

Université de Poitiers  
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

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

présentée et soutenue publiquement  
le 6 Novembre 2017 à Poitiers  
par Mme COUFFINHAL Morgane

**La féminisation de la médecine générale : entre attente des internes et réalité de la pratique actuelle**

**COMPOSITION DU JURY**

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres :

- Madame le Professeur Marie-Hélène RODIER
- Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc CHABANNE

## 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
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- 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 (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète 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 de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- 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 (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- 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
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT 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
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- 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**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

**Maître de conférences des universités de médecine générale**

- BOUSSAGEON Rémy

**Professeur associé des disciplines médicales**

- ROULLET Bernard, radiothérapie

**Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphanie
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

**Professeurs émérites**

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- 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
- BOINOT Catherine, 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, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- 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
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARRILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- 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)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

# Remerciements

## **A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT**

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

## **A Madame Le Professeur Marie-Hélène RODIER**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Soyez assurée de ma profonde estime.

## **A Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Soyez assurée de ma profonde estime.

## **A Monsieur le Docteur Marc CHABANNE**

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

## **A mes Maîtres de stage et Maîtres hospitaliers**

Je vous remercie pour votre savoir, votre attention, votre gentillesse qui m'ont fait passé de très bons moments et qui ont fait de moi un meilleur médecin.

## **A mes parents**

Que je ne remercierai jamais assez pour tout l'amour, le soutien, les valeurs que vous m'apportez au quotidien durant toute ma vie et j'espère vous rendre fiers.

## **A mon frère**

Merci pour ton soutien, ton humour et tous ces bons moments passés ensemble et que nous aurons jusqu'à la fin de nos jours. Restes comme tu es.

## **A ma mamie**

Merci d'avoir été une super mamie et j'espère te rendre fière.

## **A ma belle famille**

Pour tous ces bons moments et ceux à venir.

### **A mon Papy**

Qui aurait été fier de voir le parcours accompli ; je pense fort à toi.

### **A Cindy, Laura, Arnaud et Christophe**

Après ces années d'études, nos révisions, nos fous rires, nos soirées mémorables merci d'avoir été là et de l'être encore.

### **A Maxou, Rémi et Tutu**

Malgré la distance, je n'oublierai jamais nos années passées ensemble à rigoler comme des « baleines ».

### **A Julie et Matthieu**

La rencontre au casino aura changé notre amitié, merci pour tout votre soutien votre amour et la confiance que vous avez placée en moi notamment en faisant de moi la marraine de Léonore. Julie, merci pour tout le soutien et les conseils que tu m'as apportés durant tous les mauvais moments et pour ta gentillesse. Restes comme tu es, et vivement nos journées shopping.

### **A Géraldine**

A tous ces bons moments passés depuis le collège, à ces fous rires avec le plus mémorable celui du « microbe », à ton soutien ta gentillesse et ton humour qui me feront rire à jamais. Restes comme tu es, et vivement qu'on se retrouve chez nous.

### **A Marine**

De notre rencontre aux urgences, la vie a voulu que nous vivions une expérience similaire qui nous a rapproché. Merci encore pour ta gentillesse, ton humour, ta douceur. Restes comme tu es et merci d'être dans ma vie.

### **A Marie-Lucile et Prune**

Mes deux premières externes devenues des amies. Merci les filles pour tous ces bons moments passés et vivement les prochains.

**A tous les copains poitevins, Nico, Dorian, Manue, Paul R., Matthieu, Blandine, Paul W, Valentin, Christopher, Petit Romain, Fred, Xabi et la bande biarrotte** (désolé à ceux que j'ai oublié) Merci pour tous les bons moments passés et en attendant déjà les prochains.

### **A Maxime**

Le meilleur pour la fin. Merci à toi mon « doudou », mon amour. Tu es la plus belle rencontre de ma vie, et depuis le premier jour tu m'as toujours soutenu. Ton humour, ta gentillesse te caractérisent. C'est bien pour cela que je suis honorée de devenir ta femme dans quelques mois. Je t'aime à la folie.

# Glossaire

- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques
- CNOM : Centre National de l'Ordre des Médecins
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- USP : Unité de Soin Palliatif
- FCV : Frottis Cervico-Vaginaux
- ECG : Electrocardiogramme
- DU : Diplôme Universitaire
- DIU : Diplôme Inter-Universitaire
- DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
- RTT : Réduction du Temps de Travail
- FAQSV : Fond d'Aide à la Qualité des Soins en Ville

# SOMMAIRE

## **INTRODUCTION .....10**

- I) La féminisation de la médecine d'un point de vue historique ...12
- II) La médecine générale de nos jours ..... 14
- III) Objectifs de l'étude..... 20

## **MATERIEL ET METHODE .....21**

- I) Population étudiée.....22
- II) Schéma d'étude .....22
- III) Recueil de données.....22

## **RESULTATS .....23**

- I) Analyse de l'échantillon interrogé .....24
- II) Caractéristiques personnelles .....24
  - a) Age
  - b) Département d'origine
  - c) Faculté d'origine
  - d) Validation de la thèse
  - e) Statut marital
  - f) Vie et organisation autour de l'enfant
- III) Type d'activité .....34

- a) Activité de remplaçant en médecine générale ambulatoire
- b) Activité de médecin salarié
- c) Projet d'installation en médecine générale libérale ambulatoire
- d) Activité mixte
- e) L'arrêt de la médecine générale
- f) Formations complémentaires
- g) Gestes techniques au cabinet
- h) Département d'installation souhaité
- i) Les raisons motivant à exercer la médecine générale
- j) Les craintes ressenties chez les médecins généralistes

**IV) Les structures indispensables à proximité du lieu d'exercice ....42**

- a) Lieu d'habitation
- b) Commerces
- c) Etablissement scolaire
- d) Lieu de travail du conjoint
- e) Réseau médical libéral
- f) Réseau paramédical libéral (IDE, kiné ...)
- g) Pharmacie
- h) Laboratoire d'analyse médicale
- i) Centre radiologique
- j) Centre hospitalier
- k) Cabinet de dentiste
- l) Autres

**V) Organisation du cabinet (chez les personnes installées en médecine générale ambulatoire) .....44**

- a) Type d'installation
- b) Informatisation
- c) Secrétariat
- d) Entretien du cabinet

**VI) Organisation de l'activité médicale (chez les personnes installées en médecine générale ambulatoire) .....45**

- a) Organisation de planning
- b) Temps de travail
- c) Cotation des activités quotidiennes
- d) Durée de consultation
- e) Visites
- f) Quantification de l'activité médicale hebdomadaire
- g) Activité hebdomadaire autre que médicale
- h) Vacances annuelles
- i) Samedis matin

**VII) Gestion de la permanence des soins .....49**

- a) Gardes de secteur
- b) Astreintes à domicile

**DISCUSSION .....50**

**I) Méthodologie .....51**

- a) Taille et représentativité de l'échantillon

<b>II) Comparaison des résultats .....</b>	<b>51</b>
a) Caractéristiques personnelles	
<b>III) Type d'activité .....</b>	<b>52</b>
a) Activité de remplaçant	
b) Activité de médecin salarié	
c) Projet d'installation en médecine générale ambulatoire	
d) Délai d'installation	
e) L'arrêt de la médecine	
f) Formations complémentaires	
g) Département d'installation souhaité	
<b>IV) Les structures indispensables à proximité du lieu d'exercice .....</b>	<b>54</b>
<b>V) Organisation du cabinet .....</b>	<b>55</b>
a) Type d'installation	
b) Informatisation, secrétariat et entretien du cabinet	
<b>VI) Organisation de l'activité médicale .....</b>	<b>56</b>
a) Description des consultations	
b) Temps de travail	
c) Activité médicale hebdomadaire	
d) Cotation activité au quotidien/ Durée des consultations	
e) Activité hebdomadaire autre que médicale	
f) Les vacances annuelles	
g) Samedi matin	
<b>VII) Gestion de la permanence de soins .....</b>	<b>58</b>
a) Les gardes de secteur	
<b>VIII) Forces et faiblesses de l'étude .....</b>	<b>58</b>
a) Les forces de l'étude	
b) Les faiblesses de l'étude	
<b><u>CONCLUSION</u> .....</b>	<b>59</b>
<b><u>ANNEXE</u> .....</b>	<b>61</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....</b>	<b>70</b>
<b><u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u> .....</b>	<b>73</b>

# **INTRODUCTION**

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

*« Ces confrères en jupons ne me semblaient pas préparés par leur sexe à tenir les fonctions de praticien...La femme doctoresse est une de ces herbes folles qui ont envahi la flore de la société moderne, très innocemment, elle s'est imaginée qu'ouvrir des livres et disséquer des cadavres allait lui créer un cerveau nouveau...Je dis que par sa forme d'intelligence, une femme est incapable de soigner les malades...qu'il me soit permis, à celles qui s'égarerent dans des études où elles sont inaptées, de leur montrer qu'elles font fausse route et qu'il ne dépend pas de leur volonté de se créer un cerveau de praticien. » (9)*

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

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

*« C'est un fait que, dans beaucoup de sociétés, les femmes travaillent dans presque tous les secteurs de la vie. Il convient cependant qu'elles puissent remplir pleinement leurs tâches selon le caractère qui leur est propre, sans discrimination et sans exclusion des emplois dont elles sont capables, mais aussi sans manquer au respect de leurs aspirations familiales et du rôle spécifique qui leur revient, à côté de l'homme, dans la formation du bien commun de la société. La vraie promotion de la femme exige que le travail soit structuré de manière qu'elle ne soit pas obligée de payer sa promotion par l'abandon de sa propre spécificité et au détriment de sa famille dans laquelle elle a, en tant que mère, un rôle irremplaçable. » (10)*

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

Après un rappel de l'histoire de la féminisation de la médecine en occident y compris en France, nous nous intéresserons à la démographie médicale féminine actuelle. Puis nous étudierons les objectifs de l'étude réalisée sur les attentes des actuelles internes de médecine générale femmes en Poitou-Charentes dans leur futur exercice médical.

## I) La féminisation de la médecine d'un point de vue historique

Depuis l'Égypte jusqu'à nos jours, la place de la femme dans l'exercice médical a beaucoup changé.

En effet, plusieurs ouvrages montrent qu'à l'époque de l'Égypte ancienne, une femme nommée MERYT-PTAH exerçait déjà la médecine et offrait notamment ses connaissances et soins dans l'exercice de la gynécologie-obstétrique. (8)

Dans la Grèce Antique, les femmes exerçaient la médecine de la même manière que les hommes dans la plupart des cités. Vers le IV<sup>ème</sup> siècle elles ne furent autorisées à pratiquer que la gynécologie. Par la suite, accusées de pratiquer l'avortement, le droit d'exercer leur fut retiré sous risque de peine de mort. (7) (8)

AGNODICE, une jeune fille noble formée auprès de HEROPHILE (célèbre médecin d'Alexandrie) se révolta contre cette situation et exerça la médecine déguisée en homme. Démasquée, elle fut jugée mais le jour de sa comparution devant l'Aéropage, le tribunal de la cité fut envahi par les femmes athéniennes qui apostrophèrent les juges tant et si bien que la loi prohibitive fut abrogée. Les Athéniennes purent alors étudier et exercer la médecine et répandirent leurs connaissances aux femmes de tout le monde grec puis romain.

A Rome, les femmes médecins, ou *medica*, étaient considérées comme les égales de leurs confrères masculins.

Durant tout le Moyen Âge, le soin des malades était confié aux femmes et notamment aux nonnes. C'est à la prestigieuse école de Salerne, en Sicile, premier lieu d'enseignement et de pratique de la médecine en occident au début du Moyen Âge, qu'étaient accueillies bon nombre de femmes tant parmi les étudiants que chez les enseignants et ce, dans tous les domaines de la médecine. La plus célèbre est sans conteste TROTULA qui vécut au XI<sup>e</sup> siècle.

A la Renaissance en France, l'université avait interdit en 1270 la pratique de la médecine à quiconque n'avait pas étudié sur ses bancs et n'admettait que des célibataires masculins. Cependant, 12 femmes médecins continuèrent à exercer jusqu'en 1292 à Paris mais la faculté réussit à conforter son pouvoir et sa volonté.

En 1322, se tint le procès d'une noble, Jacoba FELICIE, médecin de renom. Mais à la différence de AGNODICE, JACOBA fut condamnée à une forte amende et la même peine fût appliquée à quatre autres femmes.

Le doyen de la faculté de médecine affirmait que la médecine s'apprenait par l'étude des textes anciens dont les femmes étaient exclues et non par la pratique. C'est ainsi que la faculté de Paris gagna le monopole de l'exercice de la médecine en dehors de l'obstétrique et cela pendant cinq siècles.

Avec l'avènement des lumières en Europe, mis à part l'Italie, on assiste à la disparition quasi totale des femmes médecins.

Après elle, plus aucune femme n'exerça officiellement la médecine et celles qui s'y risquèrent durent se déguiser en homme.

C'est à partir de la moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle que les femmes ont acquis à nouveau le droit de pratiquer la médecine malgré les oppositions de leurs confrères masculins.

La première d'entre elle est une anglaise nommée Elizabeth BLACKWELL née en 1821, qui émigre en 1832 aux Etats-Unis. Elle étudie la médecine dans les livres et prend des cours particuliers. Douze facultés refusèrent son inscription, seule la modeste faculté de Genève, dans l'état de New York l'accepte sous réserve de l'approbation par un vote des étudiants qui se révéla favorable.

Elle fit donc ses études au milieu de quelques 500 hommes dans une atmosphère hostile puis partit à Paris pour parfaire sa formation dans la maternité de Port Royal.

A son retour à New York, elle organisa des conférences sur l'hygiène et l'exercice physique et créa en 1853 un dispensaire qui deviendra la prestigieuse Infirmary Medical School et sera autorisée un an plus tard à délivrer des diplômes de médecins aux femmes.

En 1864, elle retourne à Londres, y ouvre une clinique et devint par la suite la première anglaise professeure de médecine, enseignant la gynécologie.

Elle lança en Angleterre le combat des femmes pour le droit d'exercer la médecine.

Elle prit sous son aile une jeune infirmière de 28 ans nommée Elizabeth GARRET ANDERSON. Celle-ci suivait des cours de chimie et d'anatomie et après avoir été expulsée du London Hospital, elle se présenta à la société des apothicaires qui acceptait les femmes et délivrait un diplôme permettant l'exercice de la médecine. Après 5 ans d'études, elle obtint son diplôme en 1865 mais son objectif était le doctorat. Les universités britanniques refusèrent sa candidature. En conséquence, elle apprit le français pour s'inscrire à l'université de Paris qui venait d'ouvrir ses portes aux femmes grâce à Madeleine BRES qui fût la première à y recevoir le doctorat de médecine en 1870.

Madeleine BRES est à l'origine de l'évolution de l'accès aux études médicales. Titulaire du baccalauréat, mariée et mère de 4 enfants, elle demande son inscription en faculté de médecine après avoir obtenu l'accord de son mari.

C'est grâce aux soutiens du doyen le chimiste Adolphe WURTS mais surtout de l'impératrice Eugénie que l'autorisation fut accordée lors d'un conseil des ministres. Madeleine BRES devint officiellement la première étudiante française en faculté de médecine en 1868.

Le décès de son mari et la guerre de 1870 retardèrent ses études. Elle fut admise comme interne provisoire à la Pitié, où WURTZ continuait à la soutenir et témoigna « *par sa conduite, elle avait justifié l'ouverture de nos cours aux élèves de sexe féminin* ».

La guerre terminée, celle-ci demanda l'autorisation de se présenter au concours de l'externat, qui hélas lui fût refusé.

Madeleine BRES ne sera jamais externe. Sa thèse obtenue en 1875 avec la mention « *extrêmement bien* », elle travailla pendant sept ans dans un laboratoire de chimie sur le lait et s'installa ensuite comme pédiatre, fonda une crèche et effectua de nombreux travaux sur l'hygiène de la petite enfance.

C'est en 1882, soit 7 ans après l'obtention de son doctorat, que deux étudiantes en médecine purent se présenter au concours de l'externat en France. Ces deux nouvelles étudiantes sont des étrangères nommées Blanche EDWARDS et Augusta KLUMPKE.

Blanche EDWARDS est une anglaise surdouée tandis que Augusta KLUMPKE est américaine. Toutes deux titulaires du baccalauréat, elles rentrèrent à la faculté de médecine et travaillèrent ensemble jusqu'à atteindre le concours de l'externat. C'est en partie grâce à la famille de Blanche qui était introduite auprès des dirigeants de la IIIème République et à de multiples mobilisations qu'elles accédèrent au concours de l'externat qu'elles réussirent avec brio.

L'étape suivante était l'internat mais elles n'avaient été autorisées à passer l'externat que « sous la condition formelle qu'elles ne pourraient se prévaloir de leur titre pour concourir à l'internat ».

Seulement, le règlement de l'assistance publique indiquait que « *les externes sont obligés de se présenter à l'internat sous peine de radiation* ». La grammaire est formelle : en français, le masculin désigne femme et homme. Ce fût l'argument juridique déployé par Blanche et Augusta qui exigèrent leur inscription au concours de l'internat.

Malgré d'innombrables pétitions d'opposition, le 2 février 1885, le conseil municipal de Paris imposa à l'assistance publique d'accepter la candidature de Blanche et Augusta.

Augusta fût accueillie à l'internat de l'hôpital Lourcine où elle rencontra son futur mari le chef de clinique Jules DEJERINE avec qui ils fondèrent à la Salpêtrière un service spécialisé dans le traitement des maladies du système nerveux ;

Quant à Blanche EDWARDS, elle travailla dans le service du Pr CHARCOT et fit sa thèse sur les paralysies, épousa un de ses confrère et s'installa comme médecin et se spécialisa dans les maladies des femmes et des enfants et les maladies nerveuses. (7)

La première interne titulaire française sera Mademoiselle FRANCILLON en 1890, et la première femme professeur, Madame CONDAT Marthe en 1923.

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

Il aura fallu aux femmes des siècles pour obtenir l'égalité des droits aux études médicales. (11)

## **II) La médecine générale de nos jours**

Au 1er janvier 2016, la France recense 285 840 médecins dont la répartition selon les départements et les régions est détaillée ci-après. (12) (Figure 1)

Tableau n°1 : Nombre d'inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier 2016

Région	Département	Effectifs	Région	Département	Effectifs
Auvergne/Rhône-Alpes	Ain	1519	Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées	Ariège	578
	Allier	1230		Aude	1404
	Ardèche	1021		Aveyron	992
	Cantal	540		Gard	3003
	Drôme	1988		Gers	624
	Haute Loire	607		Haute Garonne	7130
	Haute Savoie	3062		Hautes Pyrénées	1089
	Isère	5206		Hérault	6254
	Loire	3145		Lot	648
	Puy-de-Dôme	3015		Lozère	234
Rhône	10161	Pyrénées Orientales	2141		
Savoie	1897	Tarn	1321		
		<b>33391</b>	Tarn et Garonne	866	
				<b>26484</b>	
Basse-Normandie/Haute-Normandie	Calvados	3087	Nord-Pas-de-Calais/Picardie	Aisne	1553
	Eure	1366		Nord	11496
	Manche	1642		Oise	2265
	Orne	851		Pas-de-Calais	4580
		<b>5093</b>	Somme	2345	
		<b>12039</b>		<b>22239</b>	
Bretagne	Côtes d'Armor	2098	Pays-de-la-Loire	Loire Atlantique	5811
	Finistère	4037		Maine et Loire	3225
	Ille et Vilaine	4456		Mayenne	780
	Morbihan	2917	Sarthe	1678	
		<b>13508</b>	Vendée	1873	
				<b>13367</b>	
Centre	Cher	899	Poitou-Charentes/Limousin/Aquitaine	Charente	1217
	Eure et Loir	1176		Charente Maritime	2611
	Indre	597		Corrèze	902
	Indre et Loire	2902		Creuse	386
	Loir et Cher	1044		Deux-Sèvres	1163
Loiret	2119	Dordogne		1303	
		<b>8737</b>		Gironde	8105
Champagne-Ardenne/Alsace/Lorraine	Ardennes	834		Haute Vienne	1898
	Aube	907		Landes	1459
	Bas Rhin	5518		Lot et Garonne	1132
	Haut Rhin	2896	Pyrénées Atlantiques	3304	
	Haute Marne	595	Vienne	1880	
	Marne	2445		<b>25360</b>	
	Meurthe et Moselle	3770	Provence-Alpes Côte d'Azur	Alpes Maritimes	6372
	Meuse	536		Alpes-Hte-Provence	657
Moselle	3640	Bouches du Rhône		11468	
Vosges	1233	Hautes-Alpes		735	
		<b>22374</b>	Var	4775	
Corse	Corse du Sud	634	Vaucluse	2440	
	Haute Corse	635		<b>26447</b>	
		<b>1269</b>		<b>277185</b>	
Franche-Comté/Bourgogne	Côte d'Or	2494	France métropolitaine		
	Doubs	2436			
	Haute Saône	653	DOM	Guadeloupe	1315
	Jura	833		Guyane	611
	Nièvre	670		Martinique	1197
	Saône et Loire	1861		Mayotte	187
	Territoire de Belfort	529		Réunion	2950
Yonne	987		<b>6260</b>		
		<b>10463</b>			
Ile-de-France	Essonne	4046	COM	Pacifique Sud	861
	Hauts de Seine	8196		Polynésie Française	648
	Seine et Marne	3804		Saint-Pierre et Miquelon	20
	Seine Saint Denis	5160		Wallis et Futuna	11
	Val d'Oise	3976		<b>1540</b>	
	Val de Marne	6608	DOM/COM	<b>7800</b>	
	Ville de Paris	24346			
	Yvelines	5371	Liste spéciale*	855	
		<b>61507</b>	Total Général	<b>285840</b>	

Figure 1

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le tableau de l'Ordre recense 88 886 spécialistes en médecine générale exerçant en activité régulière tous modes d'exercice confondus pour 285 840 médecins recensés. Sur la période 2007/2016 les effectifs ont diminué de 8,4%. (12) (Figure 2)

En application des dispositions de l'article R 4127-85 du code de la santé publique, l'activité régulière détermine, comme lieu habituel d'exercice du médecin, sa résidence professionnelle, au titre de laquelle, il est inscrit sur le tableau du conseil départemental conformément à l'article L.4112-1 du CSP. (12)

Dans le cas où un médecin a plusieurs activités régulières, celle qu'il exerce la majeure partie du temps est considérée comme son activité principale. La localisation géographique de celle-ci détermine le tableau d'inscription du médecin. (12)

Graphique n°8 : Effectifs en activité régulière des médecins spécialistes en médecine générale tous modes d'exercice confondus

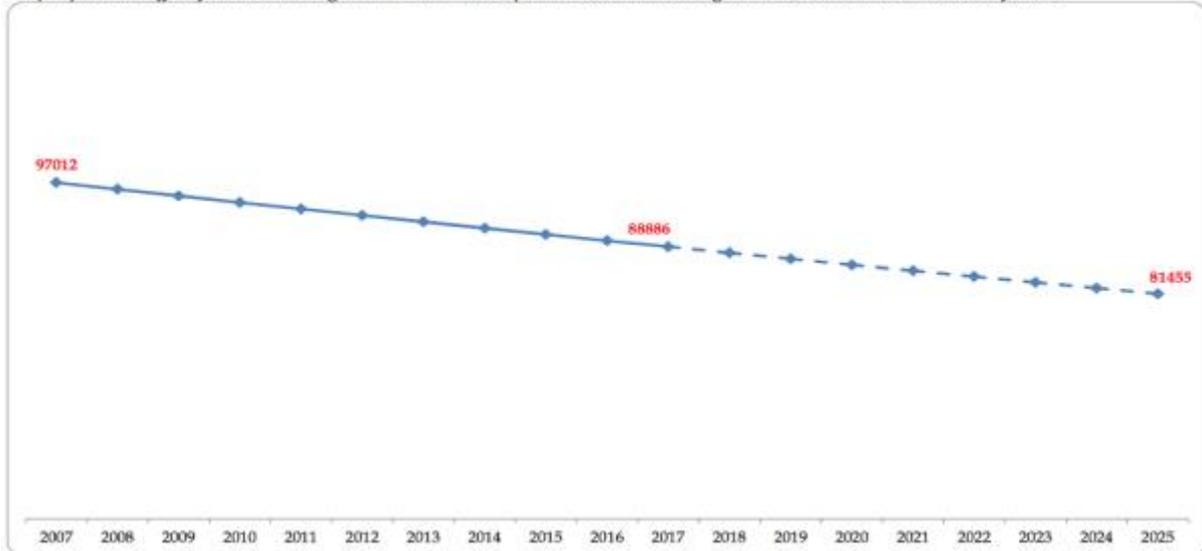


Figure 2

Agés en moyenne de 52 ans, les médecins généralistes sont représentés à 54% par les hommes et 46% par les femmes. 27,3% sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs. (12) (Figure 3)

Graphique n°19 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière - France entière

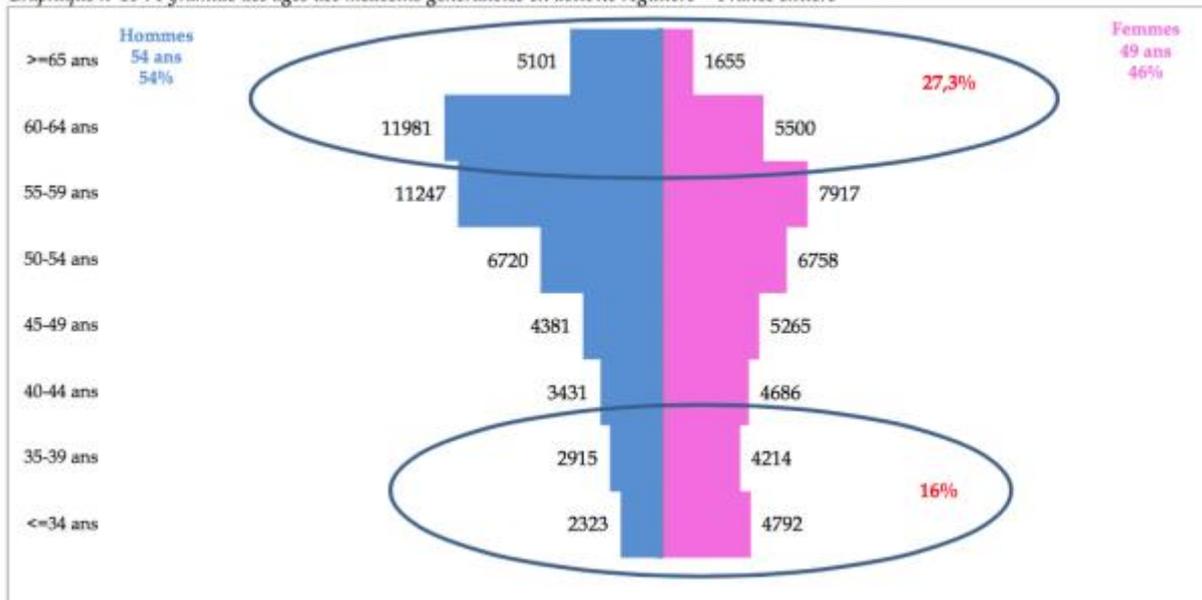
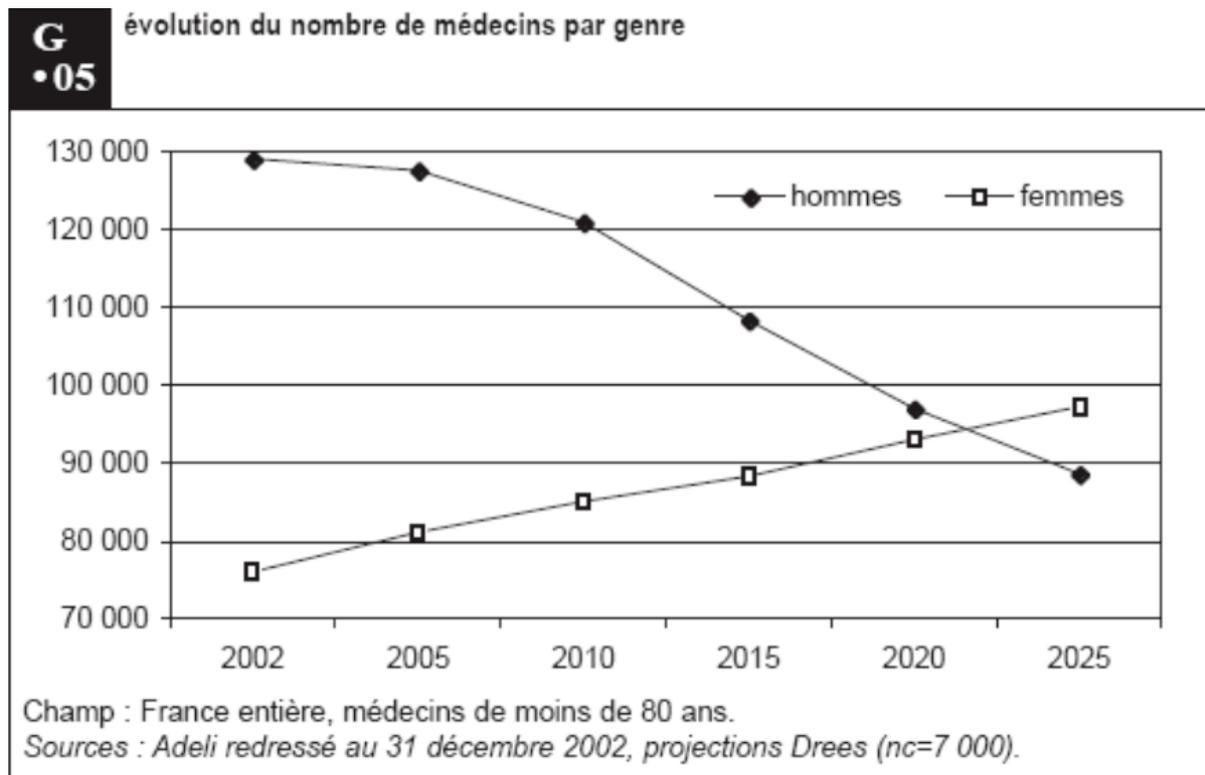


Figure 3

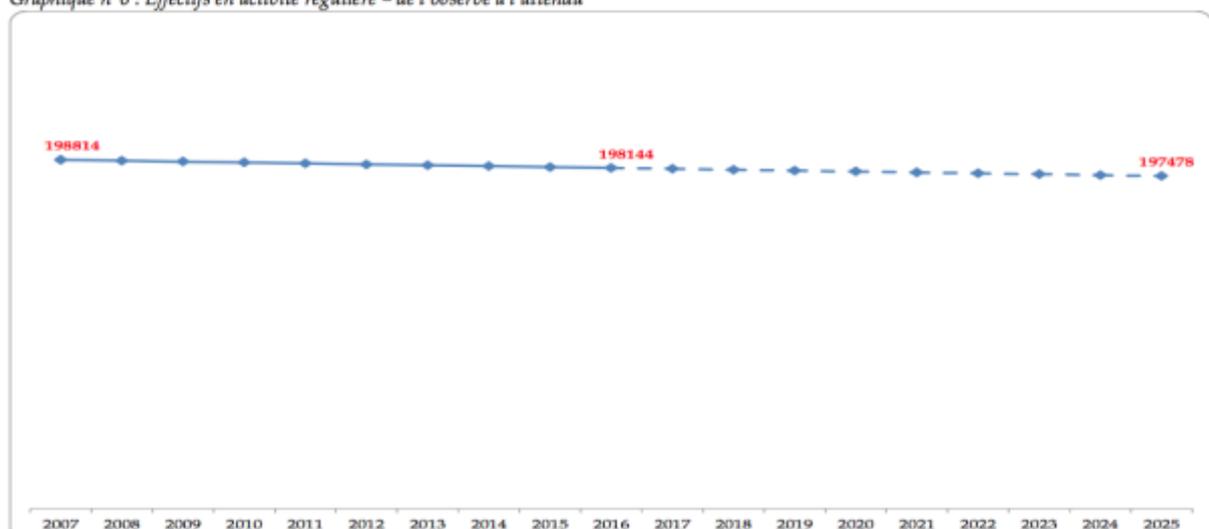
Selon les projections de la DREES, la parité sera atteinte en 2020 et les femmes médecins seront majoritaires à partir de cette date. (13) (Figure 4)



**Figure 4**

Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 198 144 médecins inscrits en activité régulière pour 285 840 médecins recensés. Sur la période 2007/2016, ces effectifs ont diminué de 0,4% et sont amenés à continuer à décroître d'ici à 2025. (12) (Figure 5)

Graphique n°6 : Effectifs en activité régulière - de l'observé à l'attendu



**Figure 5**



Voici la répartition des médecins généralistes selon les modes d'exercice :

<b>Modes d'exercice</b>	<b>Médecine générale</b>
<b>Libéral</b>	<b>50 608 (-13,5%)</b>
<b>Mixte</b>	<b>5 739 (-8,3%)</b>
<i>Libéral-Salarié</i>	3 264
<i>Libéral-Hospitalier</i>	2 232
<i>Libéral-Salarié-Hospitalier</i>	243
<b>Salarié</b>	<b>32 454 (+5,3%)</b>
<i>Salarié</i>	15 830
<i>Hospitalier</i>	15 636
<i>Salarié-Hospitalier</i>	988
<b>Divers</b>	<b>83</b>
<b>Sans exercice déclaré</b>	<b>2</b>
<b>Total France entière</b>	<b>88 886</b>

**Figure 7**

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

Les difficultés d'accès aux soins primaires sont dues aux évolutions majeures de la démographie médicale : le vieillissement du corps médical, la féminisation de la profession, le vieillissement de la population et l'augmentation de la demande de soins, le maintien voire la croissance des disparités géographiques de répartition des professionnels de santé.

De plus, les médecins recensés en médecine générale n'exercent pas tous dans cette discipline. Les omnipraticiens à exercice particulier, par exemple, représentent 11 à 23% des effectifs. Et, parmi les généralistes, seulement 62% exercent effectivement la médecine générale à plein temps, 14% à temps partiel et 24% ne l'exercent pas du tout.

Les difficultés actuelles d'accès aux soins primaires ne sont que relatives. En effet, la simple densité médicale ou les effectifs médicaux ne sont pas suffisants pour définir les futurs besoins en offre de soins. D'après le rapport de la Direction Générale de la Santé de 2001, « *des difficultés existent dès à présent mais liées aux disparités dans la répartition fine des médecins sur le territoire, dans la répartition entre spécialités et entre modes d'exercice et non à une insuffisance globale du nombre de médecins.* » (14)

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

On assiste depuis quelques années à une réduction du temps de travail des médecins, ceux-ci souhaitant accéder à une meilleure qualité de vie extra-professionnelle. Ce phénomène est

probablement dû en partie à l'évolution de l'organisation du travail en France, avec le passage aux 35 heures et l'augmentation du temps libre.

Il existe donc actuellement une réduction du « temps médical » qui provoque des problèmes d'accès aux soins qui vont s'intensifier dans les années à venir.

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

La féminisation de la médecine générale est un sujet d'actualité puisqu'il a modifié la pratique actuelle de l'exercice de la médecine générale. L'organisation de l'activité, du lieu d'exercice, et la façon de gérer vie professionnelle et vie privée diffère entre les médecins hommes et femmes et entre anciennes et nouvelles générations de médecins généralistes.

### **III) Objectif de l'étude**

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence une diminution du temps d'activité médical au profit du temps personnel chez les femmes médecins généralistes par rapport à l'ensemble de la population médicale.

Les objectifs secondaires seront de caractériser le cadre idéal de leur activité et de le comparer à celui de l'ensemble des médecins.

# **MATERIEL ET METHODE**

## **I) Population étudiée**

L'étude concerne uniquement les internes en médecine générale de sexe féminin de la faculté de médecine de Poitiers, des promotions 2014 à 2016 (année d'entrée dans le DES de médecine générale).

Le but était d'obtenir un échantillon de taille comparable à ceux des différentes études réalisées sur le sujet, sachant que ce travail est plus un traitement de données qu'une étude statistique.

## **II) Schéma d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle :

- Descriptive de la situation des internes en DES de médecine générale.
- Unicentrique, concernant la faculté de médecine de Poitiers
- Transversale réalisée à un instant donné

## **III) Recueil de données**

Les données ont été recueillies via un questionnaire standardisé (cf annexe) créé sur la plateforme Googleform et envoyé à toutes les personnes concernées par l'étude.

Ce questionnaire anonyme, à l'exception du sexe, comprenait trois parties :

- La vie personnelle
- L'interaction entre vie professionnelle et vie personnelle
- Les conditions de travail souhaitées une fois installé

Il a été envoyé par mail à chaque interne interrogée sur la base de données de la mailing-liste fournie par l'administration de la faculté de médecine de Poitiers. Cette liste ne discriminait pas homme et femme.

Une relance par mail a été effectuée 3 semaines après.

Les données ainsi recueillies ont ensuite été traitées sous forme de tableaux et graphiques puis comparées à la littérature existante. (2,3,5,16,17,18)

# **RESULTATS**

## I) Analyse de l'échantillon interrogé

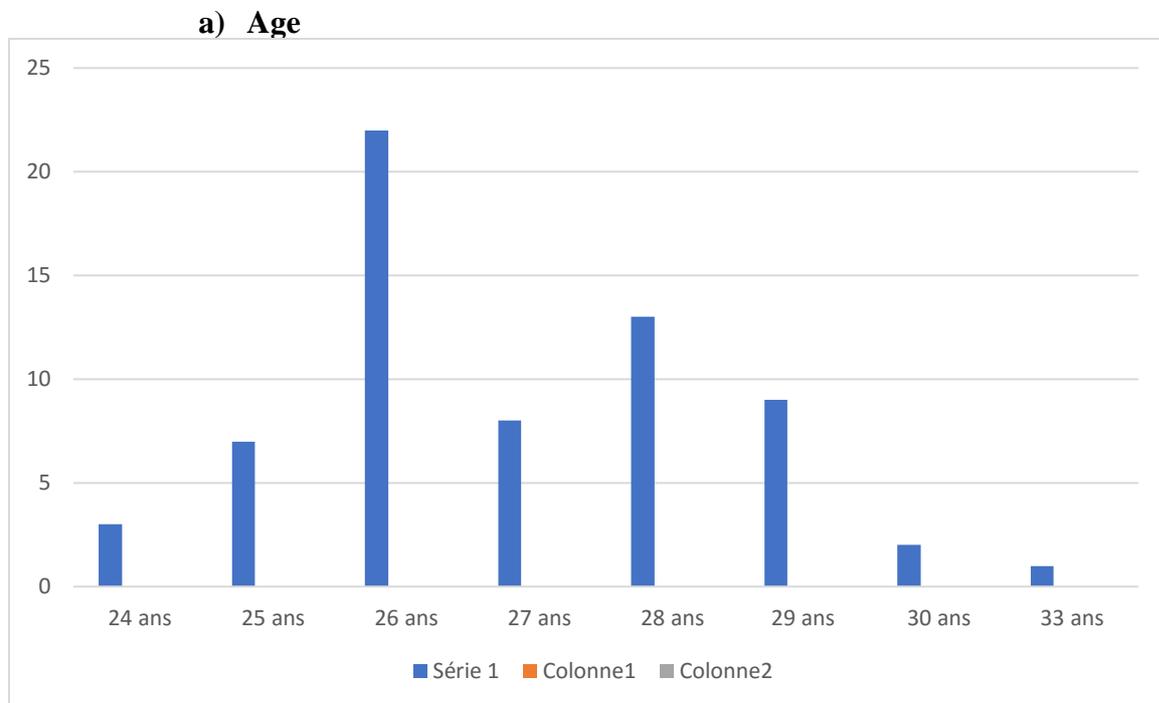
L'étude portait sur trois promotions d'internes de médecine générale de la faculté de Poitiers entrées dans le DES en 2014, 2015 et 2016.

Le nombre d'internes homme et femme composant ces trois promotions était de 405 qui ont reçu le questionnaire Googleform par mail.

Sur les 405 internes interrogés, on compte 232 femmes soit 57% et 173 hommes (43%).

Le nombre de réponse au questionnaire a été de 66. Parmi les personnes ayant répondu on compte 1 homme et 65 femmes soit 28% des internes femmes sur les 232.

## II) Les caractéristiques personnelles



**Figure 8**

Les sujets féminins ayant répondu avaient entre 24 et 33 avec une moyenne d'âge de 26,96 ans. (Figure 8)

**b) Département d'origine**

Département d'origine	Nombre d'interne ( %)
1	1 ( 1,5%)
<b>16</b>	<b>6 ( 9,2%)</b>
<b>17</b>	<b>11 ( 16,9%)</b>
25	3 (4,6%)
29	1 ( 1,5%)
31	1 ( 1,5%)
33	3 ( 4,6%)
37	3 ( 4,6%)
40	1 (1,5%)
44	3 (4,6%)
47	2 (3,1%)
49	2 (3,1%)
51	1 (1,5%)
54	1 (1,5%)
57	1 (1,5%)
61	2 (3,1%)
62	2 (3,1%)
64	1 (1,5%)
68	2 (3,1%)
76	1 (1,5%)
78	1 (1,5%)
<b>79</b>	<b>6 (9,2%)</b>
<b>86</b>	<b>5 (7,7%)</b>
87	1 (1,5%)
94	1 (1,5%)
95	1 (1,5%)
99	1 (1,5%)
971	1 (1,5%)

**Figure 9**

La majorité des internes interrogés sont originaires du Poitou-Charentes avec 16,9% de Charente-Maritime, 9,2% des Deux Sèvres et de Charente et 7,7% de la Vienne. (Figure 9)

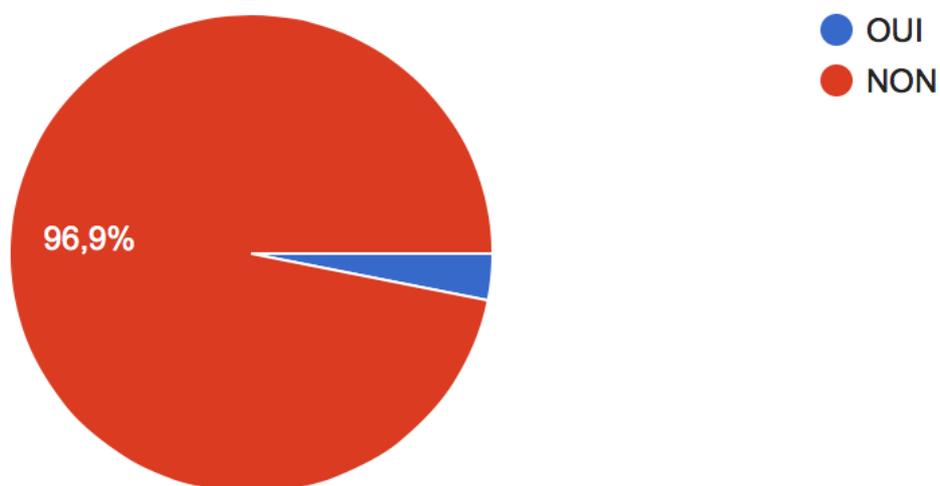
c) Faculté d'origine

Faculté d'origine	Nombre d'interne
Amiens	1 ( 1,5%)
Bordeaux	10
Lilles	1 ( 1,5%)
Nantes	3
Paris V	1 ( 1,5%)
Paris VII	1 ( 1,5%)
<b>Poitiers</b>	<b>30 (46,2%)</b>
Rouen	2 ( 3%)
Reims	1 ( 1,5%)
Toulouse	2 ( 3%)
Angers	1 ( 1,5%)
Besançon	3
Limoges	1 ( 1,5%)
Caen	1 (1,5%)
Lyon est	1 ( 1,5%)
Strasbourg	2 ( 3%)
Tours	3
Nancy	1

**Figure 10**

La majorité a réalisé ses études à Poitiers soit 30 internes représentant 46,2% de l'échantillon. (Figure 10)

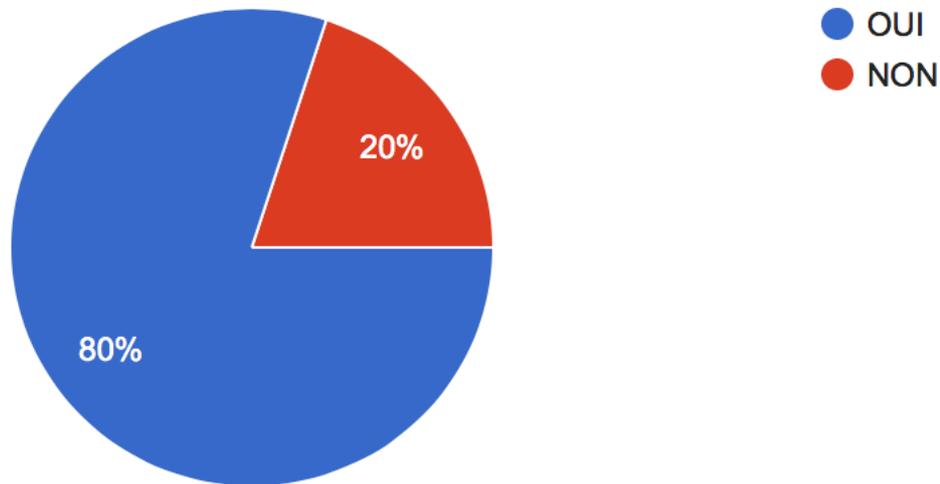
d) Validation de la thèse



**Figure 11**

Seulement deux internes ont validé leur thèse (3,1%). Elles sont donc 63 internes non thésées soit 96,9%. (Figure 11)

**e) Statut marital**



**Figure 12**

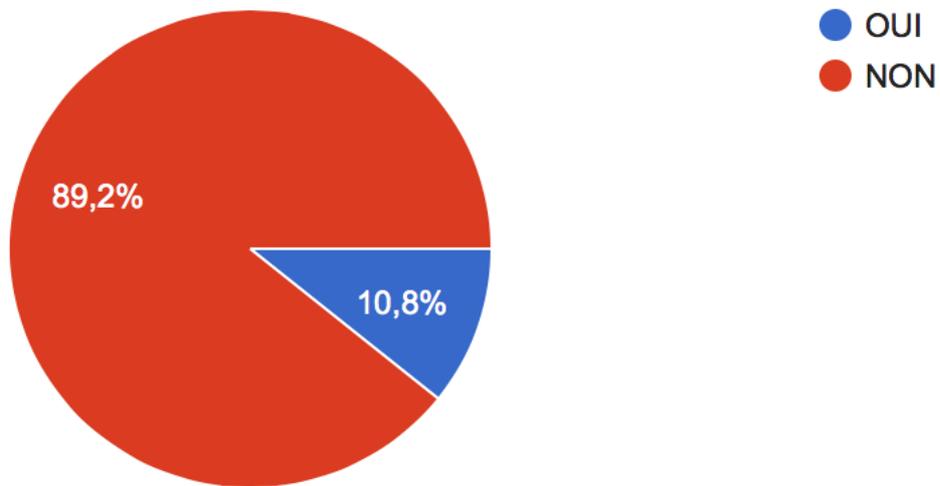
13 sont célibataires soit 20% de l'échantillon.

52 sont en couple soit 80% de l'échantillon. (Figure 12)

Parmi les 52 internes en couple :

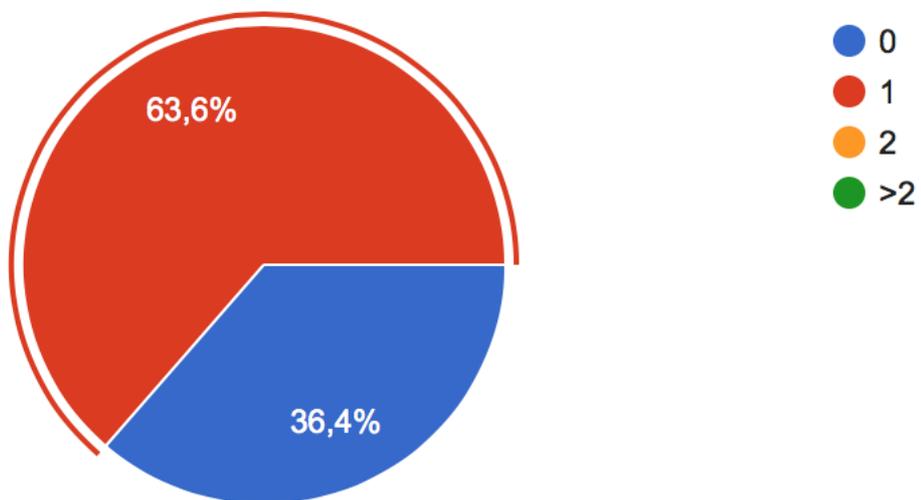
- 36 (soit 69,2%) ont un conjoint exerçant une profession de cadre et profession intellectuelle supérieure dont médecin
- 1 (soit 1,9%) a un conjoint agriculteur/exploitant
- 2 (soit 3,8%) ont un conjoint exerçant une profession d'artisan commerçant chef d'entreprise
- 7 (soit 13,5%) ont un conjoint exerçant une profession intermédiaire
- 5 (soit 9,6%) ont un conjoint exerçant comme employés
- 1 (soit 1,9%) a un conjoint sans emploi

**f) Vie et organisation autour de l'enfant**



**Figure 13**

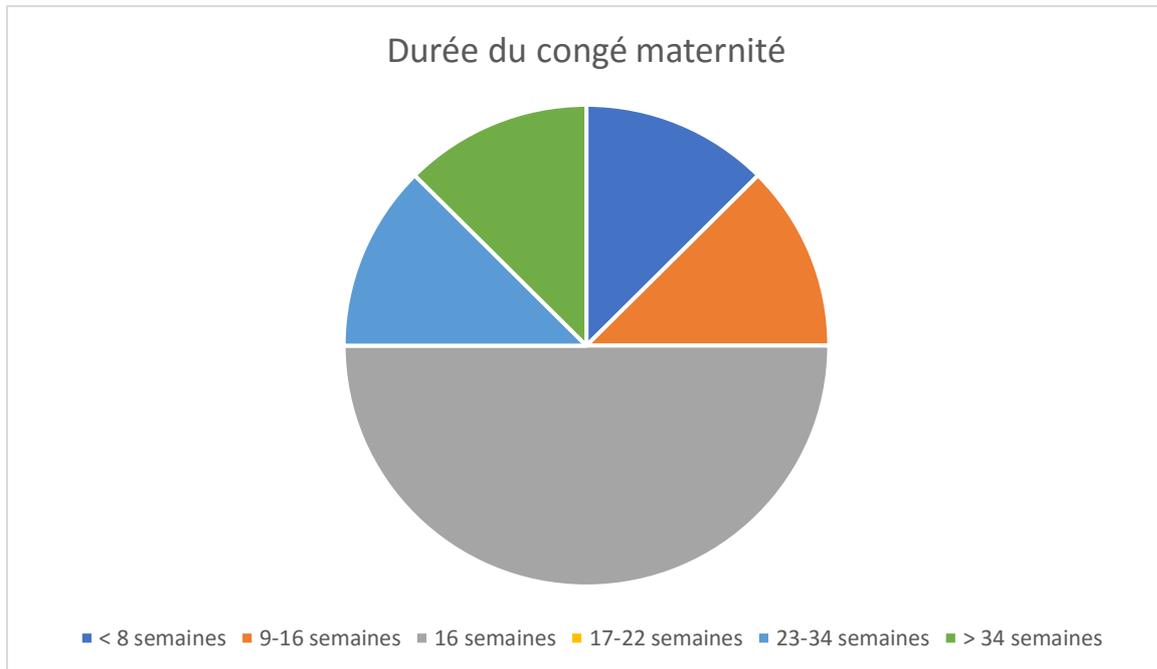
58 soit 89,2 % n'ont pas d'enfant et 7 soit 10,8% ont des enfants. (Figure 13)  
Chez ces 7 internes, le nombre d'enfant est de 1. (Figure 14)



**Figure 14**

➤ A propos des internes ayant des enfants :

- Congé maternité



**Figure 15**

Concernant la durée de congé maternité :

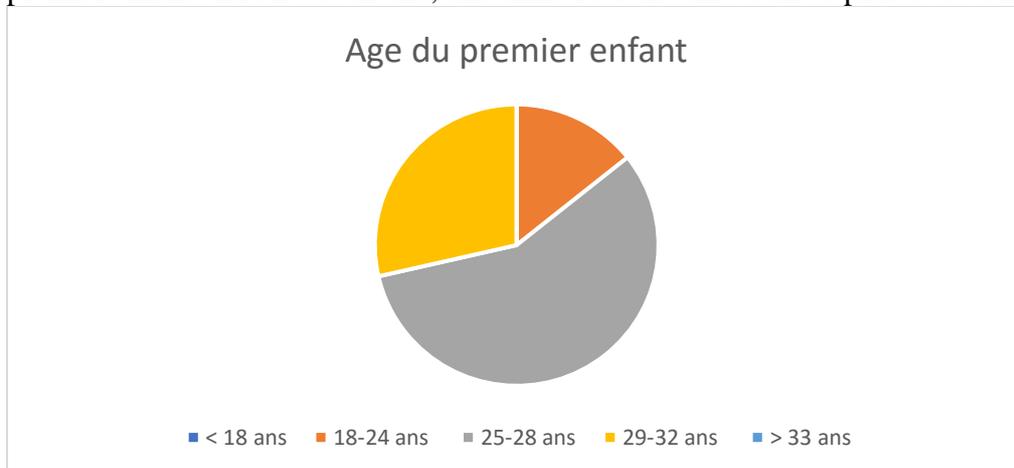
-50% ont bénéficié de 16 semaines de congés de maternité

- la proportion d'interne ayant bénéficié de moins de 8 semaines, entre 9 et 16 semaines, entre 17 et 22 semaines, entre 23 et 34 semaines et plus de 34 semaines de congés était de 12,5 % chacun. (Figure 15)

Durant le congé maternité, 57,1% soit 4 internes avouent avoir eu des difficultés financières contre 42,9% soit 3 internes qui n'en ont pas eu.

- Age premier enfant

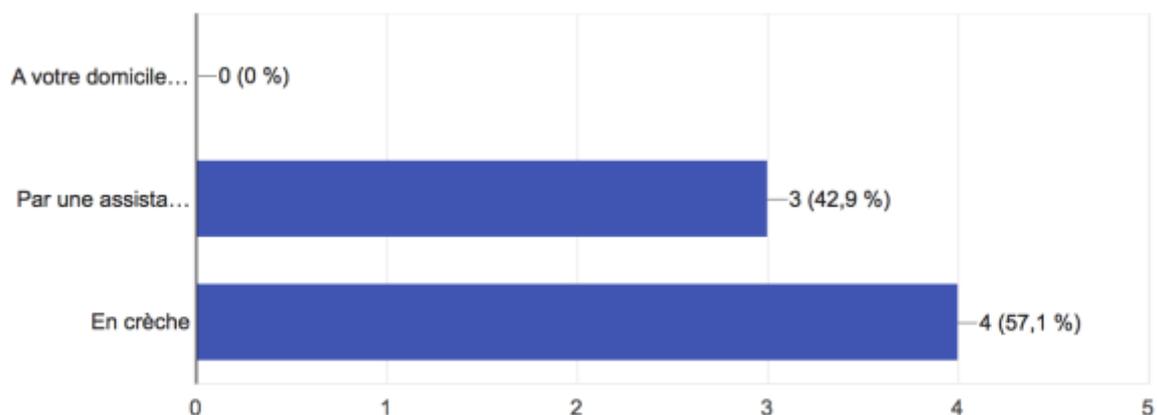
L'âge du premier enfant est à 57,1% entre 25 et 28 ans. Une interne (soit 14,3%) a eu son premier enfant entre 29 et 32 ans, une entre 18 et 24 ans et une a plus de 30 ans. (Figure 16)



**Figure 16**

- Mode de garde

Le mode de garde des enfants est à 42,9% assuré par une assistance maternelle et à 57,1% en crèche. (Figure 17)



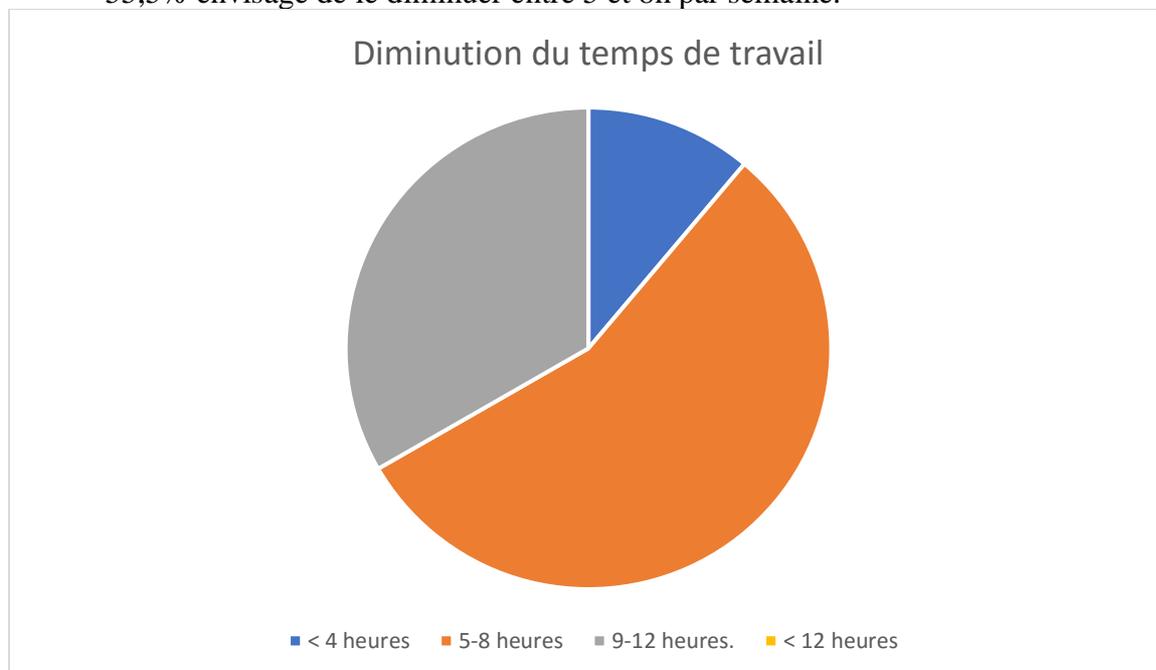
**Figure 17**

- Temps de travail

80% des personnes interrogés ont diminué leur temps de travail suite à la naissance de leur enfant contre 20% qui ne l'ont pas fait.

Concernant l'adaptation du temps de travail hebdomadaire une fois installée (Figure 18) :

- 11,1% envisage de le diminuer de moins de 4h par semaine le temps de travail
- 33,3% envisage de le diminuer entre 9 et 12h par semaine
- 55,5% envisage de le diminuer entre 5 et 8h par semaine.



**Figure 18**

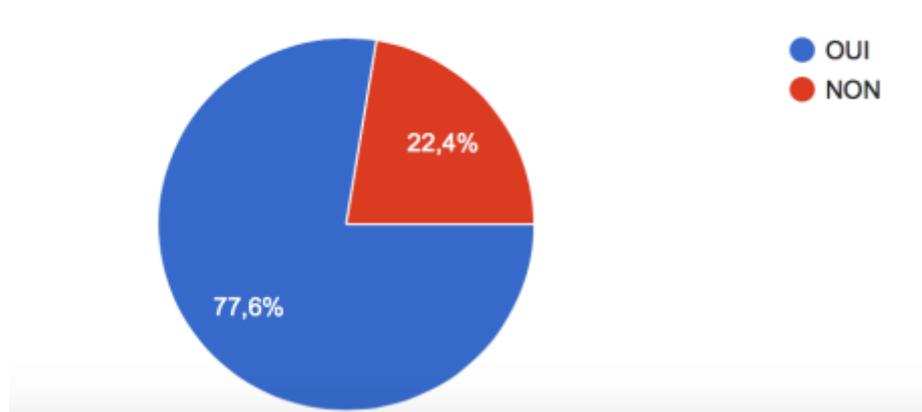
- **Projet grossesse**

77,8% ont un autre projet de grossesse contre 22,2% qui n'en souhaite pas.

2 internes pensent avoir un projet grossesse pendant l'internat soit 33,3% et 5 internes soit 83,3 % après l'internat.

➤ A propos des internes sans enfant :

77,6% envisagent un projet grossesse, avec parmi elles 96,2% en souhaitant plusieurs, contre 22,4% qui n'en souhaite pas. (Figure 19)

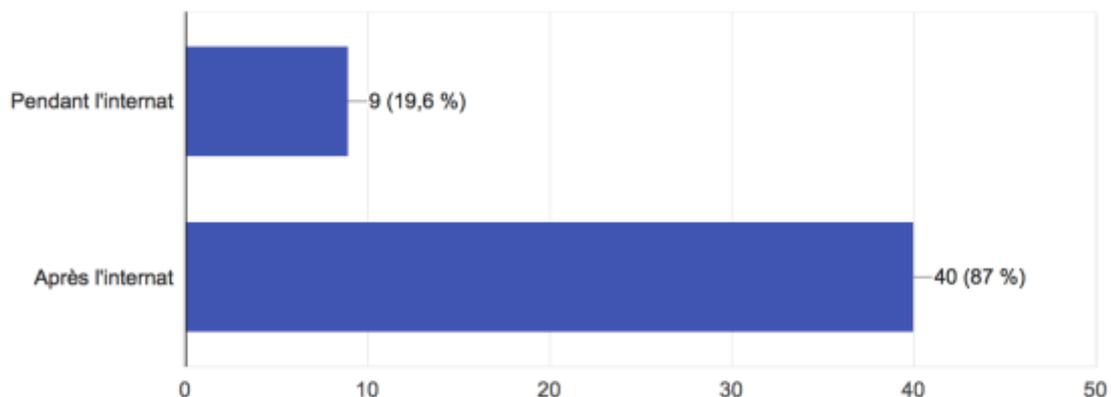


**Figure 19**

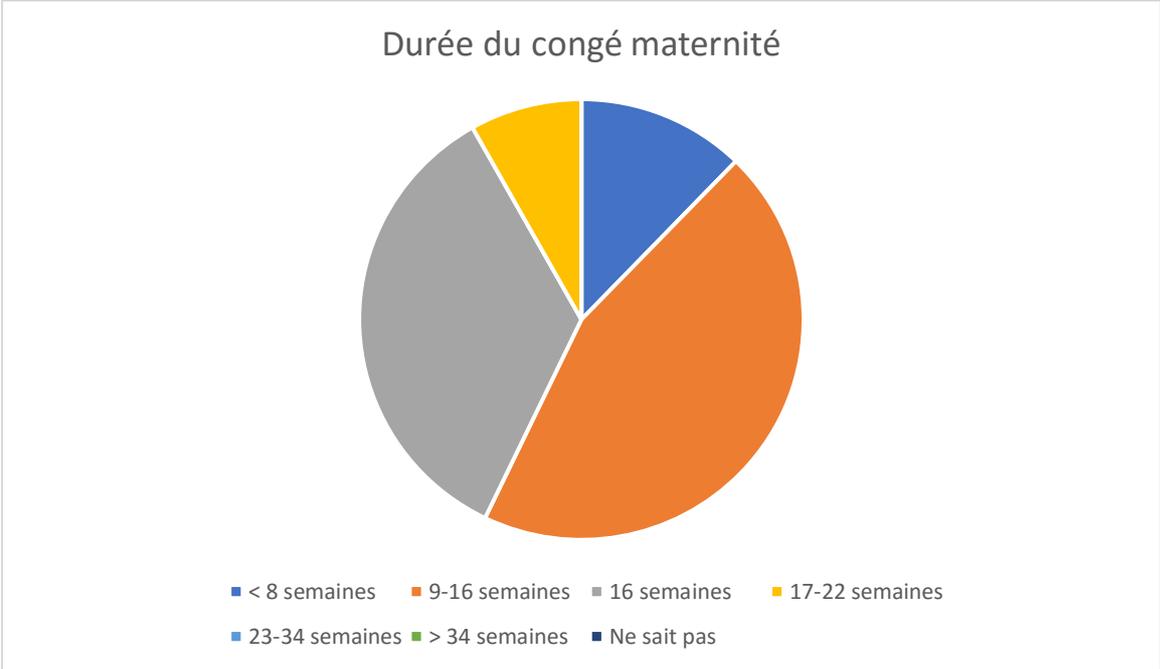
- **Date projet grossesse et congés maternité**

Parmi celles qui ont un projet de grossesse (Figure 20) :

- 19,6% l'envisage pendant l'internat et 87% après l'internat.
- La majorité soit 43,1% envisagent un congé maternité de 9 à 16 semaines. (Figure 21)  
12 % envisagent un congé maternité de moins de 8 semaines, 8% envisagent entre 17 et 22 semaines de congé maternité et 35% envisagent 16 semaines. A noter qu'une interne a répondu « ne pas savoir ».

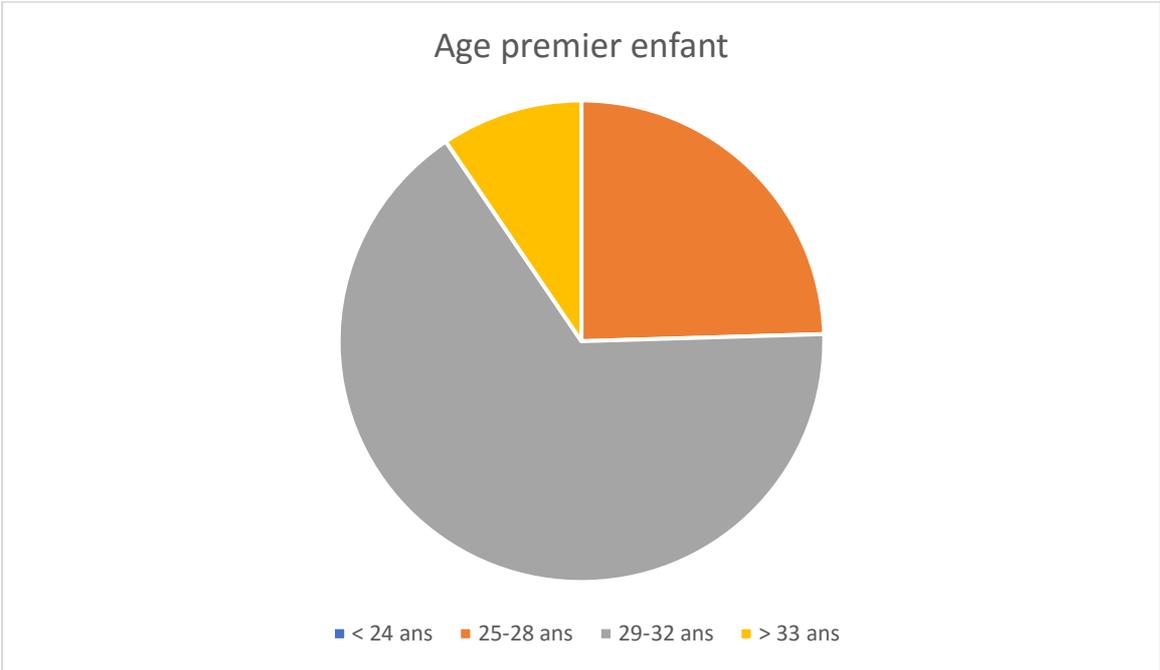


**Figure 20**



**Figure 21**

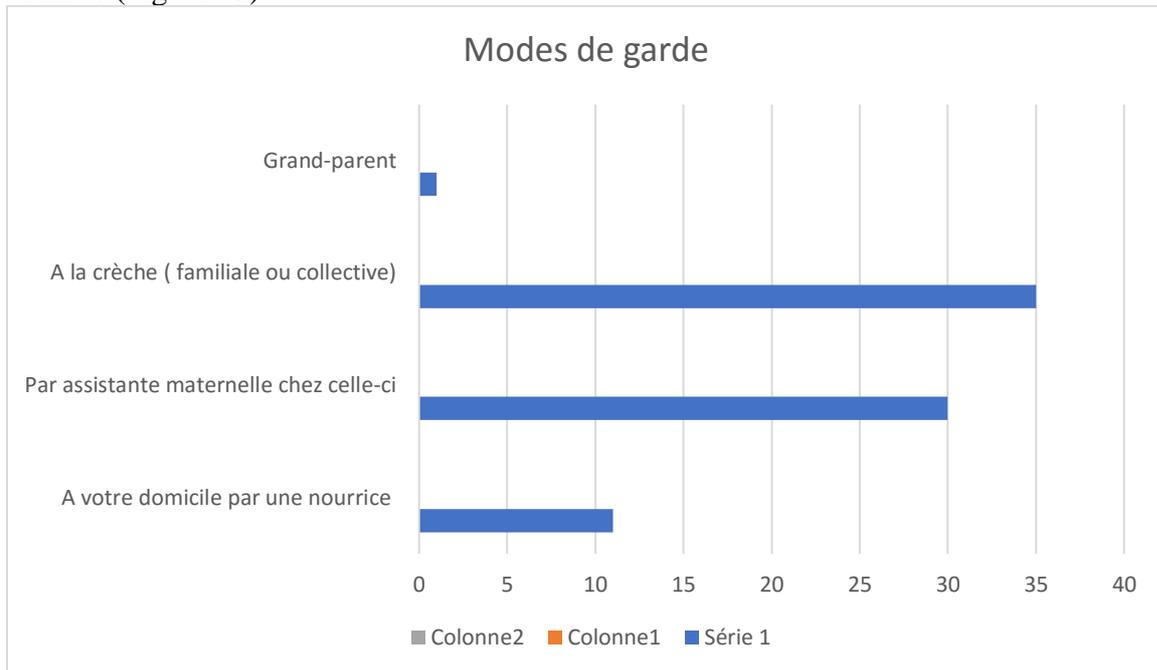
- Age premier enfant  
60,4% envisage leur premier enfant entre 29 et 32 ans, contre 24,5% entre 25 et 28 ans et 9,4% après 33 ans. (Figure 22)



**Figure 22**

- Modes de garde

Les différents modes de garde et leur répartition sont décrits dans le diagramme ci-dessous (Figure 23) :

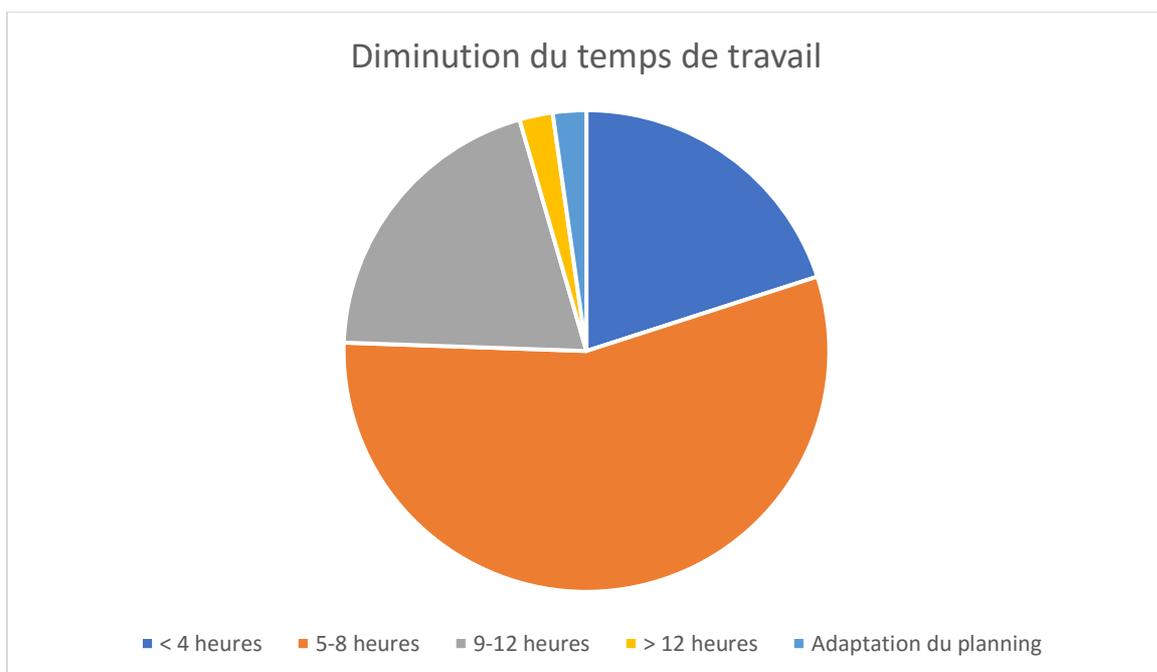


**Figure 23**

- Temps de travail

87% des internes interrogées diminueront leur temps de travail au profit d'une augmentation du temps familial contre 13% qui ne compte pas le faire.

Sur ses 87%, 53,3% le diminueront entre 5-8h par semaine, 20% entre 9-12h par semaine et 17,8% de moins de 4h par semaine. (Figure 24)



**Figure 24**

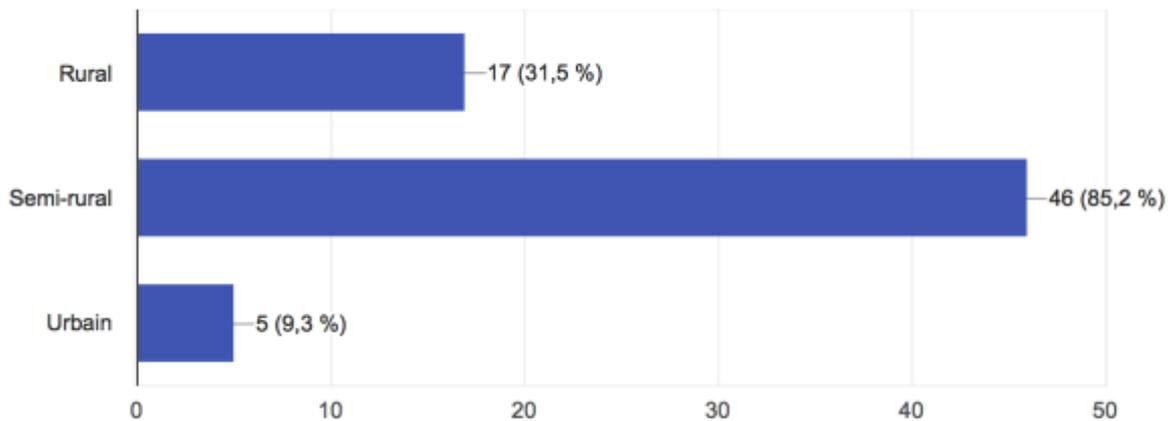
### III) Type d'activité

#### a) **Activité de remplaçant en médecine générale ambulatoire**

81,5% des internes interrogées souhaitent avoir une activité de remplacement en médecine générale ambulatoire.

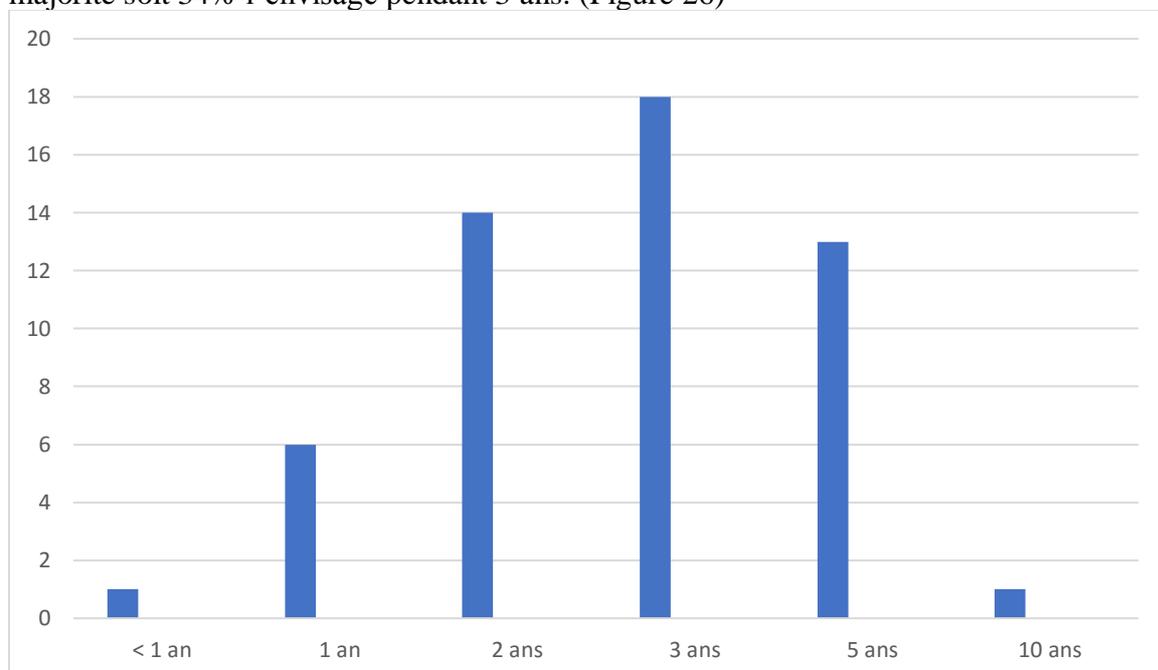
Parmi celles-ci, 64,3% l'envisage comme unique activité.

La majorité souhaite travailler en milieu semi rural avec 85,2% des interrogées, contre 31,5% en zone rurale et 9,3% en zone urbaine. (Figure 25)



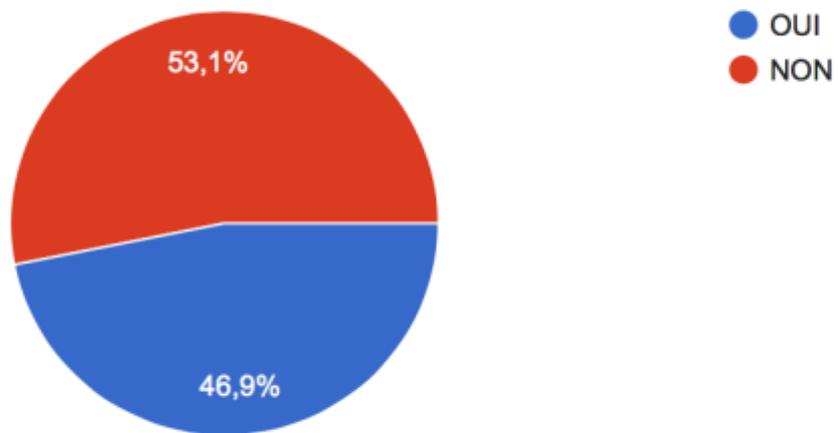
**Figure 25**

La durée de remplacement varie de moins d'1 an à 10 ans avec une moyenne de 3,08 ans. La majorité soit 34% l'envisage pendant 3 ans. (Figure 26)



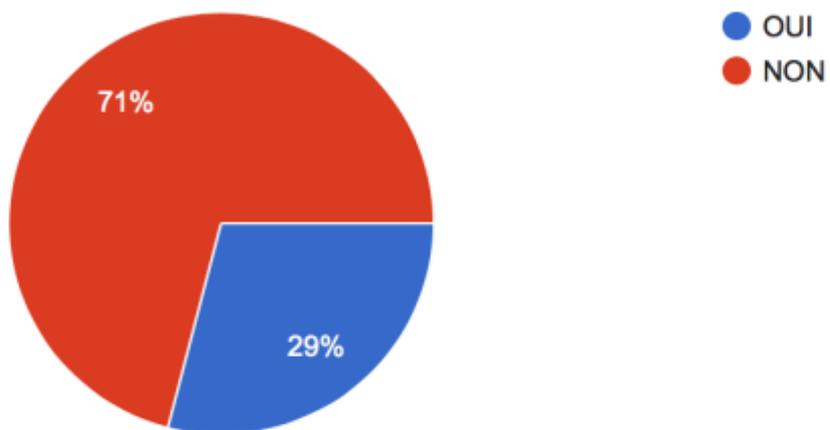
**Figure 26**

**b) Activité de médecin salarié**



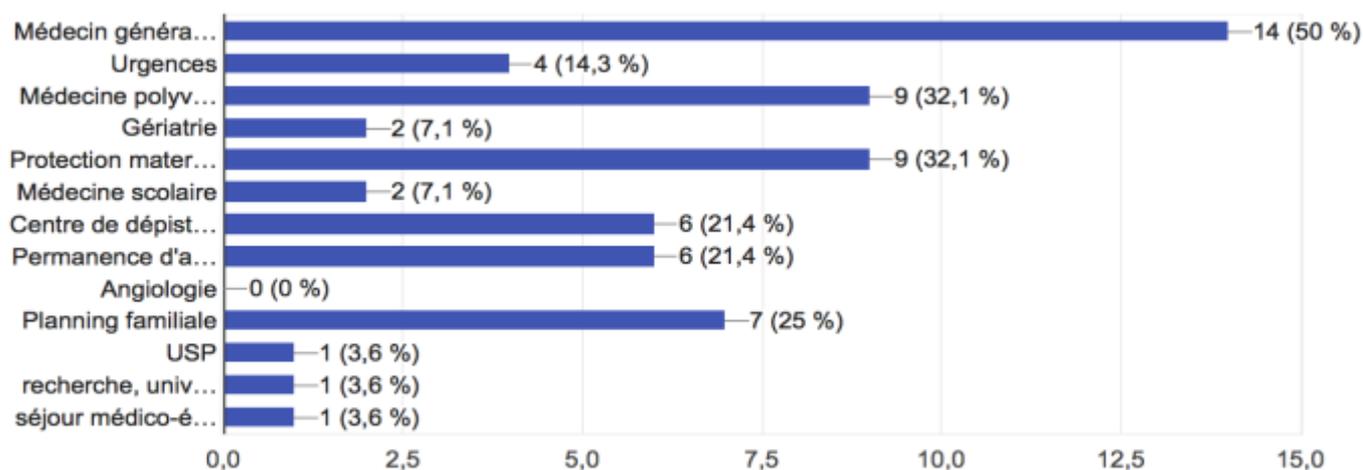
**Figure 27**

Une minorité de 46,9% envisage une activité de médecin salarié dont 71% comme unique activité. (Figures 27 et 28)



**Figure 28**

Les différentes activités de médecins salariés ainsi que leur répartition sont détaillées dans le tableau ci-dessous

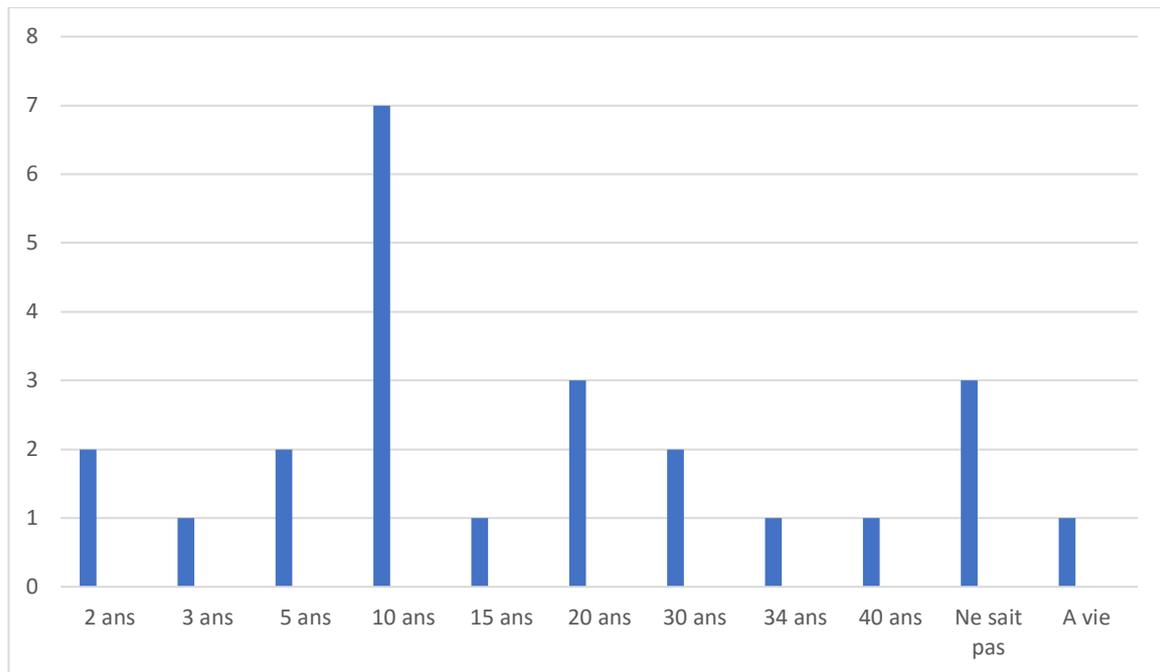


**Figure 29**

Ainsi ils se répartissent (Figure 29) :

- 50% seraient médecins généralistes ambulatoire salarié
- 14,3% seraient urgentistes
- 32,1% travailleraient en médecine polyvalente
- 7,1% feraient de la gériatrie
- 32,1% travailleraient en protection maternelle et infantile
- 7,1% travailleraient en médecine scolaire
- 21,4% travailleraient au centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
- 21,4% travailleraient à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS)
- Personne ne ferait d'angiologie
- 25% travailleraient au planning familial
- 3,6% travailleraient en unité de soin palliatif
- 3,6% travailleraient à la recherche, en universitaire
- 3,6% travaillerait au séjour médico-éducatif

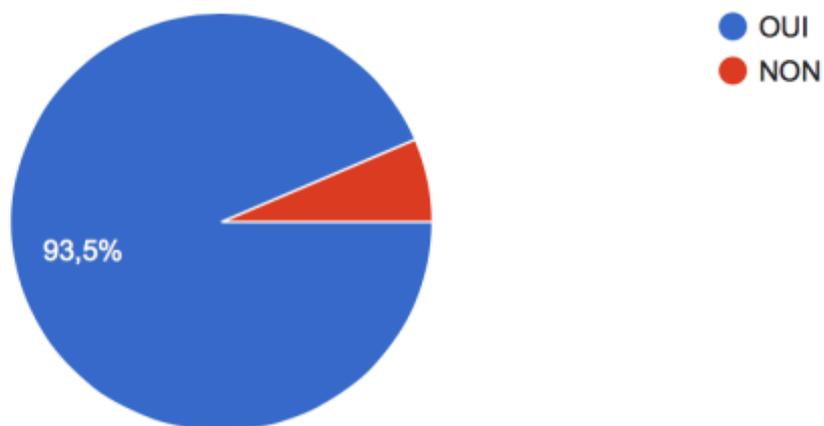
La durée de la période de salariat varie de 2 ans à la totalité de la carrière avec une moyenne de 10 ans. La majorité soit 29,2% l'envisage pendant 10 ans. (Figure 30)



**Figure 30**

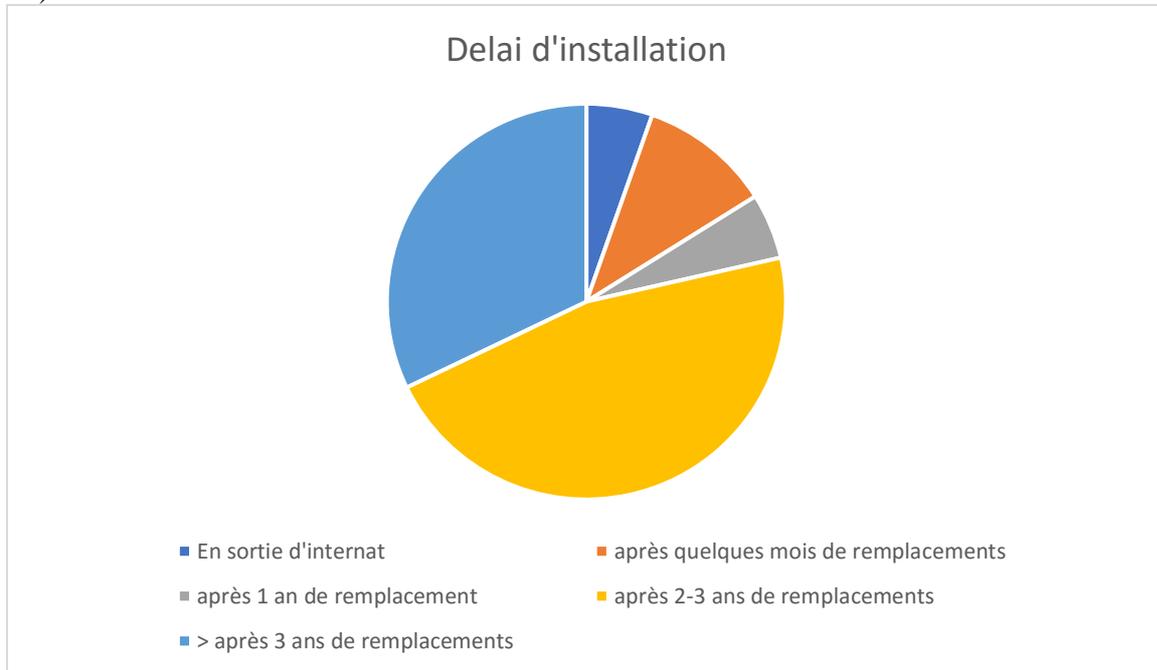
### c) Projet d'installation en médecine générale libérale ambulatoire

93,5% souhaitent s'installer en médecine générale libérale ambulatoire dont 67,2% l'envisagent comme unique activité. (Figure 31)



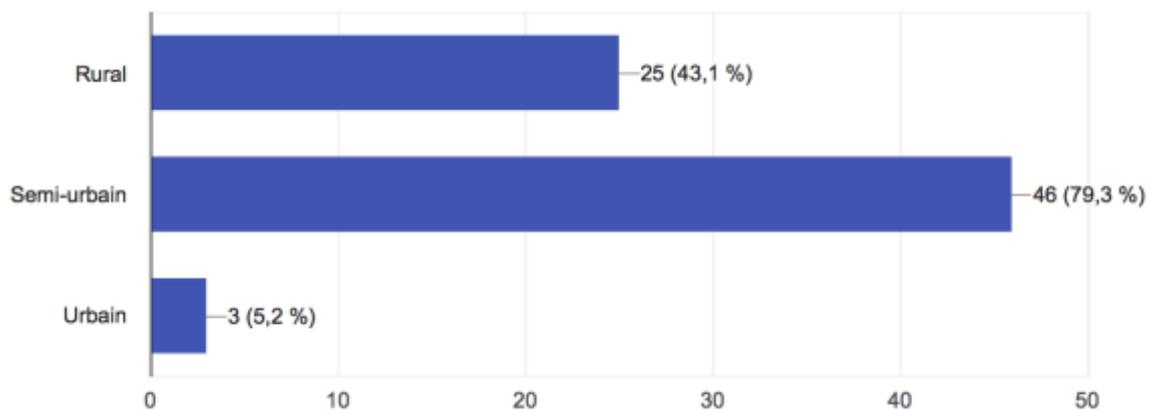
**Figure 31**

Le délai entre la fin de l'internat et l'installation varie mais la majorité (47,3%) le prévoit après 2 à 3 ans de remplacements. 5,3% le prévoit après directement après la fin de leur internat, 10,5% après quelques mois de remplacements, 3,5% après 1 an de remplacement, 29,8% après 3 ans de remplacement et 3,6% le prévoit après 5 ans de remplacement. (Figure 32)



**Figure 32**

43,1% souhaitent s'installer en milieu rural, 79,3% en milieu semi rural et 5,2% en milieu urbain. (Figure 33)



**Figure 33**

#### **d) Activité mixte**

54% des personnes interrogées envisagent une activité mixte de médecin généraliste libéral et salarié.

### e) L'arrêt de la médecine générale

6 internes soit 9,7% envisagent d'arrêter l'exercice de la médecine. (Figure 34)

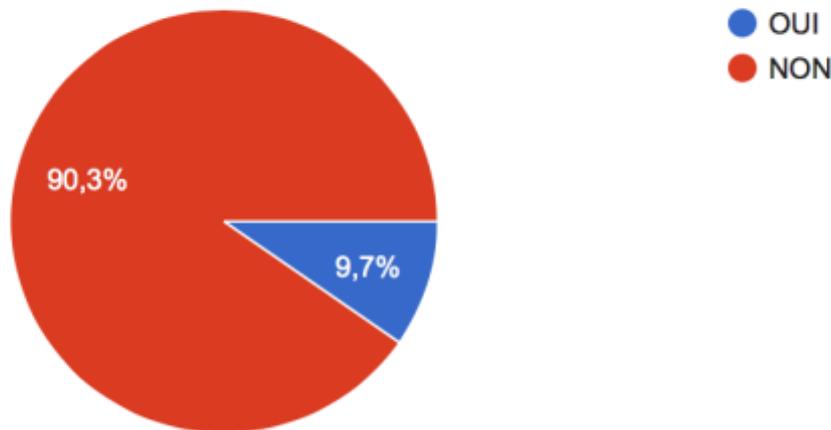


Figure 34

Les raisons évoquées pour justifier l'arrêt de l'exercice médical sont les suivantes :

- Usure
- Question difficile, pas certaine d'être médecin généraliste toute ma vie au-vue de l'évolution de la pratique médicale et des formalités administratives, travail pesant et stressant, peu de reconnaissance mais revalorisation des actes en cours symbolique, formation continue perpétuelle pour rester à jour
- Envie de faire autre chose
- Personnelles
- Pour élever mes enfants si besoin ou exercer une autre profession si envie
- Pas de temps pour une vie de famille nombreuse
- Par lassitude avec d'autres projets personnels et professionnels

### f) Formations complémentaires

75,4% envisagent de réaliser des formations complémentaires. (Figure 35)

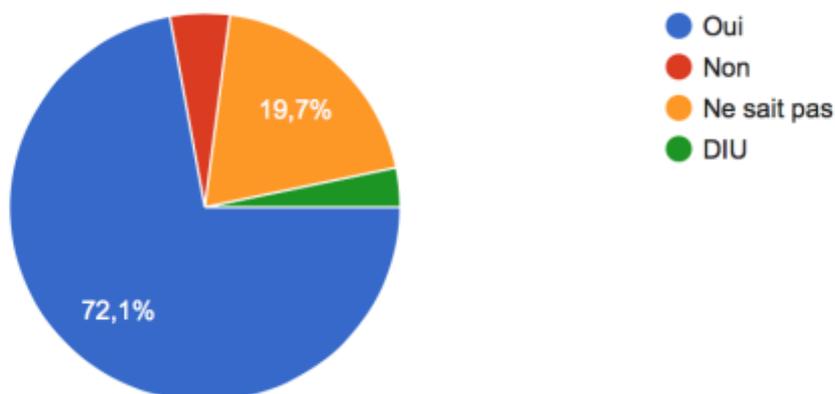
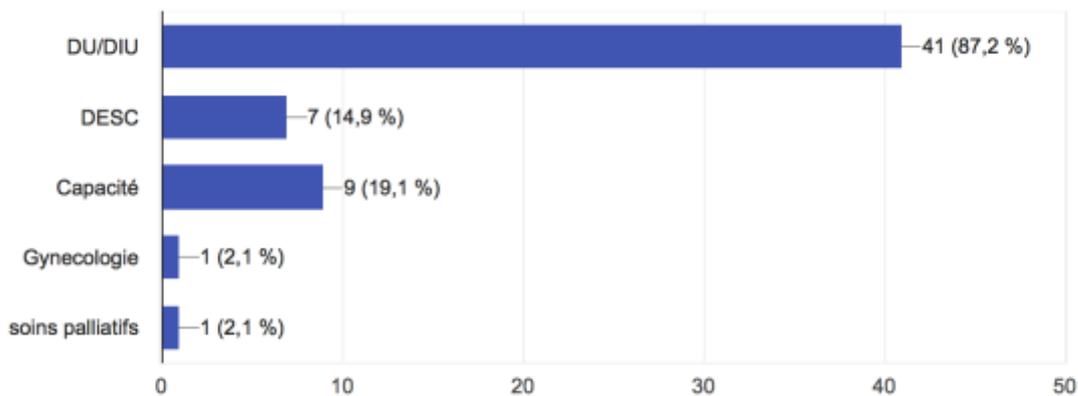


Figure 35

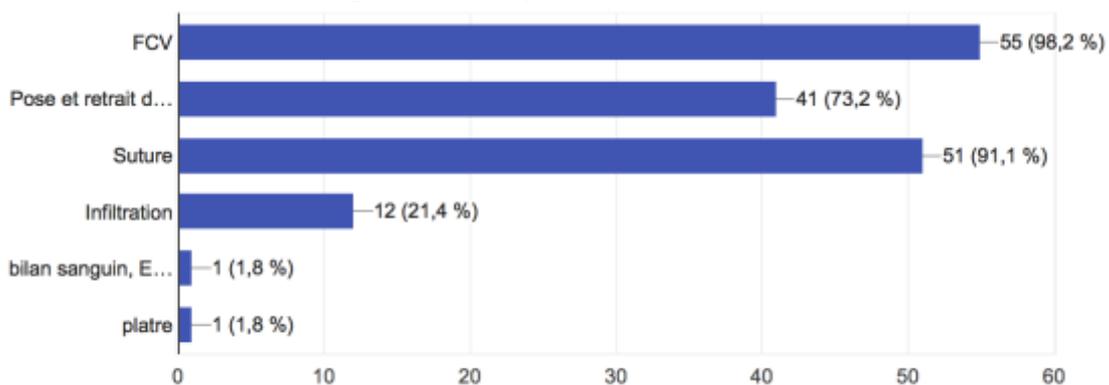
Ces formations complémentaires se répartissent selon le diagramme ci-dessous (Figure 36) :



**Figure 36**

### g) Gestes techniques au cabinet

98,2% souhaitent réaliser des gestes techniques au cabinet.



**Figure 37**

Ces différents gestes se répartissent de la manière suivante (Figure 37) :

- 98,2% souhaitent réaliser des Frottis cervico vaginaux,
- 73,2% souhaitent poser et retirer des stérilet et implant contraceptifs,
- 91,1% souhaitent faire des sutures,
- 21,4% souhaitent faire des infiltrations,
- 1,8% souhaitent faire des bilan sanguin / ECG et plâtre.
- 1,8% souhaitent réaliser des échographies.

### h) Département d'installation souhaité

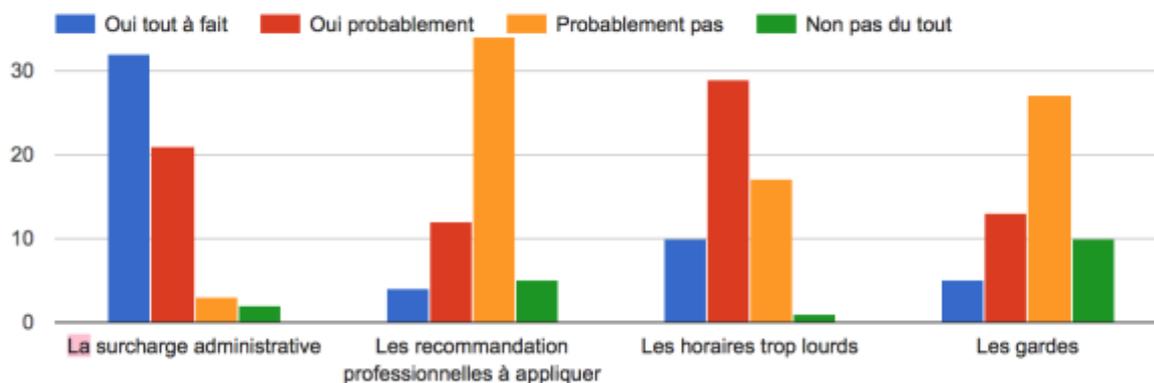
La majorité des internes soit 48,2% souhaite s'installer dans le Poitou-Charentes.

### i) Les raisons motivant à exercer la médecine générale

Sur 58 internes voici les différentes réponses sur les motivations d'être médecin généraliste :

Attrait pour le coté libérale de la médecine générale	37 internes soit 63,8%
Gestion des relations humaines	50 internes soit 86,2%
Qualité de vie	32 internes soit 55,2 %
Aspect lucratif	4 internes soit 6,9%
Intérêt intellectuel	25 internes soit 43,1%
Intérêt pratique comme l'organisation de son emploi du temps	45 internes soit 77,6%
Activité du conjoint	15 internes soit 25,9%

### j) Les craintes ressenties chez les médecins généralistes



**Figure 38**

Les principales contraintes qui sont sources de craintes chez la majorité des personnes interrogées sont la surcharge administrative et le caractère chronophage de l'activité de médecin généraliste.

A noter que la nécessité de suivre des recommandations de bonne pratique et de participer à la permanence des soins sous forme de garde ne constituent pas des contraintes à l'exercice de la profession médicale chez la majorité des internes de cette étude. (Figure 38)

#### **IV) Les structures indispensables à proximité du lieu d'exercice**

##### **a) Lieu d'habitation**

Très important	25 internes
Plutôt important	28 internes
Pas vraiment important	9 internes
Superflu	1 internes

##### **b) Commerces**

Très important	15 internes
Plutôt important	28 internes
Pas vraiment important	17 internes
Superflu	0 interne

##### **c) Etablissement scolaire**

Très important	21 internes
Plutôt important	30 internes
Pas vraiment important	11 internes
Superflu	0 internes

##### **d) Lieu de travail du conjoint**

Très important	21 internes
Plutôt important	24 internes
Pas vraiment important	14 internes
Superflu	2 internes

##### **e) Réseau médical libéral**

Très important	33 internes
Plutôt important	27 internes
Pas vraiment important	1 interne
Superflu	0 interne

##### **f) Réseau paramédical libéral (IDE , kiné ... )**

Très important	48 internes
Plutôt important	15 internes
Pas vraiment important	0 interne
Superflu	0 interne

**g) Pharmacie**

Très important	37 internes
Plutôt important	23 internes
Pas vraiment important	2 internes
Superflu	0 interne

**h) Laboratoire d'analyse médicale**

Très important	35 internes
Plutôt important	24 internes
Pas vraiment important	4 internes
Superflu	0 interne

**i) Centre radiologique**

Très important	25 internes
Plutôt important	27 internes
Pas vraiment important	10 internes
Superflu	0 interne

**j) Centre hospitalier**

Très important	15 internes
Plutôt important	31 internes
Pas vraiment important	16 internes
Superflu	0 interne

**k) Cabinet de dentiste**

Très important	13 internes
Plutôt important	32 internes
Pas vraiment important	15 internes
Superflu	1 interne

**Figure 39**

L'ensemble des infrastructures proposées (lieu, d'habitation, commerce, établissement scolaire, lieu de travail du conjoint, réseaux médical et paramédical libéral, pharmacie, laboratoire médical, centre de radiologie, centre hospitalier et cabinet dentaire) se sont avérées être toutes importantes chez la majorité des internes interrogées.

A noter que 2 internes considèrent important la présence d'une crèche à proximité du lieu de travail et une interne la proximité de loisirs. (Figure 39)

## V) Organisation du cabinet (chez les personnes installées en médecine générale ambulatoire)

### a) Type d'installation

Le mode d'installation souhaité varie avec :

- Installation seule chez 3,2%
- Association avec médecin généraliste chez 68,3%
- Association mixte (spécialiste et paramédicale) chez 81%.

### b) Informatisation

L'informatisation est nécessaire chez 100% des interrogées.

### c) Secrétariat

Sur 63 internes, 60 soit 95,2% souhaitent une secrétaire sur place, 20,6% en secrétariat téléphonique. Aucune interne ne souhaite travailler sans secrétariat. (Figure 40)

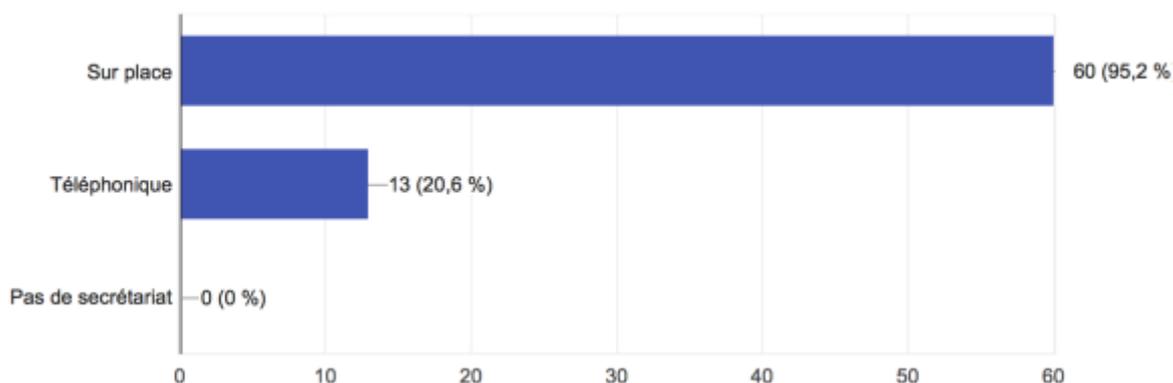


Figure 40

### d) Entretien du cabinet

12,9% envisagent de faire eux même le ménage, 93,5% envisagent d'employer une femme de ménage et 1,6% envisage de demander à la secrétaire de faire le ménage. (Figure 41)

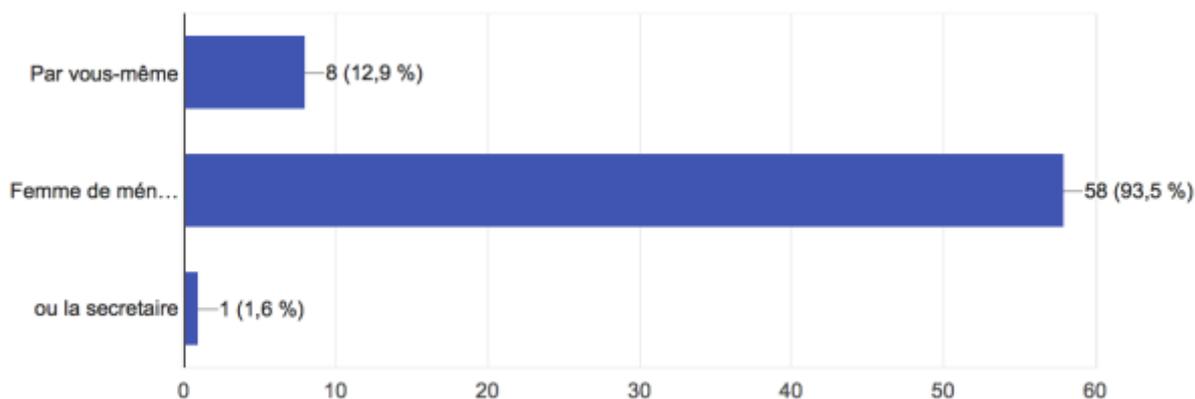


Figure 41

## VI) Organisation de l'activité médicale (chez les personnes installées en médecine générale ambulatoire)

### a) Organisation du planning

77,8% souhaitent avoir des consultations uniquement sur rendez-vous, 22,2% souhaitent des consultations mixtes (avec et sans rendez-vous) et aucune interne ne souhaite travailler sans rendez-vous. (Figure 42)

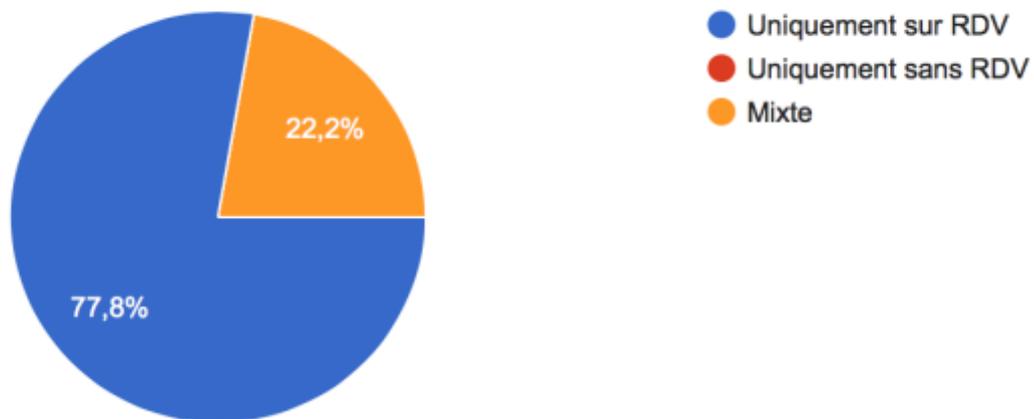


Figure 42

### b) Temps de travail

La durée de travail hebdomadaire souhaité varie entre les internes avec (Figure 43) :

- 71,5% souhaitant travailler entre 8 et 9 demi-journées par semaine,
- 20,6% souhaitant travailler entre 6 et 7 demi-journées par semaine,
- 6,3 % souhaitant travailler entre 4 et 5 demi-journées par semaine
- 1,6% souhaitant travailler entre 10 et 11 demi-journées par semaine.

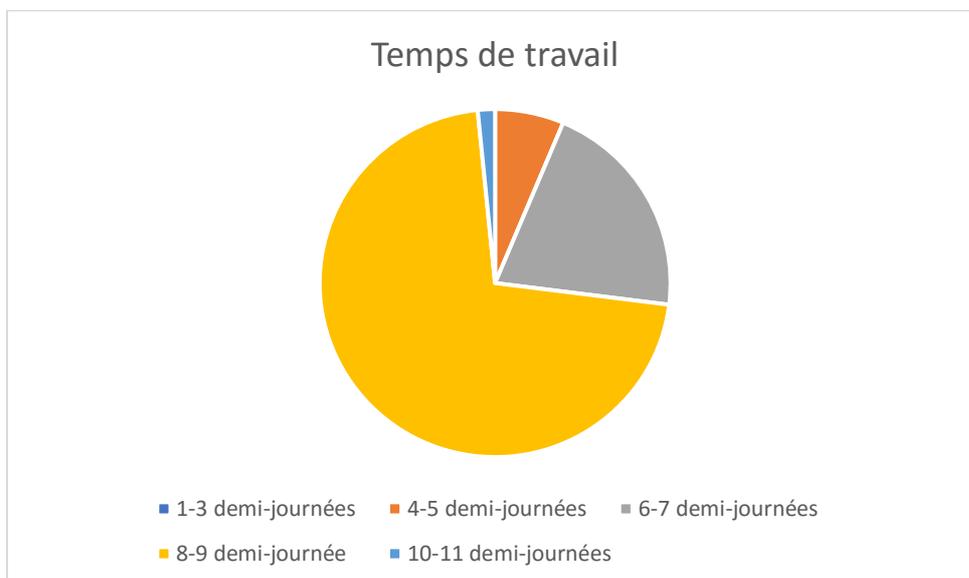


Figure 43

### c) Cotation des activités au quotidiennes

Le nombre d'acte quotidien varie également avec (Figure 44) :

- 54% entre 20 et 25 actes par jour,
- 33,3% entre 25 et 30 actes par jour,
- 11,1% entre 15 et 20 consultations par jour
- 1,6% plus de 30 consultations par jour.

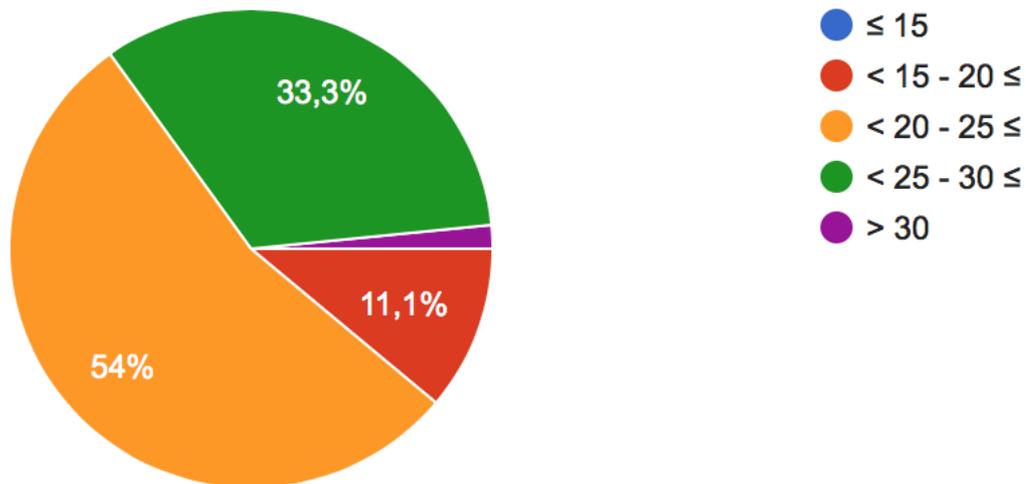


Figure 44

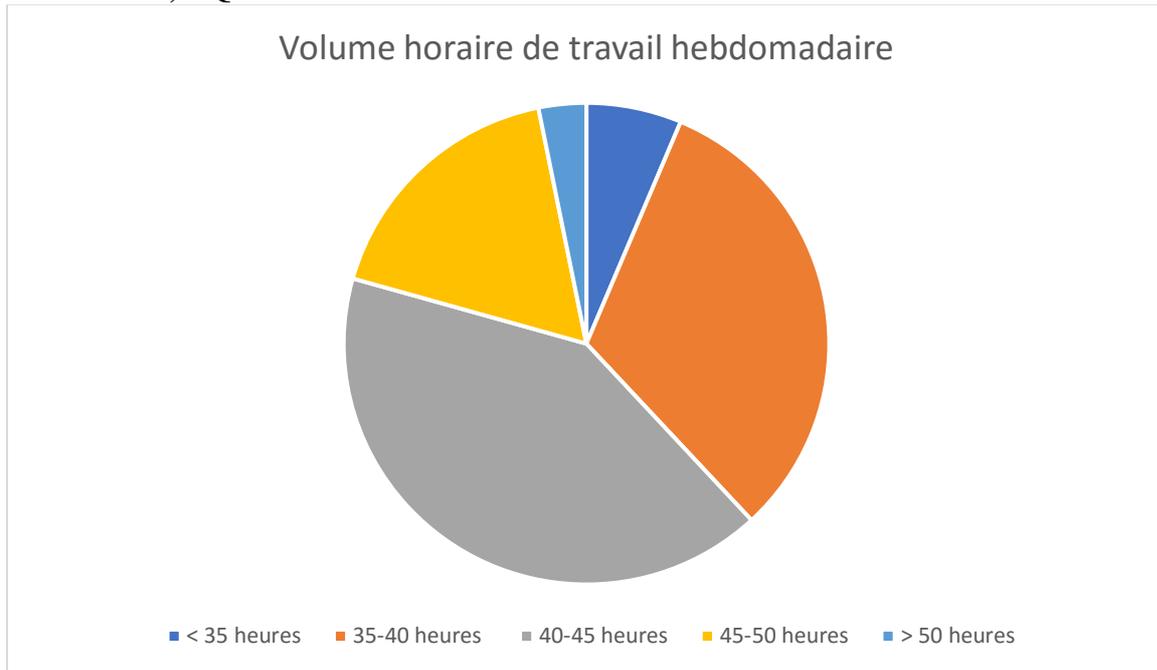
### d) Durée des consultations

Le temps consacré à la consultation est prévu entre 10-20 minutes chez 61,9% et entre 20-30 minutes chez 38,1%.

### e) Visites

93,7% veulent réaliser des visites à domicile.

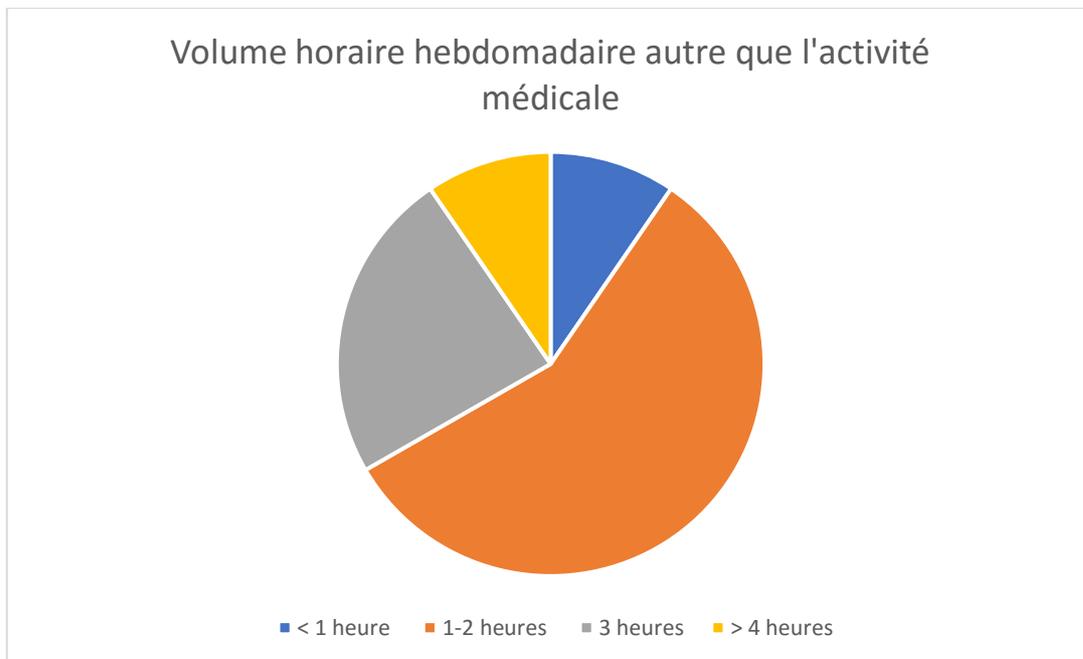
**f) Quantification de l'activité médicale hebdomadaire**



**Figure 45**

41,3% souhaitent travailler entre 40 et 45 heures par semaine.  
30,2% souhaitent travailler entre 35 et 40 heures par semaine.  
17,5% souhaitent travailler entre 45 et 50 heures par semaine.  
4,8% souhaitent travailler plus de 50 heures par semaine.  
6% souhaitent travailler moins de 35 heures. (Figure 45)

**g) Activité autre que médicale hebdomadaire (Administratif, FMC...)**

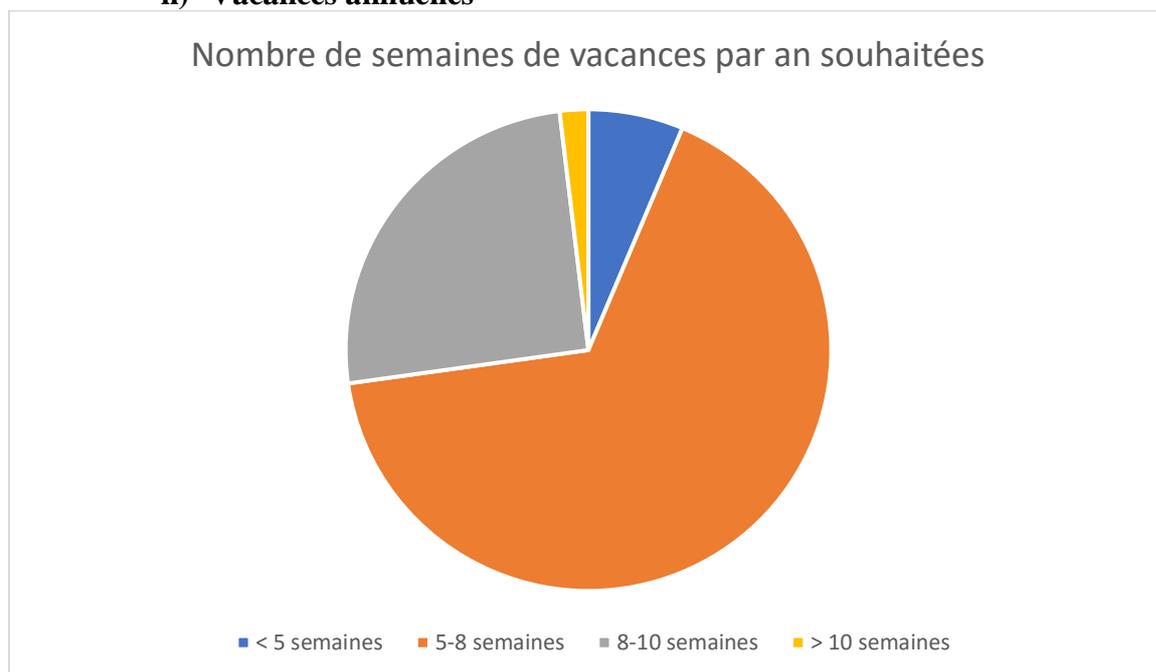


**Figure**

**46**

57,2% estiment faire entre 1 et 2h d'activité autres que les soins, 23,8% estiment faire 3h d'activité autres que les soins, 9,6% plus de 4h et 9,6% moins de 1h par semaine. (Figure 46)

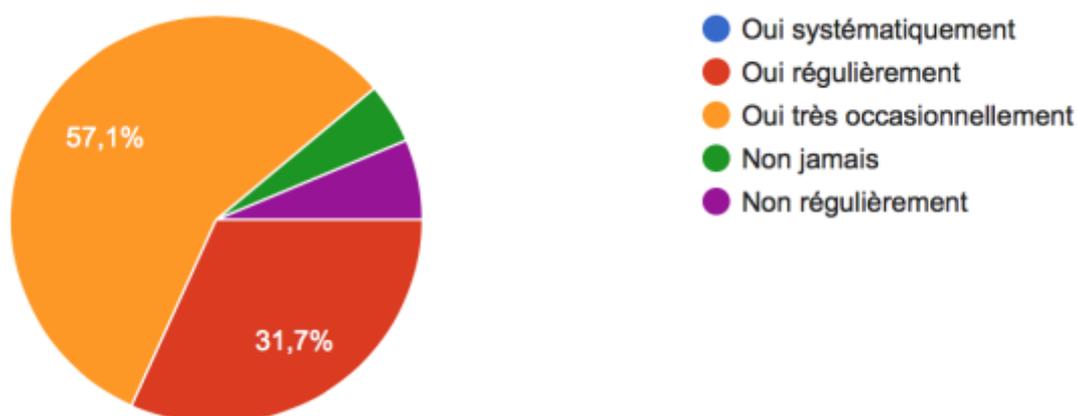
### h) Vacances annuelles



**Figure 47**

66,7% souhaitent entre 5 et 8 semaines de congés par an, 25,4% entre 8 et 10 semaines, 6,3 % moins de 5 semaines, et 1,6% plus de 10 semaines par an de congés. (Figure 47)

### i) Samedis matin



**Figure 48**

63,4% travailleraient occasionnellement le samedi matin, 31,7% travailleraient régulièrement le samedi matin et 4,8% ne souhaitent jamais travailler le samedi matin. Aucune interne ne travaillerait systématiquement le samedi matin. (Figure 48)

## VII) Gestion de la permanence des soins

### a) Gardes de secteur

76,9% souhaitent participer aux gardes de secteur.

86% d'entre eux feraient les gardes pendant la semaine et 31 internes soit 62% durant le week-end. (Figure 49)

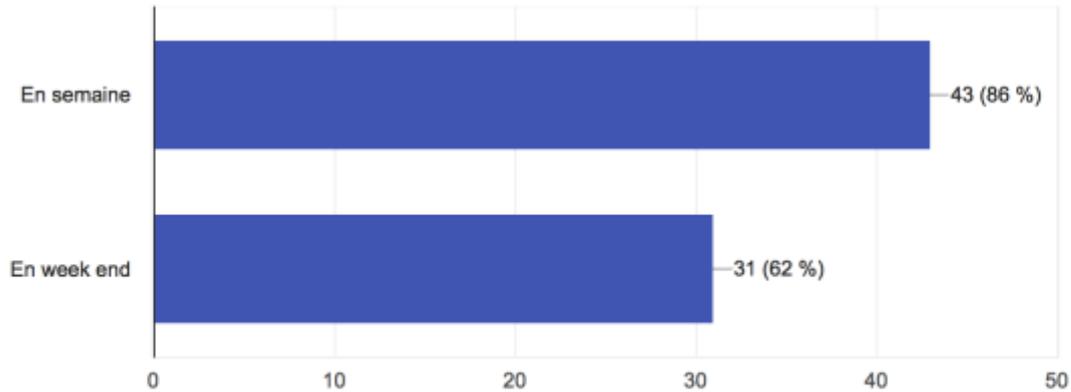


Figure 49

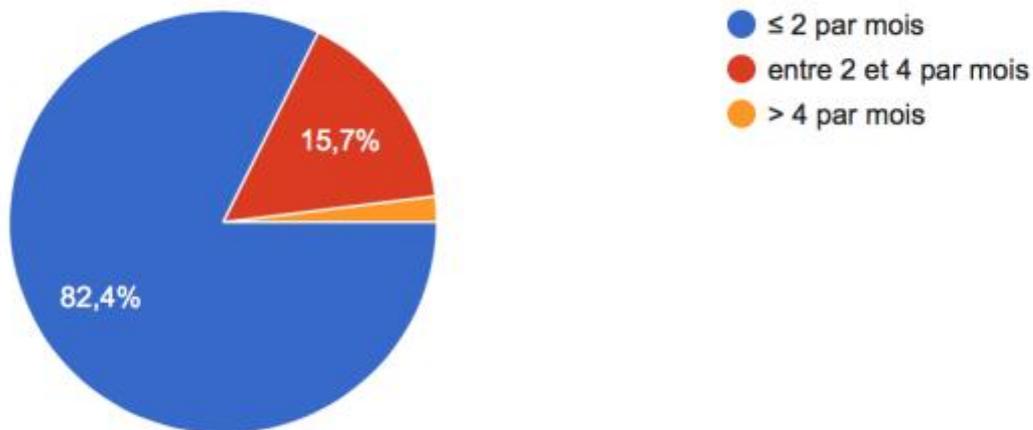


Figure 50

Concernant leur fréquence, 82,4% souhaiteraient avoir 2 gardes ou moins par mois, 15,7% entre 2 et 4 gardes par mois et 2% plus de 4 gardes par mois. (Figure 50)

### b) Astreintes à domicile

50,8% envisagent de faire les astreintes à domicile contre 49,2% qui ne le souhaitent pas.

# **DISCUSSION**

## **I) Méthodologie**

### **a) Taille et représentativité de l'échantillon**

La population étudiée était de 232 internes de sexe féminin entrées dans le DES de médecine générale de la faculté de Poitiers entre 2014 et 2016.

Sur la population 65 internes ont répondu au questionnaire soit un taux de participation de 28%.

Les différentes études menées sur le sujet comptaient taux de réponse de 62% en moyenne, soit un taux bien supérieur à celui de cette étude ce qui la fragilise. (15,16,17,18,19)

## **II) Comparaison des résultats**

### **a) Caractéristiques personnelles**

L'âge moyen des internes interrogées est de 26,96 ans et elles sont majoritairement originaires du Poitou-Charentes. Il est très inférieur à l'âge moyen des médecins en activités au 1<sup>er</sup> janvier 2006 qui est de 48,3 ans. Notre travail nous a donc bien permis d'étudier la population de jeunes médecins à laquelle nous avons décidé de nous intéresser. (20)

Sur les 65 internes, seul 2 ont validé leur thèse. Elles sont donc 63 internes non thésées soit 96,9% de l'échantillon. Il est normal d'avoir si peu de thésées étant donné que les personnes interrogées étaient internes au moment de l'envoi du questionnaire.

Selon l'atlas de démographie du Conseil National de l'Ordre des Médecins :

- 31.7% des étudiants passeront leur thèse 3 ans après le début du DES,
- 47.5% la passeront 4 ans après,
- 7.9% 5 ans après,
- 12.9% 6 ans après. (12)

La proportion de ces internes en couple est de 80% ce qui est comparable aux taux des différentes études comme par exemple celle menée par Y. BADARELLE à savoir 78,9% de femmes médecins qui vivent en couple. (15)

Sur notre échantillon 7 internes soit 10,8% ont un enfant.

Sur ces 7 internes, la majorité l'ont eu entre 25 et 28 ans (57,1% de l'échantillon).

La faiblesse de l'échantillon d'internes ayant un enfant ne permet pas de comparaison avec la population générale.

Par ailleurs, l'âge à la naissance du premier enfant recule avec le niveau d'études. (21) L'âge médian au premier enfant est ainsi de 29 ans pour les niveaux d'études élevés contre 24 ans pour les niveaux d'études inférieurs comme en témoigne l'étude de V. CHANFRAY qui confirme cette tendance chez les femmes médecins thésées à Lyon entre 2000 et 2002 avec un âge moyen au premier enfant de 28,5 ans. (16)

La naissance tardive du premier enfant explique en partie le nombre plus faible d'enfants par personne dans notre échantillon. La durée des études et l'entrée tardive dans le monde professionnel qu'elle entraîne par rapport à la population générale, expliquent certainement en grande partie ces statistiques.

La durée du congés maternité varie avec toutefois une majorité à 50% à 16 semaines. Les femmes étudiantes, salariées ou remplaçantes prennent des congés maternité à plus de 70%, contre seulement 20% des femmes installées selon une étude menée à Brest. (2) Ceci s'explique par le fait que durant leur grossesse, ces femmes sont toutes salariées en tant qu'externes ou internes. A ce titre, elles bénéficient des indemnités journalières de la sécurité sociale. (2)

A partir de janvier 2018, les médecins pourront bénéficier de congés maternité avec les mêmes avantages que les salariés et seront pris en charge par la sécurité sociale au même titre que les salariées à savoir les 16 semaines de congés payés conformément aux dispositions portées par Marlène SCHIAPPA, secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes. (22)

Dans cette étude le mode de garde des enfants se fait soit en crèche soit par une assistante maternelle.

Nous n'avons pas pu comparer les différents modes de garde, mais la littérature met en évidence des difficultés rencontrées pour faire garder les enfants notamment en lien avec le changement de terrain de stage tous les 6 mois et donc de lieu de vie. (2,3,16,17,18)

85% des internes interrogées diminueront leur temps de travail après avoir eu un enfant en moyenne de 5 à 8 heures par semaine. D'après une étude de la DREES, sur l'ensemble du territoire français, en 2000, les femmes généralistes à temps complet travaillaient en moyenne 50 heures par semaine, contre 58 pour les hommes. (23) Elles travaillent plus souvent à temps partiel que les hommes (25 % vs. 2 %), et font, à temps plein, 10 heures de moins par semaine que les hommes (46h vs. 56h) (24). Dans une étude de la DRESS en 2002, le temps d'activité moyen d'une femme représentait plus de 70 % de celui d'un homme, contre 60 % dix ans auparavant (25).

### **III) Type d'activité**

#### **a) Activité de remplaçant**

Dans notre étude, 81,5% soit 53 internes souhaitent avoir une activité de remplaçant en médecine générale ambulatoire.

Le remplacement est une activité principalement féminine. D'après l'atlas de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 4,5% des médecins sont remplaçants. 67% des médecins de moins de 39 ans remplaçants ou sans activité temporaire sont des femmes.

#### **b) Activité de médecin salarié**

46,9% de l'échantillon souhaite exercer en tant que salarié sur une durée moyenne de 10 ans. Dans l'étude de Bénédicte LOISELET-DOULCET, 32,5% des femmes étudiées étaient salariées.

Actuellement, 28% des médecins généralistes sont salariés exclusifs. (26,27) A comportements constants, selon les projections démographiques, les médecins salariés hospitaliers atteindront un tiers des effectifs en 2025. (28)

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

C'est aussi ce que déclare le Docteur P. COSTES, ancien Président de Médecins Généralistes de France : « *Les jeunes médecins vivent avec leur temps et recherchent un rapport rémunération/conditions de travail favorable : 35 heures, RTT, récupérations après les gardes pour les hospitaliers, l'attractivité est plus forte dans l'exercice salarié.* » (29)

C'est ainsi que 54% soit 34 internes envisagent une activité mixte qui garantit donc un revenu fixe avec des horaires flexibles tout en gardant un pied dans la médecine ambulatoire.

### **c) Projet d'installation en médecine générale ambulatoire**

93,5% envisagent de s'installer en médecine générale ambulatoire. La majorité souhaite s'installer en milieu semi rural. L'attrait pour le milieu semi rural vient principalement de la variabilité des pathologies rencontrées et de la personnalité des patients. De plus, la qualité de vie est celle recherchée par les jeunes médecins actuels qui souhaitent avoir des centres de loisirs à proximité (restaurants, cinémas, ...) comme en témoigne le rapport du Dr BOUET sur le site du Conseil de l'Ordre. (6)

### **d) Délai d'installation**

Le souhait du délai moyen entre la fin du DES et l'installation est ici de 3,08 ans en moyenne. Les délais issus des travaux de Bénédicte LOISELET-DOULCET, V. CHANFRAY et Y. CHAULEUR, qui concernent des femmes spécialistes et généralistes s'établissent respectivement de 2,3 ans, 1,86 ans et 2,03 ans.

### **e) L'arrêt de la médecine**

9,7% soit 6 internes envisagent d'arrêter la pratique de la médecine. Elever les enfants fait partie des raisons pour laquelle l'arrêt de la médecine serait envisagé, tout comme les contraintes administratives et l'usure liée à la profession.

On le sait, la profession médicale est classée à risque de burn-out. La thèse de Bénédicte LOISELET-DOULCET montre aussi la lassitude des médecins puisque dans son étude, un quart des médecins interrogés ne referait pas médecine mais s'orienteraient vers une autre voie. (2)

Elles expliquent leur position par la trop lourde charge de travail qu'elles supportent, et le retentissement sur leur vie de famille.

Elles dénoncent aussi l'augmentation croissante des tâches administratives, et le manque de valorisation financière de la profession.

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

Un médecin explique ainsi qu'il choisirait une autre voie car « *C'est un beau métier mais dans un mauvais système de santé.* » Une autre dénonce les « *discordances entre les postes*

*libres de certaines spécialités et l'absence de possibilité de formation sur ces spécialités et de reconnaissance en dehors d'une formation type « internat de spécialité ».* (2)

Cette étude met donc en avant les contraintes de la pratique de la médecine générale avec notamment la surcharge administrative, les gardes et les horaires qui pourraient décourager les jeunes médecins.

#### **f) Formations complémentaires**

Dans notre étude, 75,4% des internes souhaitent faire des formations complémentaires avec des DU/DIU, notamment celui de gynécologie.

Le travail de V. CHANFRAY montre que 57,5% des femmes ont fait une ou plusieurs formations complémentaires. (16)

L'étude de Bénédicte LOISELET-DOULCET montre que 59% des femmes ont obtenu plus d'un diplôme complémentaire. (2)

L'attrait pour les formations complémentaires vient de la possibilité de diversifier sa pratique.

#### **g) Département d'installation souhaité**

La majorité des internes souhaitent s'installer dans le Poitou-Charentes, ce que corrobore le CNOM, avec 75% des internes qui s'installent dans la région où ils ont fait leurs études.

### **IV) Les structures indispensables à proximité du lieu d'exercice**

Les internes estiment important d'avoir à proximité des structures paramédicales et médicales (médecins généralistes et spécialistes, des kinésithérapeutes, des laboratoires).

Les structures en rapport avec les enfants sont aussi importantes dans leur choix de localisation (établissements scolaires et crèche).

Nous pouvons imaginer que ces attentes peuvent entraîner des disparités démographiques. En effet, il existe des zones rurales où ces structures ne sont pas facilement accessibles, malgré la création de maison de santé et peuvent pousser les jeunes médecins à délaisser ces zones.

L'étude réalisée par DELATRE et SAMSON (2012) montre que la féminisation ne joue pas un rôle défavorable dans la désertification médicale en zone rurale. (30)

L'étude de BARLET et COLLIN (2009) montre que les jeunes médecins ne souhaitent pas s'installer en zone rurale malgré les différentes offres visant à les attirer mises en place par le gouvernement (aides matérielles et financière, exonération d'impôts, ...). (31)

## V) Organisation du cabinet

### a) Type d'installation

La majorité des internes interrogées souhaitent s'installer en association avec d'autres médecins généralistes ou spécialistes et/ou des paramédicaux.

Selon Bénédicte LOISELET-DOULCET, les femmes médecins s'installent à 42,11% en association et à 68% selon V. CHANFRAY. (2,16) Cette différence est peut-être due aux femmes spécialistes prises en compte dans cette dernière étude et qui s'installent plus souvent en secteur urbain, près d'un hôpital ou d'une clinique et souvent en association afin de pouvoir allier travail en secteur libéral et salarial.

L'association est un mode d'exercice bien adapté aux médecins actuels. En effet, ceux-ci se sentent moins isolés, partagent les charges et les dossiers, et peuvent s'organiser pour travailler à temps partiel. De plus cela permet d'assurer une meilleure continuité des soins et des plages horaires d'ouverture plus longues.

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

*« Cet exercice met en commun les moyens, favorise l'échange des pratiques professionnelles et libère du temps pour la formation et pour la vie personnelle, il garantit la continuité et la qualité des soins. C'est la raison pour laquelle je souhaite que, dans le cadre de négociations conventionnelles, la rémunération des médecins exerçants en cabinet de groupe dans les zones à faible densité médicale puisse être augmentée de 20%. (...) Enfin l'exercice groupé, entre médecins et avec les autres professionnels de santé, est facilité par la généralisation des maisons de santé pluridisciplinaires dont le financement peut désormais être assuré par le FAQSV (Fond d'Aide à la Qualité des Soins en Ville) ». (32)*

### b) Informatisation, secrétariat et entretien du cabinet

Toutes les internes souhaitent exercer avec un outil informatique. Ceci s'explique par le fait que les jeunes générations ont toujours bénéficié de l'outil informatique au cours de leur formation.

De plus, l'informatisation permet un suivi des patients avec des logiciels permettant d'accéder rapidement et facilement à l'ensemble de leur dossier médical.

Celles-ci souhaitent toutes avoir un secrétariat pour gérer l'emploi du temps voire pour 95% des internes une secrétaire sur place pour gérer l'administratif.

La majorité des internes souhaitent avoir une femme de ménage.

Cela a un coût. C'est pourquoi les internes souhaitent travailler en groupe afin de partager les frais.

## **VI) Organisation de l'activité médicale**

### **a) Description des consultations**

Les internes souhaitent majoritairement travailler sur rendez-vous. Ceci peut s'expliquer par le fait que ce mode de fonctionnement permet de gérer son temps de travail afin de pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée.

### **b) Temps de travail**

Dans notre étude, 71,5% des internes souhaitent travailler entre 8 et 9 demi-journées par semaine. Il resterait donc entre 5 et 6 demi-journée de libre dans la semaine pour la vie privée. L'étude de Bénédicte LOISELET-DOULCET retrouve une moyenne de 3,73 demi-journées de libre par semaine chez les femmes alors que les chiffres nationaux s'élèvent à 4,4 demi-journées de libre par semaine chez les médecins femmes. (2)

Des travaux réalisés sur le même sujet montre une quantité de 3,1 demi-journées pour V. CHANFRAY, 3,29 pour B. ASTRUC et 3,5 pour I. SAINT LEGER. (16,18,19)

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

(6) De plus, il ne faut pas oublier la permanence des soins qui oblige le médecin libéral à assurer une réponse adaptée de 8h à 20h du lundi au vendredi et de 8h à 12h le samedi.

### **c) Activité médicale hebdomadaire**

La majorité des internes (41,3%), souhaite travailler entre 40 et 45 heures par semaine. Ces résultats sont comparables à ceux des autres enquêtes qui retrouve 40,76 heures de travail par semaine pour Bénédicte LOISELET-DOULCET, 42 heures par semaine pour les femmes libérales, généralistes et spécialistes confondues pour V. CHANFRAY. (2, 16)

Les études conduites par la DREES sur le temps de travail des médecins montrent une moyenne de 51 heures en 2001. On remarque une différence significative de la durée du travail entre les hommes et les femmes, chez les libéraux comme chez les salariés. En effet, les femmes travaillent en moyenne 6h de moins que les hommes par semaine, selon la DREES. (16, 33)

Toutefois la mesure du temps de travail reste subjective. En effet, il peut ou non inclure le temps de soins, le temps administratif, le temps de formation continue, le temps de gestion, le temps d'astreinte à la permanence des soins... On note des différences importantes en fonction du sexe, de l'âge, du statut du conjoint, du nombre d'enfants, de l'organisation et du lieu de travail. (34, 35, 36)

### **d) Cotation activité au quotidien/ Durée des consultations**

Dans notre étude, le nombre moyen d'actes par jour envisagé par les internes se situe entre 20 et 25 avec une durée moyenne de 15 min par consultation.

D'après une étude de la DRESS, globalement aujourd'hui les jeunes médecins ont une activité professionnelle qui reste importante puisque 70% d'entre eux travaillent plus de 45 h par semaine et 40% plus de 55h.

Toutefois, on remarquera que la répartition de leur activité est totalement différente. Travaillant en moyenne 4 jours et demi par semaine avec une amplitude quotidienne de 11 heures pour une majorité d'entre eux, ils se réservent les samedis, dimanches et/ou mercredis à leur vie privée. (6)

Dans notre étude, nos internes semblent suivre cette tendance.

Par ailleurs, les internes ne sont pas opposés à effectuer les visites à domicile qui sont pourtant chronophages.

#### **e) Activité hebdomadaire autre que médicale**

La majorité des internes soit 57,2% estiment entre 1 et 2h par semaine le temps prévu pour les tâches autres que les soins notamment les tâches administratives.

Dans l'étude de Benjamin FROU, les médecins libéraux semblent être confrontés à plus de formalités administratives dans leur travail que leurs confrères salariés ou remplaçants. 78% des médecins installés déclarent en effet qu'elles sont très nombreuses voire beaucoup trop nombreuses contre 27% des salariés et 24% des remplaçants. (3)

#### **f) Les vacances annuelles**

Dans notre étude, la majorité des internes soit 66,7% souhaitent prendre entre 5 et 8 semaines de congés par an.

Les femmes prennent en moyenne plus de congés : 7,69 semaines par an pour les installées, contre 6,86 pour les salariées. Ces chiffres se rapprochent de la moyenne nationale qui est de 7,0 pour les femmes. (19)

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

#### **g) Samedi matin**

La majorité des internes ne souhaitent travailler qu'occasionnellement le samedi matin ce qui est en cohérence avec le nombre souhaité de 8 à 9 demi-journées de travail par semaine.

Le travail le samedi matin peut être contraignant pour concilier vie privée et vie professionnelle notamment avec des enfants.

## **VII) Gestion de la permanence des soins**

### **a) Les gardes de secteur**

Dans notre étude, 50 internes soit 76,9% souhaitent participer aux gardes avec néanmoins une diminution de la participation aux gardes de week-end.

D'autres études retrouvent un taux de participation aux gardes de 71,43% pour les femmes (2), 61,11% pour Y. CHAULEUR et 59,5% pour B. AUTRUC.

Ces résultats sont biaisés puisqu'ils englobent les gardes de secteur, astreintes au domicile, salariat. Dans notre étude, nous avons différencié les gardes de secteur et les astreintes à domicile pour lesquelles les avis des internes sont mitigés. Seulement 50,8% des internes souhaitent en réaliser.

## **VIII) Forces et faiblesses de l'étude**

### **a) Les forces de l'étude**

Le questionnaire étant standardisé et établi à partir d'une étude de la littérature existante sur le même sujet fait partie des forces de l'étude permettant ainsi une comparaison fidèle par rapports aux travaux déjà publiés.

De plus, le questionnaire étant anonyme cela nous a permis d'éviter un biais cognitif, laissant les personnes interrogées libres d'exprimer leur ressenti sans risquer d'être jugé moralement.

### **b) Les faiblesses de l'étude**

Différentes faiblesses ressortent de notre étude :

- Il existe un biais de sélection puisque seule une population féminine a été interrogé. En effet, le sujet de l'étude étant la féminisation de la médecine générale, seul l'avis des internes de sexe féminin a été recueilli. Il serait intéressant de réaliser cette même étude chez les internes hommes afin de comparer les résultats et rechercher des associations ou des divergences significatives.
- Du fait d'un faible taux de participation au questionnaire, seulement 28% de la population incluse, la puissance de notre étude est faible comparée aux autres études qui elles avaient un taux de participation de 62% en moyenne. (15,16,17,18,19)
- Il existe un biais de compréhension liée au questionnaire. En effet, sur certaines questions, les réponses n'étaient pas adaptées ce qui explique la présence d'un nombre de réponse supérieur aux propositions sur certaines questions fermées.

# CONCLUSION

La féminisation de la profession médicale s'accroît depuis plus de trente ans. Alors qu'elle représentait, sur le plan national, seulement 10% du corps médical en 1962 (38) ce taux atteint, au 1er janvier 2006, 39,2% des médecins en activité [1] et jusqu'à 54% des effectifs médicaux de moins de 40 ans. (37) Pour la troisième année consécutive, les femmes sont plus nombreuses (53,2%) que les hommes à s'inscrire à l'Ordre des Médecins. (37) Cette tendance s'est accentuée ces dix dernières années. La part toujours aussi élevée des femmes (64%) en première année de médecine en janvier 2002 (39) nous confirme qu'il s'agit bien d'une tendance à long terme.

La médecine générale se féminise. Il s'agit d'une donnée essentielle de la démographie médicale actuelle et future.

Ce changement de visage de la profession est au cœur de nombreux débats et suscite des analyses quelque peu contradictoires.

Notre étude a donc montré que les futurs médecins issus du DES de médecine générale de la faculté de Poitiers envisagent une pratique médicale plus souple en terme de quantité de travail en diminuant la durée de travail hebdomadaire afin de donner plus d'importance à la vie personnelle et de famille par rapport au temps réservé à la pratique médicale. Cette tendance est présente chez la majorité des jeunes médecins mais est plus marquée chez les médecins de sexe féminin. (6)

Notre étude a également montré que les internes souhaitent s'installer à proximité de structures conciliant la pratique médicale et vie privée et familiale. Or, ces structures étant plus accessibles en zones urbaines et semi-rurales, ceci participe aux disparités démographiques.

L'augmentation du nombre de femme dans la pratique de la médecine générale actuelle et à venir, travaillant majoritairement à temps partiel avec un temps d'exercice médical de moins en moins important et préférant s'installer en zone disposant de structures attrayantes tant sur le plan professionnel que personnel tend à diminuer l'offre de soins primaires en médecine ambulatoire surtout dans les zones rurales souffrant de sous équipements et où la demande ne fait que grandir.

# ANNEXES

## Le Questionnaire

**La féminisation de la médecine générale : entre attente des internes et réalité de la pratique actuelle de la médecine générale**  
**Ce questionnaire me servira d'étude dans le cadre de ma thèse. Il s'adresse exclusivement aux internes de médecine générale femme. Merci de ne pas répondre si vous êtes un homme.**

\*Obligatoire

Sexe : si vous êtes un homme, merci de ne pas répondre au questionnaire

-Féminin

-Masculin

### **I) Caractéristiques personnelles**

#### **1- Age (en année) \***

Votre réponse

#### **2- Quel est votre département d'origine ? (Numéro du département) \***

Votre réponse

#### **3- Dans quelle fac avez-vous réalisé votre externat ? \***

Votre réponse

#### **4- Avez-vous soutenue une thèse de médecine ? \***

-OUI

-NON

#### **5- Êtes-vous en couple ? \***

Sélectionner

Si oui : Quelle est la catégorie socioprofessionnelle de votre conjoint ?

-Agriculteur, exploitant

-Artisans, commerçant, chef d'entreprise

-Cadre et profession intellectuelle supérieure (dont médecin)

-Profession intermédiaire

-Employé

-Ouvrier

-Retraité

-Autre ou personne sans activité professionnelle

**6- Avez-vous des enfants ? \***

- OUI
- NON

**7- Si vous avez des enfants**

*a-Combien d'enfant avez vous ?*

Sélectionner

*b-Durée moyenne du congé maternité ? en semaines*

Sélectionner

*c-Avez-vous eu des difficultés financières durant le/les congés maternités ?*

- OUI
- NON

*d-A quel âge avez-vous eu votre premier enfant ?*

- < 18 ans
- 18-24 ans
- 25-28 ans
- 29-32 ans
- >33 ans

*e-Quel est le mode de garde :*

- A votre domicile par une nourrice
- Par une assistante maternelle chez celle-ci
- En crèche
- Autre :

*f-Diminueriez-vous vos heures de travail pour vos enfants ?*

- OUI
- NON

*Si oui, de combien d'heures par semaine ?*

- < 4 heures
- 5-8 heures
- 9-12 heures
- > 12 heures

*g-Avez-vous un autre projet de grossesse ?*

- OUI
- NON

*Si oui, est-il envisagé :*

- Pendant l'internat
- Après l'internat

## **8- Si vous n'avez pas d'enfant**

*a-Un projet d'enfant est-il envisagé?*

-OUI

-NON

*Si oui, est-il envisagé*

-Pendant l'internat

-Après l'internat

*b-Durée moyenne souhaitée du congé maternité ? en semaines*

-< 8 semaines

-9-16 semaines

-16 semaines

-17-22 semaines

-23-34 semaines

-> 34 semaines

*c-A quel âge souhaitez-vous avoir votre premier enfant ?*

-< 24 ans

-25-28 ans

-29-32 ans

-> 33 ans

*d-Souhaitez-vous avoir plusieurs enfants ?*

-OUI

-NON

*e-Type de garde que vous aimeriez avoir :*

-A votre domicile par une nourrice

-Par assistante maternelle chez celle-ci

-A la crèche (familiale ou collective)

-Autre :

*f-Diminueriez-vous vos heures de travail pour vos enfants ?*

-OUI

-NON

*Si oui, de combien d'heures ?*

-< 4 heures

-5-8 heures

-9 -12 heures

-> 12 heures

## **II) Type d'activité**

**1-Envisagez-vous une activité de remplaçante en médecine générale ambulatoire ?**

- OUI
- NON

*Si non, passer à la question 5*

**2- Si oui : l'envisagez-vous comme votre unique activité ?**

- OUI
- NON

**3- Dans quel type de zone souhaitez-vous exercer ? ( zone urbaine : grande ville (plus de 20 000 habitants) ou sa banlieue / zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 20 000 habitants) / zone rurale: commune de moins de 2000 habitants)**

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

**4- Durant combien d'année envisagez-vous remplacée ? en nombre d'année**

Votre réponse

**5/ Envisagez-vous une activité de médecin salarié ?**

- OUI
- NON

*Si NON passage à la question 8*

**6- Si oui : l'envisagez-vous comme votre unique activité ?**

- OUI
- NON

**7/ Si oui à la question 5 : précisez dans quel domaine vous souhaitez exercer en tant que salarié :**

- Médecin généraliste ambulatoire salarié
- Urgences
- Médecine polyvalente
- Gériatrie
- Protection materno-infantile (PMI)
- Médecine scolaire
- Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
- Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)
- Angiologie
- Planning familiale
- Autre :

*Durant combien d'année envisagez-vous cette activité ?*

Votre réponse

**8- Envisagez-vous une installation en médecine générale libérale ambulatoire ?**

- OUI

-NON

*a- Si oui : Dans quel délai ?*

- en sortie d'internat
- après quelques mois de remplacements
- après 1 an de remplacement
- après 2-3 ans de remplacements
- > après 3 ans de remplacements

*b- Si oui : l'envisagez-vous comme votre unique activité ?*

- OUI
- NON

*c- Dans quel type de zone souhaitez-vous exercer ?*

- Rural
- Semi-urbain
- Urbain

**9- Envisagez-vous une activité mixte : médecin généraliste libéral + salarié ?**

- OUI
- NON

**10- Envisagez-vous l'arrêt de l'exercice médical ?**

- OUI
- NON

*Si oui : pour quelles raisons ?*

Votre réponse

**11- Envisagez-vous de réaliser des formations complémentaires ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

*Si oui : précisez*

- DU/DIU
- DESC
- Capacité
- Autre :

**12- Souhaitez-vous réaliser des gestes techniques au cabinet ?**

- Oui
- Non

*Si oui : lesquelles ?*

- FCV
- Pose et retrait de stérilet/implant

- Suture
- Infiltration
- Autre :

*Autres*

Votre réponse

**13- Dans quel département(s) souhaiteriez-vous exercer (quel que soit le type d'exercice médical) ? Numéro du département**

Votre réponse

**14- Quelles sont les motivations qui vous pousseraient à choisir l'exercice libéral de la médecine générale ?**

- Attrait pour le coté libéral de la médecine générale
- Gestion des relations humaines
- Qualité de vie
- Aspect lucratif
- Intérêt intellectuel
- Intérêt pratique comme l'organisation de son emploi du temps
- L'activité du conjoint
- Autre :

**15- Craignez-vous de ressentir une déception par rapport à vos attentes dans les domaines suivant :**

Oui tout à fait/Oui probablement/Probablement pas/Non pas du tout

- La surcharge administrative
- Les recommandation professionnelles à appliquer
- Les horaires trop lourds
- Les gardes
- La surcharge administrative
- Les recommandation professionnelles à appliquer
- Les horaires trop lourds
- Les gardes

**III) Les structures qui vous semblent indispensables à proximité du cabinet / hôpital/ clinique**

- Lieu d'habitation
- Commerce
- Lieu de scolarité des enfants
- Lieu du travail du conjoint
- Réseau médical libéral
- Réseau paramédical libéral (IDE Kiné ...)
- Pharmacie
- Laboratoire d'analyse médical
- Centre radiologique

- Centre hospitalier
  - Dentiste
  - Autres
- Très important/Plutôt important/Pas vraiment important/Superflu

*Autres : précisez*

Votre réponse

**IV) Si vous comptez exercer en libéral : Organisation du cabinet (sinon passez directement au Chapitre VI)**

**1- Type d'installation**

- Seul
- En association avec des médecins généralistes
- En association mixte (spécialistes, paramédicales)

**2- Informatisation**

- OUI
- NON

**3- Secrétariat**

- Sur place
- Téléphonique
- Pas de secrétariat

**4- Entretien du cabinet**

- Par vous-même
- Femme de ménage
- Autre :

**V) Si vous envisagez un exercice libéral : Organisation de l'activité médicale (sinon passez directement au chapitre VI)**

**1-Consultation**

- Uniquement sur RDV
- Uniquement sans RDV
- Mixte

**2- Combien de demi-journée par semaine comptez-vous travailler ?**

- 1-3 demi-journées
- 4-5 demi-journées
- 6-7 demi-journées
- 8-9 demi-journées
- 10-11 demi-journées

**3- Nombres d'actes quotidiens souhaités**

- ≤ 15
- < 15 - 20 ≤

- < 20 - 25 ≤
- < 25 - 30 ≤
- > 30

**4- Combien de temps souhaitez-vous consacrer à une consultation ?**

- ≤ 10 min
- < 10 - 20 min ≤
- < 20 - 30 min ≤
- > 30 min

**5- Réalisation de visites à domicile**

- OUI
- NON

**6- Combien d'heures par semaine envisagez-vous de travailler ?**

- < 35 heures
- 35-40 heures
- 40-45 heures
- 45-50 heures par semaines
- > 50 heures

**7- Volume horaire hebdomadaire prévu pour activités autres que les soins (administratifs, FMC ...)**

- < 1 heures
- 1-2 heures
- 3 heures
- > 4 heures

**8- Nombre de semaines de vacances par an souhaitées**

- < 5 semaines
- 5-8 semaines
- 8-10 semaines
- > 10 semaines

**9- Souhaitez-vous travailler le samedi matin**

- Oui systématiquement
- Oui régulièrement
- Oui très occasionnellement
- Non jamais

**VI) Gestion de la permanence des soins**

**1- Souhaitez-vous participer aux gardes de secteur ?**

- OUI
- NON

*a- Si oui : quand ?*

- En semaine
- En week-end

*b- Si oui : à quelle fréquence?*

- ≤ 2 par mois
- entre 2 et 4 par mois
- > 4 par mois

**2- Souhaitez-vous faire des astreintes à domicile ?**

- OUI
- NON

# BIBLIOGRAPHIE

1. SEYS B. Les emplois du temps des médecins généralistes. 1 mars 2012;(N° 797).
2. Dr LOISELET-DOULCET B. La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995. [Thèse]. Brest; 2008.
3. Dr FROU B. Devenir socioprofessionnel des médecins généralistes thésés à Lyon entre 2002 et 2004. [Lyon]: Université Lyon 1; 2006.
4. Dr YVON B, Dr LEHR-DRYLEWICZ A, Dr BERTRAND P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. 1 févr 2007;Volume 3(Numéro 2).
5. Dr DUMONTET M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? [Thèse]. Université Paris- Dauphiné; 2015.
6. Dr BOUET P, Drs BERNARD-CATINAT M, DELGA M, GRILLET G, MONIER, Jean POUILLARD B. Liberté d'installation, liberté d'exercice, quelle médecine pour quels médecins? 2003.
7. SARTORI E. Femmes et médecine : la longue marche. juill 2006;(N° 345):8.
8. Wikipédia. Place des femmes en médecine. In 2017.
9. FIESSINGER C. L'inaptitude médicale des femmes : la médecine moderne. 1990.
10. JEAN-PAUL II. Rome .1981.
11. FOSSARD J. Histoire polymorphe de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris. 1982.
12. LE BRETON-LEROUVILLOIS G , RAULT J. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016.
13. BESSIERE S., BREUIL-GENIER P. DARRINE S. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. DREES. nov 2004;(N°352).
14. Direction Générale de la Santé. Perspectives de la démographie médicale : synthèse du rapport de la Direction Générale de la Santé. 2001.
15. BADARELLE Y. Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen ( 1992-2002) [Thèse]. Faculté de médecine de Caen; 2007.

16. CHANFRAY V. Devenir des femmes médecins ayant soutenu leur thèse à Lyon en 2000, 2001 et 2002. [Thèse]. Université Lyon 1; 2006.
17. CHAULEUR Y. Devenir des médecins issus de la faculté Lyon Sud. Etude démographique et professionnelle portant sur 658 médecins ayant soutenu leur thèse entre 1990 et 2000. [Thèse]. Université Lyon sud; 2003.
18. ASTRUC B. La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique ? A propos d'une enquête menée auprès des femmes généralistes d'Ille-et-Vilaine. [Thèse]. Faculté de médecine de Rennes; 2002.
19. SAINT LEGER I. Femmes médecins généralistes libérales du Finistère en 2005. Conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée. [Thèse]. Faculté de médecine de Brest; 2005.
20. KAHN BENSAUDE I. , LANGLOIS J. , HARTMANN H. , ULMANN P. Démographie médicale française : situation au 1er janvier 2006. Conseil national de l'ordre des médecins; 2006.
21. ROBERT-BOBEE I., RENDALL M., COUET C., LAPPEGARD T., et coll. Age au premier enfant et niveau d'études : une analyse comparée entre la France, la Grande Bretagne et la Norvège. Données sociales : La société française ; INSEE ; 2006 p69-76
22. Monsieur le Président Emmanuel MACRON. Egalité entre les femmes et les hommes. 2017.
23. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES, Études et Résultats. 2004:315.
24. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale française. Situation au 1er janvier 2005. Étude no 38, juin 2005.
25. Niel X. La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002. DREES, Études et Résultats. 2002:161.
26. CHATIN B, LANGLOIS J, HARTMANN L, ULMANN P. La démographie médicale française, situation au 1er janvier 2005. Ordre national des médecins, Etude, juin 2005
27. KAHN-BENSAUDE I. La féminisation : une chance à saisir. Conseil National de l'Ordre des médecins, 2005
28. NIEL X. La démographie médicale à l'horizon 2020, une réactualisation des projections à partir de 2002. DREES, Etudes et Résultats, mars 2002, N°161
29. BALINSKA MA, BAUDIER F, BOURDESOL H, BUTTET P, COLLIN JF, FOURNIER C, GAUTIER A, LEON C, LYDIE N, MENARD C, PERRIN-ESCALON H, PIN S. Présentation méthodologique et principales caractéristiques des professionnels de santé.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 ; 31-38

30. DELATTRE E. et SAMSON A-L, 2012, « Stratégies de localisation des médecins généralistes français: mécanismes économiques ou hédonistes? », Economie et statistique, 2012, no 455, p. 115-142.

31. BARLET Muriel et COLLIN Clémentine, 2009, « Localisation des professionnels de santé libéraux », Comptes nationaux de la santé, DREES, 2009.

32. BERTRAND X. Ministère de la Santé Discours du 25/01/2006

33. CARTON M, CERRUTI FR, LE GUERN H, MERCAT FX, MONIER B, POUILLARD J. Féminisation et exercice médical : apports et conséquences. Rapport de la commission permanente adopté lors des assises du CNOM du 24/04/2000

34. BREUIL-GENIER P, SICART D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. DREES, Etudes et Résultats, 2005, N°430

35. NIEL X, SIMON M. Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1er janvier 1999. DREES, Etudes et Résultats, 1999, N°44

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

37. KAHN BENSAUDE I., LANGLOIS J., HARTMANN H., ULMANN P. Démographie médicale française : Situation au 1er janvier 2006 Conseil national de l'ordre des médecins, Etude n° 39 ; 2006

38. CHARPENTIER B, GENISSON C., MARRY C., DUCLOUX M., et coll. Dix neuvième Jeudi de l'Ordre. Les filles d'hippocrate : quand la médecine se féminise, Ordre National des médecins ; 25/09/2003 ; 24p.

39. LABARTHE G., HERAULT D., Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 DREES, Etudes et résultats n°244 ; 2003

## 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. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



# Résumé

## Introduction

La féminisation de la médecine générale est un sujet d'actualité puisqu'il a modifié la pratique actuelle de l'exercice de la médecine générale avec une réduction du temps de travail des médecins, ceux-ci souhaitant accéder à une meilleure qualité de vie extra-professionnelle. Cela provoque des problèmes d'accès aux soins qui vont s'intensifier dans les années à venir. L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence une diminution du temps d'activité médical au profit du temps personnel chez les femmes médecins généralistes par rapport à l'ensemble de la population médicale

## Matériel et Méthode

L'étude concerne les internes en médecine générale de sexe féminin de la faculté de médecine de Poitiers, des promotions 2014 à 2016 (année d'entrée dans le DES de médecine générale). Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, unicentrique et transversale dont les données ont été recueillies via un questionnaire standardisé anonyme.

## Résultats

Sur les 232 femmes internes de Poitiers, représentant 57% de l'effectif total des internes, 65 ont répondu soit 28%. Leur moyenne d'âge était de 26,96 ans. 87% des internes interrogées diminueront leur temps de travail au profit d'une augmentation du temps familial avec pour 53,3% une diminution entre 5-8h par semaine, pour 20% entre 9-12h par semaine et pour 17,8% de moins de 4h par semaine.

## Discussion

Dans notre étude, 71,5% des internes souhaitent travailler entre 8 et 9 demi-journées par semaine. Il resterait donc entre 5 et 6 demi-journée de libre dans la semaine pour la vie privée. Une étude comparable retrouve une moyenne de 3,73 demi-journées de libre par semaine chez les femmes alors que les chiffres nationaux s'élèvent à 4,4 demi-journées de libre par semaine chez les médecins femmes. D'après une étude de la DRESS, aujourd'hui les jeunes médecins ont une activité professionnelle qui reste importante puisque 70% d'entre eux travaillent plus de 45 h par semaine et 40% plus de 55h.

## Conclusion

Notre étude a donc montré que les futurs médecins femmes issus du DES de médecine générale de la faculté de Poitiers envisagent une pratique médicale plus souple en terme de quantité de travail en diminuant la durée de travail hebdomadaire afin de donner plus d'importance à la vie personnelle et de famille par rapport au temps réservé à la pratique médicale. Cette tendance présente chez la majorité des jeunes médecins, est plus marquée chez les médecins de sexe féminin.