société Française de Médecine Générale, les femmes exercent différemment des hommes. (16)

Elles sont moins disponibles que les hommes en dehors des horaires d'ouverture du cabinet, font moins de visites à domicile mais assurent des consultations de plus longue durée.

De plus, elles travaillent le plus souvent en cabinet de groupe ou sont salariées. (44) De même, se développent les MEP, (acupuncture, homéopathie, ostéopathie...) modes d'exercice souvent privilégiés par les femmes.

La féminisation, associée à la réduction légale du travail, a certainement contribué aussi au changement des habitudes des hommes médecins eux-mêmes : augmentation du nombre de demi-journées libres en semaine, modification du système des gardes...

2. Dans la relation médecin / malade

La femme a apporté une complémentarité dans la relation médecin/malade notamment au sein des équipes pluridisciplinaires hospitalières. En effet, il est important pour le patient de pouvoir, selon la pathologie s'adresser soit à un homme soit à une femme, en fonction de son vécu et de sa sensibilité. Ceci est particulièrement vrai dans certains domaines comme en gynécologie, où les patientes préfèrent souvent être examinées par des femmes. Comme le dit le Docteur Anne de Kervasdoué, gynécologue, « Les femmes ont apporté des valeurs féminines

et une nouvelle manière d'exercer ce métier plus en phase avec l'attente des patientes. Elles apprécient chez les gynécologues femmes la conscience professionnelle, la qualité de l'écoute, le temps passé, le souci de pédagogie, l'incitation à la réflexion avant une décision opératoire, la mise en confiance, la féminité, la proximité, la compréhension de leurs problèmes spécifiquement féminins et leur honnêteté. La présence de médecins femmes a aussi contribué à faire évoluer la société concernant certains problèmes féminins (contraception...). (17)
 Selon la Société Française de Médecine Générale, les patients recherchent les femmes médecins pour leurs qualités de dialogue, d'explication et de conseils. (16)

D. COMMENT AIDER LES FEMMES MEDECINS A EXERCER LEUR METIER ?

1. Garde des enfants

Il existe actuellement des crèches hospitalières qui proposent des gardes d'enfants pour les professionnels ayant des horaires atypiques, mais les places sont rares et les internes, étant mobiles tous les 6 mois et ayant un statut particulier (ni étudiant, ni hospitalier) ont très peu de chances d'y accéder.

Il serait donc utile d'augmenter le nombre de places en crèche accessibles aux internes, et/ou de leur permettre de se sédentariser.

2. Congés maternité

D'après la thèse de Mélanie LEROY qui compare les conditions de vie des femmes médecins généralistes en milieu urbain avec celles de femmes de même niveau d'études exerçant d'autres professions libérales (architecte, avocat, expert-comptable, pharmacien, dentiste..), les congés maternité sont loin d'être pris en totalité quelque soit la profession libérale.

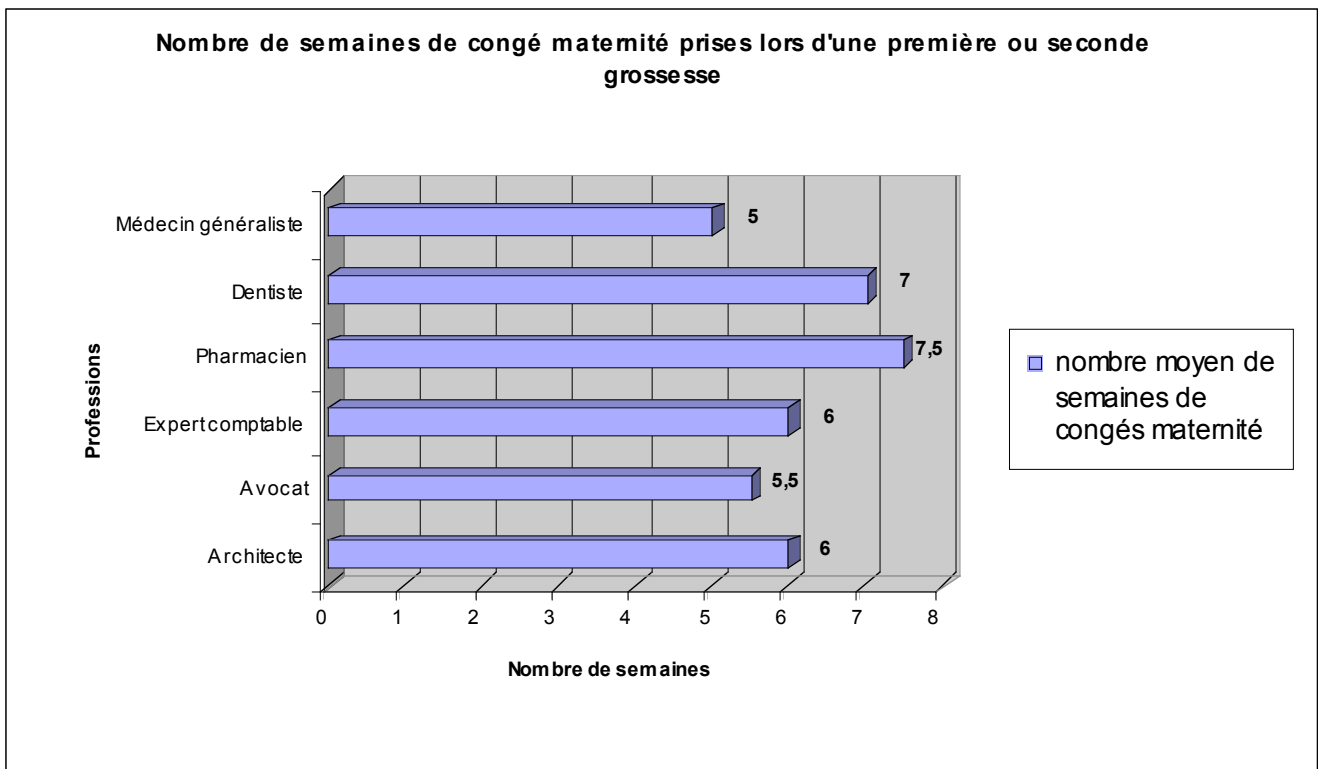


Figure 31

D'après cette étude, le nombre de congés maternité pris est de 5 semaines pour les femmes médecins généralistes à 7,5 semaines pour les pharmaciennes.

Les raisons invoquées sont la plupart du temps d'ordre financier, ainsi que la difficulté de trouver un remplaçant. (32)

Cette thèse a été réalisée avant que les congés maternité des libéraux soient alignés sur ceux des salariés en ce qui concerne la durée. (16 semaines pour les deux premiers enfants et 26 semaines à partir du 3^{ème} enfant.)

Il n'en est pas moins vrai que, les indemnités journalières n'étant pas en rapport avec les revenus antérieurs à la grossesse, cela reste difficile pour les femmes installées et ayant beaucoup de charges, de prendre la totalité de leurs congés maternité.

3. Autres suggestions

Les internes, hommes et femmes, ont souvent une charge de travail importante avec des horaires tardifs et des gardes rapprochées. Il est donc difficile pour les femmes ayant des enfants de mener de front leurs rôles de médecin et de mère. Cela les pousse souvent à prendre des disponibilités ou des congés parentaux, ce qui augmente le nombre de postes d'interne vacants. Ne serait-il pas plutôt envisageable de leur proposer des postes à temps partiel, quitte à augmenter d'autant la durée obligatoire du stage ?

Ces femmes médecins, qui interrompent souvent plusieurs fois au cours de leur vie leur activité (congés maternité, disponibilités, congés parentaux...), ont parfois des difficultés à reprendre un emploi par la suite. En effet, les progrès de la médecine sont rapides et il est difficile de se maintenir à niveau. Il existe actuellement des FMC (Formation Médicale Continue), mais ne pourrait-on pas envisager de proposer des sortes de stages de « remise à niveau » pour aider ces femmes à reprendre sereinement leur activité ?

E. COMMENT REORGANISER LE SYSTEME DE SOINS POUR S'ADAPTER A CETTE FEMINISATION ?

1. Le numerus clausus

On ne peut évidemment pas fixer un numerus clausus en fonction du sexe des candidats, ceci a longtemps été fait par les services de santé des armées mais est actuellement considéré comme discriminatoire. Il faut donc intégrer la féminisation aux prévisions démographiques et augmenter le nombre de médecins en connaissance de cause.

« Le délai d'action de l'augmentation du numerus clausus n'est pas simplement égal à la durée des études (10 ans). Si l'on considère que le corps professionnel est composé à un moment donné d'environ 35 promotions annuelles de diplômés, on perçoit que le changement de volume n'aura de l'impact que lorsqu'il aura affecté plusieurs promotions successives, au moins cinq ou six. C'est une vingtaine d'années qu'il faudra attendre afin d'obtenir un effet net du changement du numerus clausus sur la démographie médicale. » (24)

L'augmentation actuelle du numerus clausus à 7000 par an est indispensable, mais le problème principal étant la répartition des médecins sur le territoire plus que leur nombre, cette mesure doit être liée à d'autres.

2. Le développement du travail en cabinet de groupe / maisons médicales

Les formes d'exercice en groupe sont favorisées depuis 2006 par des financements du FAQSV (Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville). En effet, ce système permet d'assurer la

continuité des soins dans les zones de sous densité médicale et d'alléger la charge des professionnels. (34)

Ce type d'exercice est aussi apprécié par les médecins eux-mêmes pour la facilité d'organisation qu'il procure.

L'aide à l'installation de maisons de santé multidisciplinaires est devenu une priorité d'action des Unions régionales de l'Assurance maladie. (34)

3. Les systèmes de garde

La permanence des soins est une obligation pour tout médecin conformément à l'article 77 du Code de Déontologie Médicale : « Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer au service de garde de jour et de nuit. Le conseil départemental de l'ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement, de ses conditions d'exercice. »

Dans les cas d'urgence, les demandes médicales sont gérées par le « 15 », le SAMU, qui selon la gravité fait appel à différents professionnels (ambulanciers, pompiers, médecin...).

Dans les secteurs urbains, il existe souvent des réseaux comme « SOS médecins » qui assurent nuits et jours les gardes. Dans les zones rurales, les médecins s'organisent souvent en maisons médicales assurant les gardes jusqu'à minuit ainsi que le week-end.

Cette nouvelle organisation a mis du temps à se mettre en place et doit encore, dans certaines zones, s'améliorer. Mais elle permet néanmoins déjà aux professionnels de mieux équilibrer vie familiale et vie professionnelle.

4. L'optimisation de la répartition des médecins

a. Les passerelles entre les spécialités

Ce sont des pistes à explorer pour combler les déficits de certaines spécialités. En effet, ces passerelles et ces complémentarités sont d'autant plus concevables depuis la création de l'ECN, que le métier de généraliste est devenu une spécialité à part entière.

Faciliter les changements d'orientation permettrait de mieux adapter l'offre de santé et de répondre aussi à une volonté de certains médecins de progresser et de se spécialiser. (24)

b. La délégation de tâches aux professionnels paramédicaux

Devant la diminution du temps médical disponible, il paraît nécessaire de développer la coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux. Ainsi la Haute autorité de santé a été missionnée par le Ministère de la santé pour qu'elle définisse des recommandations de méthode sur la généralisation de la démarche de délégation de tâches et fasse des préconisations particulières dans deux domaines prioritaires : ophtalmologie et suivi des pathologies chroniques. (34)

Actuellement, devant la pénurie d'ophtalmologistes, la mesure de l'acuité visuelle, par exemple, a été déléguée aux opticiens.

c. Comment cibler les territoires à aider ?

Les Missions Régionales de Santé (MRS) ont été créées par la loi du 13 août 2004. Elles réunissent les Agences Régionales de l'Hospitalisation, et les Unions Régionales de l'Assurance Maladie. Elles ont défini les zones sous médicalisées pour les médecins généralistes en croisant les deux critères suivants :

- une densité de médecins inférieures d'au moins 30% à la moyenne,
- un niveau d'activité des professionnels de santé supérieur d'au moins 30% à la moyenne.

Cette définition sera actualisée une fois par an et ce, en concertation avec les professionnels de santé et les élus. Les MRS ont également pour mission de définir les zones risquant de devenir sous-médicalisées.

Les MRS devront ensuite réaliser, dans un deuxième temps, le même travail pour les professions paramédicales. (34)

d. Les incitations à l'installation dans les zones à faible densité médicale

Les professionnels de santé exerçant en zones sous médicalisées connaissent un rythme de travail hors normes, accumulent les kilomètres, et ne peuvent que rarement s'absenter, que ce soit pour prendre des vacances ou participer à des actions de formation médicale continue. Ces difficultés d'exercice nuisent à tous, patients comme soignants, et peuvent décourager les jeunes médecins de s'installer en zones sous médicalisées. (34)

Des mesures incitatives fortes et ciblées ont ainsi été mises en place :

La majoration des honoraires sous forme forfaitaire (d'au moins 20%) des médecins généralistes installés dans les zones concernées, prend effet dans deux cas :

- L'aide à l'exercice regroupé
- L'aide au remplacement

Les aides des collectivités locales ont été permises par la loi du 23 février 2003 et précisées par deux décrets du 30 décembre 2005. Peuvent en profiter :

- Les professionnels installés ou en cours d'installation, sous forme de mise à disposition d'un local ou d'un logement, d'une prime à l'installation ou d'une prime d'exercice forfaitaire. En contre partie, ils s'engagent à exercer pendant au moins 3 ans dans la zone déterminée.
- Les étudiants, qui peuvent bénéficier au cours de leur 3^{ème} cycle d'une indemnité d'études d'un montant pouvant aller jusqu'à 24000 euros par an, ou de la mise à disposition d'un logement. Les étudiants concernés s'engagent alors à exercer dans cette zone pendant au moins 5 ans.

Enfin, des aides fiscales ont été créées pour les médecins exerçant en zones sous médicalisées. Ils bénéficient d'une exonération d'impôt sur le revenu des astreintes versé à hauteur de 60 jours par an, dans la limite de 9000 euros. (34)

La possibilité de taxer les médecins s'installant dans des zones déjà médicalement surpeuplées a aussi été envisagée, mais considérée comme une atteinte à liberté d'installation, elle a suscité de vives réactions et a entraîné une grève des internes et externes notamment en octobre 2007. Cette mesure a donc été suspendue.

5. L'évaluation prospective de la démographie médicale et paramédicale

Il est devenu évident que mettre en œuvre un dispositif de pilotage et de suivi de la démographie des professions de santé est une priorité. Pour cela il faut un système d'information qui permette de repérer les « déserts médicaux » présents et à venir, par profession, dans chaque spécialité, par mode d'exercice et par zone géographique. (24)

Ainsi, le Ministère de la santé prévoit la mise en œuvre d'un répertoire partagé des professions de santé qui permettra un enregistrement unique des professionnels de santé (au lieu de trois actuellement : DDSS, Ordre, Assurance maladie) et facilitera le suivi de la démographie des professions et les études prospectives. Il est entré en vigueur en 2006 pour les médecins, pharmaciens, sage femmes et dentistes et devrait ensuite s'étendre aux autres professions. (34)

Dans le même but a été créé en 2003, l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) qui publie chaque année un rapport sur la situation et donne un avis sur les besoins de formation des professions médicales et paramédicales. (34, 38, 39)

6. Le système des retraites

L'augmentation du *numerus clausus* mettra plusieurs années à produire ses effets. En attendant, il faut donc inciter les médecins à poursuivre leur activité au-delà de la liquidation de leur retraite.

Le cumul de la retraite avec une activité a été rendu possible par la loi portant réforme des retraites en 2003. Le plafond de cumul emploi/retraite a été porté à 40 000 euros au lieu de 30 000 euros, dès lors que le départ en retraite s'effectue après 65 ans.

De plus, les médecins de plus de 60 ans ne sont plus tenus aux astreintes, c'est-à-dire aux gardes de nuit et de week-end, mais peuvent continuer à y participer s'ils le souhaitent. (34)

7. La question du salariat des médecins

Si l'on maintient les hypothèses tendanciennes correspondant à la poursuite des comportements observés dans le passé, le nombre total de médecins libéraux devrait diminuer de 15% entre 2002 et 2025, passant de 122 300 à 103 800. Ce recul serait plus fort pour les spécialistes (-23%) que pour les généralistes libéraux (-9%). Comme le nombre de femmes médecins devrait beaucoup augmenter en 2025, et que les femmes médecins privilégient actuellement le salariat à l'exercice libéral, le maintien de ces comportements jusqu'en 2025 conduirait à réduire la part de médecins libéraux. (6)

Le salariat a en effet beaucoup d'avantages et les jeunes médecins en sont bien conscients et choisissent l'activité salariée principalement en début de carrière. Ce type d'exercice, permettant une répartition plus facile de l'offre de soins sur le territoire ne pourrait-il pas être généralisé ?

Les médecins français sont très attachés à leur liberté d'installation et à l'autonomie que leur procure leur activité libérale, mais ne pourrait-on pas envisager dans le futur, si les inégalités de densité médicale perdurent, une évolution progressive dans ce sens, comme d'autres pays voisins l'ont entrepris ?

8. Comparaison avec les systèmes de santé d'autres pays

D'autres pays, comme le Québec, le Royaume-Uni, l'Allemagne ou la Belgique, sont aussi confrontés à la féminisation de la médecine et essayent, par des moyens différents de maintenir un accès aux soins équilibré sur tout leur territoire.

Pays	Québec	Royaume-Uni	Allemagne	Belgique
% Femmes	En 2004 : - 42,4% des médecins de famille - 60% < 35 ans	En 2002 : - 30% des MG - 60% des étudiants	En 2002 : 50% des étudiants	En 1995 : - 28,6% des médecins pratique clinique - 55% des étudiants
% Spécialistes / % Généralistes	50 / 50	60 / 40	64 / 36	57 / 43
Densité médicale	2,1 / 1000	2,1 / 1000	3,3 / 1000	Pas de donnée
Rémunération	Paiement à l'acte	Par capitation : versement trimestriel forfaitaire en fonction du nombre de patients inscrits sur la liste du MG, ajusté sur l'âge des patients	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte
Exercice en groupe	86%	à 92%	20 à 30%	Minoritaire
Gate Keeping	Pas d'obligation même si recommandation parfois nécessaire	Obligatoire	Depuis 2004 obligatoire. Ticket modérateur 10 euros/trimestre	Accès libre aux soins
Spécificités	Création de groupes de médecins de famille (GMF) constitués d'une dizaine de médecins et d'infirmières assurant les soins primaires 24h/24 7j/7	- Journée de travail de 7h et consultation de 10' imposées par le gouvernement. - Ecart limité entre revenus MG et spécialistes car rémunération tenant compte des besoins selon les spécialités. - Incitation à former des GPF (cabinets collectifs pluridisciplinaires)	- Création en 2003 des centres d'activité médicale pluridisciplinaires. (possibilité de salariat au choix).	- Début des maisons médicales. Durée d'inscription min de 3 mois pour être exonérer du ticket modérateur. - Rémunération des médecins par capitation
Délégation de tâches milieu paramédical	Néant	Au sein des GPF, infirmières peuvent assurer les consultations et prescrire selon leurs qualifications	Rôle important des assistantes médicales : secrétariat + tâches cliniques (prises de sang, injections...)	Néant

Figure 32

Ce tableau nous donne des informations importantes sur l'organisation du système de santé dans d'autres pays :

- La féminisation médicale est en augmentation constante dans l'ensemble des pays observés, comme en France.
- L'exercice en groupe, souvent pluridisciplinaire, tend à se développer dans la plupart des pays étudiés. La revalorisation des soins primaires par une incitation à la création de centres de santé correspond à une volonté politique des gouvernements actuels.
- La délégation de certaines tâches au personnel paramédical (ou transfert de compétences), comme les consultations de premier recours ou le suivi des pathologies chroniques, se met en place dans plusieurs pays.

Ces constatations chez nos voisins permettent d'imaginer des pistes de réflexions de réformes applicables au système de santé français...

CONCLUSION

La féminisation de la médecine concerne le système de santé français comme ceux de beaucoup de pays voisins, et a conduit à modifier profondément l'exercice de cette profession.

Notre étude a confirmé que les hommes et les femmes, brestois ou non, s'organisent différemment pour exercer la médecine générale. Alors que les hommes sont le plus souvent installés en libéral, les femmes préfèrent le salariat ou les remplacements. Elles adaptent leur mode d'exercice à leur double rôle de médecin et de mère de famille. C'est pour cette raison qu'elles travaillent moins, en moyenne, que les hommes, et se font aider pour les tâches ménagères. Mais, à ce prix, elles estiment, plus souvent que les hommes, avoir trouvé un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie familiale.

Ces différences entre hommes et femmes médecins généralistes tendent à s'atténuer. En effet, actuellement le temps de travail des femmes médecins en milieu libéral représente 70% de celui de leurs confrères, alors qu'en 1989, il n'en représentait que 60%. Dans son rapport de la commission « Démographie médicale », le Professeur Berland, Président de l'ONDPS, en conclut que, si ce rattrapage se poursuit à ce rythme, les hommes et les femmes pourraient, en 2025, avoir la même activité professionnelle moyenne. Mais ce « rattrapage » prévu ne traduit-il pas plutôt une réduction du temps de travail des hommes médecins ? En effet, devant la diminution de la durée légale du temps de travail à 35 heures et profitant de l'exemple de leurs consoeurs, les hommes cherchent aussi à diminuer leur activité pour préserver leur vie personnelle.

Par ailleurs, notre étude a aussi montré que la moitié des médecins a connu des difficultés pendant et après ses études, au point que, si c'était à refaire, près d'un quart d'entre eux choisirait un autre métier que la médecine générale.

Ce constat pousse à s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre ce « burn-out » précoce. Les médecins interrogés, forts de leur expérience, suggèrent plusieurs solutions : tout d'abord mieux informer les étudiants sur la réalité de la médecine générale, puis adapter la formation à la prise en charge globale et ambulatoire du patient, et enfin aider concrètement les jeunes à s'installer en leur dispensant les cours d'informatique et de comptabilité nécessaires à la gestion d'un cabinet.

Les médecins généralistes comptent aussi sur une revalorisation de leur métier, souvent mésestimé, mais qui tient une place centrale dans le système de soins.

Une réforme, qui passe par l'institution des ECN, est en cours; espérons qu'elle atteindra son but et donnera à beaucoup la vocation de devenir médecin généraliste.

Enfin, si la féminisation de la médecine pose des problèmes pour répondre aux impératifs de santé publique et d'aménagement du territoire de notre pays, elle va aussi probablement réussir à apporter aux médecins, aux hommes comme aux femmes, un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie familiale.

Il serait donc intéressant de refaire, dans une vingtaine d'années, cette même étude comparative, pour vérifier si, conformément aux prévisions, les différences d'exercice entre hommes et femmes disparaissent, et si les médecins généralistes sont plus épanouis dans leur métier...

ANNEXES

Lettre
Questionnaire
Serment d'Hippocrate

BIBLIOGRAPHIE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

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

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

BIBLIOGRAPHIE

1) ASTRUC B.

La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique ? A propos d'une enquête menée auprès des femmes généralistes d'Ille-et-Vilaine.
Faculté de médecine de Rennes, thèse, 2002

2) BADARELLE Y.

Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen (1992-2002).
Faculté de médecine de Caen, thèse, 2007

3) BALINSKA MA, BAUDIER F, BOURDESOL H, BUTTET P, COLLIN JF, FOURNIER C, GAUTIER A, LEON C, LYDIE N, MENARD C, PERRIN-ESCALON H, PIN S.

Présentation méthodologique et principales caractéristiques des professionnels de santé.
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 ; 31-38

4) BERTHIER T.

Conditions d'exercice et qualité de vie des médecins généralistes libéraux de Basse-Normandie
Faculté de médecine de Caen, thèse, 2005

5) BERTRAND X.

Ministère de la Santé
Discours du 25/01/2006

6) BESSIERE S, BREUIL-GENIER P, DARRINE S.

La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national.
DREES, Etudes et Résultats, Novembre 2004, N°352

7) BILLAUT A.

Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004, suite aux épreuves classantes nationales.
DREES, Etudes et Résultats, 2005 ; N°429

8) BILLAUT A.

Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005, suite aux épreuves classantes nationales.
DREES, Etudes et Résultats, 2006 ; N°474

9) BOUET P.

Liberté d'installation, liberté d'exercice. Quelle médecine pour quels médecins ?
Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du CNOM du 14/06/2003

10) BOURGUEIL Y, DURR U, ROCAMORA-HOUZARD S.

La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni.

DREES, Etudes et Résultats, juin 2001, N°120

11) BOURGUEIL Y, DURR U, POUVOURVILLE G, ROCAMORA-HOUZARD S.

La régulation des professions de santé – études monographiques, Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, Etats-Unis. Rapport final.

DREES, documents de travail, série Etudes, mars 2002, N°22

12) BOURGUEIL Y, MAREK A, MOUSQUES J.

La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada.

DREES, Etudes et Résultats, juin 2005, N°406

13) BREUIL-GENIER P, SICART D.

La situation professionnelle des conjoints de médecins.

DREES, Etudes et Résultats, 2005, N°430

14) CARTON M, CERRUTI FR, LE GUERN H, MERCAT FX, MONIER B, POUILLARD J.

Féminisation et exercice médical : apports et conséquences.

Rapport de la commission permanente adopté lors des assises du CNOM du 24/04/2000

15) CHABROL A.

Exercice libéral : Comment sortir de la « déprime ».

Le Bulletin de l'Ordre des médecins 2006, 10 : 8-12

16) CHANFRAY V.

Devenir des femmes médecins ayant soutenu leur thèse à Lyon en 2000, 2001 et 2002.

Université Claude Bernard - Lyon 1, thèse, année 2006, N°59

17) CHARPENTIER B, GENISSON C, MARRY C, DUCLOUX M, COHEN BF, CARTON M, DE KERVASDOUE A, SEGNAC-SLAWINSKI R.

Dix neuvième jeudi de l'Ordre. Les filles d'Hippocrate: quand la médecine se féminise.

Ordre national des médecins, 25/09/2003

18) CHATIN B, LANGLOIS J, HARTMANN L, ULMANN P.

La démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2005.

Ordre national des médecins, Etude, juin 2005

19) CHAULEUR Y.

Devenir des médecins issus de la faculté Lyon Sud. Etude démographique et professionnelle portant sur 658 médecins ayant soutenu leur thèse entre 1990 et 2000.

Faculté de médecine de Lyon Sud, thèse, année 2003

20) CHOUSAT J.

Rapport d'ensemble sur la démographie médicale.

Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, 1997

21) COLLEGE DE MEDECINS DE FAMILLE DU CANADA

La médecine familiale au Canada – une vision d'avenir.

Novembre 2004

22) COLLET A.

Au Royaume-Uni, les médecins femmes sont un handicap.
Courrier international, 3 septembre 2004

23) DERCQ JP, VAN OUYTSEL A, SOMER A.

Rapport sur la limitation de l'offre médicale
8 juin 2000

24) DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Perspectives de la démographie médicale
Synthèse du rapport de la Direction Générale de la Santé, juin 2001

25) FIESSINGER C.

L'inaptitude médicale des femmes.
La médecine moderne, 1990, N°11

26) FOSSARD J.

Histoire polymorphe de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris.
Paris, 1982

27) HAEHNEL P.

Lieux et modes d'exercice.
Actualité et dossier en santé publique, septembre 2000, 32 : 33-34

28) HAMANN J.

Femme d'abord, médecin ensuite – les femmes qui pratiquent la médecine n'ont pas un plan de carrière, elles ont un plan de vie.
Université de Laval, Québec, 11 septembre 1997

29) JEAN PAUL II

Rome, septembre 1981

30) KAHN-BENSAUDE I.

La féminisation : une chance à saisir.
Conseil National de l'Ordre des médecins, 2005

31) LEPRINCE C, PAILLARD J,

L'Europe de la santé : une seule Union mais 25 systèmes !
Le Généraliste, 20 mai 2005, N°2332 p.24

32) LEROY M.

Comparaison des conditions de vie des femmes médecins généralistes en milieu urbain avec celles de femmes de même niveau d'études exerçant d'autres professions libérales.
Faculté de médecine de Lyon Sud, thèse, 2006

33) LEVASSEUR G, SCHWEYER X.

La médecine générale en Bretagne.
URCAM, fichiers de l'offre de soins libérale, 2002

34) MINISTERE DE LA SANTE

Réponses au défi de la démographie médicale
Ministère de la Santé et des Solidarités, dossier de presse, 25/01/06

35) NIEL X.

La démographie médicale à l'horizon 2020, une réactualisation des projections à partir de 2002.
DREES, Etudes et Résultats, mars 2002, N°161

36) NIEL X, SIMON M.

Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1^{er} janvier 1999.
DREES, Etudes et Résultats, 1999, N°44

37) NIEL X, VILAIN A.

Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions démographiques.
DREES, Etudes et Résultats, 2001, N°114

38) OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE

Le rapport 2004 (en ligne)

39) OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE

Le rapport 2005 (en ligne)

40) ORDRE NATIONAL DES MEDECINS FRANCE – CONSEIL NATIONAL

Evolution du métier de médecin.
Rapport de la commission nationale permanente, 2001

41) SAINT LEGER I.

Femmes médecins généralistes libérales du Finistère en 2005. Conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée.
Faculté de médecine de Brest, thèse, 2005

42) SOULIER E, GRENIER C, LEWKOWICZ M.

La crise du médecin généraliste: une approche cognitive de la profession.
Revue médicale de l'assurance maladie, 2006, 37 : 99-107

43) UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DE RHÔNE-ALPES

Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative.
CAREPS, octobre 2003, rapport 418 A

44) UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DE BASSE-NORMANDIE

Permanence des soins : enquêtes, opinions et discussions, 2003

45) YVON B.

L'organisation des femmes médecins généralistes installées en Indre-et-Loire en 2005.
Faculté de médecine de Tours, thèse, 2005