Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016 Thèse n°

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

> présentée et soutenue publiquement le 9 juin 2016 à Poitiers par Mademoiselle Aude FLOURIOT

Existe-t-il une différence entre les médecins généralistes hommes et femmes concernant le nombre de consultations horaires en Charente Maritime ?

COMPOSTION DU JURY

<u>Président</u> : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Membres: Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Monsieur le Professeur Marc PACCALIN Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN Madame le Docteur Andrea POPPELIER

<u>Directeur de thèse</u> : Madame le Docteur Andrea POPPELIER

Universite de Poitiers



Faculté de Médecine et de Rharmacie





Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- · GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- · HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- · JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie

- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2015)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- · RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- · BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie virologie hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- · SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- · CASTETS Monique, bactériologie -virologie hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- · CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (exémérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (exémérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- . MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastroentérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD,

Vous me faites la faveur de participer à ce jury.

Recevez toute ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Marc PACCALIN,

Vous avez spontanément accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.

Recevez tous mes remerciements.

À Madame le Docteur Andrea POPPELIER,

Vous avez immédiatement accepté de diriger ce travail. Vous m'avez donné du temps malgré votre emploi du temps chargé. Merci pour vos remarques, vos conseils et votre rigueur.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

Aux maitres de stages et à toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueillie dans mes stages de formation, Vous avez façonné le médecin que je suis devenue. Merci pour votre enseignement.

Aux médecins généralistes de Charente Maritime qui ont accepté de m'accorder un peu de leur temps si précieux afin de participer à mon étude.

À ma mère,

Sans toi je ne serais jamais arrivée jusque-là, merci pour ton soutien, tu as toujours cru en moi.

À mon père,

Merci d'avoir joué au déménageur pendant mes années d'internat. Sois tranquille maintenant je suis enfin posée.

À Granny,

Pour ton soutien à distance.

À mon frère Guillaume et ma sœur Anne,

Vos capacités m'ont toujours poussée à me surpasser. Guillaume merci pour tes cours d'informatique et ta précieuse relecture.

À mes petits (mais si grands !) frères et sœurs : ma Nini, ma Camo et mon Maxou,

Pour ces petits moments de distraction durant ces longues années d'études.

À Marie, Cécile, Lydia et Stéphanie,

Sans vous ces longues années d'études n'auraient pas été pareilles. Vous me manquez depuis l'internat et de plus en plus au quotidien. Merci pour votre bonne humeur, tous ces moments de détente et votre soutien dans les moments plus difficiles.

À ma colocataire et copine de DU Lauriane, à mes autres colocataires Virginie et Stéphanie.

À Elodie et Caroline,

Pour nos séances d'aquagym avec Cédric, nos diners à l'internat avec Stéph (encore toi) et ces magnifiques plateaux repas. Elodie merci pour nos covoiturages. Caroline merci pour ton hospitalité et ces merveilleuses vacances.

À Céline la meilleure co-interne, Adeline et Camille,

Pour nos séances de thérapie et pour égayer nos soirées FMC.

À Clélie et Laurence,

Pour m'avoir offert mes premiers remplacements, le hasard m'a conduite jusqu'à vous mais finalement il semblerait que se soit le destin puisque vous allez devoir me supporter un certain temps.

Table des matières

INTROL	DUCTION	10
I. C	ontexte	11
A.	Évolution démographique de la médecine générale	11
1)	L'offre de soins	11
	a) Baisse des effectifs	11
	b) Vieillissement du corps médical	12
	c) Féminisation du corps médical	12
	d) Inégalité de répartition de l'offre de soins	13
2)	Demande de soins	15
B.	Données démographiques de la médecine générale en Poitou-Cha	r entes 16
C.	Évolution des souhaits de condition de travail des médecins génér	alistes 18
D.	Féminisation des professions de santé	20
1)	Histoire	20
2)	État actuel	21
3)	Prévisions	21
II.	Objectifs de l'étude	22
MATÉR	IEL ET MÉTHODE	24
I. Ty	ype d'étude	24
II.	Construction de l'échantillon	24
III.	Recueil de données : le questionnaire	25
	Analyse statistique	
	TATS	
	éponse au questionnaire	
	·	
	Population étudiée	
III.	Caractéristiques de l'exercice médical	
A.	Type d'activité	29
B.	Zone d'installation	29
C.	Organisation du cabinet	30
1)	Secrétariat	30
2)	Paiement	31
D.	Organisation de l'activité médicale : emploi du temps	31
1)	Organisation des consultations	31
2)	Nombre de jours travaillés	32
3)	Nombre d'actes quotidiens au cabinet	35
4)	Durée de consultation	39
5)	·	42
6)		
DISCUS	SSION	48

I. Les	limites de la méthode	48	
A.	Les limites affectant la validité externe de l'étude	48	
1)	Biais de sélection et d'échantillonnage	48	
2)	Biais de déclaration	48	
3)	Biais de restriction	49	
В.	Les limites affectant la validité interne de l'étude	49	
1)	Biais de mesure et d'information	49	
2)	Biais d'analyse et d'interprétation	50	
II. Co	omparaisons des résultats	50	
A.	Nombre de jours travaillés	50	
В.	Nombre d'actes quotidiens au cabinet	50	
C.	Durée de consultation	51	
D.	Volume horaire quotidien	52	
E.	Visites à domicile	52	
III. Qu	uelques pistes de réflexion	53	
A.	Encourager les jeunes femmes généralistes à s'installer en libéral	54	
1)	Augmenter le numérus clausus	54	
2)	Poursuivre la modification de la formation médicale universitaire	54	
3)	Proposer des aides	55	
4)	Accès aux structures sanitaires et aux services de proximité	55	
B.	Favoriser le temps dédié aux soins pour les deux sexes	56	
1)	Limiter les tâches administratives	56	
2)	Limiter les visites à domicile	56	
3)	Éduquer les patients	57	
CONCLUSION		58	
BIBLIOGRAPHIE		60	
ANNEXES	3	64	
ABRÉVIATIONS			
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS			
SERMENT	SERMENT D'HIPPOCRATE		

INTRODUCTION

En France la féminisation de la médecine générale est en augmentation constante. Comme dans les autres professions cette féminisation est un phénomène inéluctable, elle est la conséquence de l'évolution de notre société.

De nombreuses études et thèses ont déjà traité ce sujet : certaines revenant sur l'historique de la féminisation de la profession et les causes de celle-ci, d'autres analysant les apports positifs et négatifs de cette féminisation grandissante (1), d'autres encore ont interrogé les internes et/ou les femmes médecins quant aux spécificités de leur pratique, leurs attentes et leurs ressentis (2, 3, 4), ou enfin se sont intéressées à l'avis des patients sur ce phénomène (5, 6, 7).

Il ressort que les médecins femmes travaillent en moyenne moins que les hommes (2, 4, 8, 9, 10). Leurs revenus sont donc inférieurs à ceux des hommes (10, 11). Cependant il semblerait que les femmes soient plus productives que les hommes et organisent mieux leur temps.

La féminisation de la profession semble générer une réduction du « temps médical » dans un contexte de pénurie médicale dû aux évolutions démographiques : vieillissement du corps médical, diminution du nombre de médecins actifs, vieillissement de la population et lourdeur grandissante de sa prise en charge, contraintes administratives (12). Il est donc important de s'intéresser à ce phénomène car il risque d'avoir des conséquences à long terme sur l'accès aux soins ambulatoires. Prévoit-on assez de médecins pour répondre à la demande de soins de la population ?

I. Contexte

A. Évolution démographique de la médecine générale

L'évolution de la démographie de la médecine en France, et de la médecine générale en particulier, est de plus en plus préoccupante (12, 13, 14, 15, 16).

1) L'offre de soins

Le nombre de médecins va probablement diminuer dans la mesure où le *numerus clausus* ne compense pas les cessations d'activité et les départs à la retraite. De plus le temps médical consacré aux malades est gravement menacé. Cette situation résulte de plusieurs causes :

- ✓ un nombre important de jeunes médecins (10065 en 2012) refusent de s'installer et n'assurent que des remplacements, c'est-à-dire une activité médicale discontinue et partielle (17);
- √ diminution des effectifs du fait du départ à la retraite des « babyboomers »;
- ✓ la féminisation du corps médical (plus de 60 %) (9);
- ✓ les jeunes médecins travaillent moins que les plus de cinquante ans, souhaitant privilégier leur vie privée (18);
- ✓ enfin le poids des tâches administratives (18, 19);

Ces évolutions de la profession impliquent des changements fondamentaux pour notre système de santé.

a) Baisse des effectifs

Sur la période 2007-2015 il a été observé une baisse de 10,3% des médecins généralistes exerçant une activité régulière mixte ou libérale en France (13).

b) Vieillissement du corps médical

Au 1^{er} janvier 2015 la moyenne d'âge des médecins généralistes en activité en France est de 53 ans. Les moins de 40 ans représentent seulement 13,6 % des effectifs alors que les plus de 60 ans représentent 30% de la profession **(13)**.

c) Féminisation du corps médical

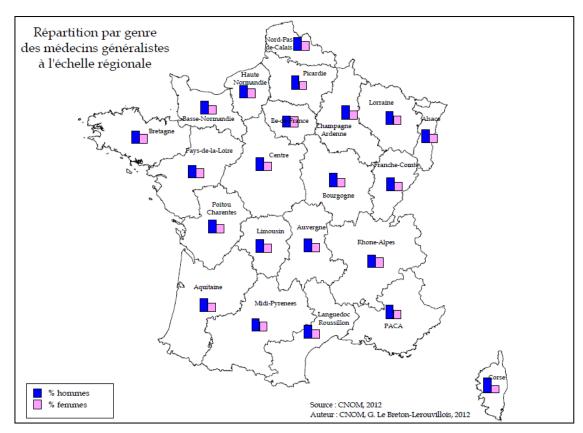
Parmi les médecins généralistes de moins de 40 ans les femmes représentent 60% des effectifs alors que les hommes représentent 80% des 60 ans et plus (figure 1), (13).

55 ans >= 65 ans 3695 672 49 ans 80% 60-64 ans 2750 30% 55-59 ans 9201 4021 50-54 ans 5487 3660 45-49 ans 3212 2859 2556 40-44 ans 2367 35-39 ans 1885 2306 **60**% 13,6% 1033 2111 -<= 34 ans

Figure 1 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux/mixtes.

Sources: 13, graphique n°103 p.180

Carte 1 : Répartition par genre des médecins généralistes à l'échelle régionale.



Sources: 17, carte n°2 p.18

d) Inégalité de répartition de l'offre de soins

L'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire national est aussi préoccupante. Elle risque de s'accroître dans les prochaines années.

Les zones sous médicalisées ne se limitent pas à des régions rurales isolées. Elles concernent progressivement aussi le centre des grandes villes où le coût de l'immobilier rend inaccessible l'acquisition ou la location de locaux professionnels. Certaines banlieues sont aussi « médicalement désertées », mais cette fois pour des raisons de sécurité (12).

Dans un couloir allant du Nord Pas de Calais passant par la Champagne Ardennes jusqu'en Auvergne il y a une baisse du nombre de généralistes, surtout en campagne (carte 2), (15).

Nombre d'habitants en zone dite "sous-médicalisée" par région

100 000
50 000
10 000

Commune dite "sous-médicalisée"

Région ayant aucune zone "sous-médicalisée"

Carte 2 : Représentation des zones fragiles ou en difficultés.

La liste des communes « sous-médicalisées » a été établie par les Missions Régionales de Santé (MRS) créées sur la loi du 13 août 2004. Elles réunissent les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les Unions Régionales de l'Assurance Maladie.

Elles ont défini les zones sous-médicalisées pour les médecins généralistes en croisant les deux critères suivants :

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

Sources: 15, figure n°1

D'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur la période 2007-2012, la région Centre est la 2^e région la plus sous médicalisée après la Picardie malgré la mise en place de mesures incitatives et l'arrivée de médecins d'origine étrangère (17).

La région Bretagne enregistre une augmentation de plus 4,6% des médecins inscrits au tableau de l'Ordre et devient ainsi le nouvel Eldorado. La région Basse Normandie avec une hausse de 4,1% devient la 2^e région la plus attractive. La région Pays de Loire est en 3^e position (17).

Le cas de la région lle de France est particulier, il s'agit de la 2^e région sur-dotée en médecins avec une densité de 362,7 médecins/100 000 habitants après la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Mais elle connait une baisse significative du nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, devenant ainsi la première région qui se démédicalise le plus rapidement. La tendance semble se confirmer pour les années à venir (17).

Les changements de structures démographiques et professionnels de l'exercice médical auraient dû contribuer à une diminution d'environ 30 minutes de la durée moyenne du temps de travail des médecins (toutes spécialités confondues). Mais depuis 1992 l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) constate une augmentation de 21 minutes du temps de travail moyen chaque année. L'hypothèse pouvant expliquer ce constat serait une demande croissante de soins et le maintien du pouvoir d'achat des médecins (20).

Si pendant les vingt prochaines années les comportements restaient identiques, l'impact mécanique de la féminisation de la médecine, de la déformation de la pyramide des âges des médecins et de l'évolution de leur mode d'exercice devrait conduire à une réduction d'environ 2 heures (H) du temps de travail moyen de l'ensemble des médecins (20) et donc à une réduction de l'offre de soins.

2) Demande de soins

La société française évolue et la médecine générale, comme d'ailleurs les autres spécialités, est contrainte de faire face à cette évolution. La demande de soins pour les années à venir va augmenter et elle a déjà commencé, ce pour plusieurs raisons (4) :

- ✓ accroissement et vieillissement de la population ;
- ✓ tentation croissante de consumérisme médical liée aux nouvelles technologies d'exploration et de traitement (12):
- ✓ les besoins en prévention et dépistage liés au vieillissement et aux modes de vie ;
- ✓ l'augmentation du nombre de patients porteurs de pathologies chroniques du fait d'un meilleur dépistage, et d'une meilleure prise en charge thérapeutique.

B. Données démographiques de la médecine générale en Poitou-Charentes

La région Poitou-Charentes fait partie d'un ensemble de régions dont la densité médicale est faible et dont les effectifs de médecins généralistes libéraux/mixtes ont fortement chuté sur la période 2007-2015, moins 12,1% soit plus que la moyenne nationale (13).

Sur la période 2007-2015.

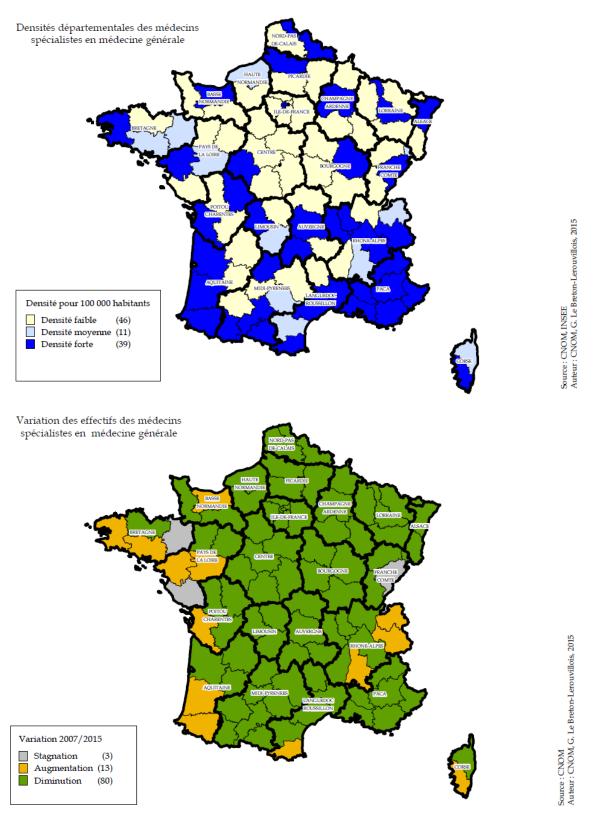
| Sur la période 2007-2015. | Sur la période 2007-2015. | Sur la periode 2007-2015. | S

Figure 2 : Variation des effectifs des médecins généralistes libéraux/ mixtes sur la période 2007-2015.

Sources: 13, graphique n°102, p.179

En revanche les départements de la Charente Maritime et de la Vienne se démarquent par une forte densité médicale en 2007 et 2015, mais seule la Charente Maritime présente une augmentation de ses effectifs. Les 3 autres départements sont en baisse (13).

Carte 3: Densités et variation des médecins généralistes.



Sources: 13, carte n°38 p. 243

C. Évolution des souhaits de condition de travail des médecins généralistes

La féminisation de la profession s'accompagne de préférences en termes de modalités d'exercice. Les femmes travaillent plus volontiers en groupe, en milieu urbain. (2, 4, 9). Elles ont une organisation différente de leur activité: elles privilégient les consultations sur rendez-vous (RDV), font moins de visites à domicile et moins de gardes (2, 4, 9, 10). Elles ont tendance à privilégier une activité à temps partiel et le salariat. Elles travaillent moins de jours par semaine (10) et moins de semaines par an (8). Elles ont une durée de travail hebdomadaire moins longue que celle des hommes: 53 heures en moyenne contre 59 heures pour les hommes en 2011 (8), souhaitant ainsi privilégier leur vie privée.

Cependant cette réduction du temps de travail ne semble pas spécifique aux femmes médecins. Les jeunes générations, hommes et femmes confondus, soucieuses de préserver leur qualité de vie travaillent moins que leurs aînés. Certains d'entre eux tendent ainsi à adopter un statut de médecin salarié (18). Le modèle de disponibilité permanente est ainsi remis en cause par les jeunes générations.

Le temps de travail des médecins est donc au cœur des transformations en cours dans le système de soins ambulatoires. Il constitue un enjeu majeur en termes de mesure et d'évaluation.

Le temps de travail global des médecins a déjà fait l'objet d'enquête d'envergure : enquête emploi réalisée chaque année par l'INSEE (20). Le temps de travail hebdomadaire des médecins généralistes englobe de nombreuses activités : la principale étant l'activité de diagnostic et de soins, qui ne représente que 61 % de leur activité (tableau 1), (21).

Tableau 1 : Estimation des temps de travail hebdomadaires des médecins généralistes par groupe d'activité.

Groupes et nature de l'activité	Sources et méthodes de l'évaluation des temps d'activité	Temps hebdomadaire moyen estimé	Pourcentage
Activité de diagnostic et de soins dans le cadre libéral		33,1 h	61 %
Diagnostic et soins	Méthode « HCAAM » : [volume de consultations et visites remboursées par l'AM] x [temps moyen de l'acte*] sur une base de 46 semaines d'activité.	33,1 h	
Assess a sett de é a disidir a	* 16 mn par consultation (Drees) et 30 mn par visite.	10.5.6	10.0/
Autres activités de diag		10,5 h	19 %
Aucune source récente. Estimation à dire d'experts : minimum de deux consultations par semaine.		32 mn	
Enquête Drees-Cnamts 2002 sur l'exercice en groupe des médecins libéraux. De 20 à 25 % des omnipraticiens ont une activité salariée en 2002 : 9 % à l'hôpital public, 12 % en centre de soins et 12 % en maisons de retraite, médecine scolaire		120 mn	
Astreintes	Cnamts. Nombre de forfaits d'astreinte et de régulation payés par l'Assurance maladie au 1er semestre 2006 pour des durées horaires répertoriées, duquel est déduit le temps passé à la réalisation des actes. S'ajoute une estimation du temps consacré à la permanence des soins non régulée (déduction faite de la durée des actes).	385 mn	
Conseils téléphoniques	Baromètre de l'URML Bretagne. 30 conseils téléphoniques/semaine, hypothèse de durée unitaire : 3 mn.	90 mn	
Formation, visiteurs me	édicaux	4,6 h	8 %
Formation continue	Baromètre de l'URML Bretagne. Environ 6 jours/an à des actions de formation médicale. Estimation réalisée sur la base de journées de 8 h et de 46 semaines d'activité.	63 mn	
Lecture	Enquête CSDM sur les médecins et la pratique médicale en France en 2007	156 mn	
Réception des représentants de l'Assurance maladie	Pour les délégués de l'Assurance maladie, sources Cégédim*. 3,4 visites par an en 2008 d'une durée de 17 mn en moyenne. Le temps consacré aux entretiens confraternels n'est pas connu mais est négligeable rapporté à une semaine d'activité. * Citées dans L'information des médecins généralistes sur le médicament, Rapport Igas, septembre 2007.	2 mn	
Réception des visiteurs médicaux	Sources Cégédim et Eurostaf*. 330 visiteurs médicaux par an, durée moyenne 7 à 8 mn. * Citées dans L'information des médecins généralistes sur le médicament, Rapport Igas, septembre 2007.	52 mn	
Autres activités		6,4 h	12 %
Activités administratives	URML Midi-Pyrénées 2002 (924 généralistes) et URML Centre 2004 (198 généralistes). Estimations concordantes réalisées à partir des distributions du temps consacré par les médecins aux tâches administratives (sans précision).	285 mn	
Tenue de l'agenda (prises de rendez-vous)	Hypothèse : 30 mn/jour pour les 45 % de généralistes sans secrétariat et 6 mn pour les autres.	84 mn	
Entretien du cabinet	URML Rhône-Alpes. 23 % des généralistes déclarent assurer eux-mêmes l'entretien du cabinet médical. Hypothèse de durée d'1 h/semaine pour les médecins concernés.	14 mn	
ENSEMBLE DES TEMPS ESTI	MÉS	54,6 h	100 %
Temps de travail hebdomadaire déclarés	Enquête emploi Insee 2004	de 55,4 à 59,6 h	

Sources: 21, tableau 1 p. 3

D. Féminisation des professions de santé

1) Histoire

Depuis une trentaine d'années, en France, la féminisation des professions de santé est en augmentation constante. Ce taux est très variable d'une profession à l'autre. Certaines professions sont depuis longtemps très fortement féminisées (figure 3). D'autres professions, comme les médecins, sont longtemps restées réservées à une élite masculine (22).

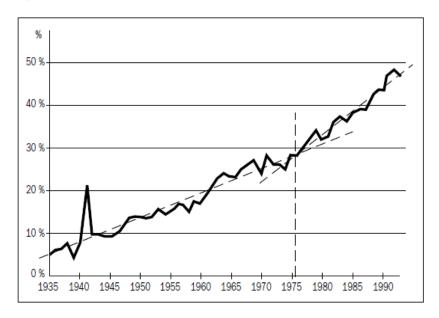
120 100 -sages-femmes orthophonistes 80 -aides-soignants infirmiers 60 pharmaciens 40 -kinésithérapeuthes médecins 20 dentistes 0 1986 1992 1999 2004 2015 Années

Figure 3 : Évolution du taux de femmes dans les professions de santé depuis 1986.

Sources: d'après 22, tableau 1 p. 20

En 1955 seulement 16% des étudiants en médecine étaient des femmes. En 1971 avec la mise en place du numerus clausus on a observé une augmentation de la féminisation. En 1985 on comptait 37,4 % de femmes parmi les étudiants, en 2000 elles sont 55,6% et majoritaires dans les 3 cycles d'études (figure 4), (3).

Figure 4 : Évolution du taux de féminisation des diplômés en médecine depuis 1935.



Sources: 10, graphique 1 p.12

2) État actuel

Les femmes représentent 45% des médecins en activité régulière en 2015 (toutes spécialités confondues) **(figure 3)** et 36% des médecins généralistes en activité régulière libérale et/ou mixte **(13)**.

Leur proportion est encore plus élevée chez les étudiants, elles représentaient notamment 64% des étudiants en première année de médecine en 2002 (22).

3) Prévisions

En 2022 les femmes médecins seraient aussi nombreuses que les hommes (figure 5). En 2030 elles seraient majoritaires avec 53,8% des effectifs, en particuliers chez les médecins généralistes (56,4%) (14, 15).

80 70 60 **Bourcentage** 40 30 Femmes Hommes 20 10 0 1992 2004 2012 2015 2022 2030 Année

Figure 5 : Evolution du genre des médecins depuis 1992

Sources: d'après 22, tableau 1, p. 20 et 14, p. 4

II. Objectifs de l'étude

D'après plusieurs études, la féminisation de la profession contribue à faire baisser le temps de travail moyen (8, 20, 23). Les femmes généralistes travaillent moins d'heures par jour, moins de jours par semaine, prennent plus de vacances (23, 11), mais auraient un rendement plus élevé.

S'il est vrai que le sexe du médecin influe sur les conditions d'exercice et le temps de travail hebdomadaire, influe-t-il sur la durée moyenne de consultation des médecins généralistes ?

Il est important de s'intéresser à ce phénomène car il risque d'avoir des conséquences à long terme sur l'offre de soins, sachant qu'en 2009 les 2/3 des étudiants qui choisissent la médecine générale sont des femmes (11).

Plusieurs travaux ont étudié la durée de consultation en soins primaires et ses déterminants en France et à l'étranger.

Dans les systèmes de soins libéraux avec paiement à l'acte, la durée de consultation est plus longue (24). En France une étude avait rapporté une durée moyenne de 14,5 minutes (25).

En 2002 la DREES a réalisé une étude auprès de 922 praticiens. Il est apparu que les variations de la durée des séances étaient attribuables

pour les 2/3 aux disparités observées au sein de la patientèle d'un même médecin, et pour 1/3 à la variation des pratiques d'un généraliste à l'autre. Les durées de consultations sont plus longues pour les pathologies psychologiques et psychiatriques, les pathologies chroniques, les personnes âgées et les nouveaux patients (19).

Mais qu'en est-il du genre du médecin? Influe-t-il sur la durée de consultation?

L'objectif de mon étude est de déterminer s'il existe une différence significative sur la durée moyenne de consultation entre médecins généralistes hommes et femmes en Charente Maritime.

Et si tel est le cas, existe- il une différence significative sur le nombre de consultations effectuées par jour ?

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

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative.

II. Construction de l'échantillon

L'enquête est réalisée auprès des médecins généralistes de Charente Maritime.

J'ai recensé tous les médecins généralistes installés en septembre 2014 dans ce département en utilisant l'annuaire des pages jaunes (les données n'étant pas accessibles via le conseil départemental de Charente Maritime) : 433 hommes et 171 femmes.

Une première enquête téléphonique a été réalisée entre le 15 septembre et le 31 octobre 2014 pour définir l'échantillon de population.

Pour répondre à notre étude chaque médecin généraliste devait remplir les conditions suivantes :

- Être installé depuis au moins 6 ans en Charente Maritime
- Être informatisé
- Avoir un secrétariat sur place ou à distance
- Avoir un exercice exclusivement libéral
- Avoir une activité pédiatrique et/ou gynéco

Ont été exclus les médecins généralistes avec un exercice mixte ou exclusivement salarié, les médecins avec un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, mésothérapie...)

Sur tous les cabinets contactés, 14 ont refusé de répondre soit 52 médecins hommes et 16 femmes. Sur les cabinets restant, 159 hommes et 72 femmes remplissaient les critères d'inclusion.

III. Recueil de données : le questionnaire

Initialement le recueil de données devait se faire par téléphone directement avec le médecin ou sa secrétaire. Suite au premier contact téléphonique il est apparu que la majorité des médecins acceptant de participer à l'étude préférait un support écrit.

J'ai donc adressé une lettre explicative (annexe 1) sur les enjeux de l'étude ainsi qu'un questionnaire anonyme à tous les médecins généralistes correspondant à la population cible (annexe 2).

J'ai distribué ces questionnaires soit en me déplaçant physiquement dans les cabinets de Charente Maritime, soit par email, soit par courrier avec une enveloppe retour pré-timbrée.

L'enquête s'est déroulée sur la semaine du 17 au 22 novembre 2014. Une semaine en dehors des périodes de vacances scolaires et en dehors des grands pics épidémiques a été choisie pour être la plus représentative du quotidien de chaque médecin généraliste.

Il n'y a pas eu de réel questionnaire pré-test de peur que les médecins ayant répondu à ceux-ci ne répondent pas au questionnaire définitif. Les questionnaires ont été envoyés une dizaine de jours avant la semaine cible pour notre étude. Ainsi les médecins ont pu en prendre connaissance et formuler d'éventuelles remarques ou questions sur la clarté des intitulés.

IV. Analyse statistique

Le recueil de données et les statistiques uni-variées ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel[®].

Les statistiques analytiques bi-variées ont été calculées avec le logiciel Epi Info[®], ainsi que le test du Chi 2 et le test de Fischer disponibles sur le site de bio statistique de la faculté Jussieu (en accès libre sur http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/).

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

RÉSULTATS

I. Réponse au questionnaire

Nous avons reçu 66 questionnaires sur les 231 distribués soit un retour de 28,6%. Le taux de participation des femmes a été supérieur 37,5% contre 24,5% pour les hommes.

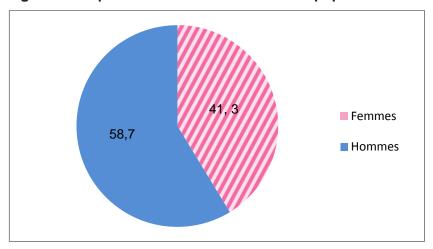
Parmi les 39 questionnaires retournés par les médecins hommes, 2 ont été invalidés car il manquait pour l'un l'âge du médecin et pour l'autre le type d'exercice. Concernant les femmes, sur 27 retours, 1 questionnaire a été invalidé car elle travaillait à temps partiel, soit moins de 3 jours par semaine. 63 questionnaires ont donc été retenus comme exploitables, soit 92% des questionnaires reçus.

II. Population étudiée

Tableau 2: Descriptif de la population étudiée.

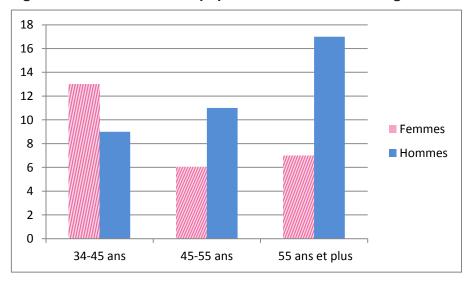
	Femmes	Hommes
	(n=26)	(n=37)
Age		
Moyenne	46,38	52,24
Extrêmes	34-62 ans	36-68 ans
Ecart type	8,77	9,18
Lieu d'exercice		
Urbain	10	16
Semi-urbain	5	12
Rural	11	9

Figure 6: Proportion hommes/femmes de la population étudiée.



Il n'y pas de différence significative entre le pourcentage de femmes dans la population de l'étude et la population de médecins généralistes femmes en France. L'échantillon est donc représentatif.

Figure 7: Distribution de la population étudiée selon l'âge.



Les femmes médecins généralistes de l'étude sont majoritaires chez les 34-45 ans et très nettement minoritaires chez les plus de 55 ans.

III. Caractéristiques de l'exercice médical

A. Type d'activité

40
35
30
25
20
15
10
Gynécologie Pédiatrie TOTAL

Figure 8: Orientation de l'activité selon le sexe.

Les médecins généralistes femmes interrogées font significativement plus de gynécologie que les hommes. D'après le test du Chi 2 p-value<0,0001. Tous les médecins généralistes hommes et femmes interrogés pratiquent la pédiatrie.

B. Zone d'installation

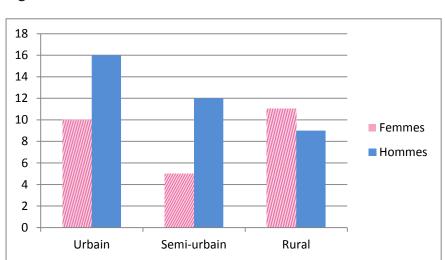


Figure 9: Zone d'exercice selon le sexe.

La majorité des médecins généralistes femmes interrogées exercent en milieu rural alors que d'après les données de la littérature elles privilégieraient un mode d'exercice urbain.

En revanche la majorité des hommes interrogés exercent en milieu urbain ou semi-urbain.

Cependant il n'existe pas de différence significative selon le sexe en termes de lieu d'exercice sur l'échantillon interrogé. D'après le test du Chi 2 p-value = 0,8541.

C. Organisation du cabinet

1) Secrétariat

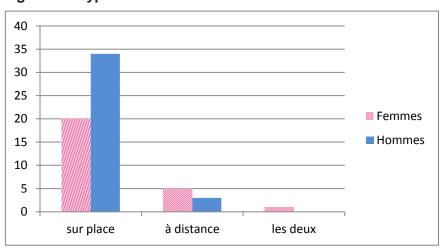


Figure 10: Type de secrétariat selon le sexe.

Sur les 37 médecins hommes, 3 ont un secrétariat à distance, tous les autres ont un secrétariat sur place.

Concernant les femmes : sur les 26 interrogées, 5 ont un secrétariat à distance, une seule a les 2 types de secrétariat et les autres ont un secrétariat sur place.

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé le test de Fischer :

p-value = 0,7615. Il n'existe donc pas de différence significative sur le type de secrétariat entre les hommes et les femmes.

2) Paiement

40
35
30
25
20
15
10
Médecin Secrétaire Les deux

Figure 11: Type d'encaissement selon le sexe.

La majorité des médecins généralistes interrogés, hommes et femmes confondus encaissent eux-mêmes leurs honoraires.

D. Organisation de l'activité médicale : emploi du temps

1) Organisation des consultations

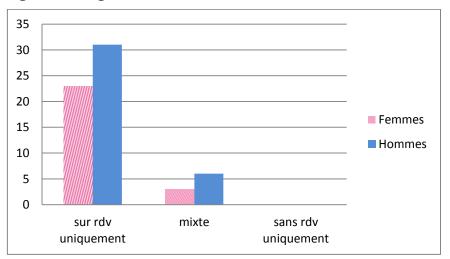


Figure 12: Organisation des consultations selon le sexe.

Sur les 37 hommes interrogés, 31 exercent uniquement sur RDV, et seulement 6 consultent avec ou sans RDV.

Pour les femmes, sur les 26 interrogées, 23 exercent uniquement sur RDV et 3 exercent avec et sans RDV.

Aucun des médecins interrogés n'exerce uniquement sans RDV.

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé le test du Chi 2 :

p-value = 0,999. Il n'existe donc aucune différence significative concernant le type de RDV selon le sexe.

2) Nombre de jours travaillés

11 demi-journées
10 demi-journées
9 demi-journées
8 demi-journées
7 demi-journées
6 demi-journées
0 5 10 15 20 25

Figure 13: Nombre de demi-journées travaillées par semaine selon le sexe.

La majorité des médecins généralistes hommes et femmes confondus travaillent 9 demi-journées par semaine, soit 4,42 jours en moyenne.

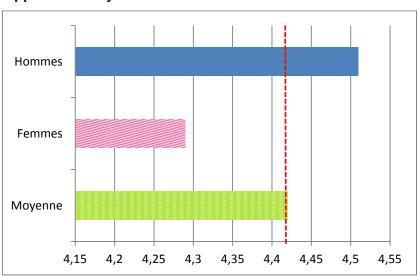


Figure 14: Nombre moyen de jours travaillés par semaine selon le sexe par rapport à la moyenne.

Les femmes travaillent en moyenne 4,29 jours par semaine (écart type de 0,22 avec des extrêmes de 3 à 5).

Les hommes travaillent en moyenne 4,51 jours par semaine (écart type de 0,20 avec des extrêmes de 3 à 5,5).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé le logiciel Epi info[®] pour comparer les moyennes des réponses entre les 2 groupes : p-value = 0,0598.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

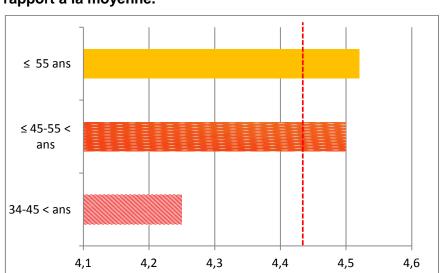


Figure 15: Nombre moyen de jours travaillés par semaine selon l'âge par rapport à la moyenne.

Les médecins généralistes de moins de 45 ans de l'étude travaillent en moyenne 4,25 jours par semaine (écart type de 0,51 avec des extrêmes de 3 à 5).

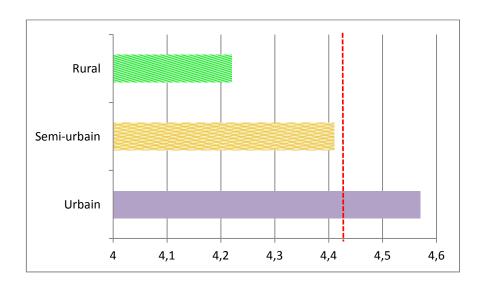
Les médecins généralistes de 45 à 55 ans travaillent en moyenne 4,5 jours par semaine (écart type de 0,47 avec des extrêmes de 3 à 5).

Les médecins généralistes de plus de 55 ans de l'étude travaillent en moyenne 4,52 jours par semaine (écart type de 0,40 avec des extrêmes de 3,5 à 5,5).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 3 groupes : p-value = 0,1040.

Il n'y a donc pas de différence significative sur le nombre de jours travaillés par semaine entre les différentes classes d'âge.

Figure 16: Nombre moyen de jours travaillés par semaine selon le lieu d'exercice par rapport à la moyenne.



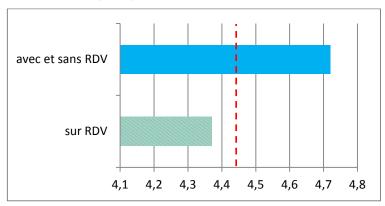
Les médecins généralistes exerçant en milieu rural travaillent en moyenne 4,22 jours par semaine (écart type de 0,44 avec des extrêmes de 3 à 5). Les médecins généralistes exerçant en milieu semi-urbain travaillent en moyenne 4,41 jours par semaine (écart type de 0,47 avec des extrêmes de 3 à 5).

Les médecins généralistes exerçant en milieu urbain travaillent en moyenne 4,57 jours par semaine (écart type de 0,44 avec des extrêmes de 3,5 à 5,5).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 3 groupes : p-value = 0,0383.

Les médecins généralistes exerçant en milieu urbain travaillent significativement plus de jours par semaine que les autres.

Figure 17: Nombre moyen de jours travaillés par semaine selon le type de rendez-vous (RDV).



Les médecins généralistes exerçant sur RDV uniquement travaillent en moyenne 4,37 jours par semaine (écart type de 0,47 avec des extrêmes de 3 à 5).

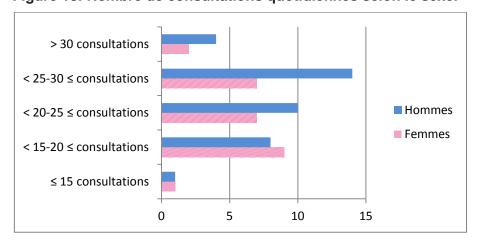
Les médecins généralistes exerçant avec et sans RDV travaillent en moyenne 4,72 jours par semaine (écart type de 0,36 avec des extrêmes de 4,5 à 5,5).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 2 groupes : p-value = 0,0358.

Les médecins qui consultent avec et sans RDV travaillent significativement plus de jours par semaine que ceux qui ne travaillent que sur RDV.

3) Nombre d'actes quotidiens au cabinet

Figure 18: Nombre de consultations quotidiennes selon le sexe.



La majorité des médecins généralistes hommes font entre 25 et 30 consultations par jour alors que les médecins généralistes femmes font entre 15 et 20 consultations par jour.

Hommes Femmes

22

Figure 19 : Nombre moyen de consultations quotidiennes selon le sexe par rapport à la moyenne.

Les médecins généralistes de l'étude font en moyenne 23,54 consultations par jours.

23

24

25

Les femmes font en moyenne 22,08 consultations par jour (écart type de 5,47 avec des extrêmes de 12 à 35,33).

Les hommes font en moyenne 24,57 consultations par jour (écart type de 5,78 avec des extrêmes de 12 à 38,67).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 2 groupes :

p-value = 0,0904.

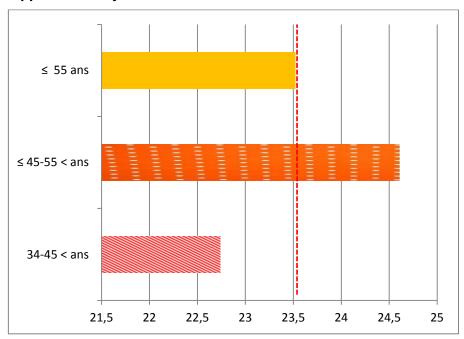
Moyenne

20

21

Il n'y donc pas de différence significative sur le nombre de consultations quotidiennes selon le sexe.

Figure 20: Nombre moyen de consultations quotidiennes selon l'âge par rapport à la moyenne.



Les médecins généralistes de moins de 45 ans font en moyenne 22,74 consultations par jour (écart type de 4,52 avec des extrêmes de 15,56 à 31,78).

Les médecins généralistes de 45 à 55 ans font en moyenne 24,61 consultations par jour (écart type de 5,86 avec des extrêmes de 12 à 35,33).

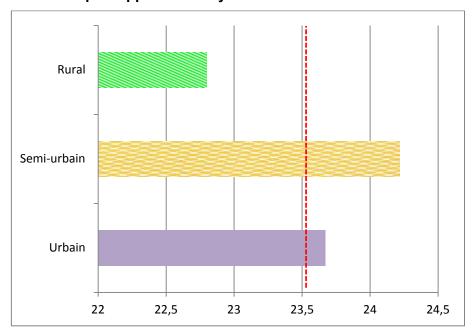
Les médecins généralistes de 55 ans et plus font en moyenne 23,52 consultations par jour (écart type de 6,7 avec des extrêmes de 12 à 38,67).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 3 groupes :

p-value = 0,6114.

Il n'y donc pas de différence significative sur le nombre de consultations quotidiennes selon l'âge.

Figure 21: Nombre moyen de consultations quotidiennes selon le lieu d'exercice par rapport à la moyenne.



Les médecins généralistes exerçant en milieu urbain font en moyenne 23,67 consultations par jour (écart type de 6,18 avec des extrêmes de 12 à 38,67).

Les médecins généralistes exerçant en milieu semi-urbain font en moyenne 24,22 consultations par jour (écart type de 5,54 avec des extrêmes de 15,6 à 35,33).

Les médecins généralistes exerçant en milieu rural font en moyenne 22,80 consultations par jour (écart type de 5,53 avec des extrêmes de 12 à 35,33).

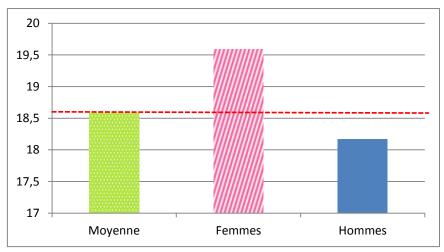
Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 3 groupes :

p-value = 0,7534.

Il n'y donc pas de différence significative sur le nombre de consultations quotidiennes selon le lieu d'exercice.

4) Durée de consultation

Figure 22: Durée moyenne de consultation (en minutes (min) et secondes (sec)) selon le sexe par rapport à la moyenne.



La durée moyenne de consultation des médecins généralistes de l'étude est de 18 min 59 sec.

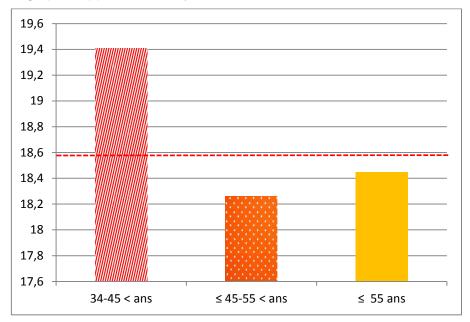
La durée moyenne de consultation des médecins généralistes femmes est de 19 min 59 sec (écart type de 2,93 avec des extrêmes de 13 min 42 sec à 27 min).

La durée moyenne de consultation des médecins généraliste hommes est de 18 min 17 sec (écart type de 3,73 avec des extrêmes de 12 min 40 sec à 28 min 44 sec).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 2 groupes : p-value = 0,0558.

Il n'existe donc pas de différence significative sur la durée moyenne de consultation selon le sexe du médecin généraliste.

Figure 23: Durée moyenne de consultation (en minutes secondes) selon l'âge par rapport à la moyenne.



La durée moyenne de consultation des médecins généralistes de moins de 45 ans est de 19 min 41 sec (écart type de 3,51 avec des extrêmes de 12 min 40 sec à 27 min).

La durée moyenne de consultation des médecins généralistes de 45 à 55 ans est de 18 min et 26 sec (écart type de 3,83 avec des extrêmes de 13 min 42 sec à 28 min 44 sec).

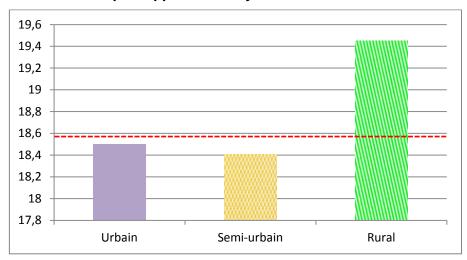
La durée moyenne de consultation des médecins généralistes de plus de 55 ans est de 18 min et 45 sec (écart type 3,29 avec des extrêmes de 13 min 55 sec à 26 min 35 sec).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 3 groupes :

p-value = 0,4928.

Il n'y a donc pas de différence significative sur la durée moyenne de consultation entre les différentes classes d'âge.

Figure 24: Durée moyenne de consultation (en minutes secondes) selon le lieu d'exercice par rapport à la moyenne.



La durée moyenne de consultation des médecins généralistes exerçant en milieu urbain est de 18 min 50 sec (écart type de 3,32 avec des extrêmes de 13 min 46 sec à 27 min).

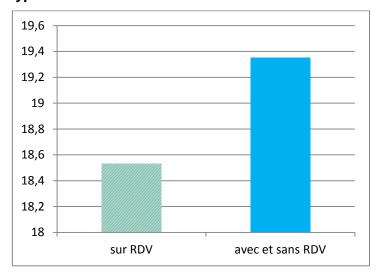
La durée moyenne de consultation des médecins généralistes exerçant en milieu semi-urbain est de 18 min 41 sec (écart type de 4,12 avec des extrêmes de 12 min 40 sec à 28 min 44 sec).

La durée moyenne de consultation des médecins généralistes exerçant en milieu rural est de 19 min 44 sec (écart type 3,32 avec des extrêmes de 13 min 42 sec à 26 min 35 sec).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 3 groupes : p-value = 0,8724.

Il n'y a donc pas de différence significative sur la durée moyenne de consultation entre les différents lieux d'exercice.

Figure 25: Durée moyenne de consultation (en minutes secondes) selon le type de RDV.



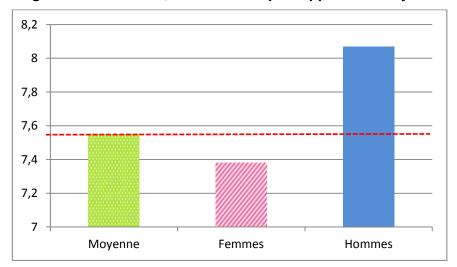
La durée moyenne de consultation des médecins généralistes qui consultent uniquement sur RDV est de 18 min 53.

La durée moyenne de consultations des médecins généralistes qui consultent avec et sans RDV est de 19 min 35.

Il n'y a pas de différence significative sur la durée de consultation selon le type de RDV.

5) Volume horaire quotidien

Figure 26: Nombre d'heures travaillées par jour dédiées à l'activité de diagnostic et de soins, selon le sexe par rapport à la moyenne.



Les médecins généralistes de l'étude travaillent en moyenne 7H55 par jour.

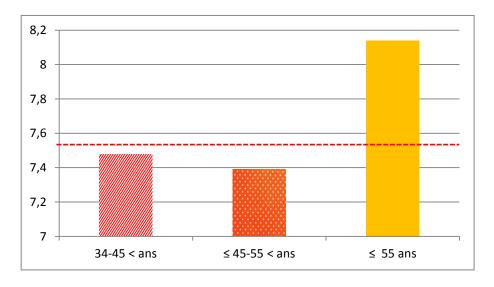
Les médecins généralistes femmes dédient en moyenne 7H38 par jour aux consultations et aux visites (écart type de 1,55 avec des extrêmes de 4H06 à 10H22).

Les médecins généralistes hommes consacrent en moyenne 8H07 par jour aux consultations et aux visites (écart type de 1,21 avec des extrêmes de 5H12 à 10H39).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 2 groupes : p-value = 1,1745.

Il n'existe donc pas de différence significative entre les deux sexes sur le nombre d'heures quotidiennes consacrées à l'activité de diagnostic et de soins.

Figure 27: Nombre d'heures travaillées par jour dédiées à l'activité de diagnostic et de soins selon l'âge par rapport à la moyenne.



Les médecins généralistes de moins de 45 ans vouent en moyenne 7H48 par jour aux consultations et aux visites (écart type de 1,18 avec des extrêmes de 5H15 à 10H22).

Les médecins généralistes de 45 à 55 ans consacrent en moyenne 7H39 par jour aux consultations et aux visites (écart type de 1,59 avec des extrêmes de 4H06 à 10H33).

Les médecins généralistes de 55 ans et plus dédient en moyenne 8H14 par jour aux consultations et aux visites (écart type de 1,39 avec des extrêmes de 5H12 à 10H39).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 3 groupes : p-value = 0,6857.

Il n'existe donc pas de différence significative sur le nombre d'heures quotidiennes consacrées à l'activité de diagnostic et de soins selon l'âge.

7,6
7,58
7,56
7,52
7,5
7,48
7,46
7,44
7,42

Urbain Semi-urbain Rural

Figure 28: Nombre d'heures travaillées par jour dédiées à l'activité de diagnostic et de soins selon le lieu d'exercice par rapport à la moyenne.

Les médecins généralistes exerçant en milieu urbain consacrent en moyenne 7H57 par jour aux consultations et aux visites (écart type de 1,43 avec des extrêmes de 4H06 à 10H39).

Les médecins généralistes exerçant en milieu semi-urbain vouent en moyenne 7H48 par jour aux consultations et aux visites (écart type de 1,48 avec des extrêmes de 5H06 à 10H06).

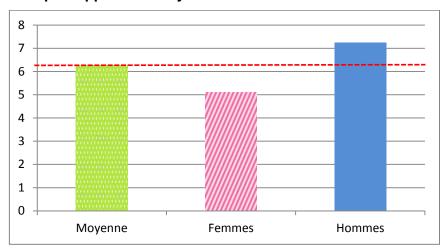
Les médecins généralistes exerçant en milieu rural dédient en moyenne 7h59 par jour aux consultations et aux visites (écart type de 1,24 avec des extrêmes de 6h12 à 10H22).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 3 groupes : p-value = 0,9167.

Il n'existe donc pas de différence significative sur le nombre d'heures quotidiennes consacrées à l'activité de diagnostic et de soins selon le lieu d'exercice.

6) Visites à domicile

Figure 29: Durée hebdomadaire consacrée aux visites à domicile selon le sexe par rapport à la moyenne.



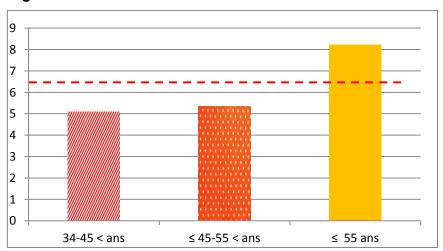
Les femmes consacrent en moyenne 5H11 par semaine aux visites à domicile (écart type de 3,66 avec des extrêmes de 1H à 12H).

Les hommes dédient en moyenne 7H21 par semaine aux visites à domicile (écart type de 3,44 avec des extrêmes de 1H à 14H).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 2 groupes : p-value = 0,0211.

En moyenne les médecins généralistes hommes font significativement plus de visites à domicile par semaine que les femmes.

Figure 30: Durée hebdomadaire consacrée aux visites à domicile selon l'âge.



Les médecins généralistes de moins de 45 ans vouent en moyenne 5H09 par semaine aux visites à domicile (écart type de 2,56 avec des extrêmes de 2H00 à 13H00).

Les médecins généralistes de 45 à 55 ans consacrent en moyenne 5H36 par semaine aux visites à domicile (écart type de 4 avec des extrêmes 1H00 à 13H00).

Les médecins généralistes de 55 ans et plus dédient en moyenne 8H23 par semaine aux visites à domicile (écart type 3,81 de avec des extrêmes de 2H00 à 14H00).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 3 groupes : p-value = 0,0119.

Les médecins généralistes de plus de 55 ans font significativement plus de visites à domicile par semaine que les jeunes générations.

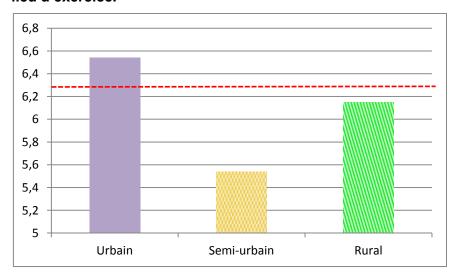


Figure 31: Durée hebdomadaire consacrée aux visites à domicile selon le lieu d'exercice.

Les médecins généralistes exerçant en milieu urbain consacrent en moyenne 6H54 par semaine aux visites à domicile (écart type de 3,62 avec des extrêmes de 1H00 à 13H30).

Les médecins généralistes exerçant en milieu semi-urbain dédient en moyenne 5H54 par semaine aux visites à domicile (écart type de 3,27 avec des extrêmes de 1H00 à 12H00).

Les médecins généralistes exerçant en milieu rural vouent en moyenne 6H15 par semaine aux visites à domicile (écart type de 4,22 avec des extrêmes de 1H30 à 14H00).

Pour l'analyse bi-variée nous avons utilisé l'analyse statistique Anova pour comparer les moyennes des réponses entre les 3 groupes : p-value = 0,7606.

Il n'existe donc pas de différence significative sur le nombre d'heures de visite à domicile hebdomadaire selon le lieu d'exercice.

DISCUSSION

I. Les limites de la méthode

A. Les limites affectant la validité externe de l'étude

1) Biais de sélection et d'échantillonnage

La faiblesse des effectifs peut être une limite à la généralisation des résultats et à la puissance statistique de notre travail.

De plus, il existe une différence significative entre le taux de réponse des hommes 24,5 % et celui des femmes 37,5% avec un p = 0,04.

Le taux de réponse des femmes montre qu'elles se sentent relativement concernées par le sujet.

La comparabilité de nos 2 échantillons d'hommes et de femmes a ses limites. Nous avions prévu initialement un échantillonnage par tirage aléatoire stratifié selon le sexe, l'âge et le mode d'exercice, ces variables pouvant interférer avec le temps de travail et le nombre de consultations.

Pour notre étude, étant donné le faible nombre de médecins entrant dans les critères d'inclusion, le risque d'un très faible taux de réponse avec ce processus nous a fait procéder autrement.

Notre travail est limité au seul département de la Charente Maritime, qui présente peut-être un profil particulier, pouvant être une limite à l'extrapolation des données à l'échelle régionale et même nationale.

2) Biais de déclaration

Pour limiter ce biais, les médecins généralistes devaient se baser sur leur agenda de consultations de la semaine étudiée. Cependant ils devaient

préciser l'heure exacte de début et de fin de consultation, ces déclarations ont pu être approximatives.

3) Biais de restriction

Une étude autre que qualitative est obligatoirement restrictive, car constituée de questions imposées par l'auteur du travail.

Certains médecins ont fait des remarques sur des items absents du questionnaire qui auraient effectivement eu un intérêt dans notre étude. Notamment leur situation personnelle : célibataire ou en couple, nombre d'enfants, celle-ci pouvant influer sur leurs horaires. De même d'autres ont suggéré une mesure du temps administratif et du temps consacré à la formation médicale.

B.Les limites affectant la validité interne de l'étude

1) Biais de mesure et d'information

Pour les médecins qui ont répondu aux questionnaires par entretiens téléphoniques, la transcription des données recueillies par voie orale a pu provoquer des erreurs de saisie. Il en est de même pour ceux qui ont répondu par écrit. Seul un questionnaire en ligne aurait permis d'éviter ce biais, mais ce genre de questionnaire était trop compliqué à mettre en place pour notre étude, notamment pour la retranscription des horaires de début et fin de consultation.

La durée moyenne de consultation a été évaluée à partir d'une moyenne pour un ensemble d'actes. Les médecins généralistes devant en effet préciser l'heure de début et de fin de chaque demi-journée de consultations. Ces demi-journées ont pu être parasitées par des appels téléphoniques qui ont alors allongé la durée moyenne de consultation. Seule une mesure objective par séance aurait permis d'éviter ce biais.

2) Biais d'analyse et d'interprétation

Nous n'avons pas donné la définition des différentes zones d'installation (zone urbaine, rurale, semi-urbaine) en termes de nombre d'habitants ou de distance par rapport aux principales villes du département (Saintes, Royan et La Rochelle). Ceci a pu entrainer des différences d'interprétation entre les différentes personnes interrogées.

II. Comparaisons des résultats

A. Nombre de jours travaillés

Les médecins généralistes hommes et femmes de l'étude travaillent en moyenne 4,42 jours par semaine. La majorité d'entre eux travaillent 9 demi-journées par semaine. Ces résultats sont similaires à ceux de JAKOUBOVITCH et Al. (8).

Nous ne retrouvons pas de différence significative sur le nombre de jours travaillés, que ce soit selon le sexe, l'âge. En revanche il existe une différence significative selon le type de RDV et le type d'exercice. En effet, les généralistes travaillant uniquement sur RDV travaillent moins de jours par semaine que ceux qui consultent avec et sans RDV. Ceux qui travaillent milieu urbain travaillent plus en que les autres. JAKOUBOVITCH et Al. n'ont pas étudié l'impact de ces critères dans leur étude.

B. Nombre d'actes quotidiens au cabinet

Les médecins généralistes hommes et femmes de l'étude réalisent en moyenne 23,54 consultations par jour au cabinet.

Ce nombre d'acte est supérieur à la moyenne nationale de 2007 évaluée à 23,21 actes environ, consultations et visites incluses (moyenne estimée à partir de l'activité annuelle sur une base de 5 semaines de congés annuels et 251 jours ouvrés) (26).

Nous ne retrouvons pas de différence significative sur le nombre de consultations quotidiennes selon le sexe, l'âge ou le lieu d'exercice.

C. Durée de consultation

La durée moyenne de consultation des médecins généralistes est de 18 minutes et 59 secondes hommes et femmes confondus.

Nous ne retrouvons pas de différence significative sur la durée moyenne de consultation, que ce soit selon le sexe, l'âge, le lieu d'exercice, ou encore le type de RDV.

Ces résultats concordent avec une étude réalisée en 2003 sur 23 médecins généralistes volontaires membres de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) (27). Elle retrouvait une durée moyenne de consultation de 18,5 minutes. Les facteurs liés aux médecins, comme l'âge ou le sexe, n'influençaient pas cette durée. Ces résultats sont à modérer car l'échantillon de l'étude n'était pas représentatif des généralistes français.

En France une autre étude menée en 2000 avait rapporté une durée moyenne de consultation de 14,5 minutes (25).

Un des résultats étonnant de notre étude est l'absence d'influence des caractéristiques du médecin (sexe, âge, lieu d'exercice) sur la durée de consultation.

En effet une étude menée par la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2003 retrouve une durée moyenne de consultation de 16 minutes, cette durée étant significativement plus longue pour les médecins généralistes femmes (19). Des études comparables menées à l'étranger montrent également des différences, pour les médecins de sexe féminins ou plus âgés dont la durée de consultation est plus longue (24, 28, 29).

D'après GALLAIS J. L., la durée moyenne de la consultation de médecine générale varie en France de 14 à 19 minutes selon la méthode de mesure utilisée (appréciation globale par le médecin lui-même ou par un tiers, mesure objective par séance ou temps moyen pour un ensemble d'actes) d'où les différences entre les différentes études françaises et la nôtre. En fonction des études, le sexe du médecin influe ou non sur le

temps de l'acte. Les femmes médecins réalisent alors un plus grand nombre d'actes longs, en particulier pour leurs patientes femmes (30).

D. Volume horaire quotidien

Les médecins généralistes de l'étude, hommes et femmes confondus, consacrent en moyenne 7H55 par jour aux consultations et aux visites. Soit environ 33,4 heures par semaine. Cette durée est similaire aux 33,1 heures retrouvée dans l'étude du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie en 2004 (HCAAM) (21).

Nous ne mettons en évidence aucune différence significative sur le volume horaire quotidien que ce soit selon le sexe, l'âge ou le lieu d'exercice. L'étude du HCAAM ne fait pas mention de ces critères. Il serait intéressant de voir si d'autres études en France ou à l'étranger retrouvent l'influence de ces critères sur la durée hebdomadaire consacrée aux visites et aux consultations. D'après les résultats de notre étude les femmes consacrent moins de temps aux visites à domicile, mais si on cumule cette activité avec les consultations, il n'y a pas de différence entre les médecins hommes et femmes pour ce qui est du temps consacré aux soins.

D'après les données de la littérature, en France les médecins généralistes femmes travaillent moins que les hommes en moyenne, 53 heures en moyenne contre 59 heures pour les hommes en 2011 (8), mais toutes activités confondues (formation, tache administratives...). Les femmes passent peut être moins de temps à effectuer ces autres tâches ou peut être que les différences entre hommes et femmes tendent à s'amenuiser.

E. Visites à domicile

Les médecins généralistes de l'étude consacrent en moyenne 6H28 par semaine aux visites à domicile.

Les médecins généralistes hommes en font significativement plus que les femmes. Ces résultats concordent avec les données de la littérature (2, 4, 9, 10).

De même, les médecins de plus de 55 ans en font plus que les plus jeunes. Ces données sont à prendre en compte car les hommes de l'étude sont majoritaires chez les plus de 55 ans et les femmes majoritaires chez les moins de 45 ans.

Nous ne retrouvons aucune différence significative selon le lieu d'exercice.

III. Quelques pistes de réflexion

Au vu des résultats de notre étude en Charente Maritime les médecins généralistes femmes font moins de consultations par heure que les hommes, la durée de consultation étant plus longue. Mais cette différence n'est pas significative. Les femmes généralistes installées en libéral consacrent moins d'heures par semaine à l'activité de soins que les hommes, cependant cette différence n'est pas significative non plus. Elles font significativement moins de visites à domicile que les hommes. Mais c'est aussi le cas des moins de 45 ans, hommes et femmes confondus. La féminisation de la médecine générale en libéral ne semble donc pas générer de réduction du temps dédié aux soins.

En revanche d'après de nombreuses études les femmes médecins privilégient un exercice salarié (9, 10) ce qui signifie moins d'installation en libéral. De même d'autres études révèlent que les femmes qui ont un projet de grossesse retardent leur installation (4) notamment pour des problèmes de congé maternité. D'autres montrent qu'elles prennent plus de semaines de congé que les hommes (8). En ce sens la féminisation de la profession peut aggraver les problèmes de démographie médicale que connait actuellement le pays.

Il faudra donc former plus de médecins généralistes et donc donner envie aux étudiants de s'orienter vers cette spécialité qui est encore trop souvent un second choix. De même, le temps des médecins généralistes n'étant pas extensible il faudrait limiter toutes les activités parasites pour optimiser le temps dédié aux soins des patients et répondre à la demande. Pour ce faire voici quelques pistes.

A. Encourager les jeunes femmes généralistes à s'installer en libéral

1) Augmenter le numérus clausus

Dans les années 1970, le gouvernement décide de diminuer l'offre de soins pour contrôler les dépenses de santé. En 1977, la commission Fougère propose, entre autres, de diminuer le Numerus Clausus. Ce n'est qu'en 1998, et donc bien tardivement, que les autorités sanitaires et les syndicats médicaux prennent brutalement conscience du risque de pénurie qui se profile pour les années 2000 lié notamment au départ en retraite des baby-boomers. Le Numerus Clausus a alors été augmenté. Mais les projections démographiques qui serviront de base à la planification du système de santé français doivent tenir compte des particularités liées à la féminisation de la profession. L'arrivée des femmes a engendré le désir d'une meilleure qualité de vie, il faudra donc former plus de médecins pour répondre à la demande et à la prise en charge de la population vieillissante.

2) Poursuivre la modification de la formation médicale universitaire

Dans le cursus actuel la majorité de la formation se fait dans les Centres Hospitaliers. Il est nécessaire de créer une vraie filière de médecine générale dès l'externat. Il faudrait augmenter le nombre de stages ambulatoires et de maîtres de stage. Les textes prévoient bien, depuis 2006, un stage de soixante demi-journées au cours du deuxième cycle des études médicales (DCEM 2 ou DCEM3). Ce stage est officiellement obligatoire pour tous les étudiants et les objectifs en sont précisément définis mais ces dispositions ne sont pas toujours appliquées, faute de maîtres de stages que les départements de médecine générale de certaines facultés ont du mal à recruter en nombre suffisant. Peut être seraient-ils plus nombreux si on augmentait leur rémunération ?

3) Proposer des aides

Il est nécessaire de mettre en œuvre des aides financières pour encourager l'installation en libérale : prime à l'installation, diminution de la taxe professionnelle et des diverses charges sociales et fiscales pesant sur les médecins libéraux, prêts professionnels à des tarifs préférentiels pour l'acquisition du matériel médical. Ou en encore la mise à disposition de locaux à loyer modéré ou des aides pour financer un secrétariat à temps plein sur place.

Pour les femmes médecins libérales, le congé maternité peut être un frein majeur à l'installation. S'il a enfin été aligné sur celui des salariées depuis le décret de juin 2006 (annexe 3) la couverture maternité reste encore insuffisante. Les indemnités versées ne suffisent souvent pas à faire vivre la femme médecin et à maintenir l'équilibre d'un cabinet comportant des professionnels fixes ďun (surtout lors début professionnelle). Cette réalité pour les grossesses normales devient encore plus préjudiciable en cas de grossesse pathologique. Il existe actuellement des assurances complémentaires visant au maintien des revenus mais leurs critères sont assez stricts. Les jeunes médecins avec projet de maternité ne s'installeront donc que si des solutions organisationnelles et financières concrètes sont mises en place.

Le manque de structures de garde d'enfant adéquates, 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.

4) Accès aux structures sanitaires et aux services de proximité

La proximité de structures sanitaires est indispensable selon une enquête menée auprès des internes de médecine générale : laboratoire d'analyse, cabinet de radiologie, pharmacie, paramédicaux. L'organisation des médecins généralistes femmes se basant sur une coordination en réseau (4).

Il parait également indispensable de faciliter l'accès aux services de proximité (école, poste, boulangerie...) pour favoriser une certaine qualité

de vie. Quelle jeune femme médecin voudrait s'installer dans une petite commune où elle doit faire plusieurs kilomètres pour accéder à ces services alors qu'elle a de longues journées de travail? D'autant plus si elle a des enfants.

Se pose également le problème de la profession du conjoint. Il y a quelques années les femmes des médecins généralistes hommes ne travaillaient pas pour la plupart.

B. Favoriser le temps dédié aux soins pour les deux sexes

1) Limiter les tâches administratives

Il faudrait permettre aux médecins généralistes de déléguer les tâches administratives à des collaborateurs non médicaux. Ce transfert pourrait effectivement avoir une certaine efficacité mais il n'apporterait qu'une amélioration partielle car certaines tâches administratives (pour ne pas dire la plupart) doivent être impérativement effectuées par un médecin. D'ailleurs la majorité des cabinets de médecine générale ne dispose pas d'un secrétariat ou, plus généralement, de collaborateurs non médicaux sur qui se décharger d'une partie au moins de leurs activités administratives.

Parmi toutes ces tâches parasites on peut citer les divers certificats « médicaux » demandés pour la pratique de sports, pour excuser l'absentéisme scolaire, ou pour obtenir : une carte d'invalidité, la mise sous curatelle ou sous tutelle, la prolongation d'arrêts de travail, le placement dans des institutions spécialisées etc. S'y ajoutent les dossiers et les correspondances destinés aux caisses d'assurances maladies et aux compagnies d'assurances et les difficultés de la télétransmission.

2) Limiter les visites à domicile

Il faudrait réduire les visites à domicile aux urgences ou aux personnes en incapacité de se déplacer. Alors qu'un médecin généraliste voit en

moyenne 3 à 4 patients par heure au cabinet, il n'en voit que 2 en visite sur la même durée.

Les jeunes générations limitent déjà les visites à domicile comme le révèle notre étude. La première raison étant probablement le manque de temps et la seconde la faible rémunération.

3) Éduquer les patients

Il semble nécessaire d'informer et de faire appel au sens de la responsabilité et au civisme des patients pour limiter les sollicitations et les demandes injustifiées auprès de leurs médecins généralistes afin de préserver l'accès aux soins de malades « véritables ».

Il faudra donc évaluer les besoins en médecins généralistes d'après le temps médical disponible et non pas sur les seules données quantitatives globales de la démographie médicale.

CONCLUSION

La durée moyenne de consultation des médecins généralistes de Charente Maritime est de 18 minutes et 59 secondes. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe du médecin, ce qui est plutôt étonnant sachant que des études comparables menées en France et à l'étranger ont montré des différences. Ces résultats sont à nuancer car la faiblesse des effectifs peut être une limite à la généralisation des résultats à l'échelle nationale.

Le nombre moyen de consultations quotidiennes de notre échantillon de population est de 23,58. Là encore on ne retrouve aucune différence significative entre les médecins généralistes hommes et femmes. Les femmes font autant d'actes au cabinet que les hommes.

Le volume horaire quotidien consacré à l'activité de soins (consultations et visites) est de 7H55. Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les médecins hommes et femmes. Les hommes et les femmes de l'étude travaillent en moyenne 9 demi-journées par semaine. Encore une fois on ne retrouve pas de différence significative entre les 2 sexes. Ces résultats sont surprenants étant donné que de nombreuses études françaises montrent que les femmes travaillent moins que les hommes. Cependant nous n'avons quantifié que le temps dédié aux soins. Il serait intéressant d'évaluer le temps consacré aux autres tâches (formation, administratif...) selon le sexe. On peut supposer que les femmes y passent peut-être moins de temps. Il serait alors intéressant de savoir pourquoi ? Sont-elles mieux organisées ?

L'étude montre cependant que les médecins qui consultent avec et sans RDV travaillent plus de jours par semaine que les autres, et il en est de même pour ceux qui exercent en milieu urbain. Concernant ce dernier résultat on peut émettre l'hypothèse que c'est parce qu'ils ont des charges plus élevées.

La seule différence significative mise en évidence selon le sexe du médecin est la durée hebdomadaire consacrée aux visites à domicile. Les femmes en font moins mais il en est de même pour les jeunes générations. Cela pourra poser problème à l'avenir sachant que la population française est vieillissante.

D'après les résultats de notre étude la féminisation de la médecine générale n'est donc pas synonyme de réduction du temps dédié aux soins en libéral. Les problèmes actuels dans le système de soins ambulatoire ne semblent donc pas être le seul fait de la féminisation de la profession. La féminisation des professions de santé n'est qu'un facteur parmi d'autres et ne semble pas avoir d'effet péjoratif sur le temps accordé au malade.

Il serait intéressant d'ailleurs d'évaluer la qualité du temps médical accordé aux patients selon le sexe du médecin.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. CHESNEAU S. La féminisation de la médecine générale : conséquences et apports. Th : Méd. : Rennes I : 2004 ; n°20.
- 2. WOERTHER A. La féminisation de la médecine générale en Lorraine: Enquête auprès des résidents de la Faculté de Médecine de Nancy en 2005. Th : Méd. : Nancy : 2005 ; n°104.
- LOISELET-DOULCET B. La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la Faculté de Brest de 1990 a 1995.
 Th : Méd. : Brest, 2008.
- 4. BOYOUD GHIDOSSI C. La féminisation de la médecine générale en pratique du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité. Th : Méd.: Grenoble : 2011.
- 5. BRISPOT L. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? Th : Méd. : Toulouse III : 2013.
- 6. TIRILLY C. La féminisation croissante de la médecine générale modifie-t-elle le point de vue des patients sur la Médecine et leurs médecins ? Enquête qualitative par entretiens semi-directifs. Th : Méd. : Nantes : 2011.
- 7. 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). Th : Méd. : Grenoble : 2011.
- JAKOUBOVITCH S, BOURNOT MC, CERCIER E, TUFFREAU F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES, Etudes et Résultats. 2012 Mars; n°797.

- 9. YVON B, LEHR-DRYLEWICZ AM, BERTRAND P. Féminisation de la médecine générale: faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine. 2007 Février ; 3 (2).
- 10. WITTKE L. La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins ? Documents de recherche en médecine générale- SFMG. 1998 Janvier ; (50) :12-13.
- 11. DUMONTET M, LE VAILLANT M, FRANC C. What determines the income gap between French male and female GPs the role of medical practices. BMC Fam Pract. 2012; 13: 94.
- 12. AMBROISE-THOMAS P. La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. Bull. Acad. Natle Méd., 2011. 195, (4 et 5): 1133-1142, séance du 10 mai 2011. Disponible à partir de l'URL: http://www.academie-medecine.fr/publication100036335/
- 13. BOUET P, RAULT JF, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1 er janvier 2015. CNOM.
- 14. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHELDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. DREES, Etudes et Résultats. 2009 Février ; n° 679.
- 15. VARLET O. Démographie médicale française. Médecine. 2009 Novembre ; 5 (9) : 422-6.
- 16. BESSIERE S, BREUIL-GENIER P, DARRINE S. La démographie médicale a l'horizon 2025: une actualisation des projections au niveau national. DREES. Etudes et Résultats. 2004 Novembre; n°353.
- 17. LEGMANN M, ROMESTAING P, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2012. CNOM.
- 18. GALLOIS P., VALLEE J.P., LE NOC Y. Médecine générale en crise : faits et questions. Médecine. 2006 Mai ; 2 (5) : 223-8.

- 19. BREUIL-GENIER P, GOFFETTE C. La durée des séances des médecins généralistes. DREES. Etudes et Résultats. 2006 Avril ; n°481.
- NIEL X, VILAIN A. Le temps de travail des médecins: l'impact des évolutions sociodémographiques. DREES. Etudes et Résultats. 2001 Mai; n°114.
- 21. LE FUR P, BOURGUEIL Y, CASES C. Le temps de travail des médecins généralistes : une synthèse des données disponibles. IRDES. Questions d'économie de la santé. 2009 Juillet ; n°144.
- 22. BESSIERE S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. RFAS 2005 ; 1 : 17-33.
- 23. MICHEAU J., MOLIERE E., SENS P. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES. Dossiers solidarité et santé. 2010 ; n°15.
- 24. DEUVEUGLE A, DERESE A, VAN DEN BRINK-MUINEN A et Al. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 2002; 325: 472-8.
- 25. CHAMBONNET JY, BARBERIS P, PEREN V. How long are consultations in French general practice? Eur J Gen Pract. 2000; 6: 88-92.
- 26. DELATTRE E, SAMSON AL. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Journées des Economistes de la Santé Français ; Lyon 2-3, décembre 2010 ; p.12. Disponible à partir de l'URL : http://www.ces-asso.org/sites/default/files/DELATTRE_SAMSON_JESF.pdf
- 27. POPPELIER A, DUHOT D, KANDEL O. Quels sont les critères déterminants la durée de consultation en médecine générale ? Exercer la revue française de médecine générale. 2008 ; 80 Suppl1 : S56-7.
- 28. BRITT HC, VALENTI L, MILLER GC. Determinants of consultation length in Australian general practice. MJA. 2005; 18.

- 29. ANDERSSON SO, FERRY S, MATTSON B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. Scand J Prim Health Care. 1993; 11: 61-7.
- 30. GALLAIS J.L. Illustration de quelques déterminants de la durée de consultation de médecine générale en France. Société Française de Médecine Générale, Paris, 20 octobre 2001(Présentation orale à la journée Annuelle de Communication de la Société Française de Médecine générale, Paris, 2001).

Disponible à partir de l'URL:

http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/1219/fichier_gallais2 5885.pdf

- 31. Site internet www.ameli.fr
- 32. Site internet www.mgfrance.org

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre explicative réalisation de thèse

A Saintes, le 08 octobre 2014

Bonjour,

Interne en médecine générale, je viens vers vous pour participer à ma thèse, suite à votre accord par mail ou par téléphone.

Le sujet : « Existe-t-il une différence entre les médecins généralistes hommes et femmes concernant le nombre de consultations horaires en Charente-Maritime ? » La féminisation des professions médicales et notamment de la médecine générale est en augmentation constante. Dans le contexte actuel, le problème de démographie médicale avec les déserts médicaux implique des changements fondamentaux. Il semblerait que les jeunes générations travaillent moins que les précédentes et tendent à privilégier leur vie privée. Mais existe-t-il une différence entre hommes et femmes médecins ? Je souhaite savoir s'il existe une différence significative entre les médecins généralistes hommes et femmes sur la durée de consultation moyenne.

En pratique, l'étude nécessite que votre secrétaire recueille certaines données vous concernant à l'aide d'un questionnaire pré-rempli et que vous notiez à partir du lundi 17 novembre l'heure à laquelle vous commencez et terminez vos demi-journées de travail (heure réelle) et ce jusqu'au samedi 22 novembre. Ne tenez compte que des consultations au cabinet et pas des visites à domicile.

Cette étude reste anonyme.

Si vous êtes installés depuis moins de six ans, que vous n'êtes pas informatisés et / ou que vous avez un mode d'exercice particulier type acupuncture, mésothérapie, ostéopathie, homéopathie merci de ne pas participer à cette étude. Si vous êtes remplacé la semaine de l'étude votre remplaçant ne peut pas y participer non plus.

Je vous joins:

- 1 questionnaire pour chaque médecin du cabinet participant à l'étude à compléter par votre secrétaire ou vous-même si elle n'est pas sur place.
- 1 enveloppe retour pré-timbrée à mon adresse pour me renvoyer le questionnaire si vous avez un secrétariat à distance.

Je reprendrais contact avec votre secrétaire par téléphone ou par mail pour recueillir l'ensemble des données du questionnaire. Je reste à votre disposition si vous avez des guestions.

Encore grand merci de votre participation active.

Annexe 2 : questionnaire adressé aux médecins généralistes

PARTIE MEDECIN

Age											
Sexe		masculin	□fe	éminin							
Exercice	□urbain		semi urba	ain		rural					
Consultation			ıniquem	ment □sans RDV				[☐ les deux		
Visites à domicile ☐ non ☐ ou Si oui nombre d'heure consacrée par semaine :											
Activité gynéco □ non			non	□ oui							
Activité pédiatrique			non	□ oui							
Horaires réels début et fin de consultation semaine du 17 au 22 novembre											
	Lundi	m	ardi	merc	redi		jeudi	ven	dredi		samedi
Heure début matinée											
Heure fin											
de matinée											
Heure début après midi											
Heure fin d'après midi											
PARTI							nda	du méd		1	CAMEDIA
Nombre de	LUNDI	MARDI	IME	RCREDI		JEUDI		VENDRED)		SAMEDI
consultation par jour											
Nombre d'heure de travail par our											
Nombres de jours travaillés par semaine											
Carte vita	ile et enca	issement	par	□ médecin				□ secre	étaire		
Secrétariat				□ sur place				□ à dis	tance		

Annexe 3 : Le congé maternité des femmes médecins libérales : détails (31,32)

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 7ème 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 Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) et non la CPAM qui verse l'indemnisation. Mais elle ne verse des indemnités journalières qu'à partir du 90ème jour d'arrêt car il y a une franchise statutaire. Mieux vaux alors, pour assurer un revenu correct, souscrire à une assurance privée.

ABRÉVIATIONS

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

PACA: Provence-Alpes-Côte d'Azur

INSEE: Institut National de la Statistique et des Études Économiques

H: heures

RDV: rendez-vous

min: minutes

sec: secondes

SFMG: Société Française de Médecine Générale

DREES: Direction Régionale des Études et d'Évaluation et des

Statistiques

HCAAM: Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CARMF: Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Contexte : La féminisation des professions médicales, y compris de la médecine générale est en augmentation constante. Dans le contexte actuel de pénurie médicale elle implique des changements fondamentaux.

Objectifs: Définir s'il existe une différence significative sur la durée moyenne de consultation entre médecins généralistes hommes et femmes en Charente Maritime. Déterminer s'il existe une différence sur le nombre de consultations quotidiennes selon le sexe.

Méthode: Enquête descriptive chez les médecins généralistes hommes et femmes installés en Charente Maritime.

Résultats: Le taux de réponse a été de 28,6 % soit 66 réponses, seulement 63 questionnaires étaient exploitables. La durée moyenne de consultation des médecins généralistes en Charente Maritime est de 18 minutes et 59 secondes. Il n'y a pas de différence selon le sexe. Il en est de même concernant le nombre de consultations quotidiennes, 23,54 en moyenne par jour ou le volume horaire hebdomadaire dédié aux soins, 7H55 en moyenne. Les médecins généralistes de Charente Maritime travaillent en moyenne 4,42 jours soit 9 demi-journées. Il n'y a pas de différence entre les 2 sexes. La seule différence notable entre les médecins généralistes selon le sexe est le temps imparti aux visites à domicile. Les femmes y consacrent moins de temps, les jeunes générations également.

Discussion: Ces données sont à nuancer devant la faiblesse de l'échantillon interrogé. Elles sont retrouvées dans certaines études françaises. Cependant une majorité d'études françaises et étrangères retrouvent une différence significative sur la durée moyenne de consultations selon le sexe. Elle est plus longue pour les médecins femmes.

Conclusion: La féminisation de la médecine générale ne semble pas générer de réelle diminution du temps médical. Mais qu'en est-t-il de la qualité du temps médical ?

Mots clés : féminisation, médecine générale, durée de consultation, temps de travail, démographie médicale

ABSTRACT AND KEYWORDS

Context: The feminization of medical professions, including general medicine is steadily increasing. In the actual context of medical shortage this phenomenon implies some fundamental changes.

Objects: This research work has to determine if it exists any significant difference in the average time dedicated in consultations between men and women general practitioners of Charente Maritime, and also to precise if any difference occurs for the number of consultations according to the gender.

Method: This work is based on a descriptive investigation among the general practitioners, men and women established in Charente Maritime.

Results: The rate of answer was 28.6%. It corresponds to 66 returns. Among them, only 63 surveys were exploitable. The average duration for a consultation by general practitioners in Charente Maritime is 18 minutes 59 seconds. There is no difference according to the gender. The same conclusion can be noted concerning the daily number of consultations, which are 23.54, and also concerning the average weekly time volume dedicated to the patient, which is 7.55. The general practitioners of Charente maritime work about 4.42 days a week. There are no differences considering the gender. The only significant difference according to the gender for the general doctors is the time they spend in home consultations. Women and also the younger generation almost devote less time in this discipline.

Discussion: These results have to be moderated considering the small interrogated sample of persons. They can be found in certain French studies. However, the majority of French and foreign studies find a significant difference over the average time in consultation according to the gender, which seems to be longer for the female doctors.

Conclusion: The feminization of general medicine does not seem to imply a decrease in medical time. But what is the quality of this medical time?

Keywords: feminization, general medicine, consultation length, working time, medical demography

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, 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 gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. 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 !

