



La féminisation de la médecine générale en pratique: du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité

Céline Boyoud-Ghidossi

► To cite this version:

Céline Boyoud-Ghidossi. La féminisation de la médecine générale en pratique: du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00653562

HAL Id: dumas-00653562

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00653562>

Submitted on 19 Dec 2011

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

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

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

Année 2011

thèse n°

**La féminisation de la médecine générale en pratique :
Du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à
Grenoble, entre attentes et réalité.**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Madame Céline BOYOUUD-GHIDOSSO
Née le 7 Novembre 1982 à Saint Martin d'Hères (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT
A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE
LE 16 DECEMBRE 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU

Membres du jury : Monsieur le Professeur Bruno BONAZ
Monsieur le Professeur Vincent DANIEL
Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND, directeur de thèse
Madame le Docteur Anne-Marie YEM-TARANTINI

RESUME

La féminisation de la médecine générale en pratique : Du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité.

Contexte : La féminisation de la profession médicale est entrée dans les faits, et s'accélère chez les jeunes générations et chez les médecins généralistes.

Objectifs : Décrire et analyser l'exercice libéral de la médecine générale chez les femmes généralistes en Isère aujourd'hui et le comparer aux attentes des femmes internes en médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble. Déterminer si la différence constatée est un frein à l'installation libérale.

Méthode : Nous avons réalisé une étude prospective quantitative au printemps 2011, composée de deux enquêtes transversales. La première enquête a été réalisée par courrier électronique auprès de 192 femmes internes en médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble, adhérentes à ARAVIS (l'association locale des internes de médecine générale). La deuxième enquête a été réalisée par entretien téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire de 223 femmes généralistes, tiré au sort parmi les 401 femmes généralistes installées dans le département de l'Isère. Les statistiques descriptives et analytiques uni-variées ont été réalisées sous le logiciel Excel. Les statistiques analytiques bi-variées ont été réalisées sous le logiciel R : nous avons utilisé les tests du Chi 2, de Fisher, et le test T de Student selon leurs conditions d'application standards.

Résultats : Nous avons recueilli 84 réponses d'internes (soit 43,8%) et 79 réponses de médecins (soit 35,4%). Il existe un décalage significatif entre les attentes des internes et la réalité des généralistes installées. 75% des futures généralistes souhaitent s'installer en zone semi-rurale et 16,7% en zone rurale ($p < 0,001$), 98,8% souhaitent travailler en association ($p < 0,001$), et 50% souhaitent un exercice mixte libéral et salarié ($p < 0,001$). Les internes se préparent à travailler 8,2 demi-journées par semaine contre 7,6 demi-journées pour les généralistes installées ($p = 0,023$), avec des consultations plus longues ($p = 0,006$) et plus nombreuses ($p < 0,001$) par jour. 95% des internes comptent participer aux gardes de secteur ($p < 0,001$), mais plutôt en semaine ($p < 0,001$) et à une fréquence moindre que celle constatée par les généralistes installées ($p = 0,013$). Elles s'attendent de manière générale à plus de difficultés quant à leur exercice médical, et 76,2% craignent un manque d'équilibre entre leur vie privée et leur vie professionnelle. Nous avons constaté plusieurs points communs entre les deux groupes. En premier lieu, l'importance de la proximité avec les correspondants médicaux ($p = 0,389$) et paramédicaux ($p = 0,23$) afin de permettre une organisation en réseau. En deuxième lieu, la nécessité de disponibilité, avec la pratique de visites au domicile ($p = 0,729$) et du travail le samedi matin ($p = 0,126$) ; 80% des médecins ont l'impression d'être suffisamment disponibles pour leurs patients. Les motivations pour l'exercice libéral sont similaires, avec une importance capitale accordée à la relation interhumaine ($p = 0,678$). 91% des généralistes sont globalement satisfaites de leur exercice médical.

Conclusion : Les différences constatées sont un frein à l'installation des jeunes généralistes, qui déplorent un manque d'expérience professionnelle pour envisager une installation rapide et prolongent souvent leur activité de remplaçante. Mais d'autres freins à l'installation existent : la modification de la relation médecin-malade avec l'apparition d'un patient « consommateur » de soins et exigeant, les pressions des pouvoirs publics et de l'assurance maladie. Le cursus médical universitaire reste long et difficile, et la modification du statut social du médecin va nécessiter une réelle revalorisation de la profession. Nous suggérons la poursuite de la modification du cursus médical universitaire et l'organisation d'un contact précoce avec les soins primaires, ainsi que l'augmentation du numéros clausus pour y inclure le phénomène de féminisation. A l'échelle du système de soins, la réorganisation du travail médical et le développement des cabinets de groupe nous paraissent également importants.

MOTS-CLES : démographie, féminisation, femme médecin, médecine générale, exercice libéral, qualité de vie, internes.

ABSTRACT

The feminisation of general practice: From the point of view of female interns studying general medicine in Grenoble (France), between expectations and reality.

Background: The number of women doctors has been steadily rising internationally, especially among the younger generations and among general practitioners.

Objectives: To describe and analyze the characteristics of private practice among female general practitioners working in Isère (France) today, and to compare it to the expectations of female interns in general medicine studying in Grenoble (France). To determine if the difference between the two groups is slowing down the younger female physicians' wish to create their private practice.

Methods: We conducted a prospective quantitative study during the spring of 2011, which included two cross-sectional surveys. The first survey was e-mailed to 192 female interns studying general medicine in Grenoble, who were members of ARAVIS (the local interns' association). The second survey was a phone interview of a sample of 223 female general practitioners (randomly selected among the 401 female general practitioners working in Isère). The analytical and descriptive (single variable) data was analysed via the software "Excel". The bivariate data was analysed via the software "R": we used the Chi 2, Fisher, and Student tests according to their standard conditions of application.

Main results: We collected 84 answers from the interns (43.8% response rate) and 79 answers from the general practitioners (35.4% response rate). We highlighted a significant difference between the interns' expectations and the general practitioners' reality. 75% of the interns wished to set up their private practice in a semi-rural area and 16.7% in a rural area ($p < 0.001$), 98.8% wished to work in partnership with other health professionals ($p < 0.001$), and 50% wished to work both in a private practice and as an employee in a health care structure ($p < 0.001$). The interns were ready to work 8.2 half-days per week while the general practitioners worked 7.6 half-days per week ($p = 0.023$), with more ($p < 0.001$) and longer medical consultations ($p = 0.006$) per day. 95% of the interns intended to participate in local on-call duties ($p < 0.001$), but preferably during the week ($p < 0.001$) and less frequently than what was the reality of the general practitioners ($p = 0.013$). They feared more difficulties concerning their practice of general medicine, and 76.2% feared the lack of a balanced life style between work and family. But the two groups did have some similarities. Both felt the importance of proximity to a medical ($p = 0.389$) and paramedical ($p = 0.23$) network. Also, both groups felt the importance of availability, with the practice of home-visits ($p = 0.729$) and of working on Saturday mornings ($p = 0.126$); 80% of the general practitioners felt they were sufficiently available for their patients. The motivations towards the private practice of general medicine were similar, with great importance given to inter-human relationship ($p = 0.678$). 91% of the general practitioners were globally satisfied of their medical exercise.

Conclusion: The differences that we have established between the interns and the general practitioners are slowing down the younger female physicians' wish to create their private practice; indeed they often lack the necessary professional experience. But there are other factors involved in this situation: most notably the shift in the doctor/patient relationship and the pressures of public authorities and of the main French health insurance. The medical training is long and arduous, and there is a dire need to upgrade the perceived social status of doctors. We suggest that efforts be continued to change medical training and encourage early medical experience in primary care. The *numerus clausus* barrier existing between the first and second years of medical school should also be raised to accommodate the growing numbers of female students. Finally we encourage the development of structures allowing general practitioners to work in partnership with other health professionals.

KEY WORDS: demography, feminisation/feminization, women doctor, general practice, private practice, balanced life-style, interns.

Faculté de médecine de Grenoble

Liste des professeurs d'universités - praticiens hospitaliers au 01/09/2010

Nom	Prénom	Discipline
Albaladejo	Pierre	Anesthésie – réanimation
Arvieux-Barthélémy	Catherine	Clinique de chirurgie et de l'urgence
Baconnier	Pierre	Biostatistiques et informatique médicale Santé publique
Baguet	Jean-Philippe	Cardiologie / Hypertension artérielle
Balosso	Jacques	Radiothérapie Cancérologie
Barret	Luc	Médecine légale
Baudain	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Beani	Jean-Claude	Dermatologie-vénéréologie
Benhamou	Pierre Yves	Endocrinologie Diabétologie
Berger	François	Cancérologie
Blin	Dominique	Chirurgie cardiaque
Bolla	Michel	Cancérologie
Bonaz	Bruno	Hépatogastro-entérologie
Bosson	Jean-Luc	Santé publique
Bougerol	Thierry	Psychiatrie
Brambilla	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
Brambilla	Christian	Pneumologie
Brichon	Pierre-Yves	Chirurgie vasculaire et thoracique
Brix	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale
Cahn	Jean-Yves	Cancérologie
Carpentier	Patrick	Médecine vasculaire
Carpentier	Françoise	Samu
Cesbron	Jean-Yves	Immunologie
Chabardes	Stephan	Neurochirurgie
Chabre	Olivier	Endocrinologie
Chaffanjon	Philippe	Chirurgie thoracique, vasculaire et endocrinienne
Chavanon	Olivier	Chirurgie cardiaque
Chiquet	Christophe	Ophtalmologie
Chirossel	Jean-Paul	Anatomie
Cinquin	Philippe	Santé publique
Cohen	Olivier	Délégation – HC Forum (création entreprise)
Couturier	Pascal	Gériatrie
Cracowski	Jean-Luc	Pharmacologie
de Gaudemaris	Régis	Médecine et santé du travail
Debillon	Thierry	Pédiatrie
Dematteis	Maurice	Médecine légale et d'addictologie
Demongeot	Jacques	Santé publique
Descotes	Jean-Luc	Urologie
Esteve	François	Dir. Équipe 6 U836 – ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences

Fagret	Daniel	Médecine nucléaire
Faucheron	Jean-Luc	Chirurgie digestive et de l'urgence
Favrot	Marie-Christine	Biologie intégrée / Cancérologie
Ferretti	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
Feuerstein	Claude	Gin
Fontaine	Éric	Clinique nutrition artificielle Pôle 7 Médecine aiguë & communautaire
François	Patrice	Veille sanitaire Santé publique
Garnier	Philippe	Pédiatrie
Gaudin	Philippe	Rhumatologie
Gay	Emmanuel	Neurochirurgie
Griffet	Jacques	Chirurgie infantile
Halimi	Serge	Diabétologie
Hommel	Marc	Neurologie
Jouk	Pierre-Simon	Génétique et procréation
Juvin	Robert	Rhumatologie
Kahane	Philippe	Neurologie
Krack	Paul	Neurologie
Krainik	Alexandre	Neuroradiologie & IRM
Lantuejoul	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bas	Jean-François	Neuroradiologie & IRM
Lebeau	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale
Leccia	Marie-Thérèse	Dermatologie
Leroux	Dominique	Biologie et pathologie de la cellule
Leroy	Vincent	Hépto-gastro-entérologie
Letoublon	Christian	Chirurgie digestive et de l'urgence
Levy	Patrick	Physiologie
Lunardi	Joël	Biochimie
Machecourt	Jacques	Cardiologie
Magne	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire et thoracique
Maitre	Anne	Médecine du travail EPSP/Dpt de biologie intégrée
Massot	Christian	Médecine interne
Maurin	Max	Département des agents infectieux / Bactériologie
Merloz	Philippe	Orthopédie traumatologie
Morand	Patrice	Virologie
Moro-Sibilot	Denis	Pneumologie
Mousseau	Mireille	Oncologie médicale
Moutet	François	Chirurgie plastique et reconstructrice et esthétique
Passagia	Jean-Guy	Neurochirurgie
Payen de la Garanderie	Jean-François	Anesthésie – réanimation
Pelloux	Hervé	Parasitologie et mycologie
Pepin	Jean-Louis	Physiologie sommeil
Perennou	Dominique	Rééducation & physiologie
Pernod	Gilles	Médecine vasculaire
Piolat	Christian	Chirurgie infantile
Pison	Christophe	Pneumologie
Plantaz	Dominique	Pédiatrie
Pollak	Pierre	Neurologie

Pons	Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
Rambeaud	Jean-Jacques	Urologie
Reyt	Émile	ORL
Righini	Christian	ORL
Romanet	Jean-Paul	Ophtalmologie
Saragaglia	Dominique	Orthopédie
Schlattner	Uwe	UFR de Biologie
Schmerber	Sébastien	ORL
Seigneurin	Daniel	Anatomie et cytologie
Sele	Bernard	Génétique et procréation
Sessa	Carmine	Chirurgie thoracique vasculaire
Stahl	Jean-Paul	Infectiologie
Timsit	Jean-François	Réanimation médicale
Tonetti	Jérôme	Orthopédie et traumatologie
Toussaint	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
Vanzetto	Gérald	Cardiologie
Vuillez	Jean-Philippe	Biophysique et traitement de l'image
Zaoui	Philippe	Néphrologie
Zarski	Jean-Pierre	Hépto-gastro-entérologie
Blin	Dominique	
Bolla	Michel	
Garnier	Philippe	
Morel	Françoise	
Seigneurin	Jean-Marie	

**Liste des maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers
au 01/09/2010**

Nom	Prénom	Localisation hospitalière
Bottari	Serge	Biologie cellulaire
Boutonnat	Jean	Biologie et pathologie de la cellule
Brenier-Pinchart	M.Pierre	Parasitologie
Bricault	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
Briot	Raphaël	Cancérologie et hématologie
Callanan-Wilson	Mary	Génétique
Croize	Jacques	Bactériologie-Virologie
Deransart	Colin	Neurologie LAPSEN
Detante	Olivier	Cancérologie et hématologie
Dumestre-Perard	Chantal	Immunologie SUD
Eysseric	Hélène	Médecine légale
Faure	Anne-Karen	Génétique et procréation
Faure	Julien	Génétique et procréation
Garban	Frédéric	Unité clinique thérapie cellulaire
Gavazzi	Gaëtan	Clinique médecine interne gériatrique
Gillois	Pierre	Laboratoire TIMC
Grand	Sylvie	Clinique de radiologie et imagerie médicale
Hennebicq	Sylviane	Génétique et procréation
Hoffmann	Pascale	Gynécologie obstétrique
Jacquot	Claude	Anesthésie-réanimation
Labarere	José	Veille sanitaire
Laporte	François	Biologie intégrée
Lardy	Bernard	Biologie et pathologie de la cellule-enzymologie
Larrat	Sylvie	Agents infectieux
Launois-Rollinat	Sandrine	Physiologie sommeil et exercice
Mallaret	Marie-Reine	Hygiène hospitalière
Maubon	Danièle	Agents infectieux
Moreau-Gaudry	Alexandre	Innovations technologiques
Mouchet	Patrick	Physiologie sommeil et exercice
Paclet	Marie-Hélène	Biologie et pathologie de la cellule
Palombi	Olivier	Neurochirurgie
Pasquier	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
Pelletier	Laurent	Innovation biologique
Paysant	François	Médecine légale
Ray	Pierre	Génétique et procréation
Renversez	Jean-Charles	Biologie intégrée
Rialle	Vincent	Laboratoire TIMC
Satre	Véronique	Génétique et procréation
Stanke-Labesque	Françoise	Pharmacologie
Stasia	Marie-Josée	Biologie et pathologie de la cellule
Tamisier	Renaud	Physiologie sommeil et exercice
Weil	Georges	Biostatistiques et informatique médicale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

A Messieurs les Professeurs

Bruno BONAZ et Vincent DANEL,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail

A Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND

Je te remercie de m'avoir accompagné durant ce travail.

A Madame le Docteur Anne-Marie YEM-TARANTINI

Tu m'as montré en premier lieu ce que c'était que d'être une femme médecin généraliste à la fois dévouée à sa patientèle et disponible pour sa famille.

J'ai beaucoup appris à tes côtés.

Aux médecins et aux équipes qui m'ont accueillie pendant mes stages de formation

Et qui ont façonné le médecin que je suis devenue.

Merci pour votre enseignement.

A mon frère, mes parents et grand parents

Merci pour votre confiance.

A Sylvain, mon mari

Merci pour ton amour et ta patience.

A Adrien, mon fils

Tu es le plus beau des cadeaux.

A tous mes amis,

et tout particulièrement à Anne Laure qui m'a guidée tout au long de ce travail.

TABLE DES MATIERES

1	PREFACE : RAPPEL HISTORIQUE DE LA FEMINISATION MEDICALE DEPUIS L'ANTIQUITE.....	14
1.1	L'antiquité.....	15
1.2	Le moyen âge et la régression.....	15
1.3	La renaissance	15
1.4	Les révolutions françaises.....	16
1.5	Le XIX ^{ème} siècle	16
1.6	Le XX ^{ème} siècle	16
1.7	En 2004	16
2	INTRODUCTION	17
2.1	L'arrivée des femmes en médecine	18
2.2	L'arrivée d'une nouvelle génération de médecins pour remplacer l'ancienne.....	19
2.3	Au-delà d'une question de genre sexuel, c'est une modification de l'attitude de toute une génération que l'on constate aujourd'hui	20
3	MATERIEL ET METHODES.....	22
3.1	Matériel d'étude.....	23
3.2	Intervention.....	23
3.3	Observation.....	24
3.4	Critères de jugement.....	24
4	RESULTATS ET ANALYSE.....	25
4.1	Réponse au questionnaire.....	26
4.1.1	Pour les internes.....	26
4.1.2	Pour les médecins.....	26
4.2	Population étudiée.....	26
4.2.1	Pour les internes.....	26
4.2.2	Pour les médecins.....	26
4.2.3	En analyse bi-variée.....	27
4.3	Caractéristiques de l'exercice médical.....	27
4.3.1	Localisation de l'installation.....	27
4.3.1.1	Zone d'installation.....	27
4.3.1.2	Structures indispensables à proximité du cabinet.....	27
4.3.2	Organisation du cabinet.....	29
4.4	Organisation de l'activité médicale	30
4.4.1	Emploi du temps.....	30
4.4.2	Gestion de la continuité des soins en journée.....	33
4.4.3	Gestion de la permanence des soins.....	33
4.4.4	Particularités de l'exercice médical.....	35
4.4.4.1	Orientation professionnelle particulière.....	35
4.4.4.2	Gestes techniques.....	35
4.5	Evaluation de la balance bénéfiques et difficultés attendues / ressenties de l'exercice médical	36
4.5.1	Satisfaction de l'exercice professionnel des généralistes installées.....	36

4.5.2	Difficultés de l'exercice professionnel	37
4.5.3	Le métier est-il en accord avec ce qu'en attendaient les généralistes installées lors de leur internat / résidanat ?	39
4.5.4	Motivations pour l'exercice libéral	40
4.5.5	Fatigue liée l'exercice professionnel	41
4.5.6	Modifications de l'exercice professionnel chez les généralistes installées....	42
4.6	Organisation du temps personnel en parallèle	42
4.6.1	Statut conjugal.....	42
4.6.2	Les enfants.....	43
4.6.2.1	Le nombre d'enfants.....	43
4.6.2.2	Le congé maternité.....	44
4.6.2.2.1	Pour les sept internes ayant déjà des enfants.....	44
4.6.2.2.2	Pour les internes souhaitant des enfants et pour les généralistes installées.....	44
4.6.2.3	La garde des enfants.....	45
4.6.3	Le temps libre	47
4.7	Bilan des difficultés attendues / ressenties quant à la gestion du temps personnel.....	48
4.8	Et si c'était à refaire pour les généralistes installés ?	50
5	DISCUSSION.....	51
5.1	Les limites de la méthode.....	52
5.1.1	Les limites affectant la validité externe de l'étude.....	52
5.1.2	Les limites affectant la validité interne de l'étude.....	53
5.2	Le constat d'un décalage entre les attentes des femmes internes en médecine générale à Grenoble et la réalité des femmes médecins généralistes installées en Isère.....	54
5.2.1	Un fossé entre la théorie et la pratique ?.....	54
5.2.2	Et quelques points communs chez les femmes généralistes (futurs et actuelles).....	57
5.3	Un décalage qui peut être un frein à l'installation des jeunes femmes généralistes en milieu libéral.....	59
5.4	Les jeunes femmes généralistes retardent leur installation en milieu libéral.....	60
5.5	Mais il existe d'autres freins à l'installation des jeunes femmes généralistes, qui peuvent être communs aux médecins des deux sexes.....	62
5.5.1	Les difficultés du cursus médical	62
5.5.2	La contrainte que représente la profession du conjoint.....	62
5.5.3	La modification du statut social du médecin.....	62
5.5.4	La mutation de la relation médecin malade.....	63
5.5.5	Les pressions des pouvoirs publics et de l'assurance maladie.....	63
5.6	Pistes de réflexion : Comment encourager les jeunes femmes généralistes à s'installer en milieu libéral ?.....	64
5.6.1	Modifier le cursus médical universitaire	64
5.6.2	Modifier l'aide présente à l'échelon individuel	65
5.6.3	Modifier le système de soins français pour favoriser l'installation libérale des jeunes médecins généralistes des deux sexes.....	66

6 CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES.....	76
ANNEXE 1 : La lettre d'appel à participation pour les internes	77
ANNEXE 2 : La lettre d'appel à participation pour les médecins (lue lors des entretiens téléphoniques)	78
ANNEXE 3 : Le questionnaire destiné aux internes	79
ANNEXE 4 : Le questionnaire destiné aux médecins.....	85
ANNEXE 5 : Réponses à la question « Quelle orientation professionnelle particulière ? ».....	92
ANNEXE 6 : Réponses libres à la question : « Si le métier n'est pas vraiment ou pas du tout en accord avec ce qu'en attendaient les généralistes installées lors de leur internat / résidanat, pourquoi ? »	93
ANNEXE 7 : Réponses à la question « Quelle est la profession de votre conjoint ? ».....	94
ANNEXE 8 : Réponses libres des internes à la question finale « Quelle est votre opinion quant à la féminisation de la médecine générale ? ».....	96
ANNEXE 9 : Réponses libres des médecins à la question finale « Quelle est votre opinion quant à la féminisation de la médecine générale ? ».....	100
ANNEXE 10:Le congé maternité des femmes médecins libérales : détails.....	105
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	106

PREFACE
RAPPEL HISTORIQUE DE LA FEMINISATION MEDICALE
DEPUIS L'ANTIQUITE

1 PREFACE

L'abolition de l'hégémonie masculine est lente et progressive jusqu'à l'accès légal des femmes à la profession médicale vers la fin du XIX^{ème} siècle.

4.1 L'antiquité :

La femme, depuis l'Antiquité, a été guérisseuse, sage-femme, puis infirmière. Son rôle a d'ailleurs été très rapidement primordial en obstétrique : c'est par la maïeutique (art de l'accouchement), prônée par son fils Socrate, que Phainarété nous est connue.

- Chez les égyptiens, les femmes médecins et notamment chirurgiennes sont très présentes – on retrouve leur trace dans les textes anciens et sur les illustrations de tombeaux. La déesse de la médecine, *Isis*, est vénérée universellement.
- Chez les grecs, on retrouve également de nombreuses déesses de la médecine : *Athéna* protectrice des aveugles, *Héra* la guérisseuse, *Leto* la chirurgienne. Les femmes médecins enseignent, soignent, opèrent, et accouchent. L'arrivée de la médecine hippocratique en Grèce révèle une pratique rationnelle et laïque ; les femmes deviennent alors des intermédiaires entre la patiente (qu'elles examinent) et le médecin (à qui elles relatent les signes clinique, et qui lui pose le diagnostic).
- Chez les latins, la femme chargée des soins du corps est *Oratrix*, la sage-femme *Obstetrix*, la femme médecin *Médicae*. Avec la libération de la condition féminine à Rome, la médecine est importée de Grèce ou d'Égypte avec les esclaves.

Mais la dégradation de l'état des sciences et des arts est fulgurante suite à la pression exercée par les invasions répétées des tribus barbares contre l'empire romain.

Les soins sont alors relégués au milieu monastique.

4.2 Le moyen âge et la régression :

La première université s'ouvre à Paris au XII^{ème} siècle. La richesse des connaissances croît dans les couvents jusqu'à la fin du XIII^{ème} siècle, mais les prêtres « savent mais ne guérissent pas ».

En 1220, un édit interdit l'exercice de la médecine à tous ceux qui n'ont pas étudié dans une faculté (dont les femmes et les barbiers sont exclus).

En 1292, 8 femmes exercent la médecine à Paris. L'instruction des femmes en médecine diminue rapidement du fait de l'infériorité de la femme aux yeux de l'Église.

« *L'unique médecin pendant mille ans fut la sorcière* », constate Michelet.

A la fin du moyen âge, la chasse aux sorcières secoue l'Europe ; puisque les femmes ne peuvent accéder aux études médicales, leurs talents de guérisseuses sont l'évidence d'un pacte avec le diable.

Les femmes devront attendre le XVIII^{ème} siècle pour regagner l'accès aux écoles de médecine.

A l'opposé, il existe un climat de tolérance à Salerne en Italie, dont l'université accepte les femmes dès 1050. La place des femmes dans le corps enseignant y reste controversée, mais on trouve cependant des femmes médecins et chirurgiens. Une élève, Trotula di Ruggerio, y devient professeur et écrit un traité d'obstétrique et de gynécologie qui sera utilisé pendant plus de 400 ans.

4.3 La renaissance:

Louise Bourgeois est l'accoucheuse de Marie de Médicis, et Angélique Boursier du Coudray enseigne dans toute la France les techniques d'accouchement.

Mrs Holder est le médecin de rééducation / réadaptation du roi Charles II au Royaume Uni, Dorothée Erxleben est reçue comme Docteur en 1754 en Allemagne, et Anna Manzollini est en 1755 la première femme professeur en Italie (anatomiste).

4.4 Les révolutions françaises :

Les infirmières montrent leur courage sur les champs de bataille et assument des rôles clairement médicaux, mais aucune n'est élevée au rang de médecin.

4.5 Le XIX^{ème} siècle :

- 1849 : Elizabeth BLACKWELL reçoit le titre de docteur en Médecine aux Etats-Unis.
- 1866 : Nadedja SOUSLOVA, d'origine russe, est la première femme docteur d'une université mixte d'Europe.
- Madeleine BRÈS est la première femme à solliciter le droit de s'inscrire à la faculté de médecine de Paris ; elle est nommée « interne provisoire » pendant la guerre de 1870 devant le manque d'hommes et sera la première femme française thésée en 1875 avec la mention « extrêmement bien ». Mais on ne l'autorisera pas à présenter le concours de l'Externat.
- 1870 : Elizabeth GARRETT ANDERSON, d'origine anglaise, est la première femme à accéder aux études médicales et à être reçue docteur en médecine.
- Le 17 Décembre 1881 : Blanche EDWARDS, d'origine anglaise, obtient le droit de concourir à l'externat.
- 1882 : Les femmes ont accès au concours de l'Externat des hôpitaux en France.
- 1886 : Les femmes ont accès au concours de l'Internat des hôpitaux en France, après un an de manifestations d'hostilité.
- 1890 : La première interne titulaire française est Mlle FRANCILLON.

1.6 Le XX^{ème} siècle :

- 1911 : Mme LONG LANDRY est la première femme nommée chef de clinique à la faculté de Paris.
- Les femmes médecins en 1914 représentent 2% des médecins en exercice ; elles sont appelées au front en tant qu'infirmières seulement. Pendant la première guerre mondiale, Marie Curie prend des clichés radiographiques sur les champs de batailles.
- 1923 : Mme CONDAT est la première femme professeur de médecine.
- 1930 : 70 femmes par an obtiennent le titre de Docteur en Médecine (notamment à Paris, Lyon, et Strasbourg).
- 1967 : La première femme est admise à l'Ordre National des Médecins.
- 1982 : Le gouvernement prend le contrôle du numerus clausus pour réduire drastiquement le nombre de médecins en formation (dans un contexte économique critique), supprime le CES (Certificat d'Etudes Spécialisées) et définit le concours de l'internat comme le seul moyen d'accès à aux spécialités médicales. De nombreuses femmes « choisissent » alors de ne pas passer le concours et s'orientent vers la médecine générale.
- 31 juillet 1985 : Les femmes ont accès au concours de l'internat.

1.7 En 2004 : l'ECN (Examen Classant National) est créé, et la médecine générale est « érigée » au rang de spécialité au même titre que les autres filières de l'ancien internat.

Les luttes ont été tumultueuses et passionnées pour les femmes médecins ; la conquête a été difficile, mais elle n'est pas terminée !

[1-9]

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

Depuis cinquante ans environ, la profession médicale occidentale se transforme : d'un domaine presque exclusivement masculin à une nouvelle ère dans laquelle les femmes représentent la majorité des nouveaux diplômés des facultés de médecine [10-12].

Cette tendance est dénommée la « féminisation de la médecine ».

1.1 L'arrivée des femmes en médecine :

A part pour quelques pionnières, la médecine n'a commencé à se féminiser en France que depuis le début des années soixante : en 1962 les femmes représentaient 10% des médecins en exercice [13].

Ce processus de féminisation s'est ensuite véritablement amorcé à partir des années soixante-dix, sous l'influence directe de l'accès croissant des femmes aux études supérieures et de l'expansion générale de la démographie médicale [14].

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, la croissance du nombre de femmes médecins en France s'est activement poursuivie, puisqu'elles représentaient 29,6% des médecins en exercice en 1990, 36,4% en 2001, et 39,2% en 2006 [13-15].

En Rhône-Alpes, la proportion de femmes médecins était de 39% en 2003 [16].

En 2006, ce taux était inférieur à la part des femmes dans la population active totale (45,8%) et quasi-égal à la part des femmes dans les professions libérales (38,2%).

Il y avait en 2001 autant de femmes que d'hommes à s'inscrire à l'Ordre National des Médecins [17].

Ces chiffres ne correspondent pas à une substitution des hommes médecins par les femmes, mais accompagnent plutôt une augmentation globale du nombre de praticiens [14, 18].

Aujourd'hui, le pourcentage de femmes sortant des facultés de médecine, dans la plupart des pays occidentaux, a augmenté jusqu'à 60% [19, 20]. En France, elles sont en effet majoritaires parmi les étudiants en médecine ; leur proportion est encore plus élevée en début de cursus, où elles représentaient par exemple 64% des étudiants en première année en 2002 [21]. En 2007 elles représentaient 62% du total des étudiants affectés aux ECN (Examen National Classant) [22].

Ce processus de féminisation, malgré les différences entre les systèmes de santé et les contextes sociaux, est confirmé au Royaume Uni [23], en Irlande [24], en Belgique [25], aux Pays bas, en Norvège, en Suède, en Finlande, en Russie, en Australie, en Amérique du Nord [20, 26], etc.

Ce phénomène est en évolution croissante, et s'accélère chez les jeunes générations :

Aujourd'hui, 56% des médecins de moins de 35 ans sont des femmes [27, 28] ; ces femmes représentent 41% des médecins entre 35 et 50 ans, et seulement 29% parmi des médecins de 50 ans et plus [29].

En 2020, tous âges confondus, les femmes devraient représenter 43% des médecins en exercice libéral et 52% des médecins en exercice – la parité serait alors atteinte [16, 30].

En 2030, tous âges confondus, on prévoit 53,8% de femmes chez les médecins en général, et 56,4% chez les généralistes [31].

Il faut noter que ces projections s'appuient sur un scénario fondé sur l'hypothèse tendancielle de comportements inchangés, notamment en termes de redoublements, de choix de spécialités et d'installation.

Cette modification concerne toutes les disciplines médicales et tous les modes d'exercice, bien que de manière non homogène : elle est moins forte en secteur libéral (où les femmes représentent 29% des médecins) qu'en secteur salarié (40% en milieu hospitalier, 66% en exercice salarié non hospitalier). Au sein du secteur libéral, elle est légèrement plus faible chez les généralistes (27%) que chez les spécialistes (32%) [16].

Mais cette tendance est en train de s'inverser. En effet, si les femmes se tournaient antérieurement plutôt vers l'exercice spécialisé, elles s'orientent proportionnellement plus vers la médecine générale depuis une dizaine d'années [15, 27, 28]. Les femmes représentaient 10% des généralistes installés en 1979, puis 20% en 1993, et 39% en 2006. Elles devraient être majoritaires dès 2017 [14, 31, 32].

Les femmes sont également plus concernées par les modes d'activité intermittents : les médecins de moins de 45 ans dont l'activité est irrégulière sont à plus de 60% des femmes, et 48% d'entre elles sont médecins généralistes. Ce phénomène se traduit par une grande précarité en début de vie active, qui correspond à une période souvent synonyme d'âge de procréer [15].

1.2 L'arrivée d'une nouvelle génération de médecins pour remplacer l'ancienne :

Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dans à l'évolution attendue de la profession médicale.

En premier, dans le cadre de l'évolution de la demande de soins :

- L'accroissement de la population et son vieillissement,
- Les pathologies émergentes,
- La demande croissante de soins liée aux nouvelles technologies d'exploration et de traitement,
- La médicalisation croissante de la vie quotidienne,
- Les besoins en prévention et dépistage,
- L'augmentation du nombre de patients porteurs de pathologies chroniques (meilleur dépistage et prise en charge thérapeutique avec un panel de soins plus étendu) : le suivi des pathologies chroniques deviendra à très court terme « le » défi majeur pour la médecine générale.

Et deuxième, dans le cadre de l'évolution du corps médical :

- La diminution des effectifs du fait du départ à la retraite des « baby-boomers » : d'ici 2020, 40% de l'encadrement médical de la population française aura disparu, et la densité médicale va baisser de 20%,
- Le vieillissement des effectifs,
- La féminisation des effectifs,
- La proportion croissante de médecins qui ne travaillent plus à plein temps.

La décroissance du nombre de médecins en France est prévue jusqu'en 2035. [11, 16, 33, 34]

La féminisation de la médecine a eu, et va continuer d'avoir, des répercussions sociales, politiques et économiques pour le système de santé français. D'importants défis devront être relevés.

De nombreuses études ont analysé les différences de pratique entre les hommes et les femmes en médecine générale, en France [25, 35] comme dans d'autres pays [36, 37].

D'autres études ont comparé les attentes entre étudiants des deux sexes en médecine générale [2, 13].

Aujourd'hui, les femmes généralistes travaillent moins d'heures par semaine, plus souvent à temps partiel et en cabinet de groupe, avec des temps de consultations plus longs que leurs collègues masculins. Elles s'arrêtent pour avoir des enfants, ont tendance à quitter la profession plus tôt et font moins partie d'organisations professionnelles [38-40].

Elles préfèrent le dépistage. Elles sont considérées comme plus empathiques envers les patients, plus à l'écoute, plus rassurantes, et feraient preuve de plus de douceur [10, 32, 41].

Pour autant, il semblerait que les différences de comportement en activité entre les deux sexes s'estompent rapidement chez les plus jeunes générations [29].

L'arrivée des femmes en médecine a projeté des sujets tels que l'équilibre du temps professionnel et personnel en avant, puisque les femmes doivent plus souvent conjuguer leurs carrières médicales avec leurs responsabilités familiales. Les femmes médecins demeurent placées dans l'obligation d'arbitrer au quotidien entre les contraintes de la vie familiale et celles d'une pratique professionnelle exigeante, d'où leur désir de flexibilité professionnelle et d'horaires adaptables [1, 16, 40].

De manière générale, les femmes sont plutôt instigatrices d'une meilleure qualité de vie, avec un meilleur équilibre du temps professionnel et personnel - et les hommes suivent progressivement cette modification du rythme de travail [2, 8, 10, 11, 17, 29, 40, 42-45].

1.3 Au-delà d'une question de genre sexuel, c'est une modification de l'attitude de toute une génération que l'on constate aujourd'hui :

Sans pour autant travailler moins, les médecins femmes et hommes aspirent à travailler autrement: on assiste à une homogénéisation des aspirations professionnelles.

L'analyse de données qualitatives sur les parcours professionnels et familiaux des médecins hospitaliers et libéraux montre clairement que les femmes ont impulsé une certaine prise de distance envers le modèle de disponibilité permanente qui caractérisait jadis la pratique médicale française [14].

En effet l'exercice professionnel s'est assoupli et tout se passe comme s'il y avait un effet induit par la féminisation de la médecine en tant que telle [13].

Mais on peut également argumenter que la féminisation de la profession médicale dans son ensemble peut être un marqueur de l'évolution sociétale plus qu'un facteur de changement en soit [17].

La qualité de vie familiale et les loisirs priment maintenant pour les jeunes générations ; la priorité donnée au travail et à la carrière professionnelle s'amointrit. Aujourd'hui, à l'ère des 35 heures et des loisirs, tous souhaitent concilier harmonieusement vie professionnelle et vie privée - ce qui ne peut qu'influencer les conditions d'exercice [3, 13, 39, 40, 46].

D'après le Dr POIRIEUX, médecin généraliste à Paris :

« Nos consœurs sont en train de remettre de l'ordre dans notre fonctionnement. Elles nous poussent à mieux gérer notre temps. Les hommes ont envie de participer plus largement à l'éducation des enfants. Un nouvel équilibre s'instaure tranquillement. » [32]

Ce sont les fondements de la profession médicale qui sont en train de changer : non seulement avec la proportion croissante de femmes médecins, mais également avec les changements de conditions d'exercice, le comportement des médecins envers leur profession et le mode de vie des jeunes médecins. La féminisation du corps médical français apparaît alors comme le sésame d'une métamorphose du système de santé français [9, 23, 47].

Ainsi la population des jeunes médecins s'inscrit bien dans la modification comportementale de la jeune société Française, qui aujourd'hui arrive plus âgée dans le monde du travail avec une exigence de qualité de vie personnelle devant les objectifs à moyen et long terme de progression de carrière [48].

Catherine GENISSON déclare:

« Je considère que la féminisation doit être pour notre société l'occasion de modifier le regard qu'elle porte sur l'organisation et le temps de travail ; les médecins ne sont pas dévoués corps et âme à leur profession. Or en aucun cas ce nouveau regard ne dénature la qualité de notre métier. Il s'agit d'une revendication forte et positive de la profession. » [1]

La médecine est sans doute la profession de santé dont la féminisation a été le plus étudiée dans la littérature. Et, cependant, peu d'études se sont jusqu'alors intéressées aux attentes des étudiantes internes en médecine générale.

De manière générale, celles-ci appréhendent le milieu libéral et craignent l'empiètement de leur vie professionnelle sur leur vie privée.

De ce fait, leurs attentes ne sont pas toujours en accord avec les réalités du terrain professionnel.

A notre connaissance, seule l'étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes de 2004 [16] a constaté un décalage fréquent entre les aspirations initiales et la réalité professionnelle : ce décalage était calculé à 40% (hormis chez les femmes salariées, et sans plus de détails).

Dans ce contexte, l'objectif du présent travail est de décrire et d'analyser l'exercice libéral de la médecine générale chez les femmes généralistes en Isère aujourd'hui et de le comparer aux attentes des femmes internes en médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble.

Fort de ce constat, nous tenterons de répondre à la question suivante :

Si différence il y a entre l'attente des internes et la réalité des femmes généralistes installées : est-ce un frein à l'installation ?

MATERIEL ET METHODE

3 Matériel et méthode

3.1 Matériel d'étude :

Pour répondre à notre question, nous avons procédé à une étude prospective quantitative composée de deux enquêtes transversales.

Les deux groupes étudiés étaient constitués par :

- les étudiantes internes en médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble,
- les femmes médecins généralistes installées en Isère.

Parmi les 296 internes en médecine générale inscrits à la faculté de médecine de Grenoble en Avril 2011, 245 étaient adhérents à ARAVIS (l'Association Représentante des internes de médecine générale des Alpes, de la Vallée de l'Isère et des Savoies). A noter que les proportions hommes / femmes étaient comparables entre ces deux groupes.

Parmi les 245 internes adhérents à ARAVIS, 192 étaient des femmes (soit 78,4% de l'échantillon total). Tous les adhérents d'ARAVIS ont été sollicités pour l'enquête ; seules les femmes y ont répondu. Aucune autre sélection préalable n'a été effectuée.

Le groupe des médecins comportait 401 femmes médecins généralistes installées dans le département de l'Isère en Avril 2011. La liste complète de ces médecins a été réalisée par mise en commun des données des Pages Jaunes et de l'AMFI (Association des Femmes Médecins de l'Isère), après refus de partage de données de la part du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Isère.

Nous avons ensuite procédé à une randomisation des données.

Aucune sélection préalable n'a été effectuée.

Les médecins ont ensuite été sollicités dans l'ordre de la randomisation, jusqu'à obtention d'un nombre de réponses similaire à celui des internes.

3.2 Intervention :

Nous avons sollicité par messagerie électronique les 245 internes adhérents d'ARAVIS (des deux sexes), avec un message d'en-tête expliquant le titre et les objectifs de l'étude, suivi du questionnaire. Seules les femmes ont été invitées à y répondre.

Le questionnaire a été envoyé le 21 Avril 2011.

Il y a eu une relance par messagerie électronique le 21 Mai 2011.

Les réponses ont été reçues jusqu'au 03 Juin 2011.

Pour augmenter le taux de réponse dans le groupe des médecins, l'enquête s'est faite par entretien téléphonique. Nous avons sollicité par téléphone successivement 223 médecins dans l'ordre de la liste randomisée, en deux périodes : du 18 au 22 Avril 2011, puis du 06 au 30 Juin 2011.

Le recueil des données s'est fait par voie informatique directe via le site internet libre d'accès « Celineboyoudghidossi.net.au.net », hébergé par « 000webhost.com », qui comportait un questionnaire réalisé en PHP/MySQL.

Le questionnaire était constitué de deux formulaires (un pour les internes et un pour les médecins).

Afin d'empêcher les doubles enregistrements provenant d'une même source, l'enregistrement du formulaire était refusé lorsque l'adresse IP de l'utilisateur existait déjà dans les cookies du navigateur.

Lors de la validation du formulaire, le site vérifiait que toutes les données été remplies. Si ce n'était pas le cas, le formulaire était refusé avec un message précisant quelle question avait été omise.

3.3 Observation :

Le questionnaire pour les internes comportait 95 questions, dont 78 fermées et 18 ouvertes (annexe 1)

Le questionnaire pour les médecins comportait 105 questions, dont 89 fermées et 16 ouvertes (annexe 2).

Les deux questionnaires s'articulaient autour de 4 grands axes :

- les caractéristiques de l'exercice médical (organisation professionnelle, gestion du temps de travail),
- la balance bénéfices et difficultés attendues / ressenties de cet exercice médical ;
- la situation familiale et l'organisation du temps personnel (temps libre, épanouissement personnel, rôle du conjoint, gestion et garde des enfants),
- la satisfaction personnelle et les difficultés attendues / ressenties quant à la gestion du temps personnel.

3.4 Critères de jugement :

L'objectif de l'étude était une comparaison des données entre les deux enquêtes.

Il s'agissait de :

- décrire et analyser l'exercice libéral de la médecine générale chez les femmes généralistes en Isère aujourd'hui
- comparer cet exercice aux attentes des femmes internes en médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble.

Les statistiques descriptives et analytiques uni-variées ont été réalisées sous le logiciel Excel.

Les statistiques analytiques bi-variées ont été réalisées sous le logiciel R avec l'aide du fichier créé par C.GENOLINI (<http://cran.r-project.org/doc/contrib/Genolini-LireCompterTesterR.pdf>).

- Dans le cadre d'analyse de deux variables qualitatives, nous avons utilisé les tests du Chi 2 (paramétrique) et de Fisher (non paramétrique) selon les conditions standards d'application.
- Dans le cadre d'analyse d'une variable qualitative avec une variable numérique, nous avons utilisé le test T de Student (paramétrique), selon les conditions standards d'application.

Le seuil retenu pour la valeur p (ou 'p-value') était 0,05. Une valeur de 0,049 était donc considérée comme significative.

RESULTATS ET ANALYSES

4 Résultats et analyse

4.1 Réponse au questionnaire :

4.1.1 Pour les internes :

192 étudiantes ont été sollicitées et 84 questionnaires ont été reçus (soit un taux de réponse de 43,8%).

4.1.2 Pour les médecins :

223 médecins généralistes ont été sollicités pour obtenir 79 réponses (soit un taux de réponse de 35,4%).

Parmi ceux qui n'ont pas répondu : 4 étaient des hommes à prénom mixte (soit 1,8%), 6 n'exerçaient plus (soit 2,7%), 2 étaient des spécialistes (soit 0,9%), et 5 n'ont pas été joignables par refus de la secrétaire (soit 2,2%).

Parmi les 79 réponses recueillies, 64 l'ont été par entretien téléphonique et 15 médecins ont préféré répondre au questionnaire par messagerie électronique.

Parmi les 64 réponses téléphoniques, 8 médecins ont répondu au questionnaire au premier contact téléphonique, et 56 y ont répondu dans le cadre d'un rendez-vous téléphonique organisé secondairement.

4.2 Population étudiée :

- Tableau 1 : Descriptif de la population :

	Internes (n = 84)	Médecins (n = 79)
Age		
Moyenne	26,3 ans	46 ans
Extrêmes	23 – 34 ans	30 – 68 ans
Ecart type	1,5	9,2
Concours PCEM1		
Année	2004	1984
Extrêmes	2001 – 2010	1990 – 2000
Ecart type	1,7	9,4

4.2.1 Pour les internes :

Parmi les 84 internes, 33 (soit 39,3%) étaient en première année d'internat, 15 (soit 17,8%) étaient en deuxième année et 36 (soit 42,9%) étaient en troisième année.

80 internes (soit 95,2%) avaient prévu de faire des remplacements avant leur installation.

Elles souhaitaient une durée minimale de remplacement de 18 mois en moyenne (écart type de 1,06), et une durée maximale de 5,4 années en moyenne (écart type de 5,7) ;

la durée globale de remplacement souhaité était donc de 3,45 ans en moyenne.

4.2.2 Pour les médecins :

L'année de soutenance de la thèse était 1994 en moyenne (écart type de 9,7 avec des extrêmes de 1979 à 2010).

Les médecins avaient remplacé en moyenne 3,4 années avant de s'installer (écart type 3,3 avec des extrêmes de 0 à 17 années).

Les médecins étaient installés depuis 14 ans en moyenne (écart type 10,2 avec des extrêmes de 1 à 31 années).

4.2.3 En analyse bi-variée :

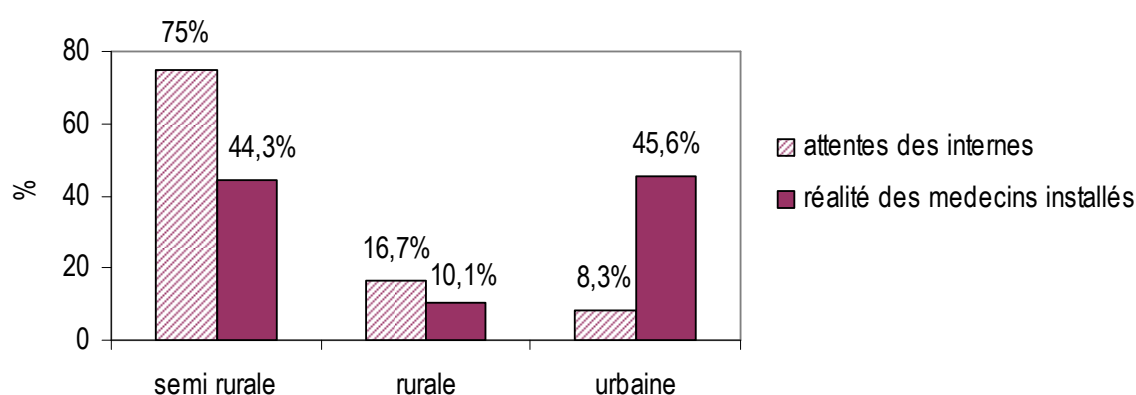
Pour l'analyse bi-variée de la durée de remplacement, nous avons utilisé le test T de Student pour comparer la moyenne d'années de remplacement des médecins (3,4 ans) avec la moyenne globale d'années de remplacement souhaitée des internes (3,45 ans) : p-value = 0,45.

4.3 Caractéristiques de l'exercice médical:

4.3.1 Localisation de l'installation :

4.3.1.1 Zone d'installation :

- Figure 1 : Quelle zone d'installation ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chacune des trois propositions entre les deux groupes : p-value < 0,001.

4.3.1.2 Structures indispensables à proximité du cabinet :

- Tableau 2 : Quelles sont les structures indispensables à proximité du cabinet ?

Structures	Internes (n = 84)	Médecins (n = 79)	Analyse bi-variée
	Nombre (pourcentage)	Nombre (pourcentage)	
Lieu d'habitation			<i>p-value = 0,188</i> (test de Fisher)
Très important	30 (36%)	35 (44%)	
Plutôt important	43 (51%)	33 (42%)	
Pas vraiment important	11 (13%)	8 (10%)	
Superflu	0 (0%)	3 (4%)	
Commerces			<i>p-value = 0,005</i> (test du Chi 2)
Très important	9 (11%)	6 (8%)	
Plutôt important	40 (47%)	35 (44%)	
Pas vraiment important	32 (38%)	21 (27%)	
Superflu	3 (4%)	17 (21%)	
Lieu de scolarité des enfants			<i>p-value < 0,001</i> (test de Fisher)
Très important	23 (28%)	40 (51%)	
Plutôt important	49 (58%)	23 (29%)	
Pas vraiment important	12 (14%)	9 (11%)	
Superflu	0 (0%)	7 (9%)	

Lieu de travail du conjoint			<i>p-value < 0,001</i> <i>(test du Chi 2)</i>
Très important	13 (15%)	6 (8%)	
Plutôt important	46 (55%)	17 (21%)	
Pas vraiment important	23 (28%)	32 (41%)	
Superflu	2 (2%)	24 (30%)	
Réseau médical libéral			<i>p-value = 0,389</i> <i>(test de Fisher)</i>
Très important	22 (26%)	26 (33%)	
Plutôt important	51 (61%)	41 (52%)	
Pas vraiment important	11 (13%)	10 (13%)	
Superflu	0 (0%)	2 (2%)	
Réseau paramédical libéral			<i>p-value = 0,23</i> <i>(test de Fisher)</i>
Très important	40 (48%)	39 (49%)	
Plutôt important	42 (50%)	33 (42%)	
Pas vraiment important	2 (2%)	6 (8%)	
Superflu	0 (0%)	1 (1%)	
Pharmacie			<i>p-value < 0,001</i> <i>(test du Chi 2)</i>
Très important	30 (36%)	47 (60%)	
Plutôt important	52 (62%)	23 (29%)	
Pas vraiment important	2 (2%)	9 (11%)	
Superflu	0 (0%)	0 (0%)	
Laboratoire d'analyses médicales			<i>p-value = 0,036</i> <i>(test du Chi 2)</i>
Très important	28 (33%)	42 (53%)	
Plutôt important	42 (50%)	29 (37%)	
Pas vraiment important	14 (17%)	8 (10%)	
Superflu	0 (0%)	0 (0%)	
Centre de radiologie			<i>p-value = 0,398</i> <i>(test de Fisher)</i>
Très important	21 (25%)	27 (34%)	
Plutôt important	47 (56%)	39 (50%)	
Pas vraiment important	16 (19%)	12 (15%)	
Superflu	0 (0%)	1 (1%)	
Centre hospitalier			<i>p-value = 0,012</i> <i>(test de Fisher)</i>
Très important	6 (7%)	13 (17%)	
Plutôt important	37 (44%)	46 (58%)	
Pas vraiment important	36 (43%)	18 (23%)	
Superflu	5 (6%)	2 (2%)	

En réponse libre :

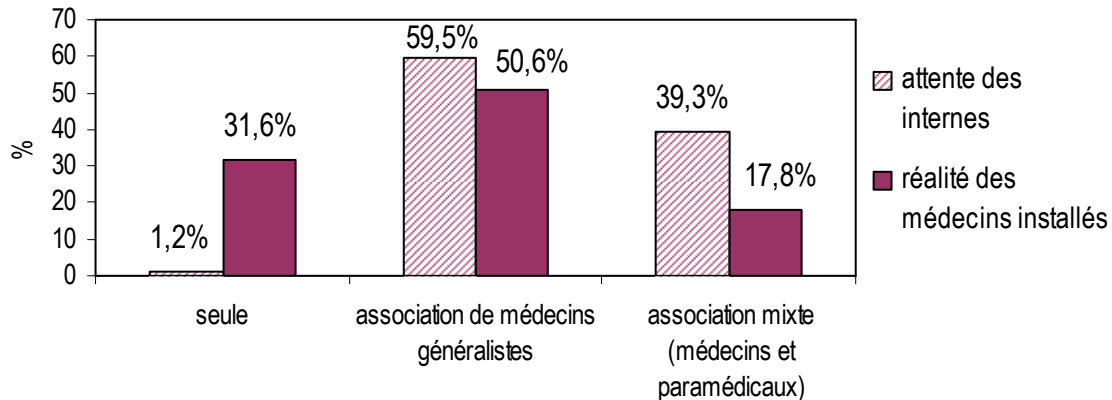
- 4 internes ont rajouté : "garde des enfants", "salle de sport", "sage femme", "assistants sociaux" : tous cotés « plutôt important ».

- 1 médecin a rajouté : "ville universitaire (pour trouver des remplaçants !)" : coté « plutôt important ».

Pour l'analyse bi-variée, nous avons comparé le nombre de réponses à chacune des quatre propositions (« très important », « plutôt important », « pas vraiment important », et « superflu ») pour chaque item entre les deux groupes.

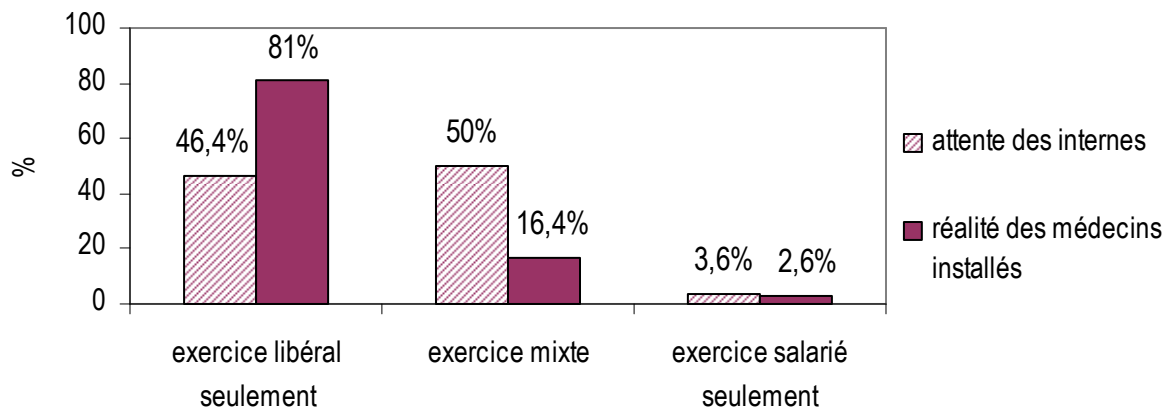
4.3.2 Organisation du cabinet :

- Figure 2 : Quel type d'installation ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chacune des trois propositions entre les deux groupes : p-value < 0,001.

- Figure 3 : Quel type d'exercice ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test de Fisher pour comparer le nombre de réponses à chacune des trois propositions entre les deux groupes : p-value < 0,001.

- Tableau 3 : Détails de l'organisation du cabinet :

Organisation	Internes (n = 84)	Médecins (n = 79)	Analyse bi-variée
	Nombre (pourcentage)	Nombre (pourcentage)	
Informatisation au cabinet?			<i>p-value = 0,025 (test de Fisher)</i>
Oui	84 (100%)	74 (93,7%)	
Non	0 (0%)	5 (6,3%)	
Secrétariat?			<i>p-value < 0,001 (test du Chi 2)</i>
Sur place	60 (71,4%)	28 (35,45%)	
Téléphonique	21 (25%)	28 (35,45%)	
Pas de secrétariat	3 (3,6%)	23 (29,1%)	
Entretien du cabinet?			<i>p-value = 0,524 (test du Chi 2)</i>
Médecin(s)	13 (15,5%)	17 (21,5%)	
Femme de ménage	66 (78,6%)	56 (71%)	
Autre	5 (5,9%)	6 (7,5%)	

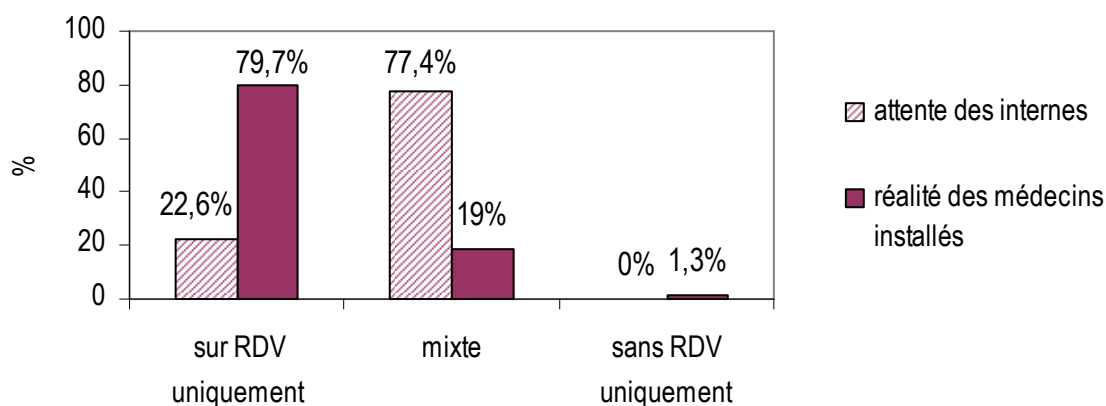
Pour l'entretien du cabinet, les 5 internes qui ont répondu « autre » ont rajouté "je ne sais pas" (2 internes), "secrétaire multifonction" (1 interne) et "secrétaire polyvalente" (2 internes) ; Les 6 médecins qui ont répondu « autre » ont rajouté "secrétaire".

Pour l'analyse bi-variée, nous avons comparé le nombre de réponses à chacune des propositions pour chaque question entre les deux groupes.

4.4 Organisation de l'activité médicale

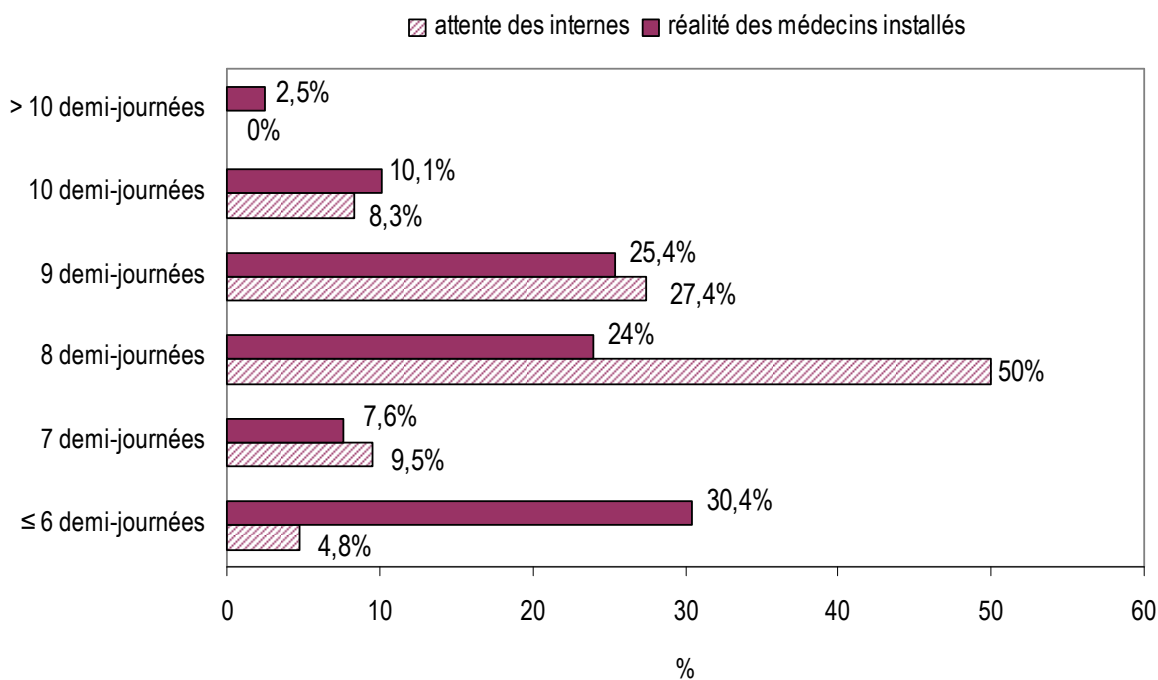
4.4.1 Emploi du temps :

- Figure 4 : Organisation des consultations :



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test de Fisher pour comparer le nombre de réponses à chacune des trois propositions entre les deux groupes : p-value < 0,001.

- Figure 5 : Nombre de demi-journées travaillées par semaine :

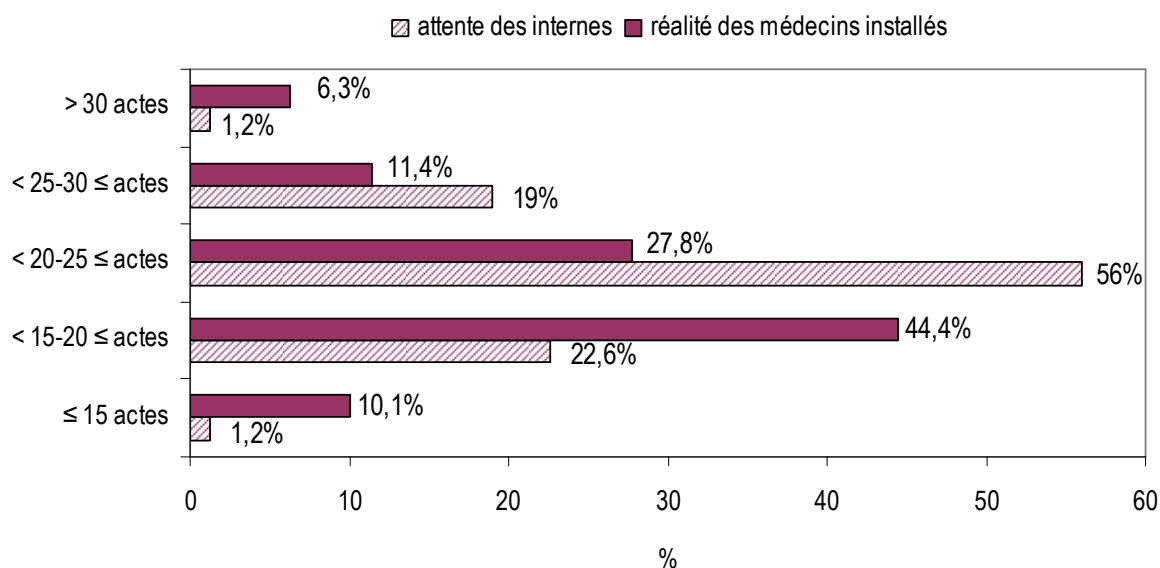


Les internes souhaitent travailler en moyenne 8,2 demi-journées par semaine (écart type 1,2 avec des extrêmes de 2 à 10)

Les médecins travaillaient en moyenne 7,6 demi-journées par semaine (écart type 1,8 avec des extrêmes de 5 à 11).

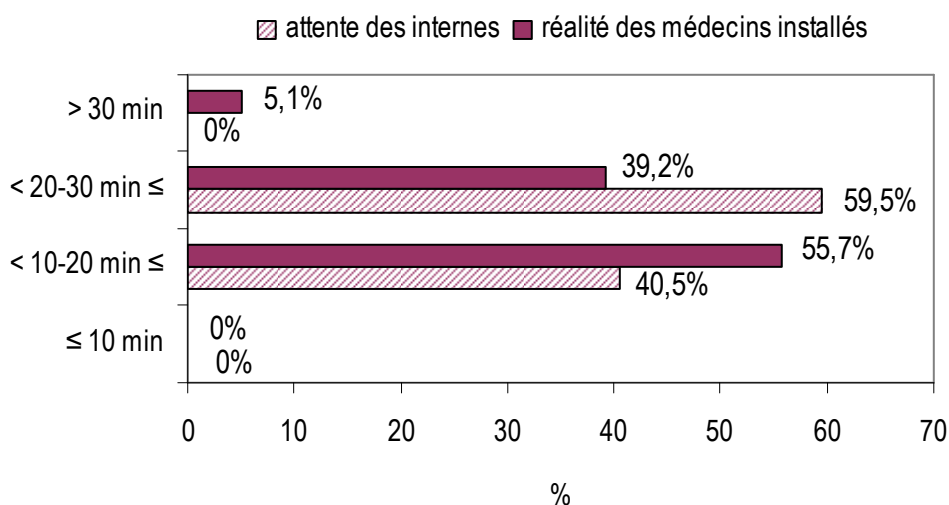
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test T de Student pour comparer les moyennes des réponses numériques entre les deux groupes: p-value = 0,023.

- Figure 6 : Nombre d'actes quotidiens :



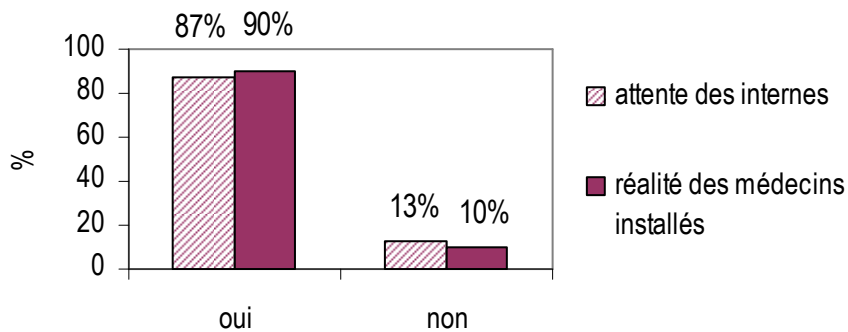
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test de Fisher pour comparer le nombre de réponses à chacune des cinq propositions entre les deux groupes : p-value < 0,001.

- Figure 7 : Durée de la consultation :



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test de Fisher pour comparer le nombre de réponses à chacune des quatre propositions entre les deux groupes : p-value = 0,006.

- Figure 8 : Réalisation de visites au domicile :



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chaque proposition (« oui » ou « non ») entre les deux groupes : $p\text{-value} = 0,729$.

- Tableau 4 : Détails de l'emploi du temps médical :

	Internes (n = 84)	Médecins (n = 79)	Analyse bi-variée
Volume horaire hebdomadaire pour les activités autres que les soins (administratif, FMC,...)			$p\text{-value} = 0,068$
Moyenne	4 heures	4,7 heures	
Extrêmes	0 – 10 heures	1 – 12 heures	
Ecart type	2,2	2,7	
« ne savent pas »	5 internes	0 médecin	
Vacances annuelles			$p\text{-value} = 0,066$
Moyenne	7,2 semaines	6,7 semaines	
Extrêmes	4 – 10 semaines	4 – 10 semaines	
Ecart type	1,5	1,9	

Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test T de Student pour comparer les moyennes des réponses numériques pour chaque question entre les deux groupes.

- Tableau 5 : Volume horaire quotidien des médecins installés pour les trajets :

Durée	Médecins (n = 79)
	Nombre (pourcentage)
< 15 minutes	21 (27%)
≤ 15 – 30 minutes <	16 (20%)
≤ 30 – 45 minutes <	22 (28%)
≤ 45 – 60 minutes <	6 (7%)
≥ 60 minutes	14 (18%)

Les médecins évaluaient leur volume horaire quotidien pour les trajets à 32 minutes en moyenne (écart type > 10, extrêmes de 0 à 180 minutes)

4.4.2 Gestion de la continuité des soins en journée :

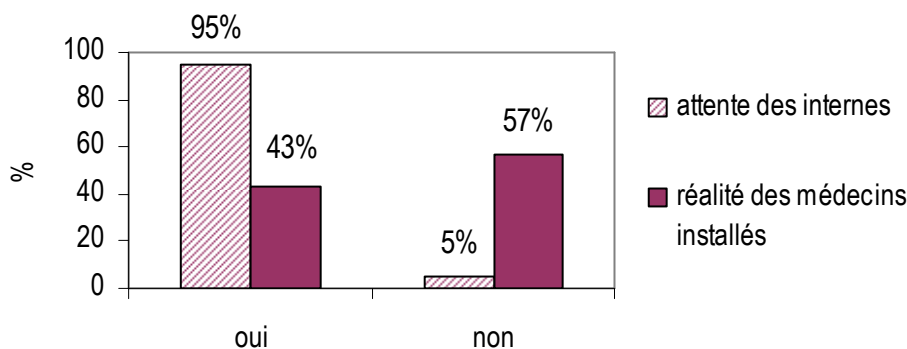
- Tableau 6 : Organisation de la continuité des soins au cabinet :

Type d'organisation	Internes (n = 84) Nombre (pourcentage)	Médecins (n = 79) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
Utilisation régulière de remplaçants ?			<i>p-value < 0,001</i>
Oui	73 (87%)	41 (52%)	
Non	11 (13%)	38 (48%)	
Travail le samedi matin ?			<i>p-value = 0,126</i>
Oui, systématiquement	18 (21%)	13 (16%)	
Oui, régulièrement	50 (60%)	40 (51%)	
Non	16 (19%)	26 (33%)	
Accessibilité au téléphone pour les patients en dehors des heures d'ouverture du cabinet ?			<i>p-value = 0,333</i>
Oui	15 (18%)	20 (25%)	
Non	69 (82%)	59 (75%)	

Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chacune des propositions pour chaque question entre les deux groupes.

4.4.3 Gestion de la permanence des soins :

- Figure 9 : Participation aux gardes de secteur ?



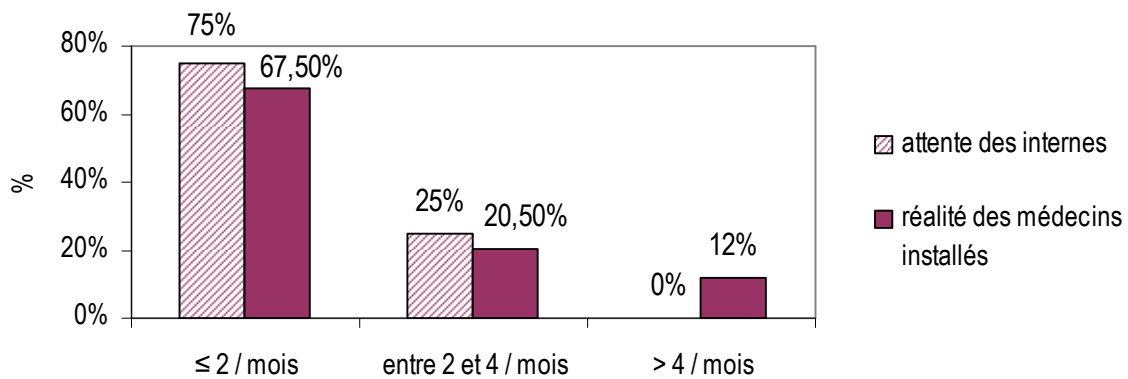
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chaque proposition (« oui » ou « non ») entre les deux groupes: *p-value < 0,001*.

- Tableau 7 : Détails des gardes pour ceux qui ont répondu « oui » :

	Internes participant aux gardes (n = 80) Nombre (pourcentage)	Médecins participant aux gardes (n = 34) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
Gardes en semaines	80 (100%)	33 (97%)	<i>p-value < 0,001</i>
Gardes en week-end	54 (67,50%)	30 (88%)	<i>p-value = 0,001</i>

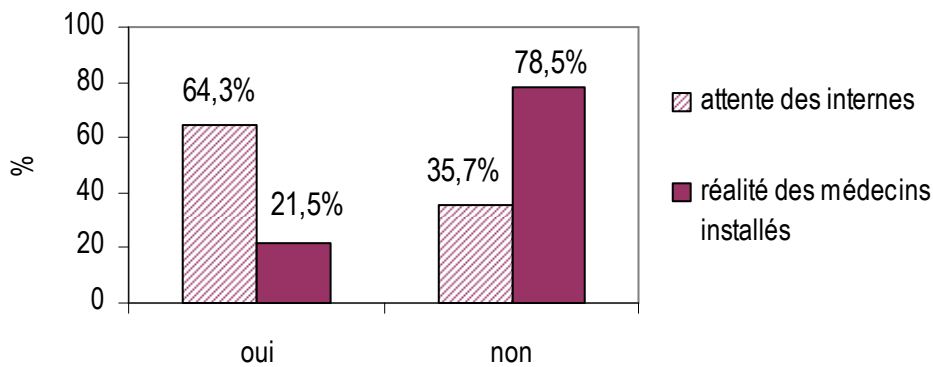
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponse positive pour chaque item entre les deux groupes.

- Figure 10 : Quelle fréquence de participation aux gardes ?



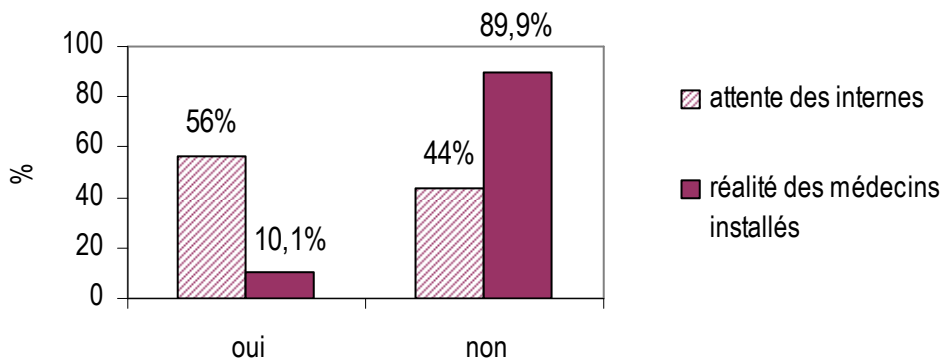
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test de Fisher pour comparer le nombre de réponses à chacune des trois propositions entre les deux groupes: p-value = 0,013.

- Figure 11 : Réalisation d'astreintes au domicile ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chaque proposition (« oui » ou « non ») entre les deux groupes: p-value < 0,001.

- Figure 12 : Participation à la régulation au centre 15 ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chaque proposition (« oui » ou « non ») entre les deux groupes: p-value < 0,001.

4.4.4 Particularités de l'exercice médical :

4.4.4.1 Orientation professionnelle particulière :

- Tableau 8: Avez-vous ou souhaitez-vous une orientation professionnelle particulière ?

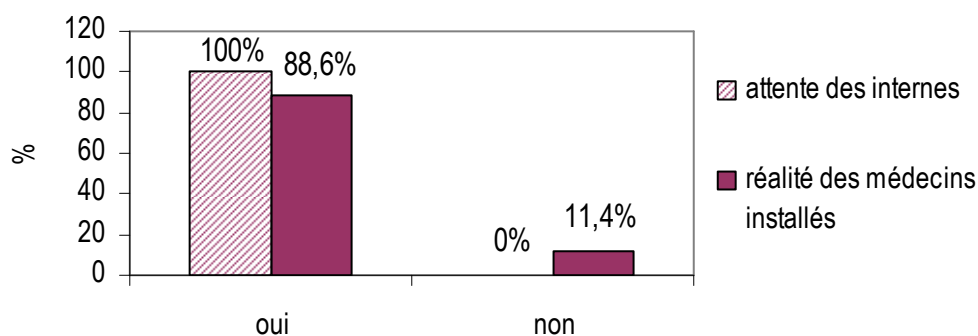
	Internes (n = 84) Nombre (pourcentage)	Médecins (n = 79) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
Capacité	10 (11,9%)	12 (15,2%)	<i>p-value = 0,7</i>
DU	43 (51,2%)	19 (24%)	<i>p-value < 0,001</i>
DIU	12 (14,3%)	6 (7,6%)	<i>p-value = 0,266</i>

Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponse positive pour chaque item entre les deux groupes.

La liste des formations complémentaires est en annexe 5.

4.4.4.2 Gestes techniques :

- Figure 13 : Réalisation de gestes techniques au cabinet ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test de Fisher pour comparer le nombre de réponses à chaque proposition (« oui » ou « non ») entre les deux groupes: *p-value = 0,001*.

- Tableau 9 : Quels gestes techniques au cabinet ?

	Internes (n = 84) Nombre (pourcentage)	Médecins (n = 79) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
FCV	78 (92,8%)	68 (86%)	<i>p-value = 0,246</i>
Pose/retrait de stérilet	61 (72,6%)	24 (30,4%)	<i>p-value < 0,001</i>
Sutures	81 (96,4%)	50 (63,3%)	<i>p-value < 0,001</i>
Infiltrations	29 (34,5%)	16 (20,2%)	<i>p-value = 0,063</i>
Autres	22 (26,2%)	26 (33%)	<i>p-value = 0,442</i>

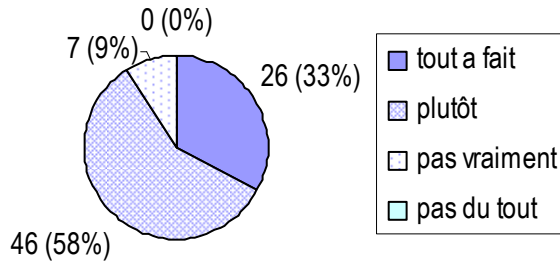
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses positives pour chaque item entre les deux groupes.

4.5 Evaluation de la balance bénéfiques et difficultés attendues / ressenties de l'exercice médical :

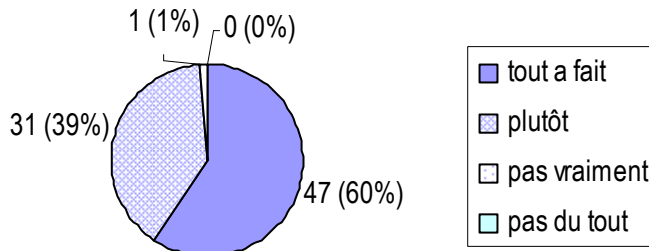
4.5.1 Satisfaction de l'exercice professionnel des généralistes installées:

Les données sont des effectifs (avec pourcentages).

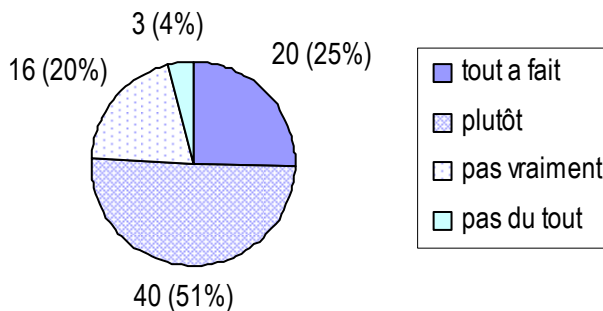
- Figure 14 : Etes-vous satisfaite de votre exercice professionnel ?



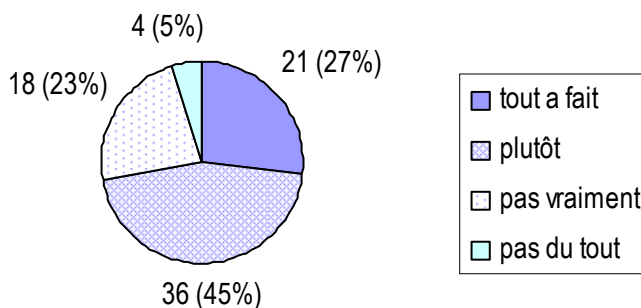
- Figure 15 : Etes-vous satisfaite de la relation que vous avez avec vos patients ?



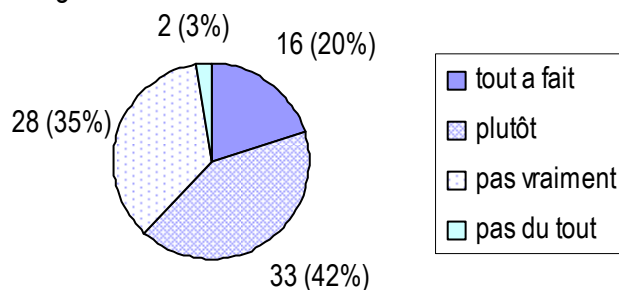
- Figure 16 : Etes-vous satisfaite de la gestion de votre cabinet ?



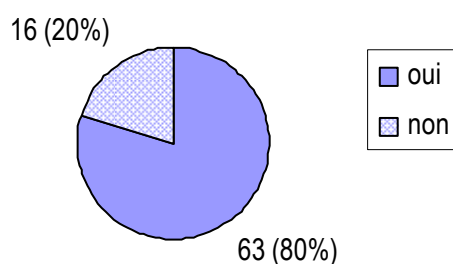
- Figure 17 : Etes-vous satisfaite du volume horaire de travail ?



- Figure 18 : Etes-vous satisfaite de votre situation financière ?



- Figure 19 : Avez-vous l'impression d'être suffisamment disponible pour vos patients ?



4.5.2 Difficultés de l'exercice professionnel :

- Tableau 10 : Craignez-vous / Ressentez-vous les difficultés suivantes dans le cadre de votre exercice professionnel ?

Type de difficulté	Internes (n = 84) Nombre (pourcentage)	Médecins (n = 79) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
Difficultés pour trouver des remplaçants			<i>p-value < 0,001 (test du Chi 2)</i>
Tout à fait	14 (16,6%)	26 (32,9%)	
Plutôt	45 (53,6%)	21 (26,6%)	
Pas vraiment	23 (27,4%)	12 (15,2%)	
Pas du tout	2 (2,4%)	20 (25,3%)	
Difficultés quant à la charge horaire			<i>p-value < 0,001 (test du Chi 2)</i>
Tout à fait	30 (35,7%)	12 (15,2%)	
Plutôt	43 (51,2%)	23 (29,1%)	
Pas vraiment	11 (13,1%)	32 (40,5%)	
Pas du tout	0	12 (15,2%)	
Difficultés pour concilier vie privée et vie professionnelle			<i>p-value < 0,001 (test du Chi 2)</i>
Tout à fait	27 (32,1%)	19 (24%)	
Plutôt	46 (54,8%)	17 (21,5%)	
Pas vraiment	11 (13,1%)	31 (39,3%)	
Pas du tout	0	12 (15,2%)	
Difficultés financières			<i>p-value < 0,001 (test de Fisher)</i>
Tout à fait	0	5 (6,3%)	
Plutôt	6 (7,1%)	15 (19%)	
Pas vraiment	63 (75%)	25 (31,6%)	
Pas du tout	15 (17,9%)	34 (43,1%)	

Difficultés quant aux gardes liées à :	Internes (n = 84) Nombre (pourcentage)	Médecins participants aux gardes (n = 40) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
La fatigue			<i>p-value < 0,001</i> (test de Fisher)
Tout à fait	21 (25%)	14 (35%)	
Plutôt	47 (56%)	7 (17,5%)	
Pas vraiment	15 (17,9%)	14 (35%)	
Pas du tout	1 (1,1%)	5 (12,5%)	
L'insécurité			<i>p-value < 0,001</i> (test du Chi 2)
Tout à fait	10 (11,9%)	6 (15%)	
Plutôt	23 (27,4%)	7 (17,5%)	
Pas vraiment	49 (58,3%)	13 (32,5%)	
Pas du tout	2 (2,4%)	14 (35%)	
La garde des enfants			<i>p-value < 0,001</i> (test du Chi 2)
Tout à fait	17 (20,2%)	9 (22,5%)	
Plutôt	41 (48,8%)	5 (12,5%)	
Pas vraiment	24 (28,6%)	10 (25%)	
Pas du tout	2 (2,4%)	16 (40%)	
Un désaccord du conjoint			<i>p-value < 0,001</i> (test de Fisher)
Tout à fait	4 (4,8%)	3 (7,5%)	
Plutôt	17 (20,2%)	2 (5%)	
Pas vraiment	48 (57,1%)	10 (25%)	
Pas du tout	15 (17,9%)	25 (62,5%)	
Un problème de santé			<i>p-value < 0,001</i> (test de Fisher)
Tout à fait	6 (7,1%)	3 (7,5%)	
Plutôt	17 (20,3%)	3 (7,5%)	
Pas vraiment	52 (61,9%)	8 (20%)	
Pas du tout	9 (10,7%)	26 (65%)	
La motivation			<i>p-value < 0,001</i> (test de Fisher)
Tout à fait	9 (10,7%)	20 (50%)	
Plutôt	21 (25%)	7 (17,5%)	
Pas vraiment	47 (56%)	9 (22,5%)	
Pas du tout	7 (8,3%)	4 (10%)	

En réponse libre pour les internes, il y avait 4 commentaires :

- "difficulté de faire accepter la charge de travail et les horaires par le conjoint" et "tendance procédurière des patients de plus en plus marquée, malgré un investissement optimal des médecins" : cotés « tout à fait » ;
- "stress" et "juridique peut-être" : cotés « plutôt ».

En réponse libre pour les médecins, il y avait 4 commentaires :

- "on devrait être volontaire pour les gardes mais on ne l'est pas" et "difficultés de revalorisation du métier" et "nous sommes de moins en moins libres" : cotés « tout à fait » ;
- "consommation de consultations pour certains patients" : coté « plutôt ».

Pour l'analyse bi-variée, nous avons comparé le nombre de réponses à chacune des quatre propositions (« tout à fait », « plutôt », « pas vraiment », « pas du tout ») pour chaque item entre les deux groupes.

- Tableau 11 : Craignez-vous / Ressentez-vous des difficultés dans les domaines suivants ?

	Internes (n = 84) Nombre (pourcentage)	Médecins (n = 79) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
Surcharge administrative	75 (89,3%)	55 (69,6%)	<i>p-value = 0,003</i>
Recommandations professionnelles	33 (39,3%)	35 (44,3%)	<i>p-value = 0,624</i>
Horaires lourds	60 (71,4%)	37 (46,8%)	<i>p-value = 0,002</i>
Gardes	30 (35,7%)	19 (24%)	<i>p-value = 0,146</i>

En réponse libre pour les internes, il y avait 4 commentaires : "sollicitations et exigences de patients", "manque de vacances ! ", "manque de soutien des pouvoirs publics", "sais que ça va être difficile mais n'a pas le choix".

En réponse libre pour les médecins, il y avait les commentaires suivants :

- 7 médecins ont rajouté l'exigence/l'agressivité des patients,

- 3 médecins ont rajouté la surveillance de la Sécurité Sociale,

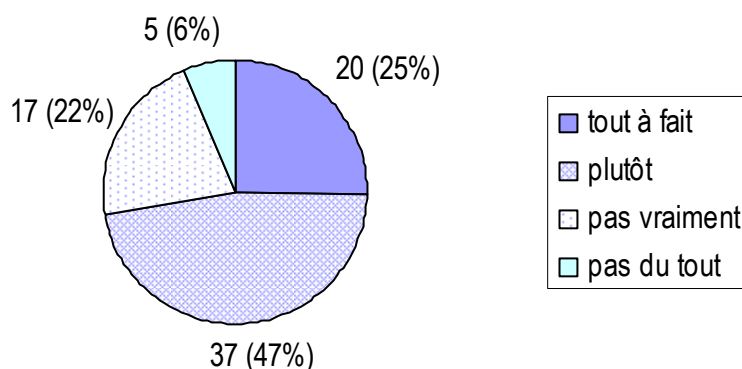
- 3 médecins ont rajouté la "responsabilité médicale",

- 2 médecins ont rajouté la "difficulté de l'exercice isolé",

Et 3 médecins ont rajouté : "c'est un métier difficilement conciliable avec vie de famille avec enfants", "charges à payer avec temps partiel", "difficultés pour orienter les patients aux spécialistes du CHU".

Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses positives pour chaque item entre les deux groupes.

4.5.3 Le métier est-il en accord avec ce qu'en attendaient les généralistes installées lors de leur internat / résidanat ? (figure 20)



Les données sont des effectifs (avec pourcentages).

Les réponses libres à la question « si pas vraiment ou pas du tout, pourquoi ? » sont en annexe 6.

4.5.4 Motivations pour l'exercice libéral :

- Tableau 12 : Quelles sont les motivations qui vous pousseraient à choisir / à poursuivre l'exercice libéral de la médecine générale ?

	Internes (n = 84) Nombre (pourcentage)	Médecins (n = 79) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
Attrait pour l'exercice libéral			<i>p-value = 0,569</i> (test de Fisher)
Tout à fait	52 (61,9%)	46 (58,2%)	
Plutôt	24 (28,6%)	20 (25,3%)	
Pas vraiment	7 (8,3%)	10 (12,7%)	
Pas du tout	1 (1,2%)	3 (3,8%)	
Goût des relations humaines			<i>p-value = 0,678</i> (test de Fisher)
Tout à fait	63 (75%)	61 (77,2%)	
Plutôt	20 (23,8%)	16 (20,3%)	
Pas vraiment	1 (1,2%)	2 (2,5%)	
Pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	
Qualité de vie			<i>p-value = 0,08</i> (test du Chi 2)
Tout à fait	17 (20,2%)	20 (25,3%)	
Plutôt	40 (47,6%)	33 (41,8%)	
Pas vraiment	25 (29,8%)	17 (21,5%)	
Pas du tout	2 (2,4%)	9 (11,4%)	
Aspect lucratif			<i>p-value = 0,083</i> (test de Fisher)
Tout à fait	3 (3,6%)	3 (3,8%)	
Plutôt	19 (22,6%)	20 (25,3%)	
Pas vraiment	48 (57,1%)	31 (39,2%)	
Pas du tout	14 (16,7%)	25 (31,7%)	
Intérêt intellectuel			<i>p-value = 0,004</i> (test de Fisher)
Tout à fait	27 (32,1%)	43 (54,4%)	
Plutôt	48 (57,2%)	26 (32,9%)	
Pas vraiment	7 (8,3%)	10 (12,7%)	
Pas du tout	2 (2,4%)	0 (0%)	
Intérêt pratique			<i>p-value = 0,183</i> (test de Fisher)
Tout à fait	19 (22,6%)	20 (25,3%)	
Plutôt	42 (50%)	38 (48,1%)	
Pas vraiment	22 (26,2%)	15 (19%)	
Pas du tout	1 (1,2%)	6 (7,6%)	
Activité du conjoint			<i>p-value < 0,001</i> (test du Chi 2)
Tout à fait	6 (7,1%)	6 (7,6%)	
Plutôt	22 (26,2%)	15 (19%)	
Pas vraiment	42 (50%)	19 (24%)	
Pas du tout	14 (16,7%)	39 (49,4%)	

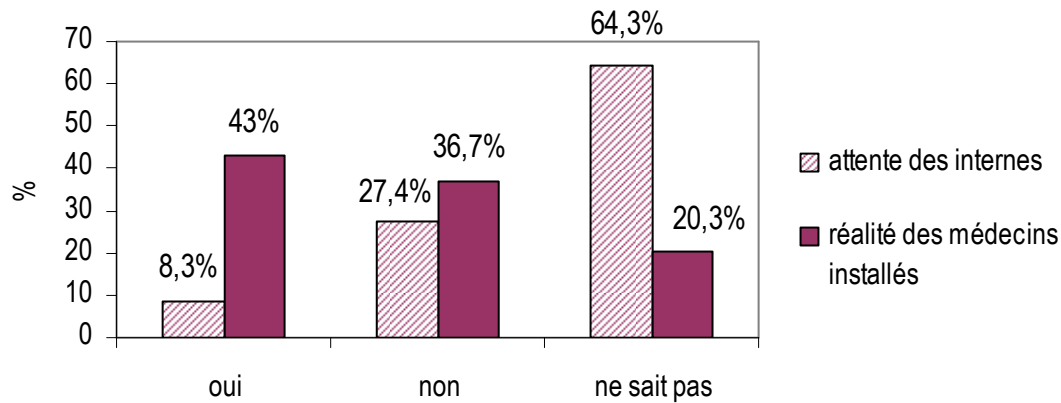
En réponse libre pour les internes, 1 interne a répondu "liberté pour les vacances": coté « tout à fait ».
En réponse libre pour les médecins, 3 médecins ont répondu la liberté ("liberté de faire ce que je veux", "[et] de travailler quand je veux, pas de hiérarchie"): cotés « tout à fait » ;
 2 médecins ont répondu "pouvoir aider les gens", "variété de l'exercice" : cotés « tout à fait ».

Pour l'analyse bi-variée, nous avons comparé le nombre de réponses à chacune des quatre propositions (« tout à fait », « plutôt », « pas vraiment », « pas du tout ») pour chaque item entre les deux groupes.

Les résultats pour l'item « opportunité » ne sont pas exposés dans la thèse ; ils peuvent être communiqués par les auteurs.

4.5.5 Fatigue liée à l'exercice professionnel :

- Figure 21 : Si possible, souhaiteriez-vous arrêter votre activité professionnelle avant la retraite ?

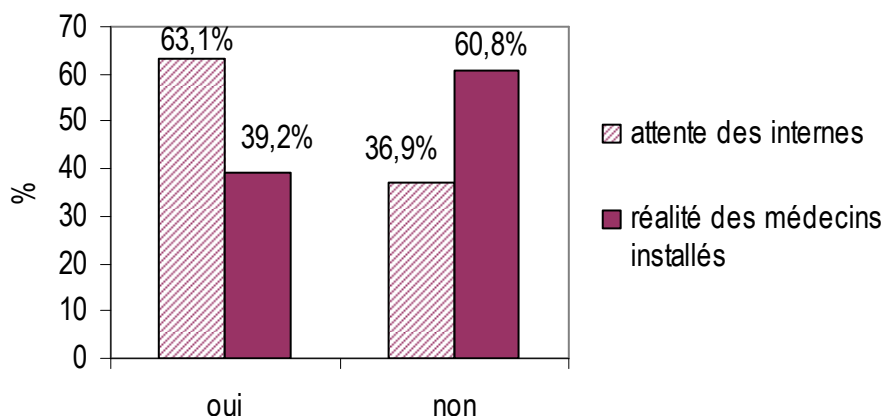


Pour les généralistes installées, une question à réponse libre était proposée : « si oui, pourquoi ? »

- 20 médecins ont répondu que leur exercice étaient trop fatiguant/épouissant,
- 2 médecins ont répondu que leur exercice était trop contraignant,
- 4 médecins ont répondu "mon mari partira à la retraite avant",
- 1 médecin a répondu "ça devient de plus en plus difficile",
- 3 médecins ont répondu qu'elles souhaitaient profiter de la vie,
- 1 médecin a répondu "c'est ma liberté",
- 1 médecin a répondu : "par ce que c'est très loin ; je pense qu'il faut garder le "feu sacré" du métier sinon s'arrêter"
- 4 médecins ont répondu que cette option était impossible financièrement.

Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chacune des trois propositions entre les deux groupes: $p\text{-value} < 0,001$

- Figure 22 : Craignez-vous / Avez-vous déjà souffert d'un épisode de 'burn-out' (épouissement professionnel) ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chaque proposition (« oui » ou « non ») entre les deux groupes: $p\text{-value} < 0,001$

4.5.6 Modifications de l'exercice professionnel chez les généralistes installées:

- Tableau 13 : Quelles modifications souhaiteriez-vous apporter à votre exercice professionnel ?

Les données sont des effectifs (avec pourcentages).

	OUI	NON
Trouvez-vous votre exercice professionnel plus difficile aujourd'hui qu'au début de votre installation ?	26 (33%)	53 (67%)
Souhaiteriez-vous augmenter votre temps de travail ?	6 (8%)	73 (92%)
Souhaiteriez-vous réduire votre temps de travail ?	36 (46%)	43 (54%)
Souhaiteriez-vous changer de mode d'activité ?	20 (25%)	59 (75%)
Souhaiteriez-vous débiter une formation universitaire complémentaire ?	39 (49%)	40 (51%)
Souhaiteriez-vous dédier plus de temps à votre formation professionnelle ?	50 (63%)	29 (37%)
Avez-vous interrompu temporairement votre activité ces dix dernières années ?	31 (39%)	48 (61%)

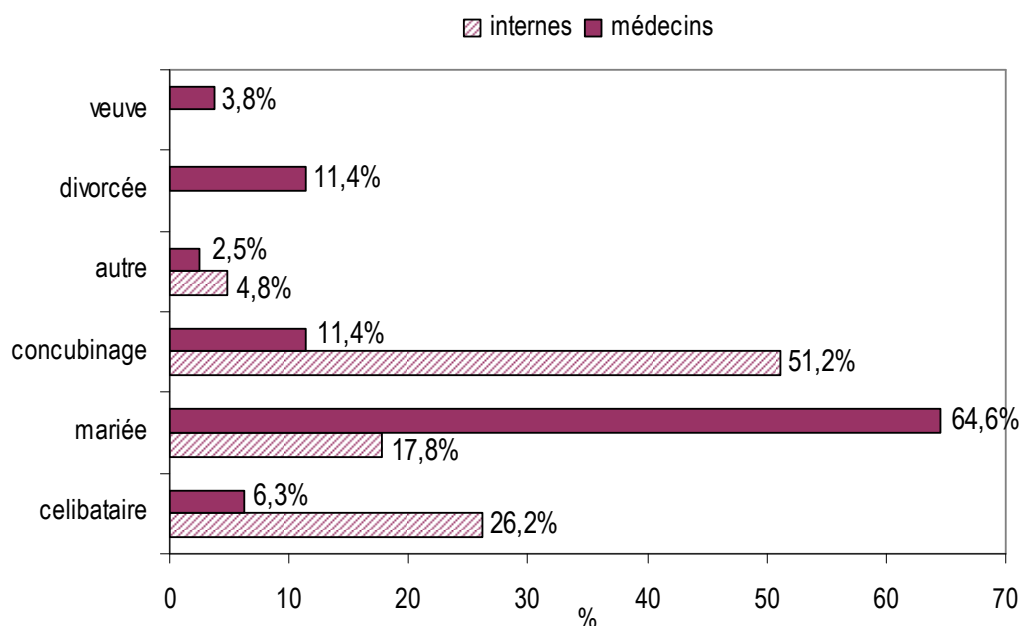
En réponse libre à la question « si oui, pour quel motif ? » :

- 13 médecins (soit 41,9%) ont répondu « santé »,
- 17 médecins (soit 54,8%) ont répondu « maternité »,
- 6 médecins (soit 19,3%) ont répondu « autre », avec comme précision en réponse libre : "problème de santé d'un enfant", "burn-out", "décès de l'époux", "humanitaire", "6 mois de disponibilité pour se 'recentrer' ", "adoption".

4.6 Organisation du temps personnel en parallèle :

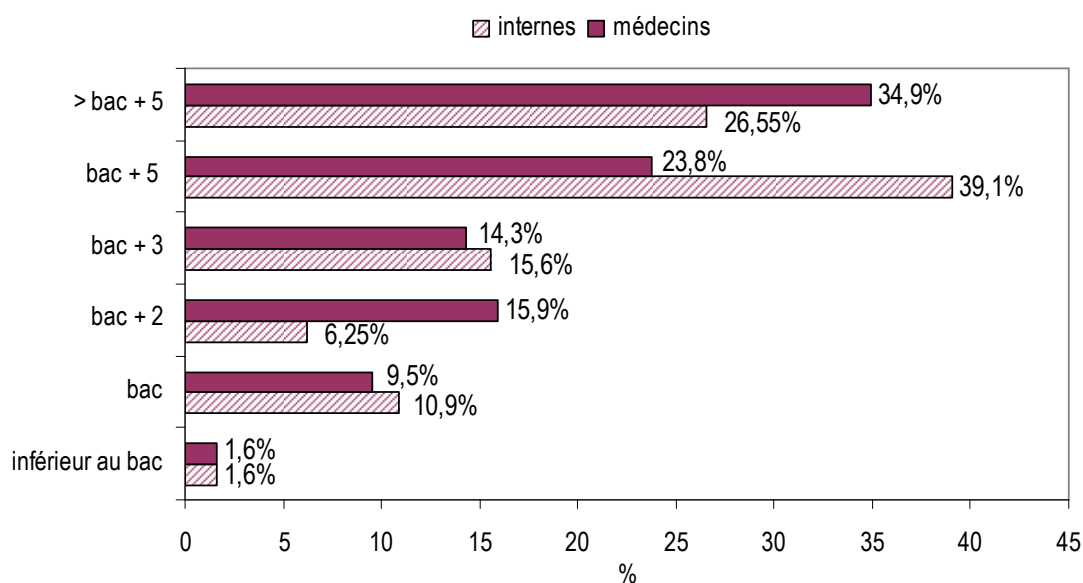
4.6.1 Statut conjugal :

- Figure 23 : Etes-vous ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test de Fisher pour comparer le nombre de réponses à chacune des six propositions entre les deux groupes: $p\text{-value} < 0,001$.

- Figure 24 : Quel est le niveau d'études de votre conjoint ?



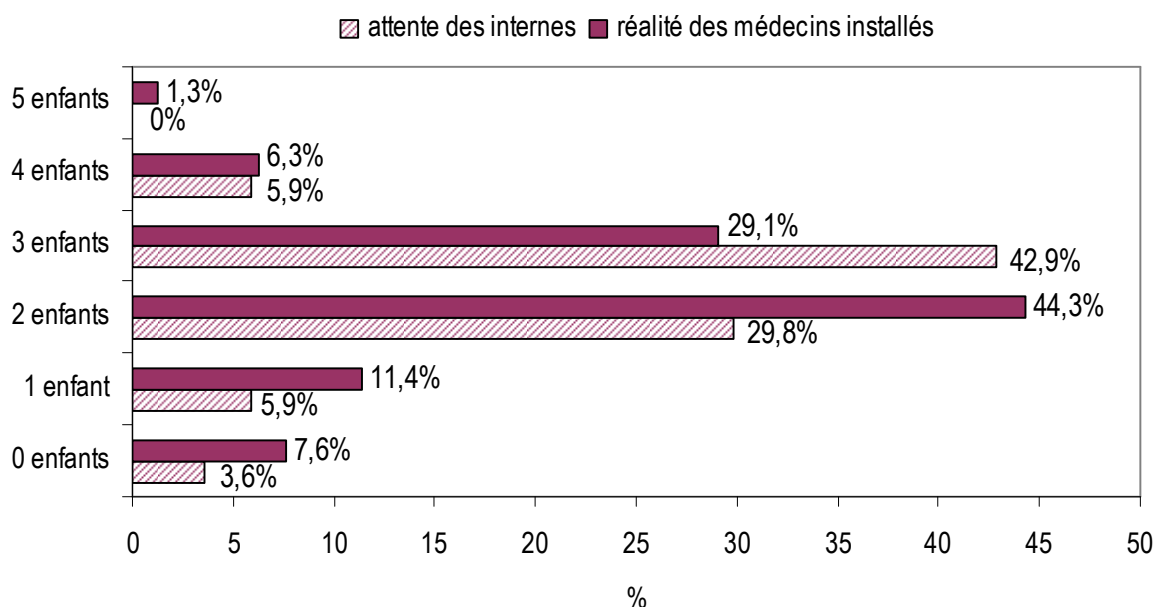
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test de Fisher pour comparer le nombre de réponses à chacune des six propositions entre les deux groupes: p-value = 0,288.

La liste des professions des conjoints est exposée dans un tableau récapitulatif en annexe 7.

4.6.2 Les enfants :

4.6.2.1 Le nombre d'enfants :

- Figure 25 : Comparaison entre le nombre d'enfants souhaités par les internes et le nombre d'enfants nés chez les médecins :



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test T de Student pour comparer les moyennes des réponses numériques pour chaque question entre les deux groupes: p-value = 0,137.

Au moment de l'enquête, 4 internes avaient 1 enfant (soit 4,8% du groupe), et 3 internes en avaient 2 (soit 3,6% du groupe).

- Tableau 14 : Descriptif des enfants né et souhaités :

	Internes (n = 84)	Médecins (n = 79)	Analyse bi-variée
Nombre d'enfants nés			p-value < 0,001
Moyenne	0,13	2,25	
Extrêmes	0 – 2	0 - 5	
Ecart type	0,4	1	
Nombre d'enfants souhaités			p-value = 0,075
« Ne savent pas »	10 internes (11,9%)	5 médecins (6,3%)	
Moyenne	2,5	2,75	
Extrêmes	0 – 4	0 – 5	
Ecart type	0,9	1,05	

Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test T de Student pour comparer les moyennes des réponses numériques pour chaque question entre les deux groupes

4.6.2.2 Le congé maternité :

4.6.2.2.1 Pour les sept internes ayant déjà des enfants :

La durée du congé maternité était de 22 semaines en moyenne (écart type > 10 avec des extrêmes de 12 à 54 semaines).

Aucune n'a eu de difficultés financières lors du congé maternité.

L'âge moyen au premier enfant était de 26,6 ans.

Le mode de garde des enfants était réparti entre le domicile des parents (pour 50%), la crèche (33,3%), et une assistante maternelle (16,7%).

Le temps moyen de garde des enfants par semaine était de 45 heures.

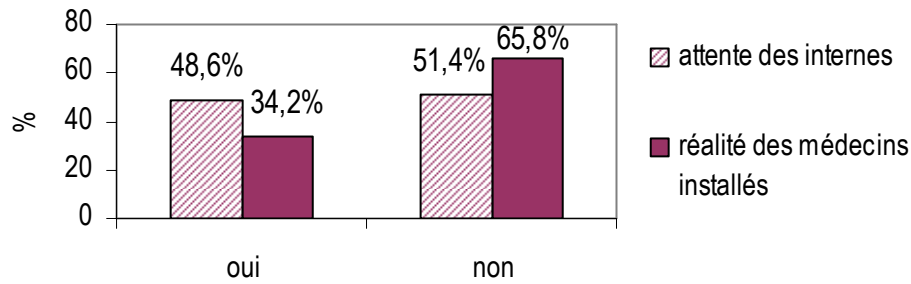
4.6.2.2.2 Pour les internes souhaitant des enfants et pour les généralistes installées :

- Tableau 15 : Descriptif de l'organisation de la maternité :

	Internes n'ayant pas d'enfants (n = 77)	Médecins (n = 79)	Analyse bi-variée
Durée du congé maternité			p-value = 0,88
Moyenne	11,7 semaines	11,5 semaines	
Extrêmes	0 – 32 semaines	2 – 36 semaines	
Ecart type	5,5	7,6	
Age au premier enfant			p-value = 0,88
Moyenne	28,9 ans	28,8	
Extrêmes	26 – 35 ans	23 – 39 ans	
Ecart type	1,66	4,3	
Temps hebdomadaire de garde des enfants			p-value = 0,005
Moyenne	34,8 heures	41,6 heures	
Extrêmes	5 – 55 heures	10 – 60 heures	
Ecart type	> 10	> 10	

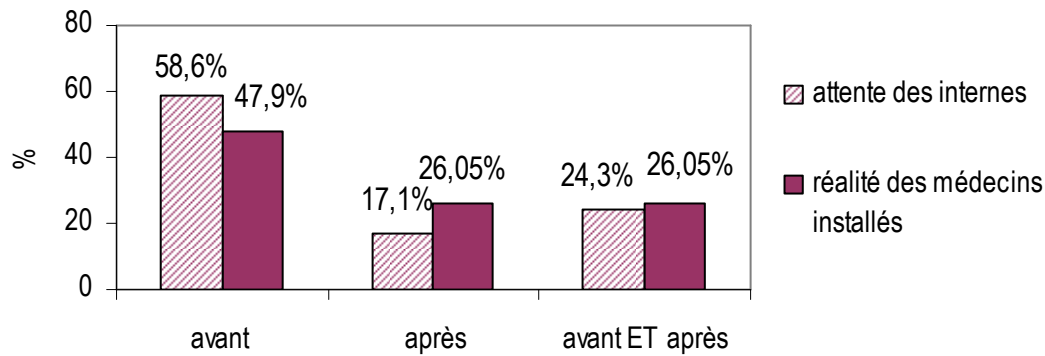
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test T de Student pour comparer les moyennes des réponses numériques pour chaque question entre les deux groupes

- Figure 26 : Craignez vous / Avez-vous eu des difficultés financières lors de vos congés maternité ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chaque proposition (« oui » ou « non ») entre les deux groupes: p-value = 0,116.

- Figure 27 : Quelle chronologie des grossesses par rapport à l'installation ?



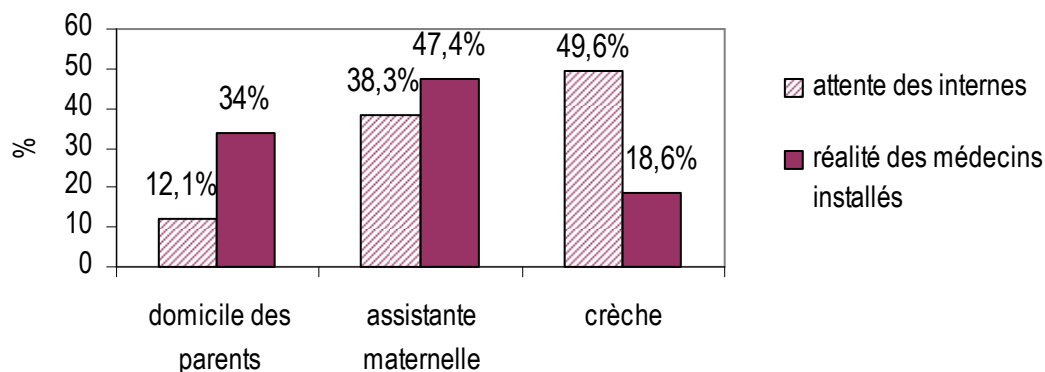
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses entre les deux groupes :

- pour la proposition « avant » : p-value = 0,94

- pour la proposition « après » : p-value = 0,1.

4.6.2.3 La garde des enfants :

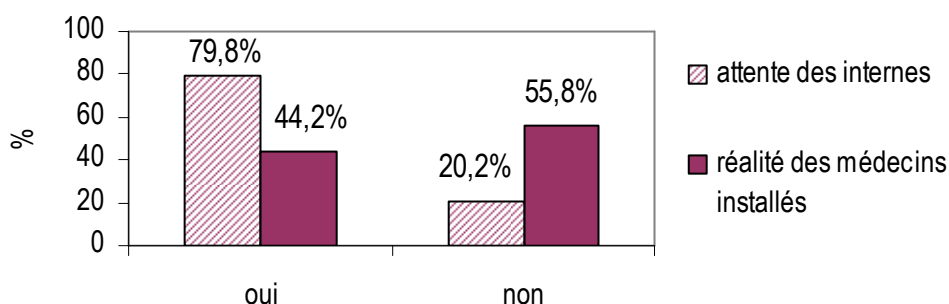
- Figure 28 : Quel mode de garde des enfants ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses entre les deux groupes pour chaque mode de garde :

- pour la garde au domicile des parents: p-value < 0,001
- pour la garde par une assistante maternelle : p-value = 0,3
- pour la garde en crèche : p-value < 0,001.

- Figure 29 : Craignez-vous / Avez-vous eu des difficultés pour la garde de vos enfants ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chaque proposition (« oui » ou « non ») entre les deux groupes: p-value < 0,001.

- Tableau 16 : Si vous craignez / si vous avez eu des difficultés pour la garde de vos enfants, lesquelles ?

	Internes craignant des difficultés (n = 67) Nombre (pourcentage)	Médecins ayant eu des difficultés (n = 34) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
Difficultés pour trouver une place pour la garde ?			<i>p-value = 0,0116</i>
Oui	60 (89,5%)	22 (66,7%)	
Non	7 (10,5%)	11 (33,3%)	
Difficultés de compatibilité d'horaires ?			<i>p-value = 0,7316</i>
Oui	57 (83,8%)	26 (78,8%)	
Non	11 (16,2%)	7 (21,2%)	
Difficultés de financement?			<i>p-value = 0,2691</i>
Oui	14 (20,9%)	11 (33,3%)	
Non	53 (79,1%)	22 (66,7%)	

En réponse libre, 1 médecin avait répondu : "garde des enfants en été".

Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chaque proposition (« oui » ou « non ») entre les deux groupes.

4.6.3 Le temps libre :

- Tableau 17 : Quelles activités pratiquez-vous ou souhaitez-vous pratiquer pendant votre temps libres ?

	Internes (n = 84) Nombre (pourcentage)	Médecins (n = 79) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
Activité caritative			<i>p-value < 0,001</i> (test de Fisher)
Tout à fait	5 (6%)	2 (2,5%)	
Plutôt	19 (22,6%)	7 (8,9%)	
Pas vraiment	52 (61,9%)	13 (16,5%)	
Pas du tout	8 (9,5%)	57 (72,1%)	
Activité sportive			<i>p-value < 0,001</i> (test de Fisher)
Tout à fait	65 (77,4%)	31 (39,2%)	
Plutôt	18 (21,4%)	32 (40,5%)	
Pas vraiment	1 (1,2%)	13 (16,5%)	
Pas du tout	0 (0%)	3 (3,8%)	
Activité culturelle et/ou artistique			<i>p-value < 0,001</i> (test du χ^2)
Tout à fait	33 (39,3%)	16 (20,2%)	
Plutôt	41 (48,8%)	21 (26,6%)	
Pas vraiment	8 (9,5%)	27 (34,2%)	
Pas du tout	2 (2,4%)	15 (19%)	

En réponse libre pour les internes : 2 internes ont rajouté "voyages", et 4 internes ont rajouté "famille et amis", "tourisme", "tâches ménagères", "formation secondaire de guide": tous cotés « tout à fait ».

En réponse libre pour les médecins :

- 4 médecins ont rajouté "voyages", "enfants", "jardinage", "vaccination grippe A": cotés « tout à fait » ;
- 3 médecins ont rajouté : "voyages", "les enfants", et "sommeil/enfants !": cotés « plutôt ».

Pour l'analyse bi-variée, nous avons comparé le nombre de réponses à chacune des quatre propositions (« tout à fait », « plutôt », « pas vraiment », « pas du tout ») pour chaque item entre les deux groupes.

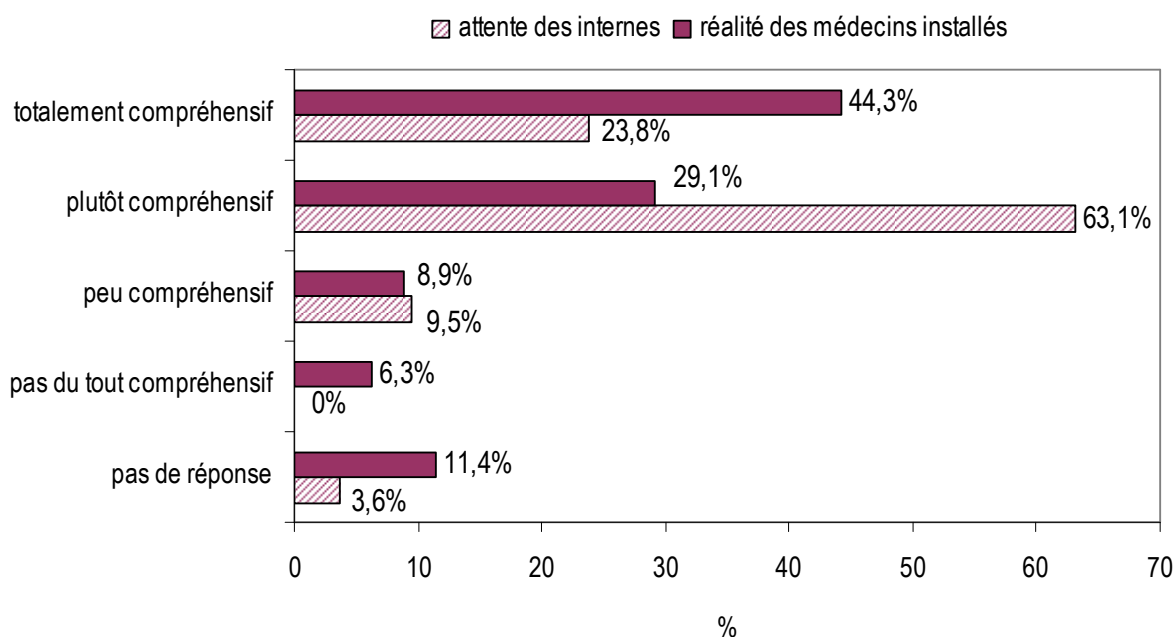
4.7 Bilan des difficultés attendues / ressenties quant à la gestion du temps personnel :

- Tableau 18 : Le temps personnel et le temps pour la famille :

	Internes (n = 84) Nombre (pourcentage)	Médecins (n = 79) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
Pensez vous que votre temps personnel sera / est suffisant?			<i>p-value < 0,001</i>
Tout à fait	3 (3,6%)	9 (11,4%)	
Plutôt	32 (38,1%)	19 (24%)	
Pas vraiment	48 (57,1%)	24 (30,4%)	
Pas du tout	1 (1,2%)	27 (34,2%)	
Pensez-vous que votre temps pour la famille et les enfants sera / est suffisant?			<i>p-value < 0,001</i>
Tout à fait	3 (3,6%)	11 (13,9%)	
Plutôt	40 (47,6%)	30 (38%)	
Pas vraiment	39 (46,4%)	25 (31,6%)	
Pas du tout	2 (2,4%)	13 (16,5%)	

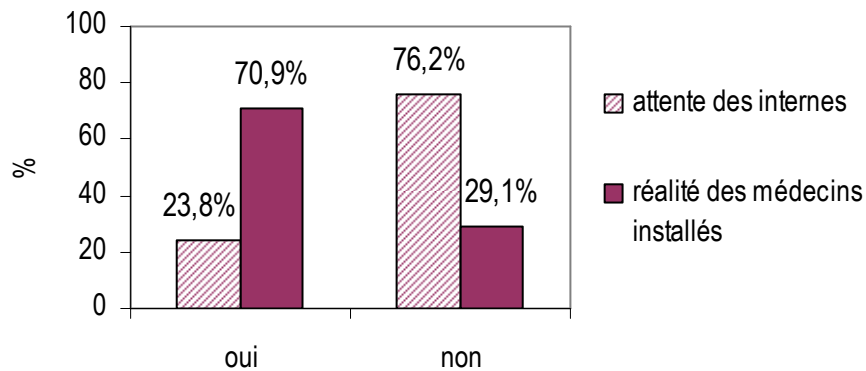
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chacune des quatre propositions (« tout à fait », « plutôt », « pas vraiment », « pas du tout ») pour chaque item entre les deux groupes.

- Figure 30 : Quelle est l'attitude de votre conjoint face à l'investissement que nécessite votre activité de médecin généraliste ?



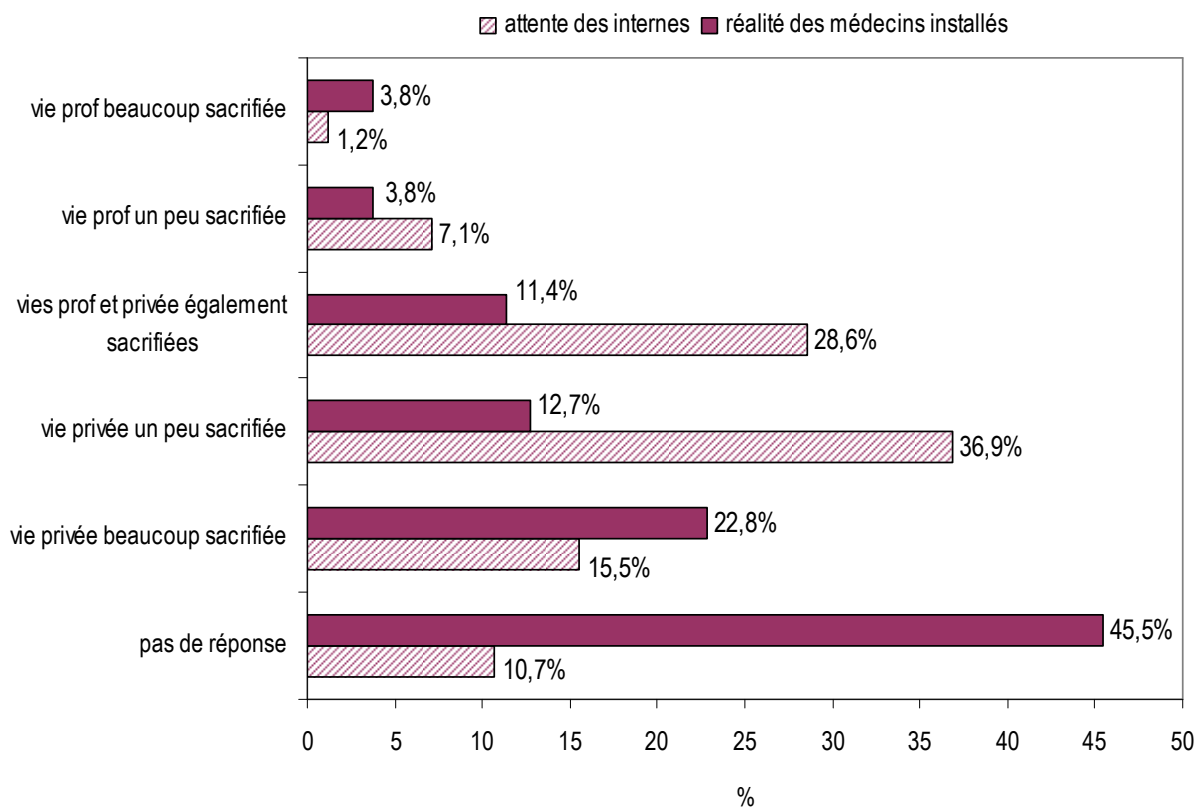
Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test de Fisher pour comparer le nombre de réponses à chacune des cinq propositions entre les deux groupes: *p-value < 0,001*.

- Figure 31 : Pensez-vous atteindre / Avez-vous le sentiment d'avoir atteint un équilibre satisfaisant entre votre vie privée et votre vie professionnelle ?



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponses à chaque proposition (« oui » ou « non ») entre les deux groupes: $p\text{-value} < 0,001$.

- Figure 32 : Si « non », quel est la nature du déséquilibre ? (« vie prof » : vie professionnelle)



Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test de Fisher pour comparer le nombre de réponses à chacune des six propositions entre les deux groupes: $p\text{-value} < 0,001$.

- Tableau 19 : Quel pourra être / quel a été l'impact des contraintes familiales sur votre carrière et votre organisation professionnelle ?

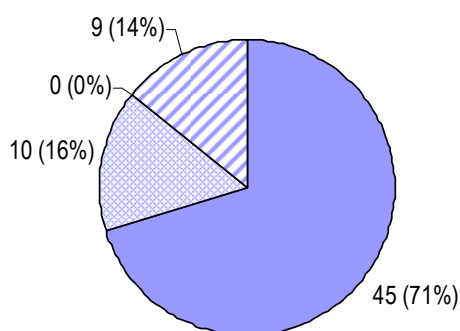
	Internes (n = 84) Nombre (pourcentage)	Médecins (n = 79) Nombre (pourcentage)	Analyse bi-variée
Interruption de l'activité	18 (21,4%)	25 (31,6%)	<i>p-value = 0,19</i>
Réduction du volume horaire travaillé	61 (72,6%)	43 (54,4%)	<i>p-value = 0,024</i>
Aménagement des horaires travaillés	72 (85,7%)	58 (73,4%)	<i>p-value = 0,08</i>
Changement du type d'activité	30 (35,7%)	5 (6,3%)	<i>p-value < 0,001</i>
Aucune modification	1 (1,2%)	13 (16,4)	<i>p-value = 0.001</i>

En réponse libre pour les internes : 2 internes ont répondu "non participation aux gardes".

En réponse libre pour les médecins: 2 médecins ont répondu "installation tardive", 2 ont répondu "moins de temps pour la formation professionnelle", et 1 a répondu "nécessité d'adaptation pour le mari".

Pour l'analyse bi-variée, nous avons utilisé le test du Chi 2 pour comparer le nombre de réponse positive pour chaque item entre les deux groupes.

4.8 Et si c'était à refaire pour les généralistes installées ? (figure 33)



■ je ne changerais rien
■ je donnerais plus d'importance à ma vie privée
■ je donnerais plus d'importance à ma vie professionnelle
■ je changerais de monde d'exercice ou j'abandonnerais le secteur libéral

En réponse libre :

- 5 médecins (soit 6,3%) auraient choisi une autre profession,
- 1 médecin (soit 1,3%) aurait fait une spécialité,
- 2 médecins (soit 2,6%) se seraient installés en groupe plus tôt,
- 2 médecins (soit 2,6%) deviendraient salariés,
- et 6 autres médecins ont répondu :
 "J'aurais pris une femme de ménage beaucoup plus tôt",
 "Je n'épouserai pas un médecin",
 "Problème de répartition des tâches ménagères au sein du couple »,
 "Je ne vois pas comment mieux faire pour équilibrer les deux",
 "Ne sait pas du tout", "ça dépend des jours".

DISCUSSION

5 Discussion

5.1 Les limites de la méthode :

5.1.1 Les limites affectant la validité externe de l'étude:

- **Biais de sélection et d'échantillonnage :**

- La faiblesse relative des effectifs (84 internes et 79 médecins) peut être une limite à la généralisation des résultats et à la puissance statistique de notre travail.

Le taux de réponse des internes est de 43,8%, ce qui montre que les futurs médecins se sentent relativement impliqués par le sujet.

Le taux de réponse des médecins est de 35,4% : il est similaire à celui de grandes études [18]. Ce taux peut être considéré comme satisfaisant considérant la relative lourdeur du questionnaire, et l'absence de relance téléphonique pour les médecins.

- Notre travail est limité à une seule faculté de médecine (celle de Grenoble), qui présente peut être un profil particulier pouvant être une limite à l'extrapolation des données à tous les internes de médecine générale en France. En effet, les postes d'internes en médecine générale au CHU de Grenoble sont pourvus à 100% depuis 2005 [49], ce qui signifie que la faculté présente des particularités attrayantes en termes de recrutement et de formation des internes.

- La sollicitation d'internes adhérents à ARAVIS (l'Association Représentante des internes de médecine générale des Alpes, de la Vallée de l'Isère et des Savoies), représentant 82,8% de la totalité des internes inscrits en médecine générale à la faculté de Grenoble, a pu sélectionner des étudiants déjà sensibilisés aux problématiques de l'installation libérale, et plus volontaires dans leur engagement professionnel.

Notons cependant que notre échantillon d'internes est bien équilibré en termes de promotions.

- **Biais de déclaration :**

Cette limite est présente dans notre travail, comme dans tout travail similaire se basant sur des déclarations d'intentions ou de pratiques.

- **Biais de restriction :**

Une étude autre que qualitative (donc notamment quantitative comme la notre) est obligatoirement restrictive car constituée de questions imposées par l'auteur du travail.

Dans le cadre de notre travail, nous avons étudié l'exercice d'aujourd'hui des femmes généralistes installées en Isère pour le comparer aux attentes des internes de Grenoble. Du fait que les attentes et l'exercice médical évoluent avec le temps, notre travail ne permet pas de prendre en compte l'évolution des pratiques d'un même médecin interrogé plutôt en fin de carrière.

Dans ce contexte, on peut noter un commentaire fait par une des femmes généralistes ayant répondu à l'enquête par messagerie électronique. Celle-ci avait « trouvé le questionnaire extrêmement restrictif », car en 23 ans son « exercice avait énormément changé (notamment en fonction des besoins des enfants » ; elle était « ennuyée par les déductions que l'on puisse faire à partir du questionnaire, et qui seraient assez loin de la réalité ».

5.1.2 Les limites affectant la validité interne de l'étude :

- **Biais de mesure et d'information :**

Pour les médecins qui ont répondu au questionnaire par entretien téléphonique, la transcription des données recueillies par voie orale a pu provoquer des erreurs de saisie. Ces erreurs ont été évitées pour les médecins qui ont préféré répondre au questionnaire directement par voie informatique, et pour les internes qui ont été uniquement sollicités par messagerie électronique.

- **Biais d'analyse et d'interprétation :**

- Nous n'avons pas différencié les internes ayant réalisé un deuxième stage ambulatoire (dit SASPAS : Stage Autonomie en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé) dans leur cursus de celles qui n'en ont pas réalisé. Cependant, celles qui ont validé ce stage sont probablement plus sensibilisées aux problématiques de l'installation et de l'organisation médicale libérale.

- Nous n'avons pas donné la définition des différentes zones d'installation (urbaine/semi-rurale/rurale) en termes de nombre d'habitants, ce qui a pu entraîner des interprétations différentes entre les personnes interrogées.

- Nous avons choisi d'ôter l'item « opportunité » à la question « Quelles sont les motivations qui vous pousseraient à choisir / à poursuivre l'exercice libéral de la médecine générale ? » (chapitre 4.5.4, tableau 12) car cet item était mal compris par les internes et les médecins.

- Pour les réponses à la question « Craignez-vous / Avez-vous déjà souffert d'un épisode de 'burn-out' (épuisement professionnel) ? » (chapitre 4.5.5, figure 22), la connaissance de la définition du 'burn-out' par les répondants peut être une limite à la compréhension de la question, responsable potentiellement d'une sous- ou surestimation des chiffres.

5.2 Le constat d'un décalage entre les attentes des femmes internes en médecine générale à Grenoble et la réalité des femmes médecins généralistes installées en Isère :

5.2.1 : Un fossé entre la théorie et la pratique ? [4, 16]

La future généraliste souhaite s'installer en zone semi-rurale voire rurale, travailler en association, et pratiquer une médecine à la fois mixte libérale et salariée.

Elle se prépare à travailler 8,2 demi-journées par semaine, soit plus d'un quart de journée de plus que la généraliste actuellement installée, avec des consultations plus longues et plus nombreuses par jour.

Elle ne souhaite pas déléguer la permanence des soins à d'autres structures et compte largement participer aux gardes de secteur, mais plutôt en semaine et à une fréquence moindre que celle constatée par les généralistes installées.

Elle s'attend de manière générale à plus de difficultés quant à son exercice médical, au quotidien comme en garde, mais reste cependant significativement motivée pour les gardes.

Elle craint un manque d'équilibre entre sa vie privée et sa vie professionnelle, et de « perdre » sur les deux tableaux, mais reste confiante quant au support de son conjoint.

Elle privilégiera plutôt sa vie privée si toutefois elle a des arbitrages à faire, afin de pouvoir s'organiser un temps suffisant pour la famille. Elle se prépare à devoir réduire le volume horaire travaillé ou bien à changer de type d'activité en réponse à ces contraintes familiales.

- **Les souhaits des internes concernant la zone d'installation sont surprenants, et en rupture par rapport à la situation actuelle et à certaines idées reçues.**

Elles sont prêtes à s'éloigner des métropoles urbaines mais souhaitent s'entourer de structures sanitaires adaptées au monde ambulatoire (confort d'une pharmacie de proximité, de paramédicaux, de laboratoires d'analyse médicale et d'un centre de radiologie). Les internes sont nombreuses à souhaiter pratiquer une vraie médecine de premiers recours, avec la réalisation de gestes techniques au cabinet plus fréquente que ce qui est constaté par les généralistes installées.

Notons que les desideratas des internes quant à la zone d'installation sont radicalement différents de ceux des étudiantes en PCEM2 interrogées pour le rapport de I.KAHN-BENSAUDE pour le conseil de l'ordre en 2005 [13], qui préféraient le milieu urbain (pour 78% d'entre elles) bien plus que le milieu rural (pour 8% d'entre elles). Ceci peut s'expliquer par le jeune âge des étudiantes en PCEM2 pour qui, en l'absence de confrontation à la médecine générale, les desideratas ne sont que le reflet de leurs représentations fortement influencées par le milieu universitaire dans lequel elles évoluent au quotidien. La volonté de structures sanitaires de proximité était retrouvée à des taux similaires dans l'étude de 2010-2011 menée par l'ISNAR-IMG [50].

Quant aux généralistes installées, la préférence féminine pour la zone urbaine et semi-urbaine en Rhône-Alpes avait déjà été notée dans l'étude de 2004 de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes (URML RA) [16]: seulement 7% des femmes généralistes déclaraient avoir une patientèle franchement rurale. Cette préférence urbaine est également constatée dans d'autres régions françaises [51] et au niveau international notamment aux Etats-Unis [10].

- **Les internes recherchent un confort d'exercice typique de l'exercice hospitalier, et que l'on constate moins chez les généralistes installées.**

En effet, elles souhaitent travailler en groupe (et plutôt en association de médecins généralistes), avoir une secrétaire sur place, et toutes souhaitent une informatisation du cabinet.

Elles orientent leur choix en fonction de ce qu'elles connaissent, et jusqu'à ces dernières années leur expérience en milieu ambulatoire était limitée à 6 mois de stage obligatoire au sein des 9 ans de formation principalement hospitalo-universitaire. Puisque leur formation ne les amène donc que rarement au contact de la pratique médicale libérale, elles préfèrent se préparer à une activité professionnelle dont elles perçoivent bien les avantages et les inconvénients [52, 53]. Leur expérience est donc bien éloignée de la pratique libérale d'une part, et de la pratique de la médecine générale d'autre part puisque ces stages se font en services médicaux spécialisés.

En ce sens, nos résultats concernant les deux groupes sont similaires à ceux de plusieurs autres études examinant les mêmes critères : celles de l'URML RA [16, 54] pour les internes (résultats identiques), et celles de B.ASTRUC [35] et d'AM YEM-TARANTINI [55] pour les médecins (taux d'association pour les médecins de 67% pour la première, et taux d'exercice libéral exclusif pour les médecins de 89,5% pour la deuxième).

- **Contre toute attente, les internes balayent une idée préconçue et souhaitent un volume de travail plus important que celui déclaré par les généralistes actuellement en exercice.**

Et pourtant, la moyenne de demi-journées de travail souhaitée par les internes dans notre travail est inférieure à celle de l'étude de 2005 de l'URML RA [54] (9,2 demi-journées par semaine avec un écart minime entre les deux sexes) et à celle de l'étude de 2010-2011 menée par l'ISNAR-IMG [50] (9,04 demi-journées par semaine pour les femmes, avec une différence significative entre les deux sexes). Cette différence peut être partiellement expliquée par la différence de volume des échantillons étudiés (84 internes dans notre travail, 362 internes dans celui de l'URML RA et 1939 internes dans celui de l'ISNAR-IMG). Notre moyenne concernant les médecins est identique à celle l'étude de 2004 de l'URML RA [16] qui comportait cependant un échantillon de médecins beaucoup plus important.

L'organisation du temps de travail en demi-journées est récente, comme le souligne le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) [4, 48]: « *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.* »

Les internes préfèrent largement l'exercice en consultations mixtes (comportant des plages de rendez-vous et des plages d'urgences), ce qui peut témoigner de la volonté d'une double adaptation : pouvoir répondre à la demande de disponibilité de la part des patients tout en conservant une planification horaire fixe quant aux heures de travail afin de permettre l'articulation de la vie privée en parallèle. Elles sont également prêtes à faire plus facilement appel aux remplaçants pour assurer la continuité des soins au cabinet, ce qui leur permettrait de se libérer du temps à la fois pour leur formation continue mais également pour leur vie privée.

- **De manière surprenante, les internes sont très largement majoritaires à vouloir participer aux gardes de secteur (95% !).**

Ce taux est nettement supérieur aux 78% constatés l'étude de 2010-2011 menée par l'ISNAR-IMG [50] (mais qui regroupait les deux sexes). Puisque nous ne pouvons expliquer cette différence par l'année de réalisation des travaux (identique), nous suggérons l'influence d'un des biais de sélection de notre travail: notre échantillon d'internes est en effet constitué d'adhérents à ARAVIS (association locale des internes en médecine générale, à l'action partiellement syndicale) qui sont donc à priori déjà sensibilisés aux problématiques du milieu libérale et plus volontaires dans leur engagement professionnel.

Le taux de participation aux gardes des médecins de notre travail est superposable aux 59,5% notés par B.ASTRUC [35] ; il est légèrement plus faible que les 66% constatés dans l'étude de l'URML RA de 2004 [16]. Précisons que le taux de participation est très variable en fonction de la taille de la commune d'exercice et de la zone d'installation.

Par contre ces futures généralistes souhaitent limiter les répercussions de leur participation à la permanence des soins sur leur vie privée et éviter de se déplacer [54]. En effet elles préfèrent les gardes peu fréquentes et plutôt en semaine (le week-end étant traditionnellement un temps pour la famille), et sont significativement motivées par la régulation au centre 15 et les astreintes à domicile (qui permettent une présence pour la famille entre les interventions).

Il est évident que ce constat va nécessiter une organisation des réseaux de garde et de la permanence des soins en conséquence, afin de minimiser les conséquences sur l'accès aux soins d'urgence.

- **L'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle est un point essentiel pour les internes :**

Elles craignent clairement un déséquilibre, alors que les généralistes installées sont plus nuancées.

Notre constat concernant les médecins est superposable aux 31% retrouvés dans l'étude de 2004 de l'URML RA [16], mais supérieur aux 16,67% retrouvés dans le travail de B.LOISELET-DOULCET [4]. Cette différence peut s'expliquer par la différence d'âge entre les deux populations étudiées : en effet, notre population de femmes généralistes regroupe plusieurs générations (notre moyenne d'âge est de 46 ans avec un large panel d'âges différents – de 30 à 68 ans), alors que le travail de B.LOISELET-DOULCET étudiait une population de médecins plus jeunes puisqu'il s'agissait de femmes issues de promotions de PCEM1 reçues au concours entre 1990 et 1995. Une population exclusivement jeune a probablement moins hésité à s'installer en groupe, à adapter ses horaires de travail, et à se faire aider au domicile afin d'atteindre cet équilibre.

- **Les visions sont différentes quant au conjoint et aux enfants.**

La question concernant l'attitude du conjoint était sensible pour une part non négligeable de médecins qui a souhaité ne pas y répondre. Les internes n'ont pas encore mis leur couple « à l'épreuve » de l'expérience libérale ; les généralistes installées, elles, ont une vision moins idéaliste de la réalité du couple dans ce contexte professionnel particulier et ont donc apporté un constat plus affirmé quant au degré de compréhension de leur conjoint (dans le positif comme dans le négatif).

Pour la garde des enfants, les internes préfèrent favoriser la crèche, alors que les généralistes installées sont nettement plus nombreuses à avoir (eu) recours à une aide à domicile (ce qui est cohérent avec la littérature récente). Mais la grande majorité des internes n'ont pas encore été confrontées à la difficulté que constitue le mode de garde des enfants, et n'en ont pour l'instant qu'une vision peut être idéalisée et influencées par la présence d'une crèche au CHU de Grenoble lors de leurs stages hospitaliers.

5.2.2 : Et quelques points communs chez les femmes généralistes (futures et actuelles)

Nous avons constaté plusieurs points communs entre les deux groupes: l'importance de la proximité avec les correspondants médicaux et paramédicaux pour pouvoir permettre une organisation en réseau, et la nécessité d'être disponible pour les patients (avec la pratique de visites au domicile et du travail le samedi matin notamment). D'ailleurs 80% des médecins interrogées dans notre travail ont l'impression d'être suffisamment disponibles pour leurs patients. Les motivations pour l'exercice de la médecine libérale sont similaires, avec une importance capitale accordée à la relation interhumaine, puis secondairement à l'épanouissement intellectuel. La femme généraliste installée est globalement satisfaite de son exercice professionnel, et « ne changerait rien » si c'était à refaire.

- **L'importance de la proximité d'un réseau médical et paramédical :**

Elle est facilement expliquée par l'organisation de « l'espace-temps » de travail par les femmes médecins [56]. Conscientes de leur activité globalement moindre sur le plan quantitatif (par rapport aux généralistes de sexe masculin), elles se façonnent une organisation très développée qui se base sur une coordination en réseau avec les correspondants médicaux et paramédicaux, mais également sur une relation de type partenariat avec le patient.

- **Des motivations similaires pour la médecine libérale dans le cadre d'une évolution sociologique nette:**

Les femmes choisissent le métier de médecin généraliste libéral avant tout pour la relation interhumaine, puis secondairement pour l'épanouissement intellectuel. L'importance de la relation humaine est également ressentie par les patients d'après l'étude de P.MATHIEU et D.MORTAS [41]. En réponse libre, on retrouve dans les deux groupes une recherche commune de « liberté », associée à l'absence de hiérarchie de ce mode d'exercice professionnel. L'aspect lucratif est un choix négatif pour toutes, et les médecins ressentent plus de difficultés financières dans le cadre de leur exercice professionnel que les internes n'en craignent. Les mêmes motivations positives et négatives étaient déjà constatées chez les étudiantes en PCEM2 interrogées pour le rapport de I.KAHN-BENSAUDE pour le conseil de l'ordre en 2005 [13].

- **Un conjoint souvent médecin ou ingénieur :**

La majorité des internes et médecins de notre enquête ont un conjoint titulaire d'un diplôme égal ou supérieur à bac +5 : le niveau d'éducation au sein du couple est souvent équivalent comme on peut le constater dans d'autres études [11, 57]. Et une part significative de ces conjoints sont médecin (ou interne) ou ingénieur (cf. annexe 7).

A.C. HARDY-DUBERNET écrivait dans son travail [8]:

« En se plaçant sur des marchés du travail différents, les femmes médecins et les hommes ingénieurs peuvent sans doute mieux négocier les baisses d'activité des unes et les mobilités des autres, sans que des frustrations ne viennent porter ombrage aux projets familiaux et professionnels du couple. »

Nous sommes surpris par la proportion relativement conséquente de femmes divorcées dans notre travail, supérieure notamment à celle de l'étude de B.LOISELET-DOULCET [4] (mais qui concernait une population plus jeune, cf. chapitre 5.2.5).

- **Plus de deux enfants par femme médecin :**

Il n'y a pas de différence entre le nombre d'enfants souhaité par les internes et celui constaté par les médecins. Notre moyenne reste légèrement supérieure à la moyenne nationale (l'indicateur de fécondité pour la France en 2010 était de 2 enfants par femme d'après le site internet de l'Institut National d'Etudes Démographiques). Elle est également plus élevée que celle constatée dans le travail de B.LOISELET-DOULCET [4] (1,57 enfant par femme généraliste) mais la population de médecins qui y était étudiée était plus jeune (cf. chapitre 5.2.5). Elle est quasi-identique aux résultats M. PICHON-PAWELSKI dans son travail de 2007 [51].

Il est intéressant de noter que les médecins auraient souhaité plus d'enfants que ceux qu'elles ont effectivement eus. Dans l'étude de E.LARROCHE-VILLENEUVE de 1996 [58], 1/3 des femmes médecins avaient déclaré avoir limité le nombre d'enfants devant l'absence d'indemnités journalières et pour le maintien de la patientèle.

De ce fait, la majorité des femmes des deux groupes étudiés dans le cadre de notre travail préfèrent (ou ont préféré) programmer leur grossesse pendant l'internat. En réponse libre (annexe 8), une interne décrit notamment le « cadre légal assez bien défini » de l'internat permettant de « construire sereinement » une vie familiale.

- **Une grande satisfaction quant à l'exercice médical :**

Il est rassurant de constater que la grande majorité des médecins est globalement satisfaite de son exercice professionnel. Nos résultats concordent avec ceux de E.FRANK [59] (satisfaction générale de 84%, pas de volonté de modification d'exercice pour 69%) et de B.LOISELET-DOULCET [4] (pas de volonté de modification d'exercice pour 70,23%, tous sexes confondus). Leur satisfaction est maximale quant à la relation avec les patients, et est minimale quant à la leur situation financière.

L'ensemble des autres résultats de notre travail est en cohérence avec la littérature.
--

5.3 Un décalage qui peut être un frein à l'installation des jeunes femmes généralistes en milieu libéral :

Parmi les 22 médecins qui ont répondu dans le cadre de notre travail que le métier n'était pas en accord avec ce qu'elles en attendaient internes (ou résidentes), 5 ont répondu qu'elles idéalisait trop l'exercice libéral de la médecine générale avant de s'installer.

Cette différence entre les attentes et la réalité a également été constatée par l'URML RA en 2004 (40% des médecins hommes et femmes interrogés ressentaient un décalage entre leurs aspirations initiales et la réalité) [16].

- **Les difficultés de mise en application d'une organisation professionnelle « idéale » souhaitée par les internes peut être un premier frein à l'installation des jeunes généralistes.**

En effet les internes interrogées recherchent un confort maximal pour leur exercice professionnel.

Dans le paysage actuel des soins primaires, peu de structures peuvent répondre à leurs attentes. L'exercice en groupe requiert de larges locaux professionnels et l'organisation de « maisons médicales » ; l'exercice mixte souhaité requiert l'existence de vacations hospitalières ou d'enseignements, de statuts de coordinateurs en services de médecine, de modules de formation des paramédicaux, d'activités de 'consulting' et de conseil [33]. Et ces postes et structures sont en nombres largement insuffisants pour pouvoir accommoder les souhaits des étudiantes pour l'instant !

De plus, cette volonté d'organisation a un coût financier non négligeable. Ceci peut expliquer les conditions d'exercice constatées chez certaines généralistes installées interrogées dans le cadre de notre travail. Rares sont les internes qui ont été confrontées aux problématiques de la gestion financière d'un cabinet médical libéral.

- **La crainte 'surdimensionnée' de certaines difficultés, qui sont moins constatées dans la réalité des généralistes installées, peut être un deuxième frein à l'installation des jeunes.**

Tous les domaines étudiés dans notre travail quant aux difficultés de l'exercice professionnel ont retrouvé des différences significatives entre les craintes des internes et la réalité des généralistes installées. Il s'agissait notamment de la charge horaire, de la charge administrative, de la possibilité d'un épisode de 'burn-out', mais également des difficultés rencontrées dans le cadre des gardes.

En réponse libre, l'une d'elle ajoutait « ca va être difficile mais on n'a pas le choix ! ».

Dans le cadre de leur vie privée, ces internes craignent également de nombreuses difficultés : difficulté quant à la garde de leurs enfants, difficulté quant aux congés maternité, et surtout difficulté de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale.

Ces craintes peuvent facilement rendre l'installation peu désirable pour ces jeunes médecins.

Notons que le taux de médecins ressentant des difficultés quant aux gardes dans notre travail est inférieur aux 36% constatés par E.LARROCHE-VILLENEUVE en 1996 [58]. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette dernière étude incluait les remplaçants, qui peuvent être soumis à de plus grandes difficultés inhérentes à leur mobilité : en effet ils connaissent moins les secteurs de garde et leurs spécificités (réseau médical, routes...) que les médecins installés.

Les femmes médecins, étudiantes ou installées, sont donc semblables à toutes les femmes qui travaillent : tiraillées entre une profession qu'elles aiment mais source de contraintes parfois importantes, et un rôle familial traditionnel au sein de leurs familles et auprès de leurs enfants.

- **La crainte des difficultés quant au congé maternité en milieu libéral :**

Les internes ont certes une bonne évaluation des difficultés financières susceptibles d'être rencontrées pendant le congé (en comparaison avec la réalité des généralistes installées), mais leur opinion est peu tranchée ce qui révèle certainement une grande incertitude par rapport à la question. Pour les médecins, notre constat de difficultés est similaire à celui de E.BRUGGER en 2000 [60]).

Les internes ont une bonne estimation des conditions du congé maternité : il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant à l'âge au premier enfant (qui est similaire aux valeurs trouvées dans d'autres travaux [51]), ni quant à la durée du congé maternité. Mais ce dernier est significativement plus long dans notre travail que dans d'autres (il était par exemple de 8,8 semaines dans l'étude de A.MARTIN de 2008 [61]) : ceci peut s'expliquer par le caractère plus récent de notre travail, mais également par l'échantillon de médecins plus important de celui de A.MARTIN (108 femmes médecins).

Nous suggérons que les jeunes généralistes préfèrent mener leur(s) grossesse(s) à bien dans de moindres difficultés avant l'installation. En pratique, nous pensons que devant le manque général d'information des internes quant aux réalités de l'installation, nombreuses sont celles qui ne sont pas au courant du décret de Juin 2006 qui a aligné le congé maternité des femmes médecins libérales sur celui des femmes médecins salariées.

- **La méconnaissance des aides à l'installation existantes.**

Ce manque d'information les encourage donc peu à franchir le cap de l'installation libérale [50].

5.4 Les jeunes femmes généralistes retardent leur installation en milieu libéral : [11]

- **Elles souhaitent être titulaires de diplômes supplémentaires (DU, DIU, capacités) :**

En effet elles désirent pouvoir 'spécialiser' partiellement leur exercice professionnel.

Dans notre travail les internes et les généralistes installées sont nombreuses à être (ou souhaiter être) titulaires de capacités, DU (Diplôme d'Université), et DIU (Diplôme Inter-Universitaire). Les généralistes sont nombreuses à pratiquer un MEP (Mode d'Exercice Particulier) type homéopathie et / ou acupuncture, et les internes à avoir (ou souhaiter) une formation complémentaire en gynécologie et contraception (cf. annexe 5).

L'obtention de ces diplômes peut prolonger la durée des études et retarder l'arrivée des ces médecins sur le marché du travail [33].

- **Elles retardent leur thèse de médecine :**

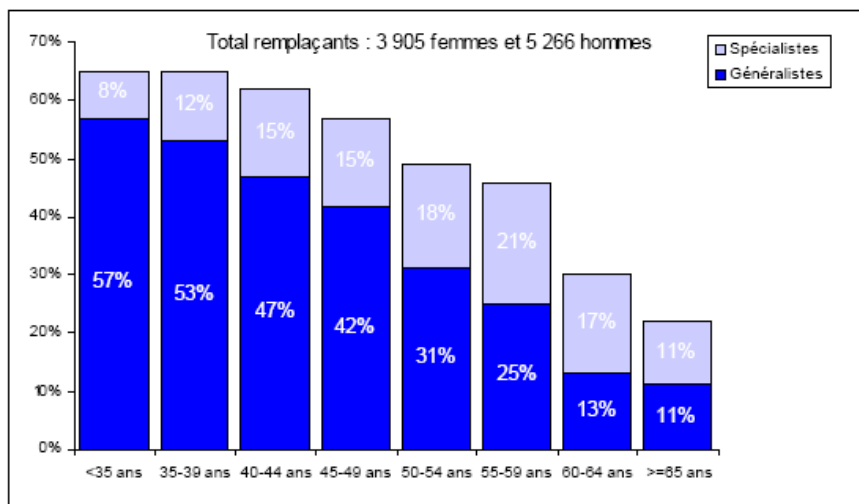
La grande majorité des soutenances universitaires s'effectue entre 28 et 32 ans, puis encore parfois jusqu'à l'âge de 34 ou 36 ans ! Les remplacements libéraux étant permis pendant 5 ans avant l'obtention de la thèse, certaines prolongent la période de soutenance pour disposer d'une vie familiale ou de loisirs en parallèle. D'autres préfèrent retarder leur installation effective pour mieux l'appréhender après avoir multiplié les remplacements [33].

- **Elles constituent la majorité des médecins remplaçants en activité :**

Dans notre travail, la large majorité des internes interrogés ont prévu de faire des remplacements avant de s'installer. Ce résultat est concordant avec de nombreux travaux traitant du sujet, notamment l'étude de l'URML RA de 2005 [62], qui constatait un taux de 89%.

Source CNOM 2008: proportion de femmes remplaçantes [63]

Proportion de femmes, **remplaçantes**, selon l'âge et la répartition généraliste/spécialiste de chaque tranche d'âge



D'après le schéma suivant, 57% des médecins de moins de 35 ans qui effectuent des remplacements en médecine générale sont des femmes. L'activité intermittente, voire l'absence temporaire d'activité, touche donc d'avantage les jeunes femmes généralistes. L'augmentation du taux de féminisation en médecine générale s'accompagne d'une forte précarité de l'activité féminine en début d'activité, avec absence de revenu régulier [27].

- **Elles préfèrent faire des enfants avant de s'installer :**

La majorité des internes dans notre travail préfèrent envisager une (des) grossesse(s) avant l'installation plutôt qu'après, et les médecins installées sont majoritaires à déclarer leurs grossesses avant l'installation (résultat superposable à celui de E.BRUGGER en 2000 [60]). En effet les jeunes femmes médecins préfèrent pendant la période de maternité un statut de remplaçante ou de salariée. Les remplacements permettent un début d'activité à temps partiel et la conciliation de la vie professionnelle avec le désir d'enfant [64].

5.5 Mais il existe d'autres freins à l'installation des jeunes femmes généralistes, qui peuvent être communs aux médecins des deux sexes:

5.5.1 Les difficultés du cursus médical :

Le cursus médical universitaire français est particulièrement long : aujourd'hui il faut 9 ans pour former un médecin généraliste. La longueur des études produit souvent un retard calendaire par rapport aux autres jeunes de la même génération, qui sont souvent sortis du système scolaire et installés dans la vie active beaucoup plus tôt que les étudiants en médecine. La plupart des étudiants en médecine demeurent très longtemps financièrement dépendants de leurs parents, et doivent attendre la fin de la 6^{ème} année d'étude pour avoir à la fois une idée plus précise de leur devenir professionnel, une localisation géographique pour la suite de leurs études, et un premier salaire permettant une autonomie financière [5].

Les jeunes femmes sont donc souvent contraintes de devoir différer la programmation de leur première grossesse pour le début de l'internat. Elles s'exposent alors aux difficultés liées aux études (garde des enfants pendant les stages, nécessité de mobilité pour les stages dans les hôpitaux périphériques alors qu'il existe une famille à gérer, etc.).

5.5.2 La contrainte que représente la profession du conjoint :

Les femmes médecins sont classiquement conjointes de cadres supérieurs et d'ingénieurs (cf. annexe 7), qui sont parfois soumis à des obligations de mutation, freinant ainsi leur désir d'installation.

De plus, la profession du conjoint joue évidemment dans le choix de la zone d'exercice. En effet, l'exercice dans les zones rurales ou les petites villes peut ainsi être moins souhaité lorsque le conjoint appartient à une catégorie socio - professionnelle élevée et qu'il éprouve plus de difficultés à trouver un emploi correspondant à ses qualifications dans ce type de zone [10, 57].

5.5.3 La modification du statut social du médecin :

Le statut du médecin est en train de changer [10].

D'une part, pour les baby-boomers (nés entre 1945 et 1964), de longues heures de travail étaient importantes pour le statut prestigieux du médecin : plus on travaillait, plus on était médecin. Cette notion de dévotion au travail liée au nombre d'heures travaillées est moins importante pour la nouvelle génération de médecins. Avec leur recherche d'un équilibre entre vie privée et vie professionnelle, les médecins ne sont plus des êtres vénérés et redeviennent simplement des êtres humains [40, 47].

D'autre part, l'arrivée de femmes dans la profession en nombre important a malheureusement également des répercussions sur le prestige du métier. Comme le déclarait Carol Black, la présidente du Royal College of Physicians, en 2004 : « *les nombres croissants de femmes médecins pourrait être responsable d'une baisse de prestige de la profession.* » [19, 65] Dans ce cas, la régression du statut du médecin serait plutôt le reflet de la persistance d'un statut inégal de la femme dans nos sociétés, ce qui va bien au-delà d'une réflexion sur la pratique médicale elle-même [10, 17].

Le mode d'exercice, fréquent chez les femmes comme nous avons pu le constater, qui consiste à se réserver ½ ou 1 journée de liberté, à s'associer, à travailler à temps partiel, peut apparaître comme une menace en contribuant à banaliser le métier : que les médecins s'organisent pour vivre « comme tout le monde » est considéré par un certain nombre d'entre eux comme l'indice d'une baisse de prestige [66].

De surcroît, les médecins dans leur ensemble sont surveillés, voire déconsidérés par les médias.

Le statut dévalorisé du médecin généraliste est en tout état de cause bien perçu par les internes en médecine générale [54], et contribue pleinement aux modifications de choix de vie et d'exercice de nombreux praticiens (réduction du « temps médical ») [4].

5.5.4 La mutation de la relation médecin malade :

Via les nouvelles technologies de l'information et de la communication, la relation médecin malade change. Cette mutation engendre auto-information, autodiagnostic, et argumentations diffuses plus ou moins justifiées. Le patient d'aujourd'hui demande à être impliqué dans le choix et la décision du médecin, et la relation médecin malade devient plus équitable.

Mais ces vingt dernières années ont également vu l'apparition d'une « consommation » médicale et d'un patient montrant moins de confiance envers son médecin, exigeant plus de disponibilité et un degré élevé de performance adapté à ses seuls besoins [9, 17].

Cette exigence était bien ressentie chez les deux groupes en réponses libres dans notre travail (cf. annexes 8 et 9).

5.5.5 Les pressions des pouvoirs publics et de l'assurance maladie :

Ces pressions et le manque croissant de liberté qui en découle sont largement constatés par les médecins, comme l'a montré notre travail.

Dans plusieurs travaux récents [61], les médecins généralistes font part de leurs difficultés pratiques : trop de paperasserie, de surcharge administrative, trop de recommandations dans la pratique arrêtant l'initiative et l'individualité de la relation avec le patient, perte de l'autonomie professionnelle, amplitude horaire de travail trop importante... Dans notre travail, près de la moitié des médecins interrogés notaient des difficultés dans ces mêmes domaines.

Pour les généralistes libéraux installés, hommes et femmes, et surtout pour les plus jeunes générations, le « temps médical » consacré à l'activité professionnelle tend à diminuer en raison de l'augmentation des charges et de la paperasse administratives [67].

Les lois sont de plus en plus nombreuses et font craindre les erreurs et les conséquences médico-légales (Code de Santé Publique, Code de Déontologie médicale, références médicales opposables, etc.). L'augmentation des contrôles, illustrée par la multiplication des recommandations, entraîne un sentiment de réduction de l'autonomie médicale [17].

Et dans le contexte actuel de la modification des relations avec les patients, on constate une augmentation des problèmes de responsabilité juridique, avec multiplication des litiges et procès.

De ce fait, la responsabilité médico-légale arrive en premier dans la liste hiérarchisée des « risques du métier » de certaines études [4, 17], et dans notre travail les médecins sont nombreux à préciser que celle-ci est une difficulté du métier. Cette situation peut malheureusement induire une stratégie de « médecine défensive », d'identification et de prévention des erreurs potentielles, qui élève les coûts de santé et fausse la relation médecin-malade.

Ces pressions sont également constatées par les internes : d'après le travail de l'URML RA de 2005 [54], « si les recommandations des autorités sont acceptées comme outils de la pratique par les internes, toute régulation coercitive est mal vécue ».

5.6 Pistes de réflexion : Comment encourager les jeunes femmes généralistes à s'installer en milieu libéral ?

5.6.1 Modifier le cursus médical universitaire :

- **Intégrer le phénomène de féminisation au calcul du numéris clausus annuel :**

En France, les études médicales sont sous le contrôle complet de l'Etat, tout comme le numéris clausus qui marque la barrière entre la première et la deuxième année du cursus médical.

En pratique donc, les autorités ont tous les moyens nécessaires à la modification du nombre de médecins en exercice ; la réalité est cependant plus nuancée du fait d'une résistance au changement et surtout d'un manque d'information [34]. Le numéris clausus a certes été augmenté depuis le début des années 2000, puisque les pouvoirs publics l'ont progressivement fait passer de 4000 à 7400 étudiants entre 2004 et 2009 [68]. Mais depuis 2009, le nombre d'étudiants admis en seconde année de médecine est resté à 7400.

Les projections démographiques qui serviront de base à la planification du système de santé français pour les années à venir n'ont de sens que si les particularités de l'exercice médical au féminin sont intégrées dans les modèles projectifs [16].

D'après le Dr KAHN-BENSAUDE, vice-présidente du CNOM : « *La féminisation de la médecine est sans aucun doute le moteur du changement auquel on assiste depuis quelques années. C'est en effet sous l'impulsion des femmes que les médecins, dans leur globalité, revendiquent aujourd'hui une meilleure qualité de vie. Cela va nous obliger à changer radicalement l'organisation des soins, à favoriser le temps partiel, à encourager la création de « maisons de santé ». Il faudra aussi tenir compte des particularités de l'exercice au féminin pour revoir certaines questions (sur le temps médical par personne, sur les spécialités, etc...), afin que l'offre de soins, en France, reste satisfaisante. Et je ne vois pas comment on pourrait y arriver sans ré-augmenter le numéris clausus pour le fixer à 8000.* »

Le constat est international : il faudra former plus de médecins.

Et cette nécessité est largement connue des internes et des médecins interrogés dans notre travail, comme le montre leurs réponses libres (cf. annexes 8 et 9).

- **Poursuivre la modification de la formation médicale universitaire :**

Il y a nécessité d'un changement dans la culture académique et dans la manière de penser. En effet, les postes haut-placés en médecine hospitalo-universitaire sont souvent tenus par des hommes qui planifient donc les études médicales et les conditions d'emploi au sein du système de santé selon leurs attentes et exigences. Aujourd'hui il nous paraît primordial d'ajuster ces décisions aux changements du style de vie des jeunes médecins [19, 53].

Une filière universitaire de médecine générale était déjà vivement proposée dans le travail de N.BAUDE et A.FLACHER de 2007 concernant les soins primaire [52]. Ils proposaient la création de services universitaires de médecine générale ambulatoire (SUMGA), qui accueilleraient les étudiants en médecine dès le deuxième cycle des études médicales, avant toute orientation de carrière au moment de l'Examen Classant National (ECN). En effet, plusieurs études ont montré que le contact et l'expérience précoces en soins primaires influençaient significativement les projets professionnels des étudiants [11, 53, 68].

En France, nous en sommes pour l'instant aux prémices de la mise en place d'un tel stage ambulatoire en médecine générale lors de l'externat puisque celui-ci a été instauré début 2010. L'impact d'un tel stage sur les vocations des externes est donc impossible à évaluer pour l'instant, mais nous sommes confiants que l'apprentissage précoce de la médecine ambulatoire rassurera les étudiants quant aux conditions d'exercice réelles.

Les internes sont eux-mêmes de plus en plus demandeurs d'une formation en structure libérale : d'après l'enquête de l'URML RA de 2005 [62], la démarche était plébiscitée par plus de 70% des internes interrogés, quelle que soit leur ancienneté. Espérons qu'une telle démarche pourra encourager l'installation des jeunes : l'étude de 2007 de N.BAUDE et A.FLACHER montrait que 26,4% des femmes déploraient le manque d'expérience professionnelle pour envisager une installation rapide [52].

- **Insister sur l'importance de l'accompagnement (ou compagnonnage) au cours de la formation médicale:**

Ce concept et son importance sont fréquemment mentionnés dans les études anglo-saxonnes, mais très rarement dans les études françaises [7, 10, 11, 19, 23, 45, 46, 69].

Bien sûr, il n'est ici pas question d'imitation simple et d'application de techniques pratiques sans réflexion, mais de compagnonnage au sens plus littéral du terme: l'association de l'apprentissage de compétences techniques et d'une formation morale et éthique dans le cadre spécifique de la médecine [70]. L'absence de « modèles » féminins hospitalo-universitaires de réussite professionnelle est flagrante en France. Prenons pour exemple le CHU de Grenoble, qui ne compte que neuf femmes professeurs des universités (sur 105 postes !), et dont seulement quatre d'entre elles sont cliniciennes [12, 69].

Nous suggérons le développement de cette technique d'encouragement dont le but est le développement optimal d'une carrière médicale.

5.6.2 Modifier l'aide présente à l'échelon individuel :

- **Aide à la maternité :**

Il est essentiel de faciliter les grossesses pendant l'internat puisque cette période correspond à l'âge auquel les jeunes femmes médecins ressentent souvent un désir de grossesse. Le statut de l'interne enceinte est d'ailleurs au centre des préoccupations de nombreuses associations d'internes.

Il serait également intéressant de permettre la prolongation de la durée de validité des licences de remplacement pour prendre en compte la maternité.

Pour les femmes médecins libérales, le congé maternité a enfin été aligné sur celui des salariées depuis le décret de Juin 2006 (cf. annexe 10).

Malheureusement, cette couverture maternité reste insuffisante : les indemnités versées ne suffisent souvent pas à faire vivre la femme médecin et à maintenir l'équilibre d'un cabinet comportant des frais professionnels fixes (surtout lors d'un début d'activité professionnelle). Cette réalité pour les grossesses normales devient potentiellement préjudiciable en cas de grossesse pathologique.

Les jeunes médecins avec projet de maternité risquent donc de ne s'installer que si elles trouvent des solutions organisationnelles et financières à ces difficultés [64].

- **Aides à la garde des enfants :**

Le manque de structure de garde adéquate, avec des horaires d'ouverture adaptés aux horaires d'un cabinet médical, est fréquemment noté dans les études concernant la féminisation de la profession médicale [11]. Dans notre travail les internes craignaient plus de difficultés pour la garde de leurs enfants que ce qui avait été constaté par les médecins installés. Par contre les difficultés liées à incompatibilité d'horaires étaient à la fois craintes et constatées par la grande majorité des femmes des deux groupes.

L'aide au financement de la garde des enfants doit également être encouragée si l'on veut faciliter l'installation des jeunes femmes médecins [11].

5.6.3 Modifier le système de soins français pour favoriser l'installation libérale des jeunes médecins généralistes des deux sexes:

La médecine générale, ou médecine de soins primaires, a été construite sur le principe de l'exercice isolé de la médecine et sur la sacralisation de la thérapeutique au détriment de la prévention. Aujourd'hui, cette médecine est confrontée à une mutation qui, bien qu'annoncée depuis une trentaine d'années, n'est jamais jusqu'alors parvenue à se concrétiser. La prévention arrive au cœur de l'activité en soins primaires [9, 41].

- **Inciter les médecins à s'installer avec des mesures déjà proposées pour remédier aux difficultés observées dans les zones périurbaines et rurales :**

La prime à l'installation, la diminution de la taxe professionnelle et des diverses charges sociales et fiscales pesant sur les médecins libéraux, sont les outils 'de base' pour encourager toute installation libérale [67]. Nous pouvons également proposer la mise à disposition d'un local professionnel, d'un secrétariat temps plein et l'autorisation d'honoraires plus élevés et remboursés.

- **Réorganiser le travail du médecin afin de gagner du temps médical :**

Le but est de faciliter la vie professionnelle du médecin, de réduire sa charge quotidienne de travail, et d'améliorer sa vie sociale et professionnelle. En ce sens les propositions du rapport de 2004 du CNOM nous paraissent pertinentes et nous choisissons de reprendre certaines d'entre elles ci-dessous [33] :

1) Réduire autant que possible la visite au domicile du patient en la limitant aux urgences authentiques et aux patients dans l'impossibilité de se déplacer.

2) Développer l'activité médicale en cabinet de groupe et en maisons médicales :

L'exercice collectif est à l'honneur pour favoriser la coordination des soins, pour améliorer l'efficacité du système de santé et pour répondre aux aspirations professionnelles des nouveaux praticiens [9].

Ces structures pourraient en effet offrir à la fois un statut de salarié, la possibilité d'aménagement des horaires de travail, la possibilité de travailler en équipes multidisciplinaires, et de maintenir un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée [52]. Notons que l'exercice professionnel en groupe est théoriquement favorisé depuis 2006 par le FAQSV (Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville), devenu secondairement le FIQSV (Fond d'Intervention à la Qualité des Soins de Ville), et que l'aide à l'installation de maisons de santé pluridisciplinaires est annoncée comme une priorité d'action des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

3) Constituer des réseaux locaux de santé entre les généralistes pour rompre l'isolement des médecins.

4) Créer des passerelles entre les disciplines pour faciliter la réorientation en cours de vie professionnelle en fonction de l'évolution de la médecine et des impératifs individuels.

5) Favoriser le statut de collaborateur libéral pour aider les jeunes à entrer dans la vie active et faciliter les départs à la retraite.

6) Aménager les conditions de remplacements et le statut du médecin remplaçant :

Un des objectifs serait ainsi de permettre les remplacements longs et réguliers des femmes installées (notamment enceintes), pouvant souhaiter de se faire remplacer régulièrement mais ponctuellement tout en continuant leur activité.

- **Revaloriser l'image de la médecine générale et reprendre les principes fondamentaux des soins primaires :**

Cette proposition n'est pas spécifique à l'installation des femmes généralistes, mais elle nous paraît essentielle à tout travail portant sur l'exercice en soins primaires !

La carré de White de 1961 présenté ci-dessous est une représentation graphique de l'écologie des soins de santé, tirée d'études statistiques anglaises et américaines et publiée dans le prestigieux *New England Journal of Medicine* qui en a confirmé les grandes proportions encore en 2001 [71].

Carré de White (selon WHITE KL, WILLIAMS TF, GREENBERG BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961; 265: 885-892)

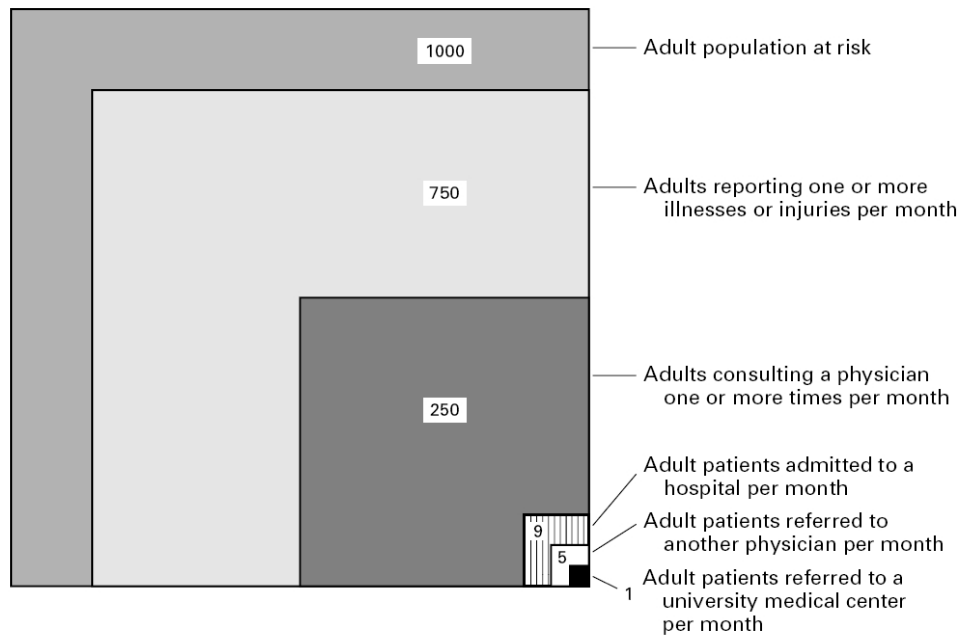


Figure 1. Monthly Prevalence Estimates of Illness in the Community and the Roles of Physicians, Hospitals, and University Medical Centers in the Provision of Medical Care.

Data are for persons 16 years of age and older. Reprinted from the 1961 report by White et al.¹

Ce schéma suggère que dans une population de 1000 adultes exposés à un risque, durant un mois « moyen », 750 d'entre eux rapportent un trouble de santé, 250 consultent un médecin, 9 sont hospitalisés, 5 sont adressés à un autre médecin et 1 seul est référé à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) [71].

Ceci met en évidence de manière simplissime la fonction première de la médecine générale : la gestion des soins de première lignes, ou soins primaires.

Cette première ligne de soin est donc fondamentale au bon fonctionnement des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} lignes, et donc au bon fonctionnement du CHU. À plus large échelle, elle est indispensable au bon fonctionnement d'un système de santé.

CONCLUSION

6 CONCLUSION

La féminisation de la profession médicale est déjà entrée dans les faits et constitue une réalité incontournable pour les décennies à venir. Au vu de la littérature, nous constatons qu'elle représente un enrichissement de la prise en charge médicale des patients en soins primaires, et qu'elle est la source d'une nouvelle organisation des pratiques professionnelles pour les médecins généralistes. Pour en bénéficier pleinement et en anticiper l'impact, la prise en considération des aspirations des futures femmes généralistes est primordiale. Nous avons donc réalisé une étude prospective quantitative composée de deux enquêtes transversales. Nos objectifs étaient de décrire et d'analyser l'exercice libéral de la médecine générale chez les femmes généralistes en Isère aujourd'hui, et de le comparer aux attentes des femmes internes en médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble.

Notre travail permet de mettre en évidence des volontés d'installation chez les internes souvent différentes des pratiques constatées par les médecins. La future généraliste souhaite s'installer en zone semi-rurale voire rurale, travailler en association, et pratiquer une médecine à la fois mixte libérale et salariée. Elle se prépare à travailler plus d'un quart de journée de plus que la femme généraliste actuellement installée, avec des consultations plus longues et plus nombreuses par jour. Elle ne souhaite pas déléguer la permanence des soins à d'autres structures et compte largement participer aux gardes de secteur, mais plutôt en semaine et à une fréquence moindre que celle constatée par les généralistes installées. Elle s'attend de manière générale à plus de difficultés quant à son exercice médical, quotidien comme en garde. Elle craint un manque d'équilibre entre sa vie privée et sa vie professionnelle, mais privilégiera plutôt sa vie privée si toutefois elle a des arbitrages à faire.

Nous avons également constaté plusieurs points communs entre les deux groupes: l'importance de la proximité avec les correspondants médicaux et paramédicaux pour pouvoir permettre une organisation en réseau, et la nécessité d'être disponible pour les patients (avec la pratique de visites au domicile et du travail le samedi matin notamment). Les motivations pour l'exercice de la médecine libérale sont similaires, avec une importance capitale accordée à la relation interhumaine, puis secondairement à l'épanouissement intellectuel. La femme généraliste installée est globalement satisfaite de son exercice professionnel, et « ne changerait rien » si c'était à refaire.

Les différences constatées dans notre travail sont un frein à l'installation des jeunes généralistes, qui déplorent un manque d'expérience professionnelle pour envisager une installation rapide et prolongent souvent leur activité de remplaçante. Mais d'autres freins à l'installation existent : la modification de la relation médecin-malade avec l'apparition d'un patient « consommateur » de soins et exigeant, les pressions des pouvoirs publics et de l'assurance maladie. Le cursus médical universitaire reste long et difficile, et la modification du statut social du médecin généraliste va nécessiter une réelle revalorisation de la profession.

Dans les années à venir, la France (comme les autres pays européens) va devoir faire face à une pénurie médicale – notamment de médecins généralistes – avec le départ à la retraite de toute une génération de médecins. Pour attirer les médecins généralistes – et surtout les femmes – et les accompagner dans leur choix de carrière, des efforts seront à réaliser à plusieurs niveaux : augmenter le numérus clausus pour y inclure le phénomène de féminisation, et poursuivre la modification de la formation médicale universitaire afin de fournir un contact précoce et une expérience en soins primaires aux étudiants. L'accompagnement des étudiantes au cours de leur formation médicale, et l'aide à la maternité et à la garde des enfants permettront de faciliter le choix et l'organisation de l'activité professionnelle. A l'échelle du système de soins, il nous paraît également important d'aménager les conditions de remplacements pour permettre une aide régulière et potentiellement de longue durée, et de continuer de développer l'activité médicale en cabinet de groupe (largement plébiscité par les médecins en formation).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 24/11/2011

LE DOYEN

Professeur Jean-Paul ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE

Professeur Mireille MOUSSEAU



BIBLIOGRAPHIE

1. DUCLOUX M, COHEN BF. Dix-neuvième Jeudi de l'Ordre. Les filles d'Hippocrate : quand la médecine se féminise. Ordre National des Médecins 2003.
2. WOERTHER A. La féminisation de la médecine générale en Lorraine: Enquête auprès des résidents de la Faculté de Médecine de Nancy en 2005. Thèse Méd., Fac. De Méd. De Nancy, 2005, n°104.
3. YVON B, LEHR-DRYLEWICZ AM, BERTRAND P. Féminisation de la médecine générale: faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine 2007; 3(2): 83-88.
4. LOISELET-DOULCET B. La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la Faculté de Brest de 1990 à 1995. Thèse Méd., Univ. De Bretagne Occidentale, Fac. De Méd. De Brest, 2008.
5. DIVAY S. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes. Colloque international du CLERSE, Nov. 2006, Lille. Quelle égalité entre les hommes et les femmes ? halshs-00270563, version 1-6, 2008.
6. SAINT-LEGER I. Femmes médecins généralistes libérales du Finistère en 2005. Conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée. Thèse Méd., Univ. De Brest, Fac. De Méd., 2005, n°2905017.
7. PAIK JE, BLUMENTHAL SJ, WYNN R, JONES VA, BICKEL J. The Feminization of Medicine. JAMA 2000; 283(5): 666-671.
8. HARDY-DUBERNET AC. Femmes en médecine: vers un nouveau partage des professions? RFAS 2005; 1: 35-58.
9. MOUTET F. La féminisation des effectifs chirurgicaux. Presses Universitaires de Grenoble 2010.
10. LEVINSON W, LURIE N. When most doctors are women: what lies ahead? Ann Intern Med. 2004; 141: 471-474.
11. BUDDEBERG-FISCHER B, STAMM M. The medical profession and young physicians' lifestyles in flux: challenges for specialty training and health care delivery systems. Swiss Med Wkly. 2010; 140: w13134.
12. FOX G, SCHWARTZ A, HART K. Work-family balance and academic advancement in medical schools. Acad. Psychiatry 2006; 30(3): 227-234.
13. KAHN-BENSAUDE I. La féminisation : une chance à saisir. Rapport du Conseil National de l'ordre des médecins 2005.
14. LAPEYRE N, LE FEUVRE N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. RFAS 2005; 1: 59-81.
15. C.N.O.M. La démographie médicale au 1er janvier 2006.
16. U.R.M.L. R.A. Trois études sur la féminisation de la profession médicale. CAREPS 2005.
17. GALLOIS P, VALLEE JP, LeNOC Y. Médecine générale en crise: faits et questions. Médecine 2006: 223-228.
18. PAICHELER G. Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? in AIACH P, CEBE D, CRESSON G, PHILPPE C (eds). Femmes et hommes dans le champ de la santé, Rennes, ENSP.
19. REICHENBACH L, BROWN H. Gender and academic medicine: impact on the health workforce. BMJ 2004; 329: 792-795.

20. KILMINSTER S, DOWNES J, GOUGH B, MURDOCH-EATON D, ROBERTS T. Women in medicine – is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Medical Education* 2007; 41: 39-49.
21. HERAULT D, LABARTHE G. Les étudiants en médecine. *DREES Etudes et résultats* 2003; 244.
22. DRASS. Les affectations en Ile-de-France après l'Examen Classant National en 2007. *STAT'IF* 2007; 24.
23. ALLEN I. Women doctors and their careers: what now? *BMJ* 2005; 331: 369-372.
24. TELJEUR C, O'DOWD T. The feminisation of general practice – crises or business as usual? *The Lancet* Oct 2009; 374: 1147.
25. LORANT V, ARTOISENET C. La féminisation des études et de l'activité médicale. *Louvain Médical* 2004; 123 :S342-S347.
26. VAN DER VELDEN LF, HINGSTMAN L, HEILIGERS PJ, HANSEN J. Increasing number of women in medicine: past, present and future. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2008; 152(40): 2165-71.
27. C.N.O.M. La démographie médicale française au 1^{er} janvier 2005; étude n°38.
28. COUFFINHAL A, MOUSQUÈS J. La démographie médicale française : état des lieux. *CREDES, Bulletin d'information en économie de la santé* 2001; 44.
29. BESSIERE S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *RFAS* 2005; 1: 19-33.
30. 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* 2004; n°352.
31. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. *DREES Etudes et Résultats* 2009; n° 679.
32. ROTH-HEITZ N. L'art de pratiquer la médecine générale évolue-t-il avec la féminisation de la profession ? *Revue de la littérature française et étrangère, enquête bas-rhinoise. Thèse Méd., Univ. Louis Pasteur, Fac. De Méd. De Strasbourg, 2003, n°36.*
33. MORNAT J, VIGUIER M, CERRUTI FR, LAGARDE G, LANGE J. L'exercice médical à l'horizon 2020. *Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 19/06/2004.*
34. DOAN BD, LEVY D, PAVOT J. Demographic forecasts of medical workforce supply in France (2000-2050). What numerus clauses for what future? *Cah Sociol Demogr Med.* 2004; 44(1): 101-148.
35. 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 en Ile-et-Vilaine. *Thèse Méd., Univ. De Rennes I, Fac. De Méd. De Rennes, 2002, n°40.*
36. WEIZBLIT N, NOBLE J, BAERLOCHER MO. The feminisation of Canadian medicine and its impact upon doctor productivity. *Medical Education* 2009; 43: 442-448.
37. MCKINSTRY B, COLTHART I, ELLIOTT K, HUNTER C. The feminization of the medical work force, implications for Scottish primary care: a survey of Scottish general practitioners. *BMC Health Services Research* 2006; 6: 56.
38. REED V, BUDDENBERG-FISCHER B. Career obstacles for women in medicine: an overview. *Med Educ* 2001; 35(2): 139-147.

39. HEILIGERS PJM, HINGSTMAN L. Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med* 2000; 50 (9): 1235-1246.
40. JOVIC E, WALLACE JE, LEMAIRE J. The generation and gender shifts in medicine: an exploratory survey of internal medicine physicians. *BMC Health Services Research* 2006; 6: 55.
41. MATHIEU P, MORTAS D. Le médecin généraliste dans la société : place de la femme médecin. Etude qualitative de sept focus groups de patients du bassin vizillois (Isère). Thèse Méd., Univ. Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble, 20011.
42. CHESNEAU S. La féminisation de la médecine générale : conséquences et apports. Thèse Méd., Univ. De Rennes I, Fac. Mixte de Médecine et Pharmacie de Rouen, 2004, n°20.
43. GRAY SF. Women in medicine: Doctors of both sexes are seeking balance between life and work. *BMJ* 2004; 329: 742-743.
44. JONES L, FISHER T. Workforce trend in general practice in the UK; results from a longitudinal study of doctors' careers. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 134-136.
45. LAMBERT EM, HOLMBOE ES. The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. *Acad Med* 2005; 80(9): 797-802
46. BUDDEBERG-FISCHER B, STAMM M, BUDDEBERG C, BAUER G, HAMMIG O. The impact of gender and parenthood on physicians' careers – professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 40.
47. De JONG JD, HEILIGERS P, GROENEWEGEN PP, HINGSTMAN L. Why are some medical specialists working part-time, while others work full-time? *Health Policy* 2006; 78(2-3): 235-248.
48. BOUET P. Liberté d'installation, liberté d'exercice. Quelle médecine pour quels médecins ? Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 14/06/2003.
49. FAUVET L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. *DREES Etudes et résultats* 2010; n°720.
50. I.S.N.A.R. – I.M.G. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 02/07/2010 - 01/01/2011.
51. PICHON-PAWELSKI M. Etre mère et médecin généraliste : est-ce compatible ? Enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine. Thèse Méd., Univ. Henri Pointcaré, Fac. De Méd. De Nancy 1, 2007.
52. BAUDE N, FLACHER A, BOSSON JL, MARCHAND O. Soins primaires: crise et dynamique d'avenir. Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. *Médecine* 2008: 135-140.
53. MAIOROVA T, STEVENS F, VAN DER ZEE J, BOODE B, SCHERPBIER A. Shortage in general practice despite the feminisation of the medical workforce: a seeming paradox? A cohort study. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 262.
54. U.R.M.L. R.A. Etude de la mutation de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. *CAREPS* 2005; rapport n° 488.
55. YEM-TARANTINI AM. Enquête sur les conditions d'exercice des médecins femmes en Isère : Septembre 2003-Juin 2004. Association médecins femmes de l'Isère.

56. LENORMAND-DESASY J. L'impact de la féminisation de la médecine générale dans la relation médecin-malade. Approche qualitative. Thèse Méd., Univ. De Montpellier I, UFR de Médecine, 2006, n°108003841.
57. BREUIL-GENIER P, SICART D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. DREES, Etudes et résultats 2005; 430.
58. LARROCHE-VILLENEUVE E. Les pratiques professionnelles, le cursus et le vécu familial des médecins généralistes : particularités masculines et féminines. A propos de 2 enquêtes menées auprès de médecins généralistes installés en libéral et de remplaçants, en Ile de France. Thèse Méd., Univ. Paris XII Val de Marne, Fac. De Méd. Créteil, 1996, n°1094.
59. FRANK E, McMURRAY JE, LINZER M, ELON L. Career satisfaction of US women physicians. Arch Intern Med. 1999; 159: 1417-1426.
60. BRUGGER E. Féminisation du corps médical : enquête auprès des femmes médecins généralistes du Bas-Rhin. Thèse Méd., Univ. Louis Pasteur, Fac. De Méd. Strasbourg, 2000, n°86.
61. MARTIN A, TROMBERT-PAVIOT B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine 2008: 89-93.
62. U.R.M.L. R.A. Le livre blanc des internes 2005; n°23.
63. FRETILLERE E. La démographie médicale, Les aspirations des jeunes médecins. MSPD, Conseil Régional de l'ordre des Médecins d'Aquitaine, CDOM 47.
64. site internet www.ameli.fr
65. HEATH I. Women in medicine: continuing unequal status of women may reduce the influence of the profession. BMJ 2004; 329: 412-413.
66. CACOUAULT-BITAUD M. La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? Travail ! genre et sociétés 2001; 1(5): 91-115.
67. AMBROISE-THOMAS P. La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre des soins sur l'ensemble du territoire national. Bull. Acad. National Méd. 2009.
68. LEFEVRE JH, KARILA L, KERNEIS S, FIESSINGER JN, ROUPRET M. Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. Résultats d'une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1870 externes français. La Presse Médicale 2010; 39(3): e58-e65.
69. RISBERG G, HAMBERG K, JOHANSSON EE. Gender awareness among physicians – the effect of specialty and gender. A study of teachers at a Swedish medical school. BMC Med Education 2003; 3: 8.
70. P.OPINEL. Compagnonnage et médecine. DU d'éthique médicale 2003.
<http://www.2em.org/memoire/OPINELPierre-Compagnonnage%20et%20medecine.pdf>
71. GIET D. Les grands défis à relever en médecine générale. La Revue de la Médecine générale 2008; 252: 154-156.
72. site internet www.mgfrance.org

ANNEXES

Annexe 1

La lettre d'appel à participation pour les internes :

Bonjour à tous,

Dans le cadre de mon travail de thèse, j'ai besoin de la participation des **étudiantES** internes en médecine générale sur Grenoble.

Voici un bref récapitulatif de mon travail :

- *Mon sujet de thèse:*

"La féminisation de la médecine générale en pratique en Isère: du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité."

- *L'hypothèse de recherche:*

De manière générale, les étudiantes en médecine générale appréhendent plus le milieu libéral que le milieu salarié; en effet, elles craignent l'empiètement de leur vie professionnelle sur leur vie privée. De ce fait, les attentes des étudiantes en médecine générale ne sont pas toujours en accord avec les réalités du terrain professionnel.

- *La question de recherche:*

Si différence il y a entre attentes des internes et réalité des femmes généralistes installées: est-ce un frein à l'installation des jeunes médecins ?
(d'après la démographie médicale d'aujourd'hui, c'est une question d'actualité!)

- *La méthode:*

Comparer les attentes des étudiantes internes en médecine générale sur Grenoble et la réalité des femmes médecins généralistes installées en Isère.

Merci de prendre quelques minutes pour remplir le questionnaire sur :

<http://celineboyoudghidossi.netau.net/> puis cliquer sur "internes/" et c'est parti!

Pour celles qui souhaitent être tenues au courant des résultats de l'étude, merci de me communiquer vos adresses mail.

En vous remerciant d'avance,

Céline Boyoud-Ghidossi

Annexe 2 :

La lettre d'appel à participation pour les médecins (lue lors des entretiens téléphoniques):

« Bonjour,

Je m'appelle Céline Boyoud-Ghidossi, et je suis remplaçante en médecine générale sur Grenoble.

Je travaille actuellement sur ma thèse de médecine, qui concerne la **féminisation de la médecine générale en Isère**.

Un questionnaire est dédié aux étudiantes internes en médecine générale sur Grenoble, un autre aux femmes médecins généralistes installées en Isère. Le but est de comparer les attentes des internes avec la réalité des installées et d'évaluer si la différence entre les deux groupes est un frein à l'installation des jeunes.

Pourriez-vous m'accorder 10-15 minutes pour y répondre ?

Si vous préférez, nous pouvons fixer un rendez-vous téléphonique à un moment qui vous arrange.

Merci beaucoup de votre participation,

Bien cordialement. »

Annexe 3 :
Le questionnaire destiné aux internes :

**La féminisation de la médecine générale
en pratique :**
**Du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre
attentes et réalité.**

Age	ans
Année d'obtention du concours PCEM1	
Année d'internat :	
Envisagez-vous des remplacements avant l'installation ? <i>Si oui :</i> - nombre d'années minimum souhaitées de remplacement :	
- nombre d'années maximum souhaitées de remplacement :	

Caractéristiques de l'exercice médical souhaité :

1) Localisation souhaitée de l'installation : (1 seule réponse possible)

Secteur :	<input type="checkbox"/> urbain <input type="checkbox"/> semi-rural <input type="checkbox"/> rural
-----------	--

Structures indispensable à proximité du cabinet :

Lieu d'habitation :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Commerces :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Lieu de scolarité des enfants :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Lieu de travail du conjoint :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Réseau médical libéral :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Réseau paramédical libéral (IDE, kinésithérapeutes,...) :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Pharmacie :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Laboratoire d'analyses médicales :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Centre de radiologie :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Centre hospitalier :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu

2) Organisation du cabinet : (1 seule réponse possible)

Type d'installation :	<input type="checkbox"/> seule <input type="checkbox"/> en association de médecins généralistes <input type="checkbox"/> en association mixte (paramédicaux, spécialistes,...)
Type d'exercice souhaité :	<input type="checkbox"/> libéral seulement <input type="checkbox"/> mixte <input type="checkbox"/> salarié seulement
Informatisation :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Secrétariat :	<input type="checkbox"/> sur place <input type="checkbox"/> téléphonique <input type="checkbox"/> pas de secrétariat
Entretien du cabinet :	<input type="checkbox"/> assuré par médecin(s) <input type="checkbox"/> femme de ménage <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

Organisation de l'activité médicale :

1) Emploi du temps : (1 seule réponse possible)

Consultations :	<input type="checkbox"/> uniquement sur RDV <input type="checkbox"/> mixte (RDV et plages d'urgences) <input type="checkbox"/> uniquement sans RDV
Combien de demi-journées souhaitez-vous travailler par semaine :	demi-journées
Nombre d'actes quotidiens souhaités :	<input type="checkbox"/> ≤ 15 <input type="checkbox"/> < 15 – 20 ≤ <input type="checkbox"/> < 20 – 25 ≤ <input type="checkbox"/> < 25 – 30 ≤ <input type="checkbox"/> > 30
Durée de la consultation :	<input type="checkbox"/> ≤ 10 min <input type="checkbox"/> < 10 – 20 min ≤ <input type="checkbox"/> < 20 – 30 min ≤ <input type="checkbox"/> > 30 min
Réalisation de visites au domicile :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Volume horaire hebdomadaire prévu pour activités autres que les soins (tâches administratives, FMC,...) :	heures
Nombre de semaines de vacances par an prévues :	

2) Gestion de la continuité des soins en journée :

Utilisation régulière de remplaçants ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Travail le samedi matin ?	<input type="checkbox"/> oui systématiquement <input type="checkbox"/> oui régulièrement <input type="checkbox"/> non
Souhaitez-vous être accessible au téléphone pour vos patients en dehors des heures d'ouverture du cabinet ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

3) Gestion de la permanence des soins :

Participation aux gardes de secteur prévue ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, quand ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> en semaine <input type="checkbox"/> en week-end
Et à quelle fréquence souhaitée ?	<input type="checkbox"/> ≤ 2 / mois <input type="checkbox"/> < 2 – 4 ≤ / mois <input type="checkbox"/> > 4 / mois
Astreintes au domicile ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Régulation centre 15 ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

4) Particularités de l'exercice médical : (plusieurs réponses possibles)

Orientation professionnelle particulière existante ou prévue ?	<input type="checkbox"/> capacité <input type="checkbox"/> DU <input type="checkbox"/> DIU
Si oui, précisez :	
Réalisation de gestes techniques au cabinet :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquels :	<input type="checkbox"/> FCV <input type="checkbox"/> pose/retrait de stérilet <input type="checkbox"/> sutures <input type="checkbox"/> infiltrations <input type="checkbox"/> autres

Evaluation de la balance bénéfices/difficultés attendus de cet exercice médical :

Pensez-vous que vous serez confrontés aux difficultés suivantes dans votre activité professionnelle ?
(1 seule réponse possible)

Difficultés pour trouver des remplaçants :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Difficultés quant à la charge horaire :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Difficultés pour concilier vie professionnelle et vie familiale :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Difficultés financières :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Difficultés quant aux gardes/astreintes liées à :				
La fatigue	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
L'insécurité	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
La garde des enfants	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Un désaccord du conjoint	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout

Un problème de santé	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
La motivation	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout

Quelles sont les motivations qui vous pousseraient à choisir l'exercice libéral de la médecine générale ?
(1 seule réponse possible)

Attrait pour l'exercice libéral de la médecine générale	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Goût des relations humaines	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Qualité de vie	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Aspect lucratif	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Intérêt intellectuel	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Intérêt pratique	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Opportunité	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Activité du conjoint	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout

Si possible, souhaiteriez-vous arrêter votre activité professionnelle avant la retraite ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Craignez-vous de souffrir d'un épisode de 'burn out' (épuisement professionnel) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Craignez-vous de ressentir une déception par rapport à vos attentes dans les domaines suivants ? (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	<input type="checkbox"/> la surcharge administrative <input type="checkbox"/> les recommandations professionnelles à appliquer <input type="checkbox"/> les horaires lourds <input type="checkbox"/> les gardes <input type="checkbox"/> autre, précisez :

Organisation souhaitée du temps personnel en parallèle :

Etes-vous :	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> autre
-------------	--

Si conjoint :

Niveau d'études du conjoint :	<input type="checkbox"/> inférieur au bac <input type="checkbox"/> bac simple
-------------------------------	--

	<input type="checkbox"/> bac + 2 <input type="checkbox"/> bac + 3 <input type="checkbox"/> bac + 5 <input type="checkbox"/> supérieur à bac + 5
Profession du conjoint :	

Les enfants :

Nombre d'enfants nés :	
Nombre d'enfants souhaités :	

Si vous avez des enfants :

Durée moyenne du congé maternité :	semaines
Avez-vous eu des difficultés financières lors du/des congé(s) maternité ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Age au premier enfant :	ans
Type de garde : (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> au domicile des parents <input type="checkbox"/> par assistante maternelle <input type="checkbox"/> par crèche (collective ou familiale)
Temps moyen de garde des enfants par semaine :	heures par enfant

Si vous n'avez pas d'enfants mais que vous en souhaitez :

Durée moyenne du congé maternité prévue:	semaines
Craignez-vous des difficultés financières lors du/des congé(s) maternité ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Age au premier enfant souhaité:	ans
Souhaitez-vous avoir des enfants : (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> avant votre installation <input type="checkbox"/> après votre installation
Type de garde : (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> au domicile des parents <input type="checkbox"/> par assistante maternelle <input type="checkbox"/> par crèche (collective ou familiale)
Temps moyen de garde des enfants par semaine :	heures par enfant

Temps libre : (1 seule réponse possible)

Pendant votre temps libre, souhaiteriez-vous pratiquer :

Une activité caritative :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Une activité sportive :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Une activité culturelle et/ou artistique :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout

Bilan des difficultés attendues quant à la gestion du temps personnel :

(1 seule réponse possible)

Pensez-vous que votre temps personnel sera :	<input type="checkbox"/> Tout à fait suffisant	<input type="checkbox"/> Plutôt suffisant	<input type="checkbox"/> Pas vraiment suffisant	<input type="checkbox"/> Pas du tout suffisant
Pensez-vous que votre temps pour la famille et les enfants sera :	<input type="checkbox"/> Tout à fait suffisant	<input type="checkbox"/> Plutôt suffisant	<input type="checkbox"/> Pas vraiment suffisant	<input type="checkbox"/> Pas du tout suffisant

Craignez-vous des difficultés pour la garde de vos enfants ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Si oui, lesquelles ?</i> Trouver une assistante maternelle / une place en crèche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Problème de compatibilité d'horaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Problème de financement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Selon vous, quelle sera l'attitude de votre conjoint face à l'investissement que nécessite l'activité de médecin généraliste ?	<input type="checkbox"/> pas du tout compréhensif <input type="checkbox"/> peu compréhensif <input type="checkbox"/> plutôt compréhensif <input type="checkbox"/> totalement compréhensif
Craignez-vous de ne pas atteindre un équilibre satisfaisant entre votre vie familiale/privée et votre vie professionnelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui : quelle serait la nature de ce déséquilibre ?	<input type="checkbox"/> vie privée sacrifiée de manière importante <input type="checkbox"/> vie privée un peu sacrifiée <input type="checkbox"/> vie privée et vie professionnelle sacrifiées également <input type="checkbox"/> vie professionnelle un peu sacrifiée <input type="checkbox"/> vie professionnelle sacrifiée de manière importante
Quel pourrait être l'impact des contraintes familiales sur votre carrière et votre organisation professionnelle ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	<input type="checkbox"/> interruption d'activité <input type="checkbox"/> réduction du volume horaire travaillé <input type="checkbox"/> aménagement des horaires travaillés <input type="checkbox"/> changement du type d'activité <input type="checkbox"/> aucune modification <input type="checkbox"/> autre, précisez :

Quelle est votre opinion quant à la féminisation de la médecine générale ? <i>(réponse libre)</i>	
--	--

MERCI BEAUCOUP!

Annexe 4

Le questionnaire destiné aux médecins :

**La féminisation de la médecine générale
en pratique :
Du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre
attentes et réalité.**

Age	ans
Année d'obtention du concours PCEM1	
Année de soutenance de thèse :	
Nombre d'années de remplacement au préalable (si tel est le cas)	
Nombre d'années installée:	

Caractéristiques de l'exercice médical:

1) Localisation de l'installation : (1 seule réponse possible)

Secteur :	<input type="checkbox"/> urbain <input type="checkbox"/> semi-rural <input type="checkbox"/> rural
-----------	--

Structures indispensable à proximité du cabinet :

Lieu d'habitation :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Commerces :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Lieu de scolarité des enfants :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Lieu de travail du conjoint :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Réseau médical libéral :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Réseau paramédical libéral (IDE, kinésithérapeutes,...) :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Pharmacie :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Laboratoire d'analyses médicales :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Centre de radiologie :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Centre hospitalier :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Plutôt important	<input type="checkbox"/> Pas vraiment important	<input type="checkbox"/> Superflu

2) Organisation du cabinet : (1 seule réponse possible)

Type d'installation :	<input type="checkbox"/> seule
-----------------------	--------------------------------

	<input type="checkbox"/> en association de médecins généralistes <input type="checkbox"/> en association mixte (paramédicaux, spécialistes,...)
Type d'exercice:	<input type="checkbox"/> libéral seulement <input type="checkbox"/> mixte <input type="checkbox"/> salarié seulement
Informatisation :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Secrétariat :	<input type="checkbox"/> sur place <input type="checkbox"/> téléphonique <input type="checkbox"/> pas de secrétariat
Entretien du cabinet :	<input type="checkbox"/> assuré par médecin(s) <input type="checkbox"/> femme de ménage <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

Organisation de l'activité médicale :

1) Emploi du temps : (1 seule réponse possible)

Consultations :	<input type="checkbox"/> uniquement sur RDV <input type="checkbox"/> mixte (RDV et plages d'urgences) <input type="checkbox"/> uniquement sans RDV
Combien de demi-journées travaillez-vous par semaine :	<p style="text-align: center;">demi-journées</p>
Nombre d'actes quotidiens:	<input type="checkbox"/> ≤ 15 <input type="checkbox"/> < 15 – 20 ≤ <input type="checkbox"/> < 20 – 25 ≤ <input type="checkbox"/> < 25 – 30 ≤ <input type="checkbox"/> > 30
Durée de la consultation :	<input type="checkbox"/> ≤ 10 min <input type="checkbox"/> < 10 – 20 min ≤ <input type="checkbox"/> < 20 – 30 min ≤ <input type="checkbox"/> > 30 min
Réalisation de visites au domicile :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Volume horaire hebdomadaire pour activités autres que les soins (tâches administratives, FMC,...) :	<p style="text-align: center;">heures</p>
Volume horaire quotidien pour les trajets	
Nombre de semaines de vacances par an:	

2) Gestion de la continuité des soins en journée :

Utilisation régulière de remplaçants ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Travail le samedi matin ?	<input type="checkbox"/> oui, systématiquement <input type="checkbox"/> oui, régulièrement <input type="checkbox"/> non
Etes-vous accessible au téléphone pour vos patients en dehors des heures d'ouverture du cabinet ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

3) Gestion de la permanence des soins :

Participation aux gardes de secteur?	<input type="checkbox"/> oui
--------------------------------------	------------------------------

	<input type="checkbox"/> non
Si oui, quand ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> en semaine <input type="checkbox"/> en week-end
Et à quelle fréquence?	<input type="checkbox"/> ≤ 2 / mois <input type="checkbox"/> < 2 – 4 ≤ / mois <input type="checkbox"/> > 4 / mois
Astreintes au domicile ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Régulation centre 15 ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

4) Particularités de l'exercice médical : (plusieurs réponses possibles)

Orientation professionnelle particulière?	<input type="checkbox"/> capacité <input type="checkbox"/> DU <input type="checkbox"/> DIU
Si oui, précisez :	
Réalisation de gestes techniques au cabinet :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquels :	<input type="checkbox"/> FCV <input type="checkbox"/> pose/retrait de stérilet <input type="checkbox"/> sutures <input type="checkbox"/> infiltrations <input type="checkbox"/> autres

Evaluation de la balance bénéfices/difficultés ressentie de cet exercice médical :

1) Dans votre exercice professionnel, êtes vous satisfaite dans les domaines suivants ?

(1 seule réponse possible)

Satisfaction générale	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Relation avec les patients	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Gestion du cabinet	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Volume horaire	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Situation financière	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout

2) Avez-vous l'impression d'être suffisamment disponible pour vos patients ?

- oui
 non

3) Eprouvez-vous des difficultés quant à votre activité professionnelle dans les domaines suivants ? (1 seule réponse possible)

Difficultés pour trouver des remplaçants :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Difficultés quant à la charge horaire :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Difficultés pour concilier vie				

professionnelle et vie familiale :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Difficultés financières :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Difficultés quant aux gardes/astreintes liées à :				
La fatigue	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
L'insécurité	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
La garde des enfants	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Un désaccord du conjoint	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Un problème de santé	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
La motivation	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout

4) Le métier est-il en accord avec ce que vous en attendiez lors de votre internat ?

- Tout à fait
 Plutôt
 Pas vraiment
 Pas du tout

Si pas vraiment ou pas tout, pourquoi ?

5) Quelles sont les motivations qui vous ont poussées à poursuivre l'exercice libéral de la médecine générale ? (1 seule réponse possible)

Attrait pour l'exercice libéral de la médecine générale	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Goût des relations humaines	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Qualité de vie	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Aspect lucratif	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Intérêt intellectuel	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Intérêt pratique	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Activité du conjoint	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout

Si possible, souhaiteriez-vous arrêter votre activité professionnelle avant la retraite ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	--

	<input type="checkbox"/> ne sait pas Si oui, pourquoi ?
Avez-vous déjà souffert d'un épisode de 'burn out' (épuisement professionnel) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ressentez-vous des difficultés dans les domaines professionnels suivants ? (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	<input type="checkbox"/> la surcharge administrative <input type="checkbox"/> les recommandations professionnelles à appliquer <input type="checkbox"/> les horaires lourds <input type="checkbox"/> les gardes <input type="checkbox"/> autre, précisez :
Trouvez-vous votre exercice professionnel plus difficile qu'au début de votre installation ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Souhaiteriez-vous :	
Augmenter votre temps de travail ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Réduire votre temps de travail ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Changer de mode d'activité ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Débuter une formation universitaire complémentaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dédier plus de temps à votre formation professionnelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous interrompu temporairement votre activité ces 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, pour quel motif ?
	<input type="checkbox"/> santé <input type="checkbox"/> maternité <input type="checkbox"/> problèmes familiaux <input type="checkbox"/> autre, précisez :

Organisation du temps personnel en parallèle :

Etes-vous : (<i>menu déroulant</i>)	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> autre
---------------------------------------	--

Si conjoint :

Niveau d'études du conjoint :	<input type="checkbox"/> inférieur au bac <input type="checkbox"/> bac simple <input type="checkbox"/> bac + 2 <input type="checkbox"/> bac + 3 <input type="checkbox"/> bac + 5 <input type="checkbox"/> supérieur à bac + 5
Profession du conjoint :	

Les enfants :

Nombre d'enfants nés :	
Nombre d'enfants souhaités :	

Durée moyenne du congé maternité :	semaines
Avez-vous eu des difficultés financières lors du/des	<input type="checkbox"/> oui

congé(s) maternité ?	<input type="checkbox"/> non
Age au premier enfant :	ans
Si vous avez eu des enfants, était-ce :	<input type="checkbox"/> avant votre installation <input type="checkbox"/> après votre installation
Lorsque les enfants étaient petits, type de garde : (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> au domicile des parents <input type="checkbox"/> par assistante maternelle <input type="checkbox"/> par crèche (collective ou familiale)
Lorsque les enfants étaient petits, temps moyen de garde des enfants par semaine :	heures par enfant

Temps libre : (1 seule réponse possible)

Pendant votre temps libre, pratiquez-vous :

Une activité caritative :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Une activité sportive :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Une activité culturelle et/ou artistique :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Tout à fait	<input type="checkbox"/> Plutôt	<input type="checkbox"/> Pas vraiment	<input type="checkbox"/> Pas du tout

Bilan des difficultés quant à la gestion du temps personnel :

(1 seule réponse possible)

Que pensez-vous de votre temps personnel:	<input type="checkbox"/> Tout à fait suffisant	<input type="checkbox"/> Plutôt suffisant	<input type="checkbox"/> Pas vraiment suffisant	<input type="checkbox"/> Pas du tout suffisant
Que pensez-vous de votre temps pour la famille et les enfants:	<input type="checkbox"/> Tout à fait suffisant	<input type="checkbox"/> Plutôt suffisant	<input type="checkbox"/> Pas vraiment suffisant	<input type="checkbox"/> Pas du tout suffisant

Si vous avez eu des enfants, avez-vous eu des difficultés pour leur garde ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquelles ? Trouver une assistante maternelle / une place en crèche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Problème de compatibilité d'horaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Problème de financement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Quelle est l'attitude de votre conjoint face à l'investissement que nécessite l'activité de médecin généraliste ?	<input type="checkbox"/> pas du tout compréhensif <input type="checkbox"/> peu compréhensif <input type="checkbox"/> plutôt compréhensif <input type="checkbox"/> totalement compréhensif
Avez-vous le sentiment d'avoir atteint un équilibre satisfaisant entre votre vie familiale/privée et votre vie professionnelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si oui: quelle est la nature de ce déséquilibre ?	<input type="checkbox"/> vie privée sacrifiée de manière importante <input type="checkbox"/> vie privée un peu sacrifiée <input type="checkbox"/> vie privée et vie professionnelle sacrifiées également <input type="checkbox"/> vie professionnelle un peu sacrifiée <input type="checkbox"/> vie professionnelle sacrifiée de manière importante
Quel a été l'impact des contraintes familiales sur votre carrière et votre organisation professionnelle ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	<input type="checkbox"/> interruption d'activité <input type="checkbox"/> réduction du volume horaire travaillé <input type="checkbox"/> aménagement des horaires travaillés <input type="checkbox"/> changement du type d'activité <input type="checkbox"/> aucune modification <input type="checkbox"/> autre, précisez :
Et si c'était à refaire ? <i>(1 seule réponse possible)</i>	<input type="checkbox"/> vous ne changeriez rien <input type="checkbox"/> vous donneriez plus d'importance à votre vie privée/familiale <input type="checkbox"/> vous donneriez plus d'importance à votre vie professionnelle <input type="checkbox"/> vous changeriez de mode d'exercice ou abandonneriez le secteur libéral <input type="checkbox"/> autre, précisez :
Quelle est votre opinion quant à la féminisation de la médecine générale ? <i>(réponse libre)</i>	

MERCI BEAUCOUP!

Annexe 5

Réponses à la question

« Quelle orientation professionnelle particulière ? »

	Internes * (n = 84)	Médecins * (n = 79)
MEP homéopathie	0	13
MEP acupuncture	1	6
Ostéopathie	0	1
Contraception	6	2
Gynécologie	15	3
Sexologie	0	1
Formation spéciale en lactation	0	1
Pédiatrie	2	6
Addictologie / tabacologie	3	1
Urgences	2	3
Médecine du sport	5	8
Traumatologie	4	
Médecine de montagne	1	1
Médecine orthopédique thérapeutique manuelle	0	1
Médecine tropicale	2	2
Médecine infectieuse	1	0
Douleur	2	1
Soins palliatifs	0	1
Gériatrie	3	2
Psychothérapie	2	4
Hypnose	0	1
Précarité	1	0
Rhumatologie	1	0
Nutrition	2	3
Cancérologie	1	1
Echographie	1	0
Proctologie	1	0
Endocrinologie	1	0
Biologie	0	1
Cytogénétique	0	1
Pharmacologie	0	1
Médecine thermale	0	1
Médecine légale	0	1
Recherche en médecine générale	0	1
Ne sait pas	6	0

* Les données sont des effectifs

Annexe 6

Réponses libres à la question

« Si le métier n'est pas vraiment ou pas du tout en accord avec ce qu'en attendaient les généralistes installés lors de leur internat/résidanat, pourquoi ? »

- 2 médecins ont répondu que la charge de travail était trop importante,
 - 10 médecins ont répondu qu'il y avait trop de démarches administratives,
 - 4 médecins ont répondu qu'il y avait trop de charges et qu'il était difficile de gagner sa vie,
 - 1 médecin a répondu que l'exercice libéral était trop contraignant.
-
- Plusieurs médecins ont détaillé la modification des conditions d'exercice:
 - "Ça a tellement changé depuis le début, la médecine générale est tellement différente, beaucoup plus de psychothérapie et de présence auprès des patients"
 - "Ça se dégrade"
 - "Je ne sais pas quoi répondre à cette question ; si on savait à 17 ans ce qui va nous tomber dessus, être assistante sociale, de gérer des situations de violence..."
 - "Le problème c'est que l'on va vers un désert médical qui va poser problème d'ici 10 ans"
 - "Une partie de notre travail est devenu administratif et je n'ai plus l'impression d'examiner suffisamment mes patients, mais plutôt l'ordinateur"
-
- 5 médecins ont répondu qu'elles idéalisait trop l'exercice de la médecine générale avant de s'installer, avec notamment les réponses suivantes : "tant qu'on n'est pas installée, on ne sait pas ce que c'est. L'internat ne nous prépare pas" et "je ne savais pas à quoi m'attendre car je n'avais fais qu'un stage chez le médecin généraliste, qui intervient en fin de cursus".
-
- 4 médecins ne "s'attendaient à rien".
-
- Plusieurs médecins ont eu des commentaires positifs :
 - "C'est de mieux en mieux", "c'est même mieux! "
 - "Le métier devient ce qu'on en fait... il y a les grosses contrariétés que sont les gardes, mais la manière dont j'exerce me plaît"
 - "Grâce aux formations en parallèle ++++"
 - "Je n'ai pas sauvé le monde, mais c'est quand même ce que j'attendais"
 - "Plutôt optimiste", "c'est très satisfaisant quand même", "actuellement je suis bien là où je suis".

Annexe 7
Réponses à la question
« Quelle est la profession de votre conjoint ? »

Profession	Internes en couple* (n = 64)	Médecins en couple* (n = 63)
Inférieur au bac	Manutention (1)	Agent de sécurité (1)
Bac	Chargé de communication (2) Educateur (2) Menuisier (3)	CPE (1) Salarié dans transports (1) Electricien (1) Employé de banque (1) Guide de montagne (1) Chauffeur (1)
Bac + 2	Commercial (2) Agriculteur exploitant (1)	Adjoint du médecin (1) Chef des ventes (1) IDE (1) Technicien supérieur (2) Technico-commercial (1) Cadre commercial (1) Directeur adjoint d'un magasin (1) Informaticien (1) Ingénieur (1)
Bac + 3 Moniteur de ski	Dessinateur industriel (3) Moniteur de ski (1) Paysagiste (1) Sportif de haut niveau (1) IDE (1) Technicien biomédical (1) Comptable (1)	Cadre commercial (2) Technicien territorial (1) Paysagiste (1) Enseignant (1) IDE (1) Reconversion artisan plombier (1) Entrepreneur aquaculture (1) Kinésithérapeute (1)
Bac + 5	Ingénieur (11) Ingénieur informatique (1) Psychologue (1) Juriste (1) Cadre supérieur (2) Technico-commercial (1) Commerçant (1) Au domicile du fait des contraintes de déplacement des internes (2)	Ingénieur (5) Ingénieur informatique (3) Directeur général services mairie (1) Cadre supérieur (2) Directeur commercial (1) Technicien supérieur (1) Gestionnaire de patrimoine (1) Professeur de sport (1)

> Bac + 5	Médecin (1) Interne en cardiologie (2) Interne en radiologie (1) Interne en chirurgie (1) Interne anesthésie/réanimation (2) Interne en médecine (5) Chercheur (2) Ingénieur (1) Physicien médical (1) Pilote de ligne (1)	Médecin (2) Médecin généraliste (8) ORL (1) Radiologue (1) Professeur à la faculté (2) Vétérinaire (1) Chef d'entreprise (2) Chercheur en biologie (1) Ingénieur (3) Cadre commercial (1)
-----------	---	--

* Les données sont des effectifs.

En gras, les professions retrouvés dans les 2 groupes.

Annexe 8

Réponses libres des internes à la question finale:

« Quelle est votre opinion quant à la féminisation de la médecine générale ? »

1. « Ca va obliger à changer l'organisation de l'offre de soins libéraux car beaucoup de temps partiels. Mais cela ne veut pas dire que ce sera en moins bien. Même les hommes de notre génération semblent décidés à adopter un rythme de travail plus léger que nos prédécesseurs. »
2. « Je crains qu'il n'y ait pas eu suffisamment d'anticipation concernant la féminisation de la médecine générale et que les numerus à l'entrée des études médicales soient insuffisants. Il me semble que beaucoup de femmes (et même d'hommes) ne travailleront pas autant que leurs aînés masculins. Les nouvelles générations aspirent à un meilleur équilibre travail/famille/loisirs. Je crains que la demande de soins grandissante nous oblige à travailler bien plus que ce que nous souhaiterions. Il y a aussi une dimension éthique qui pourrait nous inciter à modifier nos projets: peut-on refuser de dispenser des soins quand la demande se fait pressante pour satisfaire son épanouissement personnel? »
3. « J'ai conscience que cela risque de poser un problème de santé publique si le nombre de médecins n'est pas augmenté, malgré notre envie de travailler! La médecine sera pour moi un métier, et non ma vie, à l'inverse de certains vieux médecins généralistes masculins encore en activité. »
4. « C'est une bonne chose, plus grande sensibilité, meilleur contact avec les patients. Par contre, métier probablement difficile pour concilier vie privée-vie professionnelle. »
5. « Le problème n'est pas la féminisation de la médecine mais l'évolution du mode de vie, les hommes ne veulent pas non plus travailler comme la génération précédente! »
6. « Difficulté devant la nécessité d'un investissement (horaire surtout) important dans cette profession et le désir de disponibilité pour la famille. »
7. « La remarque souvent entendue comme quoi il faudrait deux femmes médecins pour reprendre un poste me semble en partie fautive et l'avis de certains de limiter le numerus clausus aux femmes m'énerve au plus haut point. Certes, nous allons pour la plupart faire des bébés et donc nous arrêter peut-être plus de semaines qu'un homme médecin, mais n'oublions pas que lorsque nous parlons de travailler à horaires moindres ou à mi-temps pour certaines, il ne s'agit pas d'un mi-temps de trente cinq heures mais en général de soixante-dix heures par semaine. Nos réductions de temps de travail correspondent à mon avis au temps plein d'autres professions. De plus la plupart des hommes futurs médecins ne veulent plus non plus travailler comme des fous et souhaitent se consacrer du bon temps, ce qui est à mon sens normal. Donc au final peu de différences. Ce qui me révolte par contre également est le manque d'indemnités financières pour les femmes médecins enceintes. En effet, en libéral, que l'on s'arrête quelques semaines ou que l'on soit obligée de s'arrêter très tôt pour des problèmes de santé importants survenant lors de la grossesse ne change rien quant à l'indemnisation versée qui est dérisoire. Le point positif de la féminisation est la variété! Certains patients préfèrent en effet s'adresser à un homme ou à une femme qu'on le veuille ou non! Au moins on leur offre un panel plus large! »
8. « C'est un fait actuel qui n'a pas été anticipé et qui aurait dû être pris en compte dans la nouvelle loi HSPT. »
9. « Diminution du temps de travail et donc encore plus de manque de médecins avec difficulté d'assumer cette pénurie. »
10. « Satisfaction de la patientèle féminine. »
11. « C'est une bonne chose mais qui risque de créer des problèmes pour répondre à la demande de soins... »

12. « Que ce soit femme ou homme, nous sommes des humains comme tous les autres (sauf que les autres ils sont tous aux 35 heures femmes et hommes!). Je pense donc que la diminution du rythme des généralistes ne dépend pas du sexe (d'ailleurs les hommes gardent les enfants) mais d'une tendance générale à avoir des horaires corrects. »
13. « Difficultés pour concilier les horaires et la vie privée / familiale. »
14. « C'est plutôt une bonne chose mais il est inévitable que le système de soins s'en rende compte car l'organisation et la permanence des soins vont changer. En effet la majorité des femmes ne sont pas prêtes à sacrifier leur vie de famille. Et il faut que les patients acceptent que leur médecin de famille ne soit plus disponible 24h sur 24... »
15. « Pas d'opinion en particulier mais c'est surtout un constat, avec démographie médicale à adapter en conséquence! »
16. « Gros déséquilibre offre de soins / demande en libéral, avec difficulté pour concilier vie privée et vie professionnelle. Avenir des maisons de santé de l'ARS et des propositions de postes salariés ? »
17. « Je pense qu'il s'agit d'un faux problème : internes hommes comme femmes ont les mêmes craintes, le problème reste celui du congé maternité. Le problème est un changement global des mentalités des médecins généralistes. »
18. « Pas été assez prévu en ouvrant le numerus clausus, les femmes travaillant moins que les hommes, et arrivant à un moment où l'on va manquer de médecins ... Donc soit les patients seront compréhensifs, soit le nombre de 'burn-out' va augmenter... »
19. « Travail moins à la chaîne! Mais également médecins moins présents au début de leur carrière (enfants). »
20. « Elle devrait être prise en compte dans le calcul du numerus clausus en se basant sur le temps de travail moyen d'une femme qui serait apparemment plus bas que celui d'un homme ... d'où l'intérêt de thèses comme la tienne ! »
21. « Nécessité d'avoir des horaires non extensibles au cabinet. »
22. « La féminisation de la médecine générale va entraîner la réorganisation de la profession avec la diminution du temps de travail et plus ou moins l'aménagement du temps travaillé, ce qui implique déjà l'association à plusieurs, la collaboration, etc ... »
23. « C'est une bonne chose pour les patients et le développement personnel des femmes médecins, mais l'association paraît le meilleur moyen pour que les femmes ne sacrifient pas trop leur vie privée ou le salariat pour des maisons médicales municipales avec plusieurs médecins. »
24. « C'est très bien ! »
25. « C'est un fait, et il faut donc le prendre en compte de façon claire, encadré par des lois dans le cursus comme cela a récemment été fait avec le surnombre. Je pense qu'en tant qu'internes, nous sommes bien protégées par un cadre légal assez bien défini qui nous permet de pouvoir construire notre vie de femme et de famille sereinement. Et ce malgré les quelques interrogations sur l'impact que la maternité peut avoir en terme financier pour certaines mais aussi en terme de "retard" dans notre cursus! Les études sont déjà (sans faire d'enfants) assez longues !!! »
26. « Nécessitera un aménagement du mode d'exercice (temps partiels, probablement plus de travail en groupe), mais avec, je crois, toujours une continuité des soins assurée et des prises en charge de qualité, qui satisferont les patients ! »

27. « Il est nécessaire de faire évoluer les mentalités, y compris chez les patients, et ne plus voir le médecin généraliste comme travaillant 24h/24 et dévoué même en dehors de son temps de travail. Le métier de médecin se doit d'être vu comme tout autre métier, avec des horaires précis, et en dehors de cela, nous ne sommes plus en mesure de faire de la médecine, mais nous consacrons notre temps à notre vie privée quelle qu'elle soit. Se pose donc le problème de la 'non-assistance à personne en danger', qui a tendance à justifier la pensée "le médecin doit tout le temps être disponible". Ceci doit changer. »
28. « Cela va entraîner des complications pour la disponibilité des médecins pour les patients, étant donné que les femmes sont moins prêtes à tout sacrifier à leur carrière que les hommes (diminution du temps de travail). »
29. « Une bonne chose mais qui nécessite une remise en question de l'exercice médical libéral pour permettre une vie privée satisfaisante. »
30. « Impression que les femmes conservent plus de limites quant à leur activité, d'où la nécessité d'une meilleure organisation de la permanence des soins. »
31. « Amènera un changement sur le fonctionnement global du fait d'une réduction horaire certaine avec une meilleure éducation et responsabilisation des patients pour optimiser le temps médical. »
32. « Point positif: à mon avis les filles choisissent de faire de la médecine générale plus par choix que les garçons (sans généraliser bien sûr), point négatif : les congés maternité, les horaires moins gros pour s'occuper de la famille. »
33. « Difficile de répondre à un questionnaire quand on ne souhaite pas vraiment s'installer mais faire de la médecine d'expédition, surtout de gros problèmes d'organisation de la garde et du financement des enfants et des congés maternité. »
34. Des problèmes d'installation sont à prévoir surtout dans les secteurs ruraux où le conjoint peut avoir des difficultés à trouver un emploi! »
35. « Je suis pour la parité. »
36. « Pas de prise en compte en terme de nombre de nouveaux médecins formés, aberration du déclassement des internes enceintes au choix de stage ... encore du progrès à faire !! »
37. « Pas vraiment d'opinion tranchée. »
38. « Il va falloir adapter la pratique de la médecine à la féminisation pour permettre de combiner au mieux vie professionnelle et personnelle. »
39. « Bonne chose mais avec les congés maternité, et s'occuper de sa famille, il faut savoir gérer son temps pour ne léser ni la famille ni le travail. En tous les cas, cette question se pose maintenant pour toute femme travaillant, ce n'est pas seulement nous qui sommes touchées par cette problématique. »
40. « Le seul désagrément est le manque de parité dans les structures de soins, créant une atmosphère parfois trop féminine avec parfois discorde ... et défaut de caractère masculin parfois préjudiciable aux patients mais à mon avis pas d'impact en pratique isolée. »
41. « C'est une bonne chose car amène une diversification de l'activité. »
42. « Il faut que la vision du médecin généraliste change dans la mentalité de la population : c'est un travail comme un autre et non un sacerdoce ! »
43. « C'est très bien! »

44. « Des habitudes à changer et une revalorisation du métier de médecin généraliste permettrait d'adapter la profession au mode de vie moderne. Aujourd'hui c'est un vrai challenge de s'épanouir aussi bien dans sa vie professionnel que familiale. »
45. « Pour moi, la féminisation de la médecine générale est un fait. C'est une évolution comme une autre de la société. Je ne vois pas pourquoi on (les femmes) n'arriverait pas à la surmonter. Encore faut-il être au clair avec soi même et savoir jusqu'où on est prête à aller. Je ne pense pas que je me ferais "bouffer" par mon travail parce que je ne le veux pas et que j'adapterai ma pratique bien avant d'arriver au 'burn-out'. Savoir dire non ça n'a rien de honteux. Nous ne sommes pas des hommes. Nous avons donc d'autres attentes. La pratique des femmes médecins sera donc différente de celle des hommes médecins mais je ne vois pas pourquoi ça ne serait pas compris par mes patients, mes confrères et la société. »
46. « C'est un réel problème de santé publique, je suis plutôt féministe mais il faut avouer qu'on travaillera moins que les hommes, qu'on est des femmes mais qu'on sera aussi des mères. J'ai pas de solution, je ne suis pas pour un numerus clausus de femme en première année de médecine, mais il est certain qu'avec des promotions de 80% de femmes qui travailleront certainement pas à 100%, la permanence de soins va être plus difficile à mener. »
47. « Nécessite sans doute une augmentation du nombre de poste de médecins. »
48. « Beaucoup de cliché véhiculé, une précarisation du métier, alors que médecine de plus grande qualité. »
49. « Hors cadre, il m'est difficile de répondre à ce questionnaire car je n'ai pas encore faite mon stage ambulatoire et je ne me rends pas vraiment compte de la situation. »

Annexe 9

Réponses libres des médecins à la question finale:

« Quelle est votre opinion quant à la féminisation de la médecine générale ? »

1. « Activité très intéressante mais beaucoup de sacrifices. »
2. « C'est une très bonne idée! »
3. « Il faut plus de médecins pour le même travail du fait du plus faible volume horaire. »
4. « C'est une bonne chose. Les jeunes se protègent plus en fonctionnant en cabinet multiple. Nous on courait après le modèle masculin qui travaillait tout le temps. Mais ces femmes ne gagnent pas leurs vies... »
5. « Ca va poser problème pour la coordination vie familiale/professionnelle. »
6. « C'EST UN BEAU METIER ! »
7. « C'est une bonne chose, ça va faire bouger les choses car les femmes ne sacrifieront pas tout donc les pouvoirs publics vont devoir s'adapter. »
8. « Plan pratique: on va vers des années très difficiles. On va manquer de médecins car les femmes ne peuvent pas travailler autant que les hommes. Plan efficacité: meilleure vision globale des femmes. »
9. « Génial! »
10. « Ca va imposer de changer l'organisation de la médecine. Les hommes suivent le même modèle, il n'est plus question de féminisation. La famille est devenue importante pour tous. »
11. « C'est un problème car la plupart des femmes ne veulent pas mettre autant de temps dans leur vie professionnelle que les hommes médecins. »
12. « C'est très bien, je suis plutôt carriériste. Il faut essayer de combiner les 2 et avoir un conjoint qui soit souple. »
13. « Les femmes ont peu choisi l'activité libérale pour s'occuper de leur familles et c'est normal. »
14. « C'est une autre organisation de la médecine et de la manière de travailler. »
15. « C'est très bien. Il faut intégrer les autres contraintes notamment familiales et s'installer en associations +++ ». »
16. « Ca va changer beaucoup de choses, surtout par rapport aux confrères hommes qui ne comprennent pas que les femmes doivent tout faire à la fois. Ils seront donc mis devant le fait accompli. »
17. « Ce n'est pas une féminisation à proprement parler - c'est l'évolution du mode de penser car les hommes souhaitent également plus de temps libre. »
18. « C'est bien, ça permet d'ouvrir les perspectives, d'avoir plus de tolérance,... (ça a déjà été dit partout). Un collègue masculin m'a dit que la médecine générale se dévalorisait avec l'arrivée des femmes. »
19. « Ca va être problématique dans les années à venir car on ne sera jamais au même volume horaire que nos confrères masculins. »
20. « C'est un fait démographique. On dit beaucoup de choses qui me paraissent fausses: il n'est pas question d'autres motivations entre les 2 sexes. Il existe une modification des mentalités des 2 sexes, les hommes ne veulent pas passer leur temps à travailler non plus! »

21. « Il faut la prendre en en compte, c'est une bonne chose. »
22. « C'est une très bonne idée, de toute façon les patients qui prennent des médecins femmes sont au courant qu'il y a des enfants et que ce n'est pas un temps plein. Je ne suis pas corvéable à merci et ils le savent bien. Un homme médecin du même âge cherche également la même qualité de vie. »
23. « Ca va poser des problèmes. »
24. « Très bien ; la médecine salariée ce serait encore mieux. »
25. « Elle apporte certainement une qualité dans la relation, si elle est carriériste. Philosophiquement, je trouve que les femmes vont très mal, elles n'incarnent plus la douceur et la gentillesse. »
26. « C'est une bonne chose mais ca pose des problèmes dans la prise en charge des patients car les femmes ne veulent pas travailler autant que les hommes et que les femmes installées plus âgées.»
27. « Ca ne pose pas trop soucis dans la mesure où tout le monde ne se met pas à travailler a temps partiel... Beaucoup de femmes ne souhaitent pas travailler car veulent un tiers temps et s'occuper plus de leurs enfants. »
28. « C'est un drame pour la médecine car être femme médecin généraliste c'est y passer 80% de son temps. Il faudrait avoir plus d'hommes! La conception de la médecine est différente pour la nouvelle génération, avec plus besoin de loisirs. Nous étions plus résignés. Il faut être attentif au temps donné à la famille, avoir des équipes multidisciplinaires, changer le conseil de l'Ordre. »
29. « C'est très bien. »
30. « Je pense qu'on est peu aidées en tant que femmes, il faut être costaud pour tenir le coup. »
31. « C'est bien d'avoir des femmes en médecine générale. »
32. « Elle change beaucoup les rapports des patients avec le médecin de famille, par rapport au médecin toujours disponible, qui se déplace au domicile, etc... »
33. « Dans le contexte actuel je pense que les femmes ont la possibilité de s'installer et de se donner une bonne qualité d'exercice. Il faut bien choisir son lieu d'installation en fonction de ce que l'on se sent capable de faire. »
34. « C'est très bien, ça permet d'être dans un exercice plus cohérent. Les collègues masculins se sont fait manger par la médecine donc beaucoup de 'burn-out'. Il faut un équilibre entre vie privée et vie professionnelle. »
35. « Les femmes sont plus assidues et plus sensibles, elles ont plus de tact dans la relation. Le mi-temps est idéal pour une femme, hors garde. »
36. « J'ai envie de les secouer, ces femmes jeunes qui ne veulent pas s'installer! C'est plus facile aujourd'hui de se faire une place. Mais les femmes jeunes n'ont plus envie de s'investir de la même manière. Il faut faire évoluer notre métier. »
37. « C'est super. Je pense que les femmes sont plus sages et plus professionnelles que les hommes. Mon type d'exercice est plutôt sympa: maison et cabinet à domicile, enfants gardés à domicile. »
38. « Ca diminue le nombre de médecins, les femmes travaillent en mi-temps de 40 heures par semaine, contre 70-80h par semaine pour un homme. La féminisation est un réel problème en terme de disponibilité médicale. »

39. « C'est bien , ca va être dur à gérer, c'est incompatible avec la famille nombreuse. Avec 3 enfants c'est impossible de travailler à temps plein, le mari doit alors compenser le manque de revenu. Il faudrait nous faciliter un peu la vie pour pouvoir exercer plus sereinement. Peu de temps pour soit, on privilégie la famille. »
40. « De toute façon, on ne peut pas y échapper. Il est trop tard pour défendre nos intérêts. On se fait toujours rouler dans la farine. Tout le monde risque d'y perdre au change car les femmes seront moins vindicatives pour défendre leur intérêts financiers, et les patients y perdront. »
41. « C'est très bien mais nous ne sommes pas assez nombreux. Problème du côté des pouvoirs publics. »
42. « Je trouve que le mode d'exercice que j'ai est très confortable: on se partage le même bureau. Ca permet d'avoir beaucoup de temps libre. »
43. « Je pense que c'est une bonne chose parce que nous sommes plus à l'écoute des gens. Plus de sensibilité émotionnelle. Les femmes savent mieux faire la part des choses entre la vie professionnelle et la vie privée, bien mieux que les hommes. Il faut s'installer à mi-temps ++++. »
44. « Je trouve cela très bien. Ca va diminuer le nombre de médecins, qui ne travailleront pas à temps plein. Problèmes de carence en médecins d'ici dix ans. C'est très difficile de travailler en temps complet. Problème des délais de carence en maladie. Problème pour maternité avec souvent complications. »
45. « C'est très bien, cela amène une autre façon d'exercer la médecine. »
46. « Dans un certain sens je pense que c'est une bonne chose car les femmes qui s'installent aujourd'hui auront envie d'un autre mode d'activité que le nôtre, cela permettra à la médecine générale de changer un peu. »
47. « C'est une bonne chose en soit pour les patients mais je pense que les hommes sont moins faits pour s'occuper de la famille que les femmes, malgré ce que l'on dit... Il faudrait pouvoir compenser un homme qui s'en va pour deux femmes par exemple, travailler en binômes, etc. Il faut aider les femmes à travailler en temps partiel. »
48. « Je n'ai pas vraiment d'opinion, j'ai l'impression qu'elles travailleront moins et qu'elles se mettront sur le marché du travail un peu tard. »
49. « De toute manière, on ne peut rien y faire, il va falloir que les hommes s'y adaptent, et les patients aussi. »
50. « C'est un constat, c'est bien, mais par contre il y aura des difficultés en terme de charge de travail car les femmes travaillent moins. Ca va changer le fonctionnement de la médecine générale. Il ne faut pas souhaiter vivre de la médecine générale en ayant des enfants, il faut un mari qui puisse assurer financièrement en parallèle. Il faut faire un choix entre la satisfaction financière et s'occuper de sa famille. »
51. « Je ne trouve pas grand chose à dire sur ce sujet. »
52. « C'est une grande chance car les médecins femmes sont mieux que les médecins hommes. C'est une grande chance pour nous d'être en libéral. J'ai été assistante à l'hôpital pendant trois ans, et avec le libéral j'ai gagné une grande liberté. A condition d'être organisée et bien installée avec une patientèle bien constituée. »
53. « Possible en milieu urbain, nécessite une attention particulière et permanente pour aménager ses horaires, et les garder! »
54. « Je trouve les femmes très courageuses d'être médecin généraliste ; il faut faire partie d'un réseau pour ne pas être isolée au quotidien. »

55. « Je pense que c'est lié au fait que les hommes ont compris qu'il fallait faire autre chose. Je pense que la féminisation d'une profession est sa dévalorisation, le résultat d'une perte de son intérêt pour les hommes et de son prestige. »
56. « Je pense que ça change l'approche des consultations. La part de vie dédiée à la profession est moins importante que pour les hommes avant nous. Mais c'est aussi que les jeunes médecins hommes sont dans ce même esprit. »
57. « Ca a du bon et du mauvais, mais ça fait deux femmes pour un homme en terme de volume horaire travaillé. »
58. « C'est super. Mais on ne s'installe pas de la même manière à 45ans qu'à 30ans. »
59. « Dans la vie, il faut savoir ce que l'on veut. Quand on a choisit de faire ce métier, on sait très bien que l'on aura des contraintes qu'il faut accepter au départ. On ne peut pas faire les choses à moitié sinon on les fait mal. L'association peut tout à fait permettre de bien travailler, mais il faut se préserver et ce n'est pas toujours facile. C'est un métier merveilleux où l'on progresse en permanence. Les femmes n'ont pas le même affect que les hommes ; cette relation très proche avec les patients que l'on a et qui permet peut être de moins médicamenteusement. »
60. « Je pense que l'on ne s'est pas assez préoccupés de ce problème avec le numerus clausus. Aujourd'hui il y a problème par rapport au nombre de médecins qui souhaitent s'installer. Difficile de trouver des collaborateurs, car les femmes suivent en effet plutôt leurs maris. Nous sommes maîtres de stage et de nombreux internes sont femmes et il n'y a aucun problème. Mais je pense que les femmes peuvent moins s'investir dans leur travail que les hommes. »
61. « Je trouve que c'est très bien, cela va apporter quelque chose de très intéressant par rapport aux enfants, par rapport à la relation à l'autre. Beaucoup de femmes en ville parviennent à travailler à mi-temps, ce que les hommes ne comprennent pas ; c'est une grande fraîcheur pour notre exercice. »
62. « Je trouve cela très bien mais cela pose des problèmes car envie d'aménager les horaires, donc moins de disponibilité auprès des patients. Mais les hommes aujourd'hui font pareil... »
63. « Je pense que c'est très bien mais que j'ai eu la chance d'être en milieu urbain. En milieu rural avec les contraintes des allers-retours pour les enfants, c'est beaucoup plus dur.... »
64. « Elle reflète une dévalorisation du métier et un moindre investissement personnel. »
65. « C'est bien car les patients s'habituent à l'absence des médecins, au fait qu'ils ne sont plus corvéables à merci et la profession change en respectant l'équilibre personnel des médecins, qui de ce fait soignent mieux (on peut l'espérer...) Bon courage ! »
66. « La difficultés d'accès aux soins pour les patients semble être le problème premier de la féminisation de la médecine. »
67. « Il faudra que le mode d'exercice "isolé" change, avec plus de maisons médicales avec des moyens facilitant l'exercice libéral. »
68. « Très bonne chose car humanisation de la profession d'après les dires des patients. Mais les femmes se retrouvent plus facilement en état d'épuisement : difficultés pour s'affirmer et manque de reconnaissance financière car font moins de consultations à l'heure. Je connais sept femmes médecins de la même promotion que moi qui ont stoppé l'activité libérale à cause de cela... »
69. « C'est une réalité. C'est bien pour le développement du rôle et du statut de la femme dans la société. Cela nous convient bien, la femme est l'avenir de ce métier (et de l'homme!). »
70. « Beaucoup de femmes cherchent à diminuer leur temps de travail pour se consacrer plus à leur famille et dans quelques années la pénurie de médecins ne nous permettra peut être plus d'aménager nos horaires ou les patients en pâtiront... »

72. « Bonne opinion car cela permet une organisation différente entre collègues. »
73. « Bonne chose mais il est vrai que nous travaillons moins de jours par semaine... »
74. « Le problème principal sera la compatibilité mi-temps et le manque de médecins. Mais cela devrait aussi aboutir à une adaptation des structures à cette modification de pratique. »
75. « La féminisation a fait évoluer le temps de travail d'un médecin généraliste. Les horaires sont moins interminables le soir: il faut gérer la famille! Les hommes se mettent ainsi aussi à vouloir lever le pied. Il faudrait juste prévoir une meilleure égalité de prise en charge au niveau des retraites (enfants non pris en compte si eu avant le début de cotisation a la CARMF). On se donne la vie que l'on veut avoir: travail sur RDV = possibilité d'aménager ses horaires un peu comme on veut. J'adore mon métier, je n'y vais jamais en trainant des pieds, même si certains jours sont plus durs que d'autres... »

Annexe 10 :

Le congé maternité des femmes médecins libérales : détails [64, 72]

Conditions : il faut être à jour de ses cotisations sociales au moment de la déclaration de grossesse et avoir des droits ouverts.

Les indemnités sont versées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pendant 16 semaines au maximum, plus les quinze jours de congé pathologique si nécessaire.

En tant que professionnelles libérales exerçant en secteur 1, les femmes généralistes dépendent du régime des praticiens et auxiliaires de santé conventionnés. Sous ce régime, les indemnités sont les mêmes pour toutes, quels que soient leurs revenus et le temps depuis lequel elles exercent.

Ces indemnités sont de deux ordres, et peuvent se cumuler :

1) Une allocation forfaitaire de repos maternel pour compenser en partie la diminution d'activité qu'entraîne la maternité (ou l'adoption).

Elle est versée sans conditions de cessation d'activité, pour moitié à la fin du 7^{ème} mois de grossesse et pour moitié après l'accouchement. Son montant total est de 2946 euros.

En cas d'adoption, l'allocation due est de moitié. Elle est alors versée à la date d'arrivée de l'enfant dans la famille.

2) Une indemnité journalière forfaitaire, qui est soumise à une cessation toute activité d'au moins 2 semaines avant la date d'accouchement, avec un minimum total de 8 semaines.

En cas d'adoption, les indemnités journalières sont dues pour la période d'activité qui se situe après l'arrivée de l'enfant au foyer. La durée maximale d'attribution de cette prestation étant égale aux trois quarts de celle prévue en cas de maternité.

Le montant de l'indemnité journalière correspond à 48,42 euros par jour (et donc 5423 euros pour les 16 semaines de congé maternité).

Le congé post-natal débute à la date réelle de l'accouchement. Les périodes de congé prénatal qui n'ont pas été prises ne peuvent pas être reportées sur le congé post-natal.

En cas de naissances multiples, le congé prénatal peut être augmenté de 4 semaines, mais le congé post natal sera réduit d'autant. S'il y a présence d'au moins deux enfants à la maison, le congé prénatal peut être augmenté de 2 semaines mais le congé post natal sera réduit d'autant

En cas d'arrêt pour grossesse pathologique, c'est la CARMF et non la CPAM qui verse l'indemnisation. Mais elle ne verse des indemnités journalières qu'à partir du 90^{ème} jour d'arrêt car il y a une franchise statutaire. Mieux vaut alors, pour assurer un revenu correct, souscrire à une assurance privée.

SERMENT D'HIPPOCRATE



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

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.