

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2021

N° 2021-277

**THESE**

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(DES de MEDECINE GENERALE)

par

**Ségolène BERTHEBAUD**

---

Présentée et soutenue publiquement le 23 novembre 2021

---

**LES JEUNES FEMMES MEDECINS GENERALISTES INSTALLEES EN LIBERAL,  
TRAVAILLENT-ELLES MOINS QUE LEURS HOMOLOGUES MASCULINS ?**

Etude réalisée auprès des médecins généralistes libéraux de moins de 41 ans, installés en Pays de la Loire.

---

Président du jury : Madame la Professeur Leïla MORET

Membres du jury : Madame le Docteur Maud JOURDAIN  
Madame le Docteur Ariane RICHARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS

## REMERCIEMENTS

Au Professeur Leïla MORET,  
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.  
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au Docteur Ariane RICHARD,  
Je te remercie d'avoir répondu présente à ma soutenance.  
Je te remercie également pour ta participation au lancement de ce travail de thèse et pour ton écoute en tant que maître de stage.

Au Docteur Maud JOURDAIN,  
Je vous remercie pour votre participation à ce jury.

Au Docteur Laurent BRUTUS,  
Je vous suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse.  
Je vous remercie pour votre disponibilité, votre réactivité et votre bienveillance.

À l'ensemble des médecins ayant répondu au questionnaire.

À l'URML des Pays de la Loire pour la diffusion du questionnaire.

À l'ensemble des médecins et des équipes paramédicales auprès de qui j'ai appris la médecine.

À l'Université de Nantes qui m'a formée pendant ces neuf années.

À la maison médicale de Corsept et à tous ceux avec qui j'ai le plaisir d'y travailler.

Aux amis rencontrés au cours de ma formation,  
Alizée, Aurore, Damien, Fiona, Pierre, Romain et Thibaud avec qui j'ai partagé mes six premières années de médecine. C'est toujours un plaisir de vous revoir !

À Clément, pour ton précieux soutien durant toutes ces années.

À mes amies,

Amandine qui me connaît si bien, tu es ma confidente depuis toujours. Merci pour ta présence et ton écoute qui me sont précieuses. Une pensée bien sûr pour tes adorables petites filles, Zoé et Manoa dont tu m'as fait l'honneur d'être la marraine.

Elodie et nos heures de discussions. Nous nous racontions déjà nos vies sur le trajet du lycée, et continuons aujourd'hui. Tu es une amie chère à mon cœur, et le resteras malgré la distance.

Mathilde, nous nous connaissons depuis la maternelle et je suis très heureuse que l'on se revoie régulièrement depuis quelques années. Tu comptes parmi mes amies les plus proches.

Mélissa, nous sommes cousines et nous connaissons depuis toujours, mais la vie a fait de nous des amies à part entière. J'ai hâte d'honorer mon rôle de témoin de mariage !

Je vous remercie pour tous ces moments passés et à venir.

À Maman et Papa,

Merci d'avoir toujours eu confiance en moi.

Merci pour votre présence et votre soutien quelles que soient les circonstances.

Qu'il est bon de se savoir entourée !

Merci pour tout l'amour que vous me portez, je vous aime.

À Thibaud, mon petit frère devenu un homme.

À nos vies que l'on partage depuis enfants et à tout ce chemin qu'il nous reste à parcourir.

Je suis heureuse que l'on se soit retrouvé après ces années durant lesquelles je me suis rendue si peu disponible.

Je suis fière de ce que tu es.

À Julien, mon deuxième petit frère plus si petit que ça non plus.

Merci pour tes câlins.

À Valérie, qui m'a toujours considérée comme sa propre fille.

À toute ma famille,

Avec une pensée toute particulière pour mamie Marguerite.

# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	7
<b>1. Tableaux</b> .....	7
<b>2. Figures</b> .....	7
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	8
<b>INTRODUCTION</b> .....	9
<b>1. Définition de l'offre de soins</b> .....	10
A - Définition de la médecine générale.....	10
B - Définition des soins de santé primaires.....	10
C - La place du médecin généraliste.....	10
D - Les compétences en médecine générale.....	11
<b>2. Explications de la baisse de l'offre de soins</b> .....	12
A - Une baisse de la densité médicale .....	12
1) Chiffres clés.....	12
2) Les conséquences des variations du numéris clausus.....	12
3) Croissance et vieillissement de la population générale .....	13
B - Un renouvellement de génération dans lequel s'inscrit la féminisation de la médecine.....	14
1) Définition de la féminisation, historique et démographie .....	14
2) La profession de médecin au moment de l'amorce du processus de féminisation....	15
3) Représentations associées aux femmes médecins : le temps de travail.....	16
4) Une distanciation grandissante vis à vis de l'ancienne référence professionnelle.....	16
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	18
<b>1. Matériel d'étude</b> .....	18
<b>2. Intervention</b> .....	18
<b>3. Outil de mesure</b> .....	18
<b>4. Critère de jugement</b> .....	19
<b>RESULTATS</b> .....	22
<b>1. Caractéristiques personnelles</b> .....	22
1.1 Age.....	23
1.2 Faculté d'internat.....	23
1.3 Situation professionnelle du conjoint.....	24
1.4 Enfants.....	25
<b>2. Organisation professionnelle : organisation générale du cabinet</b> .....	25
2.1 Département d'installation.....	25

2.2	Le secrétariat.....	27
2.3	Autres professionnels travaillant dans la structure.....	27
2.4	Travail en maison de santé pluriprofessionnelle.....	28
2.5	Travail avec un(e) infirmier(e) Asalée et/ou assistant(e) médical.....	28
2.6	Participation à des réunions de concertation pluriprofessionnelle.....	28
<b>3.</b>	<b>Organisation professionnelle : organisation de l'activité.....</b>	<b>29</b>
3.1	Activité exclusivement libérale ou mixte.....	29
3.2	Temps de travail.....	30
3.3	Nombre de consultations par jour.....	32
3.4	Temps réservé aux consultations urgentes.....	33
3.5	Durée des consultations.....	34
3.6	Samedis matin.....	34
3.7	Permanence des soins.....	35
3.8	Continuité des soins.....	35
3.9	Vacances.....	36
3.10	Formation.....	36
<b>4.</b>	<b>Patientèle et pratique professionnelle.....</b>	<b>36</b>
4.1	Taille de la patientèle.....	36
4.2	Distribution de la patientèle.....	37
4.3	Contact téléphonique.....	37
4.4	Pratiques au cabinet.....	37
4.5	Visites.....	39
4.6	Exercice spécifique associé.....	39
4.7	Accueil d'étudiants.....	40
	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>42</b>
<b>1.</b>	<b>Principaux résultats.....</b>	<b>42</b>
A -	Caractéristiques personnelles.....	42
1)	La répartition hommes – femmes des répondants.....	42
2)	Les caractéristiques personnelles de la population étudiée.....	42
B -	Organisation générale du cabinet.....	43
1)	Le département et la zone d'installation.....	43
2)	Le travail en groupe et le fonctionnement du cabinet.....	43
C -	Organisation de l'activité.....	44
1)	L'activité salariée.....	44
2)	Le temps de travail.....	44
a -	Selon le sexe du praticien.....	44
b -	Selon la zone d'installation.....	45
c -	Régulation individuelle.....	46
3)	Le nombre et la durée des consultations.....	47
4)	La participation à la permanence des soins.....	47
5)	Les vacances.....	48
6)	La formation.....	48

D - Patientèle et pratique professionnelle.....	48
1) La patientèle.....	48
2) Les suivis gynécologiques.....	49
<b>2. Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>49</b>
A - Le recueil de données.....	49
1) Validité interne.....	49
2) Validité externe.....	50
3) Biais.....	50
B - Puissance de l'étude.....	51
<b>3. Pistes à explorer.....</b>	<b>51</b>
A - La satisfaction au travail.....	51
B - L'usage du temps libre.....	51
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>59</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

### 1. Tableaux

- Tableau 1 : Caractéristiques personnelles de la population étudiée  
Tableau 2 : Répartition selon le département et la zone d'installation  
Tableau 3 : Répartition selon la zone d'installation  
Tableau 4 : Répartition selon le type de secrétariat  
Tableau 5 : Répartition selon la présence d'autres professionnels dans la structure  
Tableau 6 : Médecins exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle  
Tableau 7 : Médecins participant à des réunions de concertation pluriprofessionnelle  
Tableau 8 : Temps de travail moyen selon le sexe  
Tableau 9 : Temps de travail hebdomadaire moyen (en heures) selon la présence d'enfant  
Tableau 10 : Temps de travail selon la situation professionnelle du/ de la conjoint  
Tableau 11 : Temps de travail hebdomadaire (en heures) selon la zone d'installation et le sexe du praticien  
Tableau 12 : Distribution selon le nombre de consultations par jour et le sexe  
Tableau 13 : Nombre de consultations par jour selon le sexe et la zone d'installation  
Tableau 14 : Nombre de consultations par jour selon la zone d'installation  
Tableau 15 : Durée des consultations selon le sexe du praticien et la zone d'installation  
Tableau 16 : Durée des consultation selon la zone d'installation  
Tableau 17 : Distribution selon le sexe et la réalisation de garde en fonction de l'exercice en zone couverte ou non par SOS médecin  
Tableau 18 : Organisation de la continuité des soins  
Tableau 19 : Distribution de la patientèle

### 2. Figure et graphiques

Figure 1 : La pyramide des âges des généralistes en activité régulière au 1er janvier 2020

- Graphique 1 : Répartition des femmes selon leur faculté d'internat  
Graphique 2 : Répartition des hommes selon leur faculté d'internat  
Graphique 3 : Répartition selon la situation professionnelle du / de la conjoint  
Graphique 4 : Répartition selon le nombre d'enfants  
Graphique 5 : Répartition des femmes répondantes selon leur activité  
Graphique 6 : Répartition des hommes répondants selon leur activité  
Graphique 7 : Pratique de suivis gynécologiques par les médecins femmes  
Graphique 8 : Pratique de suivis gynécologiques par les médecins hommes  
Graphique 9 : Pose de DIU et/ou implant contraceptif par les médecins femmes  
Graphique 10 : Pose de DIU et/ou implant contraceptif par les médecins hommes  
Graphique 11 : Réalisation de sutures au cabinet par les médecins femmes  
Graphique 12 : Réalisation de sutures au cabinet par les médecins hommes  
Graphique 13 : Pratique d'un exercice spécifique par les médecins femmes  
Graphique 14 : Pratique d'un exercice spécifique par les médecins hommes  
Graphique 15 : Accueil d'étudiants par les médecins femmes  
Graphique 16 : Accueil d'étudiants par les médecins hommes

## LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de longue durée

ANSM : Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de santé

APL : Accessibilité potentielle localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DIU : Dispositif intra-utérin

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme universitaire

EBM : Evidence-Based Medicine

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IVG : Interruption volontaire de grossesse

Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCP : Réunion de concertation pluriprofessionnelle

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

WONCA : World Organisation of Family Doctors

## INTRODUCTION

En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir (1).

En effet l'offre médicale devrait croître moins vite que la demande au cours des dix prochaines années selon un rapport de la DREES publié en 2017 (2). La population générale va vieillir, les besoins de soins vont alors augmenter et ce plus rapidement que le nombre d'habitants. D'un autre côté, le renouvellement des générations de la population des médecins libéraux va conduire à une baisse globale de l'offre de soins, d'une ampleur plus importante que celle engendrée par la baisse des seuls effectifs.

La féminisation de la profession est souvent mise en avant pour expliquer cette baisse de l'offre de soins. Mais la féminisation a-t-elle un effet direct expliqué par de réelles différences de pratiques ? Ou est-ce que les représentations associées à la féminisation tendent à simplifier les évolutions complexes du métier ?

Évolutions dues en grande partie au renouvellement des générations de médecins, et aux aspirations différentes de cette nouvelle génération.

Lorsque la féminisation est désignée pour expliquer la baisse de l'offre de soins, cela laisse penser que les femmes médecins travaillent moins que les hommes médecins.

Certains auteurs insistent sur les spécificités des femmes médecins et laissent entendre que la féminisation du corps médical constitue un enjeu majeur, voir un « risque » pour l'avenir de la profession. Les femmes sont, dans ces cas-là, pensées en fonction de leurs charges domestiques et éducatives, dont est alors dépendant leur mode d'exercice (3).

Il est vrai que dans un grand nombre de foyers la femme a un rôle prépondérant dans la gestion du quotidien, mais le rapport travail - famille s'est modifié d'une façon générale et les nouvelles générations de médecins, hommes comme femmes souhaitent une pratique différente avec une gestion maîtrisée du temps de travail.

Nous souhaitons donc évaluer les pratiques des médecins de cette nouvelle génération et faire une comparaison en fonction du sexe du praticien afin d'observer si des différences existent. Pour cela il convient de définir l'offre de soins primaires avec des critères objectifs afin de pouvoir étudier et comparer les pratiques.

## 1. Définition de l'offre de soins

Puisque nous parlons d'offre de soins et que nous souhaitons comparer les offres de soins proposées par les médecins généralistes, il convient tout d'abord de définir ce terme.

Par offre de soins on entend les moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins en réponse aux besoins de santé des individus.

Nous allons préciser et cibler certains points spécifiques à la médecine générale.

### A- Définition de la médecine générale

La WONCA Europe a publié en 2002, puis avec quelques aménagements en 2005, la définition européenne de la médecine générale, et y présentait les différentes caractéristiques de la discipline. La médecine générale repose sur les trois éléments de l'Evidence-Based Medicine (EBM) : les données scientifiques validées, le contexte clinique ambulatoire et le comportement du patient dans son milieu de vie (4). Elle est définie comme une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique (5).

La médecine générale est décrite comme la spécialité clinique dédiée aux soins de santé primaires ou soins de premier recours (4).

### B - Définition des soins de santé primaires

L'OMS lors de la déclaration d'Alma-Ata en 1978 a positionné les soins de santé primaires comme étant des soins de santé essentiels, rendus universellement accessibles à tous les individus (5). En France la définition des soins primaires est apparue dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 sous le terme de « soins de premiers recours ». Ils constituent le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé sur un territoire de proximité (5).

### C - La place du médecin généraliste

Les médecins généralistes contribuent à cette offre de soins ambulatoires et assurent pour les patients la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Ils participent à la continuité des soins, à l'orientation du patient dans le système de soins et à la coordination des soins nécessaires au patient (5).

Depuis la réforme de 2004, l'accès aux soins en France est centré autour du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés. Le but du parcours de soins coordonnés est de permettre un suivi médical coordonné et une prévention personnalisée avec une prise en charge des patients sur la durée et centralisée autour du médecin traitant. Le choix du médecin traitant doit être fait par tous les patients à partir de 16 ans. En 2017, la nouvelle convention médicale étend le dispositif du médecin traitant aux enfants dès leur naissance (6).

Dans la majorité des cas, le médecin traitant est un médecin généraliste mais ce n'est pas une obligation. C'est le médecin traitant qui oriente le patient selon ses besoins vers des soins spécialisés, à l'exception des spécialités suivantes qui restent accessibles directement par le patient :

la gynécologie, l'ophtalmologie, la stomatologie, la psychiatrie jusqu'à 25 ans et les soins effectués en urgence (6). Concernant les autres spécialités l'accès est possible pour le patient sans passer par son médecin traitant mais cela ne rentrera alors pas dans le cadre du parcours de soins et le patient ne sera pas remboursé de la même manière. Le but est de faire du médecin généraliste le pivot de l'organisation des soins centrée sur le patient (5).

## D - Les compétences en médecine générale

Afin de comparer l'offre de soins primaires proposée par les médecins généralistes, il convient de préciser ce qui fait partie des compétences devant être acquises par un médecin généraliste et les soins qui en découlent.

L'apprentissage de la médecine générale se fait lors de l'internat, durant lequel grâce à l'enseignement et aux stages, les futurs médecins vont acquérir les compétences nécessaires à leur pratique. Dans le domaine de la pédagogie médicale, le CNGE définit la compétence comme « un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné» (7).

En 2002, la WONCA Europe a identifié les six compétences fondamentales du médecin généraliste:

- la gestion des soins de santé primaires
- les soins centrés sur la personne
- l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- l'approche globale
- l'orientation communautaire
- l'adoption d'un modèle holistique.

Ces compétences sont appliquées dans trois champs d'activité : la démarche clinique, la communication avec les patients et la gestion du cabinet médical (7).

En s'appuyant sur cette définition, le CNGE a proposé une liste de six compétences qu'un interne en médecine générale doit acquérir au cours de sa formation et a élaboré un référentiel qui dessine les contours du métier de médecin généraliste (4). Ces compétences recouvrent l'ensemble des missions des médecins généralistes, et sont considérées comme indispensables à l'exercice de la médecine générale :

- compétence approche globale, prise en compte de la complexité
- compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire
- compétence premier recours, urgence
- compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- compétence relation, communication approche centrée patient
- compétence professionnalisme

Une représentation graphique en a été réalisée : « La marguerite des compétences» (8)

## 2 . Explications de la baisse de l'offre de soins

### A - Une baisse de la densité médicale

L'offre de soins est dépendante du nombre de médecins par habitants et c'est cette fluctuation d'effectifs et de population qui est la première raison de sa baisse.

#### 1) Chiffres clés

D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière était de 50,1 ans en 2020, avec 26% des médecins ayant plus de 60 ans et 24% des médecins ayant moins de 40 ans (9). L'âge moyen des nouveaux inscrits (toutes spécialités confondues) était de 31,5 ans (9). On observe une tendance au recul de l'âge d'installation. Il était de 31 ans dans les années 80, de 35 ans en 2001 et de 37 ans en 2010 (10,11).

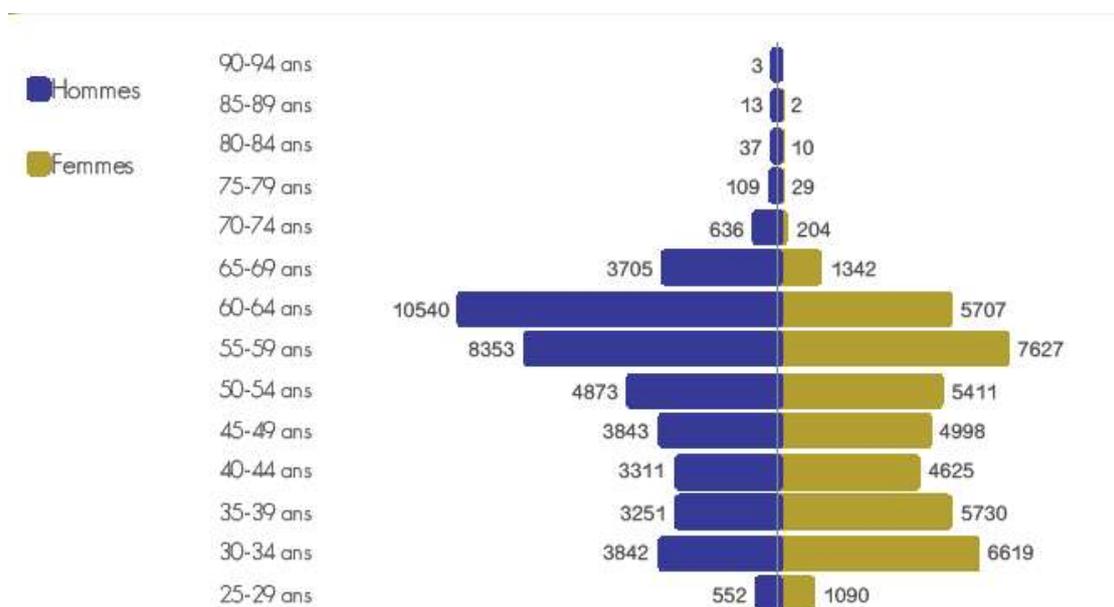


Figure 1 : La pyramide des âges des généralistes en activité régulière au 1er janvier 2020 (9)

La pyramide des âges nous permet de visualiser cette proportion importante de médecins de plus de 60 ans (génération de médecins à numerus clausus élevé).

#### 2) Les conséquences des variations du numerus clausus

C'est avec la loi du 30 juin 1971 qu'est institué le numerus clausus.

Le nombre d'étudiants admis en seconde année de médecine au niveau national était limité à 8600 pour la rentrée universitaire de 1972 (mais les dépassements étant tolérés ils étaient en pratique 11000). Le nombre d'étudiants admis n'a cessé de diminuer au fil des années, passant à 6000 en 1981 et jusqu'à 3500 en 1993. Il remontera lentement par la suite, avec 6000 étudiants admis en

seconde année de médecine en 2005, et 8205 en 2017 (12).

Le départ à la retraite de la génération à numérisation élevée (entrée en études de médecine entre 1971 et 1978) n'est pas contrebalancé par l'entrée dans la vie active des médecins diplômés en France, pas assez nombreux du fait des variations du numérisation au fil des années (2). L'index de renouvellement générationnel des médecins généralistes n'est pas suffisant (0,93) (9), et la population de médecins va donc voir son effectif baisser.

Cette baisse s'observe déjà, avec concernant l'activité régulière en médecine générale, une diminution des effectifs de 9% entre 2010 et 2020 (9). Selon le CNOM, la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 (9). Elle devrait toutefois être atténuée par l'arrivée de médecins diplômés à l'étranger et l'activité des médecins cumulant emploi-retraite (2).

Après 2025 les effectifs devraient augmenter du fait de départs à la retraite moins nombreux, car concernant des générations à numérisation moins élevée, et du nombre d'entrants dans la vie active qui se stabiliserait. Le nombre de médecins s'élèverait en 2040 à 30% de plus qu'en 2015 (2).

L'âge moyen devrait alors diminuer et être de 45 ans en 2040, avec une proportion des médecins de 55 ans ou plus qui serait de 22% (alors qu'elle était de 45% en 2015) (2).

L'évolution des effectifs de médecins ne peut avoir un sens en termes d'offre de soins si elle est visualisée de façon isolée. Il faut tenir compte en parallèle de la croissance de la population générale.

### 3) Croissance et vieillissement de la population générale

La population générale devrait augmenter de + 0,3 % par an en moyenne jusqu'en 2050 selon l'Insee (13).

La densité médicale correspond au nombre de médecins pour 1000 habitants. Elle dépend donc des effectifs des médecins mais aussi de la taille de la population générale. La densité médicale, de par l'augmentation de la population nationale, diminuerait donc davantage que les effectifs jusqu'en 2025. Celle-ci augmentera ensuite progressivement, pour en 2040 être supérieure de 18% à celle de 2015 (2).

En plus de croître, la population va vieillir.

Selon ce même rapport de l'Insee la population des 65 ans ou plus augmentera de façon plus importante que la population générale, soit de + 1,5 % par an entre 2013 et 2050 (la croissance étant de + 2,5% par an entre 2013 et 2020 et ensuite de + 0,6% entre 2040 et 2050). La hausse s'observe surtout dans la population des 75 ans ou plus avec un passage de 9% de la population en 2013 à 16,4% en 2050 (13).

Cette population qui vieillit voit ses besoins de soins augmenter, entraînant donc une hausse de la demande de soins pour une même densité médicale. La densité standardisée par le recours par âge aux médecins de ville (prenant donc en compte le vieillissement de la population) est calculée. Le rapport entre l'offre et la demande de soins évolue alors de manière moins dynamique, elle stagnerait jusqu'en 2025, amorçant ensuite une remontée pour retrouver en 2032 le niveau de 2015 (2).

L'offre de soins est également dépendante du temps de travail des médecins.

La population des médecins libéraux devrait se féminiser et rajeunir. Cette évolution de la composition de la population des médecins libéraux devrait avoir une incidence sur l'offre de soins (si les comportements des médecins à âge et sexe donnés restent ceux observés) (2). Le rajeunissement de la population des médecins libéraux ainsi que sa féminisation devraient conduire à une baisse du volume des soins.

Cette précision sur le volume de soins concerne les médecins généralistes libéraux car une grande variabilité est possible selon les praticiens qui choisissent eux-même leur temps de travail. Le volume de soins proposé par les médecins salariés est fixe (activité salariée en centre de santé à temps plein soit 35 heures par semaine), sans fluctuation selon l'âge ni le sexe du praticien.

La moyenne de temps de travail d'un médecin généraliste libéral se situe autour de 50 heures par semaine (3).

Un recul de l'exercice libéral au profit de l'exercice salarié est observé (2). L'activité libérale aurait, selon le CNOM, diminué de 10% entre 2010 et 2020 (9).

La densité moyenne des médecins en activité régulière pour l'exercice libéral ou mixte a diminué de 15% entre 2010 et 2020. Celle pour l'exercice salarié a diminué de 6% entre 2010 et 2020 (9).

Pour conclure, on devrait observer une baisse de l'offre de soins d'une ampleur plus importante que ne le prédit la variation des seuls effectifs : entre 2016 et 2027 baisses de l'offre de soins de 23% et des effectifs de 14% (2). Et si on prend en compte la densité standardisée évoquée au-dessus, l'offre libérale rapportée à la demande baisserait de 30% entre 2016 et 2027, et serait en 2040 toujours inférieure de 18% à celle observée en 2015 (2).

## B – Un renouvellement de génération dans lequel s'inscrit la féminisation de la médecine

Comme on vient de le voir, la baisse de l'offre de soins libérale, toute spécialité confondue, est dû à une baisse de la densité médicale, elle-même accentuée par le vieillissement de la population (densité médicale standardisée), mais aussi à une baisse du temps de travail prévisible de la nouvelle génération de médecins (plus jeune et féminisée).

### 1) Définition de la féminisation, historique et démographie

Le processus de féminisation correspond à l'insertion d'un nombre croissant de femmes dans une activité qui a, pendant un temps, été uniquement exercée par des hommes (14).

Au cours du XXème siècle la féminisation s'est observée dans l'ensemble des professions à études supérieures en raison de la levée progressive des barrières légales qui interdisaient l'accès des femmes aux études menant à ces professions.

La féminisation du corps médical débuta à la fin du XIXème siècle, l'accès au cursus d'enseignement leur étant autorisé dans les années 1880-1900 (14). Elle s'accéléra surtout à partir des années 1960 : les femmes représentaient 13,8% des effectifs de médecins libéraux en 1968, 24,3% en 1982, 29,6% en 1990, 36,4% en 2001 puis 37,2% en 2003 (3).

Ce n'est qu'avec la réforme des études médicales de 1982 que s'amorce la féminisation de la médecine générale (15).

La féminisation ne correspond pas à une substitution des hommes médecins par les femmes,

puisque le nombre de médecins des deux sexes connaît une progression constante au cours de cette période. Elle accompagne une expansion globale du nombre de praticiens (3).

Au 1er janvier 2020, les femmes représentaient 50,4% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière en France et 65% pour les médecins généralistes de moins de 40 ans en Pays de la Loire (9). Elles devraient représenter plus de 60% des médecins libéraux en 2034 (2).

La pyramide des âges montre de façon assez flagrante la prépondérance de la féminisation des médecins en activité régulière dans la nouvelle génération.

## 2) La profession de médecin au moment de l'amorce du processus de féminisation

Au sein de la profession médicale, l'ethos traditionnel est caractérisé par la notion de « disponibilité permanente » des praticiens à l'égard de leurs patients. Les durées de travail sont longues, les horaires atypiques et élastiques, mais les contreparties, en termes de revenus et de statut social, sont élevées. Elles permettent aux hommes médecins de subvenir aux besoins de leurs épouses et enfants, de jouer pleinement le rôle de « pourvoyeur exclusif des ressources du ménage » (3). Ce modèle repose donc sur une division sexuelle du travail entre conjoints particulièrement rigide. Les hommes sont déchargés de l'ensemble des activités domestiques et éducatives, assumées par les femmes (3).

En effet au début du XXème siècle, 63 % des médecins hommes étaient mariés à des femmes qui n'exerçaient aucune activité professionnelle. En plus de leurs activités domestiques, elles étaient susceptibles d'intervenir directement dans les activités professionnelles du conjoint (3).

Entre 1990 et 2004, 11% des hommes médecins généralistes libéraux avaient un conjoint dit « actif occupé » qui se déclarait aide familial, c'est à dire qui l'aidait dans le cadre de son activité professionnelle sans être salarié. Ce n'était le cas que pour 0,1% des conjoints de femmes médecins généralistes libéraux (16).

Sur cette même période, 32% des médecins généralistes libéraux hommes avaient un conjoint inactif, contre 5,2% des médecins généralistes femmes. Ces proportions diminuent avec le temps (16).

La quasi-totalité (87 %) des femmes médecins « pionnières » qui étaient mariées, vivaient en couple avec un homme diplômé de l'enseignement supérieur. Cela n'était le cas que pour 37 % des épouses de médecins en exercice entre 1930 et 1980 (3). Dans ces générations, l'homogamie professionnelle des époux est particulièrement marquée chez les femmes médecins : plus de la moitié d'entre elles (56 %) étaient mariées à des médecins, alors que seulement 18 % de leurs confrères étaient mariés à des femmes médecins (3).

Entre 1990 et 2004, 42% des médecins femmes qui vivaient en couple avaient un conjoint médecin (16).

On peut donc penser que les premières vagues de féminisation de la profession médicale ont été fondées sur la création de modalités spécifiques de l'exercice au féminin (3).

Les femmes médecins des premières générations étaient globalement soumises à moins d'impératifs économiques que leurs confrères de l'époque. Elles pouvaient impulser une nouvelle organisation de l'exercice médical, moins centrée sur le souci de maximisation des revenus (donc, de la multiplication des consultations et des actes les mieux rémunérés), puisqu'elles vivaient très majoritairement en couple avec des hommes qui gagnaient très bien leur vie. Et elles devaient à la fois assurer une prise en charge totale de la vie domestique et familiale (3).

### 3) Représentations associées aux femmes médecins : le temps de travail

Une spécificité féminine, est effectivement la gestion temporelle, avec une intégration des contraintes de l'interface travail-famille. Cette gestion temporelle perd de sa spécificité féminine à partir du moment où les hommes médecins sont en couple avec des femmes diplômées qui tiennent à rentabiliser leurs études sur le marché de l'emploi (3).

Mais gestion temporelle ne veut pas nécessairement dire réduction du temps de travail. Contrairement à ce qu'on pourrait croire la féminisation n'a pas entraînée de diminution globale du temps de travail. Une tendance à la hausse est observée au fil des années, de 11 minutes en moyenne par an (16). Effectivement, la durée de travail des médecins évolue à la hausse depuis 1992. Elle passe de 49h / semaine en 1989 à 51h en 2001 et ceci malgré les effets de la féminisation croissante du corps médical, du développement du temps partiel, et de la réduction des temps de travail dans les autres secteurs d'activité (3).

La durée moyenne hebdomadaire de travail des femmes médecins était sur la période 1992-2001, inférieure de 6h à la durée moyenne des hommes médecins (3).

Les durées de travail des femmes médecins sont largement supérieures aux temps de travail d'autres catégories de femmes sur le marché du travail en France, avec une moyenne de 50h par semaine (même si 25% des femmes médecins déclarent travailler à temps partiel : la durée moyenne de ce mode atypique d'exercice les rapproche d'avantage des femmes salariées à temps plein que des autres salariées à temps partiel, avec une durée de travail hebdomadaire de 34h) (3).

L'activité des femmes médecins âgées de plus de 55 ans est en moyenne inférieure de 14% à celles âgées de moins de 55 ans (3). Les femmes médecins des générations actuelles travaillent plus que celles des générations précédentes, comme expliqué par le contexte de début de la féminisation de la médecine.

On observe depuis les dernières années une tendance au rapprochement des temps de travail des hommes et des femmes médecins : l'activité moyenne d'une femme généraliste libérale représentait 60% de celle d'un homme médecin généraliste dans les années 1995 et 70% en 2005. L'égalisation de l'activité des hommes et des femmes généralistes libéraux devrait être atteinte vers 2025 (3).

Mais le rapprochement du temps de travail des hommes et des femmes médecins, ne correspond pas à un alignement progressif des femmes sur le modèle masculin dominant où les femmes médecins se calqueraient sur les pratiques des générations précédentes d'hommes médecins (3). Les hommes médecins changent aussi leur organisation au travail et tiennent de plus en plus compte de l'interface travail-famille (3).

### 4) Une distanciation grandissante vis à vis de l'ancienne référence professionnelle

Malgré une augmentation des durées objectives de travail des médecins des deux sexes, on observe des signes de rejet à l'égard des rigidités temporelles de l'exercice médical, et un changement en termes d'organisation du temps de travail. Les nouvelles générations de médecins souhaitent travailler autrement (3).

La mixité de la médecine est à l'origine d'une modification généralisée du rapport des médecins à l'exercice professionnel mais le changement de référentiel observé dans la profession médicale ne s'explique pas seulement par l'augmentation progressive du nombre de femmes médecins en exercice mais surtout par la modification du rapport à l'emploi des épouses des hommes médecins.

En 2000 plus que 24% des hommes médecins libéraux avaient une épouse au foyer (3).

Sur la période 1990-2004, seulement 2% des médecins de moins de 40 ans étaient en couple avec un conjoint actif occupé qui se déclarait aide familial. Cela concernait 10% des médecins de 40 à 50 ans, et 15% de ceux âgés de plus de 55 ans (16).

La division sexuelle du travail, qui était de mise dans les années 1900, n'est plus. Les hommes médecins ne sont plus les seuls pourvoyeurs de ressources au sein de leurs foyers et ne sont donc plus contraints à une maximisation de leurs revenus. Les femmes des hommes médecins ont le plus souvent un emploi et ne peuvent assumer seules les activités domestiques et éducatives. Les hommes doivent adapter leurs pratiques aux besoins des ménages. La disponibilité permanente qui était la référence dans la pratique médicale des anciennes générations de médecins, est remise en question (3).

Les rapports familiaux et sociaux ont changé. Les nouvelles générations souhaitent préserver du temps pour leur famille et d'autres activités sociales et tant les femmes que les hommes revoient leur rapport au travail. Sans pour autant travailler moins, ils souhaitent travailler autrement, avec une gestion du temps différente (14).

La remise en question de cette référence professionnelle est donc un processus initié par l'arrivée des femmes médecins, mais renforcé par l'inscription des conjointes de médecins dans leurs propres carrières professionnelles (3).

La féminisation, par son influence sur le changement de référence en termes d'organisation, participe à la modification de l'offre de soins. Mais ce n'est pas tant la féminisation de la profession médicale que la féminisation du marché de l'emploi qui a un impact sur cette organisation.

Il est alors légitime de se demander si cela a encore un sens d'évoquer la féminisation comme cause de la baisse de l'offre de soins.

L'objectif de cette étude était donc dans un premier temps de décrire l'offre de soins proposée par les médecins généralistes de moins de 41 ans installés en libéral, puis de répondre à la question suivante :

Les jeunes femmes médecins généralistes installées en libéral travaillent-elles moins que leurs homologues masculins ?

Pour cela une comparaison des temps de travail a été réalisée.

L'objectif secondaire était d'observer si des différences existaient dans les pratiques selon le sexe du praticien.

# MATERIEL ET METHODE

## 1 . Matériel d'étude

Pour répondre à notre question nous avons procédé à une étude épidémiologique descriptive par enquête transversale.

La population interrogée était l'ensemble des médecins généralistes de moins de 41 ans, ayant une activité libérale et exerçant en Pays de la Loire, soit 955 médecins.

## 2. Intervention

Nous avons sollicité par messagerie électronique, par le biais de l'URML des Pays de la Loire, les 955 médecins de moins de 41 ans de la région. Le message présentait le titre et les objectifs de la thèse, et invitait les médecins concernés à répondre au questionnaire en y accédant par le lien :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe2qvUnT13LM7ss0JV53JcarTJPfamyTbzSa5UteLYWPICBRA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe2qvUnT13LM7ss0JV53JcarTJPfamyTbzSa5UteLYWPICBRA/viewform?usp=sf_link)

Le questionnaire a été envoyé le 12 février 2021.

Une relance a été réalisée par messagerie électronique le 26 février 2021.

Les réponses ont été reçues jusqu'au 29 mars 2021.

Le recueil des données s'est fait par voie informatique, par le site internet Google Forms.

## 3. Outil de mesure

Il s'agissait d'un autoquestionnaire constitué de 27 questions ouvertes et de 13 questions fermées, divisées en 4 thèmes principaux qui étaient :

- les caractéristiques personnelles
- l'organisation professionnelle : organisation générale du cabinet
- l'organisation professionnelle : organisation de l'activité du praticien
- la patientèle et la pratique

Pour comparer les pratiques, il a fallu que les questions posées fassent référence à des critères objectifs définissant les soins primaires.

Nous nous sommes principalement appuyés sur les différents critères de compétences de la marguerite, utilisés par le CNGE afin d'en extraire des critères objectifs et comparables.

## Les compétences et ce qui en découle :

Premier recours (accessibilité : disponibilité et proximité), urgences :

- gérer les situations chroniques : nombre de patients en ALD,
- gérer les situations aiguës : créneaux laissés libres dans la journée pour la prise en charge des urgences, réalisation de gestes techniques fréquents tels que les sutures, participation à la permanence de soins (gardes),
- santé des femmes, des enfants, des adolescents, mais aussi personnes âgées ou fragiles : population constituant la patientèle (pourcentages par tranches d'âge), réalisation de visites (en EHPAD, à domicile).

Professionnalisme :

- amélioration des compétences professionnelles : assister à des formations,
- contribuer et participer à la formation des professionnels de santé : être maître de stage (externes, ou internes Praticien niveau 1 ou SASPAS),
- gérer son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle : temps de travail et répartition de celui-ci.

Relation, communication, approche centrée patient : communiquer avec le patient et son entourage.

Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : taille de la patientèle médecin traitant, temps passé pour le travail hors consultation, possibilité pour le patient de joindre le médecin dans la journée.

Approche globale / prise en compte de la complexité.

Education, prévention, santé individuelle et communautaire : mise en place d'actions de prévention et d'éducation. (8)

La question 23 permettait d'évaluer les compétences d'écoute et de disponibilité : qualités attendues d'un médecin généraliste les plus fréquemment citées par les patients (7). Certaines questions, comme la 33ème, ont été inspirées d'une thèse évaluant la qualité de l'offre de soins du point de vue des patients (17).

Le questionnaire complet est disponible en annexe.

## **4. Critère de jugement**

L'objectif principal de l'étude était de préciser l'offre de soins proposée par les médecins généralistes libéraux de moins de 41 ans en Pays de la Loire, et observer si une différence de temps de travail existait entre hommes et femmes médecins de cette génération.

L'objectif secondaire était d'observer si d'autres différences de pratique ou fonctionnement existaient selon le sexe du praticien.

La description des réponses est faite par item.

Pour chacune des questions, nous avons comparé les réponses selon le sexe du praticien.

Sur la question portant sur le temps de travail, des comparaisons ont également porté sur d'autres critères que le sexe du praticien. Cela a également été le cas pour les questions portant sur le nombre de consultations et la durée des consultations, avec des comparaisons selon la zone d'installation.

La question 8 portant sur la commune d'installation nous a permis de classer les médecins selon leur département d'installation, puis de les répartir selon 3 catégories issues de la carte de zonage de l'ARS, au sein même de chaque département.

Ce zonage mis en place par l'ARS, a pour but d'identifier les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante pour la profession de médecin et d'accentuer les moyens dédiés pour améliorer la démographie médicale et l'accès aux soins dans notre région (18). Il a été construit en prenant en compte différents critères, tels que les besoins de soins en fonction de l'âge des habitants, le temps d'accès par la route vers le médecin généraliste, le volume d'activité des médecins et l'âge des médecins afin d'anticiper les départs prévisibles à la retraite (18).

Ce zonage identifie deux catégories de zones qui se distinguent par l'importance des difficultés d'accès aux soins et par les moyens mis en œuvre pour remédier aux problèmes de démographie médicale :

- les « zones d'intervention prioritaire » qui représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins et où les aides incitatives financières sont les plus importantes, Celles-ci couvrent 18,2% de la population régionale.
  
- les « zones d'action complémentaire » moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore. Elles représentent 28,6% de la population régionale. (18)

Dans notre étude, nous nous sommes donc servis de ces 3 catégories créées par l'ARS pour classer les médecins:

- les communes hors zonage qui formaient la zone 1 ou zone de niveau 1,
- la zone d'action complémentaire qui était intitulée zone 2 ou zone de niveau 2,
- la zone d'intervention prioritaire qui était intitulée zone 3 ou zone de niveau 3.

La variable « nombre de consultations par jour » a été dichotomisée en 2 catégories afin de réaliser les analyses comparatives entre sexe du praticien et selon la zone d'installation :

- moins de 25 consultations par jour
- 25 ou plus consultations par jour

Nous avons fait le choix de diviser les répondants en ces deux groupes suite aux résultats de notre étude qui montraient que la moitié des médecins ayant répondu au questionnaire réalisaient 20 à 24 consultations par jour. Ce résultat semblait correspondre au nombre moyen de consultations effectué par les médecins généralistes : 22 consultations par jour en moyenne (19).

La limite des 25 consultations par jour nous semblait donc intéressante pour différencier les répondants.

La variable « durée des consultations » a elle aussi été dichotomisée en deux catégories afin de réaliser les analyses comparatives entre sexe du praticien et selon la zone d'installation :

- consultations de moins de 20 minutes
- consultations de 20 minutes ou plus

La durée des consultations des médecins femmes était de 19 minutes, et celle des médecins hommes de 17 minutes, selon les résultats d'une étude de la DREES : 57% des médecins femmes déclaraient des durées de consultations de 20 minutes ou plus contre 35% des hommes (20).

La limite de 20 minutes par consultation nous semblait donc intéressante pour différencier les répondants.

Nous avons réalisé des statistiques descriptives, concernant les variables qualitatives et quantitatives à l'aide du logiciel Open Office Calc avec présentations sous forme de tableaux ou diagrammes.

Les résultats des variables qualitatives sont exprimés en nombre de cas et en pourcentage.

Les valeurs quantitatives sont exprimées en moyenne avec leur écart-type.

Les statistiques analytiques bi-variées ont été réalisées avec le logiciel BiostatTGV.

Dans le cadre d'analyses avec des variables de réponse qualitatives, nous avons utilisé les tests du Chi 2 ou de Fisher si les effectifs attendus étaient inférieurs à 5.

Les données ne suivant pas une distribution normale, nous avons utilisé des tests non paramétriques pour les analyses avec variables quantitatives. Pour cela nous avons utilisé le test de Wilcoxon-Mann-Whitney, selon les conditions standards d'application.

Le risque de première espèce alpha est fixé à 5%.

Plusieurs tests ayant été réalisés, cela a entraîné une inflation de ce risque alpha. Pour contrer cette inflation du risque alpha, nous avons utilisé la méthode de Bonferroni-Holm. Elle consiste à réaliser les tests avec un seuil de signification plus petit que 5% et de choisir cette valeur de telle sorte qu'après inflation due aux comparaisons multiples, le niveau global atteint soit de 5%.

Le seuil retenu pour la valeur p était donc de 0,05 divisé par le nombre de tests, soit divisé par 23. Une valeur inférieure à 0,002 était donc considérée comme statistiquement significative.

## RESULTATS

Sur les 955 médecins sollicités, 226 ont répondu (172 après l'envoi du questionnaire, puis 54 supplémentaires suite à la relance réalisée 15 jours après) soit un taux de réponse de 23,7%. Parmi les 226 répondants, 163 étaient des femmes et 63 des hommes.

### 1. Caractéristiques personnelles

Tableau 1 : Caractéristiques personnelles de la population étudiée

	Femmes	Hommes
<b>Nombre de réponses</b>		
Effectif (sur 226 réponses)	163	63
En %	72,1%	27,9%
<b>Âge moyen (en années)</b>	34,3	34,8
Ecart-type	3,1	2,6
<b>Situation familiale</b>		
<b>Célibataire</b>		
Effectif (sur 226 réponses)	13	7
En %	8%	11,1%
<b>En couple</b>		
Effectif (sur 226 réponses)	150	56
En %	92%	88,8%
<b>Sans enfant</b>		
Effectif (sur 226 réponses)	36	13
En %	22,1%	20,6%
<b>Avec enfants</b>		
Effectif (sur 226 réponses)	127	50
En %	77,9%	79,4%
<b>Nombre d'enfants</b>		
1		
Effectif (sur 198 réponses : 127 + 50)	37	10
En %	29,1%	20%
2		
Effectif (sur 198 réponses)	62	26
En %	48,8%	52%
3		
Effectif (sur 198 réponses)	22	10
En %	17,3%	20%
4		
Effectif (sur 198 réponses)	3	1
En %	2,4%	2%
5		
Effectif (sur 198 réponses)	1	3
En %	0,78%	6%
6		
Effectif (sur 198 réponses)	1	0
En %	0,78%	0%
<b>Nombre moyen d'enfants</b>	1,97	2,22
Ecart-type	0,8	0,9

## 1.1 Âge

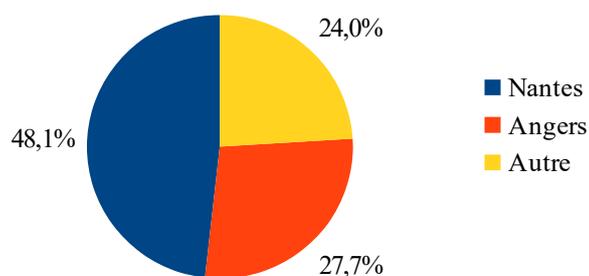
L'âge moyen de l'ensemble des répondants était de 34 ans et demi, avec des médecins ayant entre 29 et 40 ans. L'écart-type était de 3.

## 1.2 Faculté d'internat

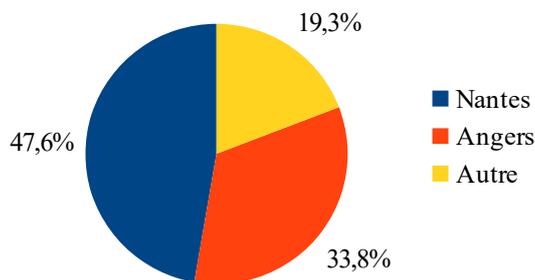
La majorité des médecins ayant répondu et étant installés en Pays de la Loire avaient effectué leur internat à Nantes ou Angers.

Sur 225 répondants (une femme n'avait pas répondu) :

- 48% avaient effectué leur internat à Nantes
- 29,5% avaient effectué leur internat à Angers
- 22,7% l'avaient effectué dans une autre région, ou un autre pays.

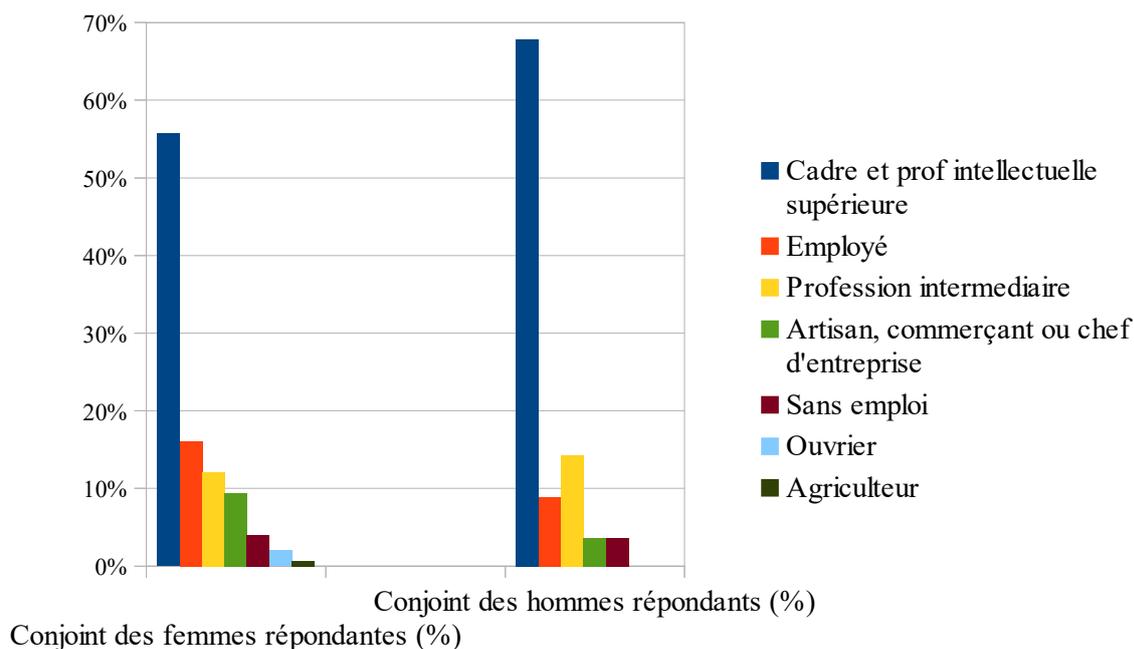


*Graphique 1 : Répartition des femmes selon leur faculté d'internat*



*Graphique 2 : Répartition des hommes selon leur faculté d'internat*

### 1.3 Situation professionnelle du conjoint



Graphique 3 : Répartition selon la situation professionnelle du / de la conjoint

Sur 226 répondants une grande majorité était en couple : 206 soit 91,1%.

Sur ces 206 en couple, une femme n'avait pas répondu à la question concernant la situation professionnelle du conjoint.

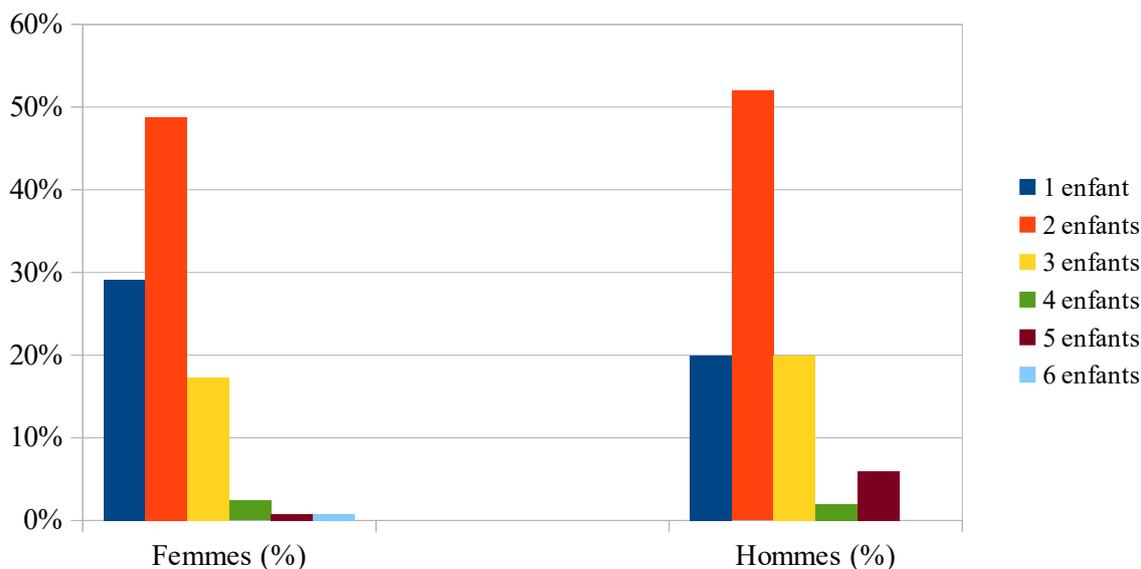
Sur les 205 personnes en couple ayant répondu :

- 59 % avaient un conjoint ayant une activité de cadre ou profession intellectuelle supérieure (67,8% chez les conjoints des hommes médecins contre 55,7% chez les conjoints des femmes médecins).
- 14,1% avaient un conjoint ayant une activité d'employé (8,9% des conjoints des hommes médecins contre 16,1% des conjoints des femmes médecins).
- 12,6% avaient un conjoint exerçant une profession intermédiaire (14,3% chez les conjoints des hommes médecins, et 12,1% chez ceux des femmes médecins).
- 7,8% avaient un conjoint étant artisan, commerçant ou chef d'entreprise (3,6% des conjoints des hommes médecins contre 9,4% des conjoints des femmes médecins).
- 3,9% avaient un conjoint sans emploi (3,6% pour les conjoints des hommes médecins, et 4% pour ceux des femmes médecins).
- 1,46% avaient un conjoint ayant une activité d'ouvrier (aucun homme médecin n'avait de conjoint ouvrier, contre 3 conjoints des femmes médecins (2)).
- 0,48 % avaient un conjoint agriculteur (aucun homme médecin n'avait de conjoint agriculteur contre 1 chez les conjoints des femmes médecins (0,67)).

## 1.4 Enfants

Pour ce qui est des enfants :

- sur les 56 hommes vivant en couple, 48 avaient des enfants soit 85,7%.
- sur les 7 hommes célibataires, 1 avait des enfants soit 14,3%.
- sur les 150 femmes vivant en couple, 122 avaient des enfants soit 81,4%.
- sur les 13 femmes célibataires, 5 avaient des enfants soit 38,5%.



Graphique 4 : Répartition selon le nombre d'enfants

50% des médecins ayant des enfants en avaient deux (88/176).

## 2. Organisation professionnelle : organisation générale du cabinet

### 2.1 Département d'installation

225 réponses ont été obtenues (une femme n'a pas répondu).

Une majorité des répondants était installée en Loire Atlantique (55,1%), 21,3% en Maine et Loire, 4,9% en Mayenne, 6,2% en Sarthe et 12% en Vendée.

Une femme dans le 44 et un homme dans le 85 n'ont pas précisé leur commune d'installation, et n'ont donc pas été intégrés dans la répartition en zonage.

Concernant la carte de zonage de l'ARS :

- Niveau 1 = Hors zonage
- Niveau 2 = Zone d'action complémentaire
- Niveau 3 = Zone d'intervention prioritaire

Tableau 2 : Répartition selon le département et la zone d'installation

Département d'installation	Femmes	Hommes
<b>44</b>	<b>93 (57,4%)</b>	<b>31 (49,2%)</b>
Niveau 1	83	25
Niveau 2	5	5
Niveau 3	4	1
<b>49</b>	<b>31 (19,1%)</b>	<b>17 (27%)</b>
Niveau 1	19	12
Niveau 2	10	3
Niveau 3	2	2
<b>53</b>	<b>5 (3,1%)</b>	<b>6 (9,5%)</b>
Niveau 1	0	0
Niveau 2	5	6
Niveau 3	0	0
<b>72</b>	<b>11 (6,8%)</b>	<b>3 (4,7%)</b>
Niveau 1	0	0
Niveau 2	6	1
Niveau 3	5	2
<b>85</b>	<b>22 (13,6%)</b>	<b>6 (9,5%)</b>
Niveau 1	13	4
Niveau 2	3	1
Niveau 3	6	0

Le tableau indique la répartition des 162 femmes et 63 hommes répondants. Les pourcentages qui y sont indiqués sont en colonne.

Tableau 3 : Répartition selon la zone d'installation

Zonage (départements confondus)	Femmes	Hommes	p-value (Ch <sup>2</sup> de Pearson)
Niveau 1	115 (71,4%)	41 (66,1%)	0,43
Niveau 2	29 (18%)	16 (25,8%)	0,19
Niveau 3	17 (10,6%)	5 (8,1%)	0,75

Le tableau indique la répartition des 161 femmes et 62 hommes ayant indiqué leur commune d'installation. Les pourcentages indiqués dans le tableau sont en colonne.

Il n'y avait pas de différence statistiquement observable concernant la distribution par zone selon le sexe.

Total des médecins par zone :

- niveau 1 = 156 (70%)
- niveau 2 = 45 (20,2%)
- niveau 3 = 22 (9,8%)

## 2.2 Le secrétariat

226 médecins ont répondu à cette question.

La majorité déclarait avoir un secrétariat sur place ou mixte : 77,4%.

19,5% des répondants déclaraient avoir recours à un agenda web : 17,4% chez les hommes et 20,2% chez les femmes.

18,4% des femmes déclaraient gérer les appels elles-mêmes en dehors des horaires du secrétariat, contre 7,9% des hommes.

Aucun médecin n'a indiqué répondre lui-même à l'ensemble des appels des patients. Ceux n'ayant pas de secrétariat communiquaient avec leurs patients par mail ou via un standard téléphonique avec messagerie vocale.

*Tableau 4 : Répartition selon le type de secrétariat*

Secrétariat	Femmes	Hommes
Sur place	89 (54,6%)	41 (65,0%)
Téléphonique à distance	41 (25,1%)	8 (12,7%)
Mixte	32 (19,6%)	13 (20,6%)
Pas de secrétariat	1 (0,6%)	1 (1,6%)

Les pourcentages indiqués sont en colonne.

## 2.3 Autres professionnels travaillant dans la structure

225 ont répondu à ces deux questions.

*Tableau 5 : Répartition selon la présence d'autres professionnels dans la structure*

Autres professionnels de santé travaillant au cabinet	Femmes	Hommes
Médecins généralistes	158 (97,5%)	60 (95,2%)
Autres professionnels de santé ou paramédicaux	104 (64,2%)	45 (71,4%)
Aucun	1 (0,62%)	1 (1,59%)

Les pourcentages indiqués sont en colonne.

La grande majorité des médecins interrogés travaillait en groupe. Principalement avec d'autres médecins généralistes (96,9%), mais aussi avec des médecins d'autres spécialités médicales ou professionnels paramédicaux (66,2%).

Les femmes qui ont répondu travailler avec d'autres médecins généralistes dans la structure d'exercice, déclaraient travailler en moyenne avec 3,3 confrères (écart-type à 2,2). Les hommes avaient en moyenne 3,9 médecins généralistes avec eux au cabinet (écart-type à 3).

La grande majorité avait de 1 à 5 confrères médecins généralistes au cabinet, mais certains pouvaient en avoir jusqu'à 20.

Concernant les autres professionnels de santé ou paramédicaux, les plus fréquemment cités étaient :

- les infirmier(e)s (x94)
- les podologues (x55)
- les orthophonistes (x53)
- les kinésithérapeutes (x49)
- les psychologues (x49)
- les ostéopathes (x34)
- les infirmier(e)s Asalé (x24)
- les dentistes (x29)
- les diététicien(ne)s (x22)
- les sages-femmes (x21)

#### 2.4 Travail en maison de santé pluriprofessionnelle

224 réponses à cette question : 2 femmes n'ont pas répondu.

*Tableau 6 : Médecins exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle*

	Femmes	Hommes
Travail en MSP	47 (29,2%)	25 (39,7%)

Un tiers des répondants travaillait en maison de santé pluriprofessionnelle : 32,1%.

#### 2.5 Travail avec un(e) infirmier(e) Asalée et/ou assistant(e) médical

Sur les 226 répondants, environ un quart travaillaient avec un/une IDE Asalée et / ou assistant(e) médical : 25,4% des femmes (44 sur 163) et 27% des hommes (16 sur 63).

#### 2.6 Participation à des réunions de concertation pluriprofessionnelle

226 réponses.

Parmi les 78 femmes ayant répondu participer à des RCP, 14 précisaient que cela était de manière informelle, ainsi qu'un homme sur les 33.

*Tableau 7 : Médecins participant à des réunions de concertation pluriprofessionnelle*

	Femmes	Hommes
Réalisation de RCP	78 (47,9%)	33 (52,4%)

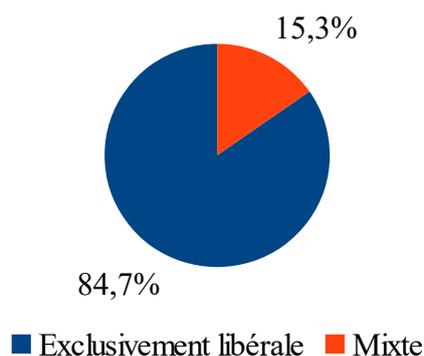
### 3. Organisation professionnelle : organisation de l'activité

#### 3.1 Activité exclusivement libérale ou mixte

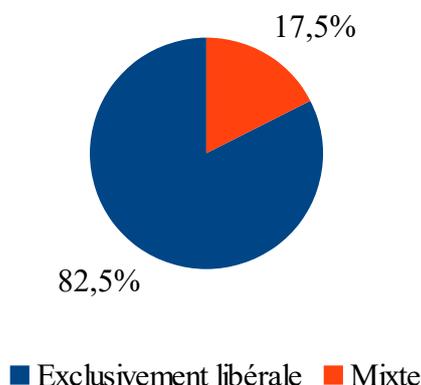
226 réponses obtenues.

Moins d'un médecin généraliste sur 5 exerçait une activité salariée associée (15,9%).

Le temps hebdomadaire moyen accordé par les médecins, ayant une activité mixte, à leur(s) autre(s) activité(s) était de 7h30 (écart-type de 5,6 heures).



*Graphique 5 : Répartition des femmes répondantes selon leur activité*



*Graphique 6 : Répartition des hommes répondants selon leur activité*

11 hommes ont répondu avoir une activité salariée associée, ainsi que 25 femmes.

Les différentes activités citées étaient :

- médecine militaire
- médecin à l'ANSM
- médecin conseil à la CPAM
- faculté de santé

- planning familial
- centre d'hébergement d'urgence
- médecin au CHU
- régulation d'une assistance
- halte garderie / crèche / pouponnière
- coordination dans un EHPAD
- médecin en PMI
- médecin dans un institut médico éducatif
- médecin pompier
- médecin dans une structure touristique

### 3.2 Temps de travail

162 femmes et 63 hommes ont répondu à ces questions.

*Tableau 8 : Temps de travail moyen selon le sexe*

	Femmes	Hommes	p-value (Mann-Whitney)
<b>Temps de travail moyen par semaine (heures)</b>			
Temps de travail toutes activités confondues	39,4	45,5	<0,001
Ecart-type	6,7	8,1	
Temps de travail pour activité libérale	38,8	44,6	<0,001
Ecart-type	7,5	9,7	
<b>Nombre moyen de demi journées par semaine</b>	7	7,7	<0,001
Ecart-type	1,5	1,8	

Le temps de travail moyen des médecins répondants était de 41 heures par semaine, avec un écart-type de 7h30.

Ce temps de travail était réparti sur 7 demi-journées en moyenne (moyenne obtenue de 7,2 avec écart-type de 1,6 demi-journées), soit sur 3 jours et demi par semaine.

On observait une grande variabilité avec des temps hebdomadaires de travail (toutes activités confondues) allant chez les hommes de 27h30 à 70h selon les répondants. Chez les femmes les temps de travail pouvaient être de 27h à 60h selon les répondantes.

La répartition des heures travaillées était également variable avec des semaines de travail chez les hommes allant de 2 jours à 6 jours, et chez les femmes de 2 jours à 5 jours et demi.

Les hommes travaillaient en moyenne 6 heures de plus par semaine que les femmes pour l'ensemble des activités ainsi que l'activité libérale, et ce de manière statistiquement significative.

Ils travaillaient également presque une demi-journée de plus par semaine.

Le temps de gestion hebdomadaire moyen des médecins interrogés était de 5h30, avec un écart-type de 2,8 heures.

Tableau 9 : Temps de travail hebdomadaire moyen (en heures) selon la présence d'enfant

Enfants	Femmes	Hommes	Global
Oui	39,2	45,8	41,05
Ecart-type	6,5	8,6	7,7
Non	40	44,25	41,19
Ecart-type	7,6	6,2	7,4

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative observée concernant le temps de travail, que les médecins aient ou non des enfants (p-value (Mann-Whitney) à 0,48).

Tableau 10 : Temps de travail selon la situation professionnelle du/ de la conjoint

Situation professionnelle du conjoint	Artisan	Cadre	Employé	
Temps de travail moyen (heures/semaine)	41,9	40,4	40,9	
Ecart-type	7,6	7,5	6,7	
	Sans emploi	Ouvrier	Agriculteur	Prof. Inter.
	47,5	44,3	39	41,4
	7,6	4	0	9,7

Temps de travail moyen des femmes médecins généralistes selon la situation professionnelle du conjoint :

- artisan : 40,6 heures par semaine (écart-type de 6,9 heures)
- cadre : 38,3 heures par semaine (écart-type de 6,1 heures)
- employé : 39,5 heures par semaines (écart-type de 6,2 heures)
- sans emploi : 45,8 heures par semaine (écart-type de 8,1 heures)
- ouvrier : 44,3 heures par semaine (écart-type de 4 heures)
- agriculteur : 39 heures par semaine
- profession intermédiaire : 38,2 heures par semaine (écart-type de 7,5 heures)

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative observable au seuil choisi pour l'étude entre les femmes étant en couple avec un conjoint n'ayant pas d'emploi et celles en couple avec un cadre : p-value à 0,017 (Mann-Whitney).

Tableau 11 : Temps de travail hebdomadaire (en heures) selon la zone d'installation et le sexe du praticien

	Zone 1	Zone 2	Zone 3
Femmes	38,1	41,5	44,2
Ecart-type	6	6,9	8,4
Hommes	44,8	47,8	45
Ecart-type	7,7	8,8	9,3
Global	39,9	43,7	44,4
Ecart-type	7,1	8,1	8,4

Les deux sexes confondus, il n'y avait pas de différence statistiquement significative mise en évidence entre les médecins installés en zone 1 et ceux en zone 2 (p-value (Mann Whitney) à 0,006), ni entre les médecins installés en zone 1 et ceux en zone 3 (p-value (Mann Whitney) à 0,03).

On observait que le temps de travail des hommes variait peu selon la zone d'installation, alors que le temps de travail des femmes semblait être d'autant plus important qu'elles travaillaient en zone d'action complémentaire ou d'intervention prioritaire.

Pour la zone 1, la moyenne de temps de travail entre hommes et femmes est différente significativement ( $p < 0,001$  (Mann-Whitney)).

Pour la zone 2 la différence n'apparaît pas statistiquement significative au seuil décidé pour notre étude ( $p = 0,035$  (Mann-Whitney)).

Pour la zone 3, il n'y a plus de différence entre le temps de travail des hommes et celui des femmes ( $p = 0,55$  (Mann-Whitney)).

### 3.3 Nombre de consultations par jour

*Tableau 12 : Distribution selon le nombre de consultations par jour et le sexe*

Nombre de consultations par jour	Femmes	Hommes
Moins de 15	3 (1,8%)	0 (0%)
15 à 20	37 (22,7%)	10 (15,9%)
20 à 25	88 (54%)	25 (39,7%)
25 à 30	26 (16%)	16 (25%)
Plus de 30	9 (5,5%)	12 (19%)

Les pourcentages sont indiqués en colonnes.

*Tableau 13 : Nombre de consultations par jour selon le sexe et la zone d'installation*

	Femmes			Hommes		
	Moins de 25	25 ou plus	Global (100%)	Moins de 25	25 ou plus	Global (100%)
Zone 1	94 (81%)	21 (19%)	115	24 (58,5%)	17 (41,5%)	41
Zone 2	22 (75,8%)	7 (24,2%)	29	7 (43,7%)	9 (56,3%)	16
Zone 3	11 (64,7%)	6 (35,3%)	17	4 (80%)	1 (20%)	5
Sans zone définie	1	1	2	1	0	1
<b>Total</b>	<b>128 (78,5%)</b>	<b>35 (21,5%)</b>	<b>163</b>	<b>36 (57,1%)</b>	<b>27 (42,9%)</b>	<b>63</b>

Les pourcentages sont indiqués en ligne.

La variable « nombre de consultations par jour » a été dichotomisée en 2 catégories :

- moins de 25 consultations par jour
- 25 ou plus consultations par jour

Les médecins répondants effectuaient majoritairement 20 à 24 consultations par jour (50% d'entre eux).

19% des hommes réalisaient plus de 30 consultations par jour, contre 5,5% des femmes.

Une différence était statistiquement significative (p-value (Chi<sup>2</sup> de Pearson) < 0,001) entre les femmes et les hommes concernant un nombre de consultations par jour de moins de 25 ou 25 et plus : les hommes réalisant en proportion plus importante des journées avec plus de 25 consultations par jour.

*Tableau 14 : Nombre de consultations par jour selon la zone d'installation*

	Ensemble	
	Moins de 25	25 ou plus
Zone 1	118 (75,6%)	38 (24,4%)
Zone 2	29 (64,4%)	16 (35,6%)
Zone 3	15 (68,2%)	7 (31,8%)
Total	162 (72,6%)	61 (27,4%)

Les pourcentages sont indiqués en colonnes.

Deux femmes et un homme qui n'avaient pas répondu au lieu d'installation n'ont pas pu être pris en compte pour cette partie de la question.

Il n'y avait pas de différence du nombre de consultations par jour mise en évidence selon la zone d'installation (p-value = 0,29 (Chi<sup>2</sup> de Pearson)).

### 3.4 Temps réservé aux consultations urgentes

224 répondants : 2 femmes n'ont pas répondu.

99% ont répondu réserver des créneaux de consultation pour les consultations du jour / urgentes :

- 99,4% des femmes
- 98,4% des hommes

Les femmes déclaraient réserver entre 2 et 15 créneaux par jour, soit une moyenne de 6,4 créneaux par jour (écart-type de 2,5).

Les hommes déclaraient en réserver entre 1 à 12 par jour, pour une même moyenne de 6,4 créneaux par jour (écart-type de 2,6).

### 3.5 Durée des consultations

Tableau 15 : Durée des consultations selon le sexe du praticien et la zone d'installation

	Femmes			Hommes		
	Moins de 20 min	20 min ou plus	Global (100%)	Moins de 20 min	20 min ou plus	Global (100%)
Zone 1	57 (49,5%)	58 (50,5%)	115	26 (63,4%)	15 (36,5%)	41
Zone 2	19 (65,6%)	10 (34,4%)	29	10 (62,5%)	6 (37,5%)	16
Zone 3	7 (41,2%)	10 (58,8%)	17	2 (40%)	3 (60%)	5
Sans zone définie	1	1	2	0	1	1
Total	84 (51,5%)	79 (48,5%)	163	38 (61,3%)	25 (39,7%)	63

Les pourcentages sont indiqués en lignes.

La variable « durée des consultations » a été dichotomisée en deux catégories :

- consultations de moins de 20 minutes
- consultations de 20 minutes ou plus

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes concernant la durée des consultations (p-value à 0,23 (Chi<sup>2</sup> de Pearson)).

Tableau 16 : Durée des consultations selon la zone d'installation

	Ensemble	
	Moins de 20 min	20 min ou plus
Zone 1	83 (53%)	73 (46,8%)
Zone 2	29 (64,4%)	16 (35,6%)
Zone 3	9 (40,9%)	13 (58,1%)
Total	121 (54,3%)	102 (45,7%)

Les pourcentages sont indiqués en lignes.

Deux femmes et un homme qui n'avaient pas répondu au lieu d'installation n'ont pas pu être pris en compte pour cette partie de la question.

Il n'a pas été mis en évidence de différence concernant la durée des consultations selon la zone d'installation (p-value à 0,17 (Chi<sup>2</sup> de Pearson)).

### 3.6 Samedis matin

226 répondants.

86,5% des femmes et 84,1% des hommes déclaraient travailler les samedis matin.

Les femmes comme les hommes travaillaient en moyenne un samedi matin sur trois (soit 1/3 des samedis matin avec écart-type de 1/6).

### 3.7 Permanence des soins

225 répondants : une femme n'a pas répondu.

*Tableau 17 : Distribution selon le sexe et la réalisation de garde en fonction de l'exercice en zone couverte ou non par SOS médecin*

Réalisation de gardes	Femmes		Hommes	
	Oui	Non	Oui	Non
Zones couvertes par SOS médecin	10	42	10	6
Zones non couvertes par SOS médecin	91	19	41	6
Total des répondants	101	61	51	12

62,3% des femmes et 80,9% des hommes déclaraient effectuer des gardes en semaine et/ou les week-end (p-value à 0,007 (Chi<sup>2</sup> de Pearson)).

Une minorité des femmes installées en zones couvertes par SOS médecin réalisaient des gardes. Leurs confrères, qui exerçaient dans des zones non couvertes par SOS médecins, participaient pour 82,7% d'entre elles aux gardes.

Les hommes installés en zones couvertes par SOS médecin participaient pour 62,5% d'entre eux à la réalisation de garde contre 87,2% de leurs confrères en zones non couvertes.

Dans la sous population des médecins qui exerçaient en zone couverte par SOS médecin, on pouvait observer un écart important entre les femmes (19,2%) et les hommes (62,5%), sans mise en évidence d'une différence statistiquement significative au seuil considéré pour notre étude (p-value à 0,003 (Fisher)), sans doute à cause du faible effectif de médecins hommes pour cette comparaison.

Dans la sous population des médecins qui exerçaient en zones non couvertes par SOS médecin, l'écart entre les femmes (82,7%) et les hommes (87,2%) se réduit (p-value à 0,63 (Chi<sup>2</sup> de Pearson)).

Les femmes qui réalisaient des gardes en faisaient entre 1 à 30 par semestre soit une moyenne de 6,6 par semestre avec un écart-type de 4,2.

Les hommes en réalisaient entre 1 à 20, soit une moyenne de 7 par semestre avec un écart-type de 3,7.

### 3.8 Continuité des soins

224 réponses : 2 femmes n'ont pas répondu.

La question était de savoir la façon dont était organisée la continuité des soins, c'est à dire la réponse aux demandes des patients durant la journée en semaine de 8h à 20h.

Ceux ayant répondu « Autre » ont pour la plupart précisé que la continuité des soins était réalisée jusqu'à 19h mais sans préciser de quelle manière.

La majorité des médecins a répondu mettre en place un système de roulement entre les médecins du cabinet pour répondre à la continuité des soins. Il existe cependant 22% des femmes et 13% des hommes médecins interrogés qui ne semblent pas s'organiser pour assurer la continuité des soins.

*Tableau 18 : Organisation de la continuité des soins*

Continuité des soins	Femmes	Hommes
Par vous même chaque jour	19 (11,8%)	5 (7,9%)
Roulement entre les médecins	78 (48,4%)	37 (58,7%)
Non organisée	35 (21,7%)	8 (12,7%)
Autres	29 (18%)	13 (20,6%)

Les pourcentages sont indiqués en colonnes.

### 3.9 Vacances

224 réponses : un homme et une femme n'ont pas répondu.

Les femmes prenaient en moyenne 7 semaines de vacances par an (écart-type de 1,4) et les hommes 6,7 semaines de vacances par an (écart-type de 1,8).

Il y avait donc moins d'une semaine d'écart.

### 3.10 Formation

Les femmes participaient en moyenne à 7 demi-journées de formation par an (écart-type de 6,4) et les hommes à 6,8 demi-journées de formation par an (écart-type de 6,3).

## 4. Patientèle et pratique professionnelle

### 4.1 Taille de la patientèle

198 répondants.

Les installations de moins de 1 an n'ont pas été prises en compte pour la taille moyenne de la patientèle.

Les femmes avaient 928 patients déclarés médecin traitant en moyenne (écart-type de 355), et les hommes en avaient 1123 en moyenne (écart-type de 521) (p-value à 0,008 (Mann-Whitney)).

Les médecins installés en zone 1 avaient en moyenne 927 patients déclarés médecin traitant (écart-type de 419), ceux installés en zone 2 en avaient en moyenne 1117 (écart-type de 429), et ceux installés en zone 3 en avaient en moyenne 1072 (écart-type de 342).

## 4.2 Distribution de la patientèle

Tableau 19 : Distribution de la patientèle

Diversité de la patientèle	Femmes	Hommes
Enfants entre 0 et 6 ans (%)	11,14%	9,14%
Patients en ALD (%)	19,05%	21,10%
Patients de plus de 80 ans (%)	8,31%	8,66%

Les pourcentages sont indiqués en colonnes.

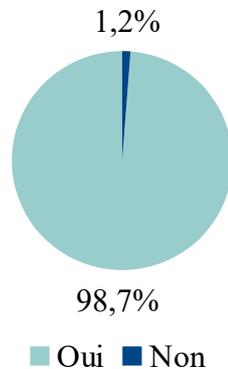
La distribution de la patientèle semblait sensiblement la même chez les femmes et les hommes.

## 4.3 Contact téléphonique

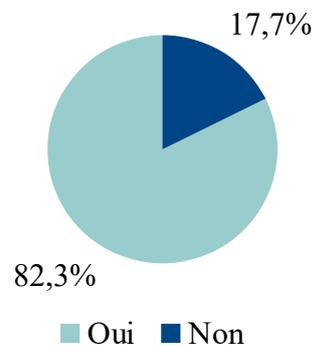
95,2% des hommes ont répondu qu'il était possible pour le patient de les contacter au téléphone dans la journée, avec pour 6 d'entre eux un filtre réalisé par le secrétariat avec rappel selon la demande.

Cela concernait 97% des femmes dont 27 avec filtre du secrétariat.

## 4.4 Pratiques au cabinet

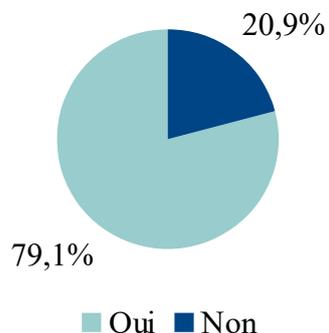


Graphique 7 : Pratique de suivis gynécologiques par les médecins femmes

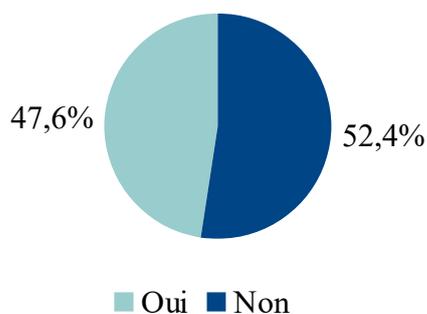


Graphique 8 : Pratique de suivis gynécologiques par les médecins hommes

Concernant la pratique des suivis gynécologiques au cabinet, il y avait une différence significative ( $p\text{-value} < 0,001$  (Fisher)) avec des femmes médecins qui étaient plus nombreuses à les réaliser.

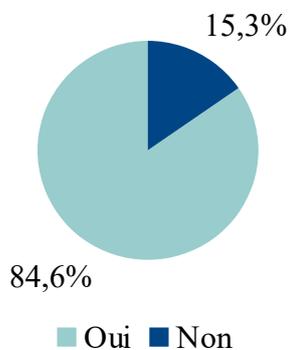


Graphique 9 : Pose de DIU et/ou implant contraceptif par les médecins femmes

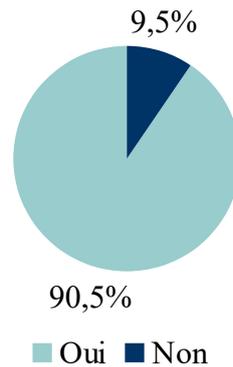


Graphique 10 : Pose de DIU et/ou implant contraceptif par les médecins hommes

Concernant la pose de dispositif intra utérin et/ou implant contraceptif, les femmes déclaraient en réaliser d'avantage que les hommes, avec une différence significative ( $p\text{-value} < 0,001$  (Chi<sup>2</sup> de Pearson)).



Graphique 11 : Réalisation de sutures au cabinet par les médecins femmes



Graphique 12 : Réalisation de sutures au cabinet par les médecins hommes

Une grande majorité des médecins déclarait effectuer des sutures au cabinet : 86%.

#### 4.5 Visites

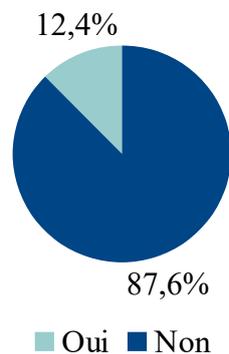
96,3% des femmes, et 98,4% des hommes déclaraient réaliser des visites à domicile.

Le nombre moyen réalisé, était de 2,8 par semaine pour les femmes avec un écart-type de 2,7, et 4,4 par semaine pour les hommes avec un écart-type de 3,8.

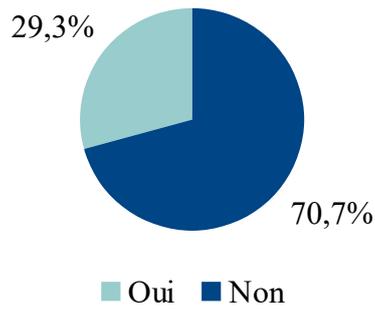
Concernant les visites en EHPAD, 90,2% des femmes et 92% des hommes déclaraient en réaliser.

Le nombre moyen réalisé était de 2,5 par semaine pour les femmes avec un écart-type de 2,3, et 2,9 par semaine pour les hommes avec un écart-type de 2,6.

#### 4.6 Exercice spécifique associé



Graphique 13 : Pratique d'un exercice spécifique par les médecins femmes

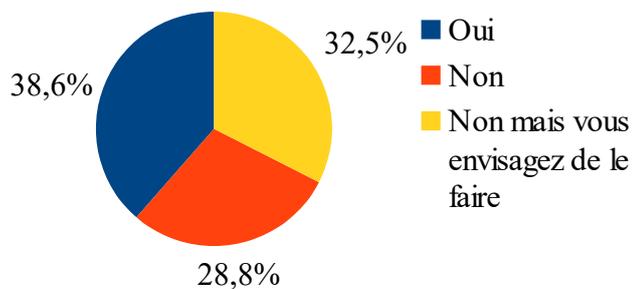


Graphique 14 : Pratique d'un exercice spécifique par les médecins hommes

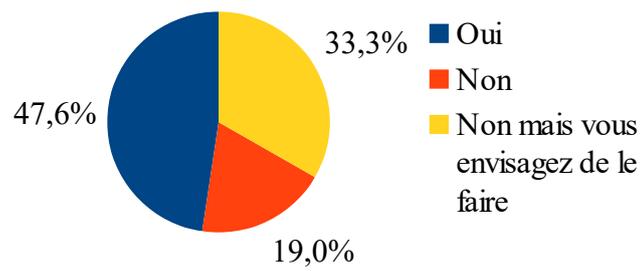
Les exercices cités étaient :

- échographie ( x7)
- hypnose (x6)
- médecine du sport (x5)
- médecine manuelle (dont ostéopathie) (x4)
- DU gynécologie (x3)
- IVG médicamenteuse (x2)
- DU pédiatrie préventive (x2)
- addictologie (x2)
- homéopathie (x2)
- suivi des prématurés (x1)
- polysomnographie de dépistage (x1)
- dermatoscope (x1)
- expertise médicale (x1)
- nutrition comportementale (x1)
- infiltrations (x1)
- médecine du sommeil (x1)
- médecin de crèche (x1)

#### 4.7 Accueil d'étudiants



Graphique 15 : Accueil d'étudiants par les médecins femmes



*Graphique 16 : Accueil d'étudiants par les médecins hommes*

41% des médecins interrogés accueillent des étudiants en stage dans leurs cabinets. Un tiers des répondants envisage de le faire dans le futur.

## DISCUSSION

### 1. Principaux résultats

#### A - Caractéristiques personnelles

##### 1) La répartition hommes – femmes des répondants

Sur les 226 répondants, 72% étaient des femmes et 28% des hommes.

En 2015, en Pays de la Loire, sur les 3274 médecins généralistes libéraux ou ayant une activité mixte, 16% avaient moins de 40 ans. Chez ces médecins de moins de 40 ans, 65% étaient des femmes (9).

En 2017 sur 3700 médecins généralistes libéraux en Pays de la Loire, 43% étaient des femmes. Concernant la tranche d'âge des médecins de moins de 35 ans (16% du taux de médecins généralistes libéraux en Pays de la Loire), 72% étaient des femmes (21).

Les résultats obtenus en termes de proportion de répondants femmes et hommes semblaient donc cohérents avec la proportion d'hommes et de femmes installés en Pays de la Loire dans cette jeune génération de médecins.

##### 2) Les caractéristiques personnelles de la population étudiée

Les caractéristiques personnelles des médecins hommes et des médecins femmes ayant répondu au questionnaire étaient très proches. Il nous a donc été possible de réaliser des comparaisons selon le sexe.

Selon l'observatoire régionale de la santé des Pays de la Loire, 65% des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire ont obtenu leur diplôme dans la région (21). Dans notre étude, 77,3% des répondants ont effectué leur internat dans la région.

Selon un rapport de la DREES, sur la période 1990-2004, 87% des médecins généralistes libéraux déclaraient vivre en couple (16). Dans le panel de médecins ayant répondu à notre questionnaire, ce taux était très proche : 91%.

Concernant la situation professionnelle du conjoint, la majorité des médecins étant en couple l'étaient avec un cadre supérieur : 53,5% des répondants (et 59% des médecins en couple : 67,8% chez les conjoints des hommes médecins et 55,7% chez les conjoints des femmes médecins). Cela correspondait aux données de ce même rapport de la DREES, selon lequel les médecins ont une forte proportion de conjoints cadres supérieurs, ceci étant lié à une forte homogamie dans la profession : 22% des médecins ont un conjoint qui est lui-même médecin (16).

Nous n'avions pas recherché cette information sur l'homogamie professionnelle au cours de notre étude.

Les médecins hommes de notre étude semblaient s'apparier de préférence dans la même classe socio-professionnelle, ce qui paraît moins chez les femmes. Dans le rapport de la DREES, les médecins hommes étaient moins souvent en couple avec un cadre supérieur. 40% des médecins hommes étaient en couple avec un cadre supérieur contre 57% des médecins femmes (16).

La population interrogée, de par ses caractéristiques personnelles, semblait être assez représentative de la population cible. Les résultats obtenus pouvaient alors être extrapolés à l'ensemble de cette population.

## B - Organisation générale du cabinet

### 1) Le département et la zone d'installation

Concernant le département d'installation, une majorité de répondants était installé en Loire-Atlantique (55%). Les autres étaient pour 21,3% en Maine et Loire, 4,9% en Mayenne, 6,2% en Sarthe et 12% en Vendée. Le taux de répondants dans les différents départements correspondait plutôt bien à la répartition des médecins généralistes libéraux en Pays de la Loire.

Ceux-ci étaient au nombre de 1589 (43%) en Loire Atlantique, 904 (24,5%) en Maine et Loire, 226 (6,1%) en Mayenne, 434 (11,7%) en Sarthe et 541 (14,6) en Vendée (21).

La question qui était posée dans le questionnaire ne portait pas directement sur le département d'installation mais sur la commune d'installation. Deux personnes n'ont pas répondu à cette question en précisant que cela ne leur semblait pas permettre l'anonymat. Ils ont alors simplement indiqué leur département d'installation.

Un travail de réflexion a été réalisé sur cette question. Si nous avons demandé aux médecins s'ils exerçaient en zone rurale, semi rurale ou urbaine, nous aurions obtenu des réponses subjectives sur lesquelles les analyses réalisées n'auraient pas eu la même force.

Le choix s'est alors porté sur une question concernant la commune d'installation, tout en étant conscient du risque de non réponse. Les réponses nous ont ensuite permis d'en déduire le département d'installation, mais également de chercher à l'aide des cartes de zonage de l'ARS, dans quelle zone se situait chaque médecin répondant : hors zonage, en zone d'action complémentaire ou en zone d'intervention prioritaire.

Dans notre étude 9,8% des médecins étaient installés en zone d'intervention prioritaire. L'Insee observait au niveau national, que près de 11% des médecins généralistes libéraux exerçaient en zone d'intervention prioritaire en 2019 (22).

### 2) Le travail en groupe et le fonctionnement du cabinet

Une infime minorité des médecins répondants travaillaient seuls. 96,9% déclaraient travailler en groupe, avec d'autres médecins généralistes.

En 2017, 65% des médecins généralistes libéraux installés en Pays de la Loire, travaillaient en groupe (cabinet de groupe ou maison de santé pluriprofessionnelle)(21). Ce chiffre prend en compte toutes les générations de médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire. Le travail en groupe est plus fréquent chez les jeunes médecins et le chiffre retrouvé dans notre étude allait dans ce sens.

Cet attrait pour le travail en groupe des jeunes générations de médecins s'explique par ce fameux rejet de la « disponibilité permanente » que pratiquaient les médecins des anciennes générations.

Le travail en groupe permettant aux médecins de réguler leur temps de travail sans pour autant le réduire (23).

Les modes de régulation collectifs sont de deux ordres : l'exercice en groupe et l'organisation collective des gardes.

L'exercice en groupe permet précisément de prendre un jour de repos dans la semaine, en alternance avec les autres confrères (23). Il permet également un roulement entre médecins du cabinet le samedi matin. Les médecins de l'étude travaillaient en moyenne un samedi matin sur trois, ce qui était plutôt en accord avec les résultats obtenus quant au nombre de médecins généralistes travaillant avec eux au cabinet (3 en plus du répondant en moyenne).

77,4% des médecins de notre étude ont recours à un secrétariat sur place (associé ou non à un secrétariat téléphonique à distance).

La présence d'un secrétariat sur place permet l'accueil physique du patient et aux médecins de pouvoir se décharger du travail de classement et d'enregistrement des documents et de la gestion du planning des rendez-vous.

L'emploi d'un ou une secrétaire sur place est d'autant plus accessible pour les médecins qui travaillent en groupe, avec une division des charges financières (23).

La part des médecins disposant d'un secrétariat médical était de 73% en Pays de la Loire, sur une étude réalisée par la DREES en 2007, et s'avérait supérieure dans la sous population de médecins exerçant en groupe et parmi les médecins les plus jeunes (24).

## C - Organisation de l'activité

### 1) L'activité salariée

Notre étude retrouvait une activité salariée associée pour moins d'un généraliste interrogé sur cinq : 15,30% des femmes avaient une activité mixte et 17,50% des hommes.

Selon une étude de la DREES en 2012, 30% des médecins généralistes déclaraient des activités de soins, de coordination ou expertise dans une autre structure, et plus spécifiquement les hommes (33%, versus 24% des femmes) (20).

### 2) Le temps de travail

On a pu observer que la moyenne du temps de travail obtenue dans notre étude était inférieure à celle retrouvée dans la plupart des autres études (41,4 heures dans notre étude, contre environ 50 à 54 heures (23,25)). Cela laissait supposer que les jeunes médecins généralistes travaillent moins que les médecins plus âgés. En effet, les médecins généralistes travaillent moins en début de carrière et augmentent progressivement leur temps de travail du fait d'une montée en charge de leur activité (24).

#### a – Selon le sexe du praticien

L'objectif principal de notre étude était précisément de répondre à cette question : « Les jeunes femmes médecins généralistes installées en libéral travaillent-elles moins que leurs homologues masculins ? »

Notre étude a retrouvé que le temps de travail variait effectivement selon le sexe du praticien, avec une différence moyenne de 6 heures par semaine. Les médecins femmes de cette jeune génération travaillaient donc 6 heures de moins que leurs confrères.

On observait par contre que les différences de temps de travail entre femmes et hommes médecins s'annulaient lors des analyses dans les sous-groupes : 44,2 heures chez les femmes et 45 heures chez les hommes installés en zone d'intervention prioritaire (p-value à 0,55) et 41,5 heures chez les femmes et 47,8 heures chez les hommes installés en zone d'action complémentaire (p-value à 0,035).

Ce delta de 6 heures était déjà constaté dans plusieurs autres études, et semblait donc stable malgré le renouvellement de génération observé en médecine générale (20,23).

Ces différences de temps de travail entre femmes et hommes peuvent s'expliquer par l'imbrication des trajectoires professionnelles, conjugales et familiales (23).

Comme on a pu le voir, les médecins vivaient majoritairement en couple, et leurs conjoints exerçaient souvent des fonctions de cadres supérieurs (16). En 2005, dans une étude sur la situation professionnelle des conjoints de médecins, il était retrouvé que 42% des femmes médecins qui vivaient en couple avaient un conjoint médecin. Les hommes médecins sont eux, moins fréquemment en couple avec une femme médecin (16).

On retrouve là, la notion d'homogamie professionnelle que l'on avait précédemment évoquée. Celle-ci semblerait pouvoir expliquer en partie ces différences de temps de travail, avec une priorité apportée à la carrière du conjoint masculin comme l'expliquaient Lapeyre et Robelet (23).

« En règle générale, la carrière des femmes (surtout lorsqu'elles ne sont pas médecins) vient en second avec une priorité accordée à la carrière du conjoint masculin, tout en recherchant des compromis. Pour celles (minoritaires) dont le conjoint est moins bien diplômé et gagne moins bien sa vie, c'est la carrière médicale qui engage le couple. » (23).

Il n'y avait pas de différence mise en évidence au seuil retenu pour l'étude concernant le temps de travail entre les médecins généralistes femmes en couple avec un cadre supérieur (38,3 heures par semaine en moyenne) et celui de celles en couple avec un conjoint sans emploi (45,8 heures par semaine en moyenne). Cette absence de différence peut s'expliquer par des effectifs trop petits, notamment pour celui des femmes en couple avec un conjoint sans emploi qui étaient au nombre de 6.

#### b – Selon la zone d'installation

Des écarts sont observables, notamment entre les médecins travaillant en zone 1 et ceux travaillant en zone 2 ou 3, mais sans différence statistiquement significative mise en évidence au seuil retenu dans notre étude.

Un rapport produit par l'Insee en 2020 montrait que les médecins exerçant en zone d'intervention prioritaire avaient un rythme de travail plus soutenu. Ils avaient des temps de travail déclarés importants, mais qui ne l'étaient pas plus que les médecins n'exerçant pas dans ces zones. En revanche leur nombre de consultations par jour était plus élevé, ce qui augmentait leur rythme de travail : leur temps de consultation était en moyenne inférieure de 10% à celui de leurs confrères exerçant dans d'autres zones (22).

Ce rapport précise également que les médecins généralistes libéraux dans les zones d'intervention prioritaire étaient plus souvent des hommes (22). Dans notre étude, la répartition entre femmes et hommes en zone d'intervention prioritaire ne semblait pas correspondre à ces données, avec une absence de différence statistiquement significative mise en évidence.

Nous n'avons également pas mis en évidence de différence significative concernant le nombre de consultation, ni leur durée, dans cette sous population.

Nous avons par contre remarqué que la différence de temps de travail entre hommes et femmes en zone non prioritaire tend à s'amenuiser voir même à s'annuler avec le fait de travailler en zone sous dense. L'emprise des besoins de soins sur le temps et l'intensité de travail choisis sont déterminants et « incitent » tous les médecins à se comporter de façon identique avec une augmentation de la cadence de travail. Les jeunes femmes médecins se font « piéger » comme leurs collègues masculins lorsque les conditions de travail se dégradent.

### c – Régulation individuelle

Les jeunes médecins généralistes souhaitent préserver de bonnes conditions de vie. Les préoccupations d'articulation des carrières dans le couple ont vu le jour avec la féminisation du monde du travail et notamment la féminisation des professions à études supérieures. Ces préoccupations se traduisent par la mise en œuvre de stratégies visant à réguler le temps de travail des médecins en limitant leur disponibilité au travail (23).

La stratégie de régulation individuelle passe par une intensification du temps de travail, avec des médecins qui font le choix de journées de travail plus dense afin de se dégager une journée de temps libre dans la semaine. Cela est également permis par le travail en groupe (23).

Nous avons pu observer cette densification dans notre étude avec une répartition du temps de travail sur 3 journées et demi en moyenne.

#### Point sur la régulation du temps de travail observable dans différents groupes professionnels :

Cette tendance à la régulation du temps de travail n'est pas propre aux médecins généralistes des jeunes générations. Elle s'observe également dans d'autres groupes professionnels.

Une étude a porté sur la féminisation de différents groupes professionnels et l'évaluation de ses effets sociaux. Elle portait sur des groupes professionnels comparables en termes de niveau d'études (15).

Elle montrait tout d'abord que suite à la levée des barrières institutionnelles, le taux de féminisation augmentait progressivement dans l'ensemble des groupes professionnels étudiés (15). Entre 1982 et 2005 était observée une évolution progressive de ce taux notamment chez les médecins et avocats. Il y était prédit que d'ici 2010 pour les avocats et d'ici 2020 pour les médecins, les femmes deviendraient majoritaires parmi les professionnels en exercice (26).

Une des principales différences observables entre les hommes et les femmes, notamment en médecine générale, était une tendance marquée à la sur-salarisation des femmes. Mais les modes d'exercices avaient tendance à se rapprocher dans la jeune génération, avec une « libéralisation » de l'activité des femmes tandis que les jeunes médecins hommes choisissent moins fréquemment que leurs confrères des générations précédentes, l'entrée dans la carrière comme libéral (15).

Les jeunes générations d'hommes avocats ou médecins vivaient de plus en plus souvent en couple avec des femmes diplômées. L'activité professionnelle des femmes avait alors largement mis à mal la légitimité symbolique et économique de la désertion de la sphère privée par les hommes (26).

La réussite professionnelle dans ces carrières libérales se mesurait principalement par la capacité à atteindre un équilibre entre satisfaction au travail et bien-être privé et familial, grâce à l'adoption de stratégies permettant de réguler ce temps de travail, sans pour autant le réduire. Cette réorganisation professionnelle était observable dans les différentes professions étudiées avec une mise en place différente selon les spécificités et contraintes inhérentes à chaque métier (15).

Cette étude montrait donc une convergence dans le rapport au travail des hommes et des femmes dans l'ensemble des groupes professionnels étudiés chez la jeune génération. La prise de distance par rapport à l'éthos professionnel classique était une tendance à la fois convergente entre les hommes et les femmes et commune aux professions libérales étudiées (15).

### 3) Le nombre et la durée des consultations

La durée de consultation des femmes était supérieure à celle des hommes, avec une moyenne de 19 minutes, contre 17 minutes selon une étude de la DREES publiée en 2012. 57% des femmes déclaraient des durées de consultation de 20 minutes ou plus contre 35% des hommes (20).

Dans notre étude la durée moyenne des consultations n'était pas statistiquement différente entre hommes et femmes. 48,5% des femmes et 39,7% des hommes déclaraient avoir des temps de consultation moyens de 20 minutes ou plus.

Dans notre étude les hommes réalisaient en moyenne plus de consultations par jour que leurs consœurs.

Les hommes travaillaient en moyenne 5,7 heures par semaine de plus que les femmes, sans différence significative quant à la durée des consultations. Ce temps de travail libéral supplémentaire permettait aux hommes de recevoir plus de patients par jour (19% en recevaient plus de 30 par jour).

Le tableau 13 nous permet d'observer une tendance à l'augmentation du nombre de consultations chez les femmes quand celles-ci travaillent en zone sous dense. Elles sont 19% à réaliser 25 consultations ou plus par jour dans la zone 1, 24,2% pour celles installées dans la zone 2 et 35,3% pour celles installées en zone 3. Les analyses statistiques n'ont pas été réalisées pour ces résultats et nous ne pouvons donc pas conclure à une différence.

### 4) La participation à la permanence des soins

62,3% des femmes ayant répondu au questionnaire participaient au système de garde, contre 80,9% des hommes.

63% des médecins généralistes participent aux gardes dans la région Pays de la Loire. Cette pratique est plus répandue chez les plus jeunes : 72%, et chez les hommes (24).

Les gardes étaient citées comme un problème rencontré dans leur profession, par les femmes médecins, lors d'une étude réalisée sur des médecins généralistes femmes en Lorraine. Pour 60% d'entre elles en ce qui concernait les gardes de nuit et 42% d'entre elles pour les gardes de week-end (27).

Les raisons qui y étaient indiquées :

- la fatigue qui en découlait
- la difficulté de mise en garde des enfants la nuit
- les difficultés conjugales qui pouvaient en découler
- la perturbation de l'équilibre de vie avec impact sur le temps consacré à la famille et aux loisirs. (27)

Cette étude a été réalisée auprès de femmes médecins exclusivement. Les hommes médecins n'ont pas été interrogés mais avaient peut-être les mêmes préoccupations que leurs consœurs (27).

Dans notre étude, si on s'intéresse plus précisément au lieu d'installation, 52 femmes et 16 hommes étaient installés dans les zones couvertes par SOS médecin, c'est à dire à Nantes et les 14 autres communes de l'agglomération nantaise concernées, ou Saint-Nazaire et les 9 autres communes concernées de la presqu'île.

Sur les 52 femmes installées dans ces communes, seulement 10 participaient au système de garde, soit 19,2% d'entre elles. Leurs consœurs, qui exerçaient dans des zones non couvertes par SOS médecins, participaient pour 82,7% d'entre elles aux gardes (91/110).

L'écart qui existe entre les femmes et les hommes médecins sur la réalisation des gardes, se réduit nettement dans la sous population de ceux qui sont installés en zone non couverte par SOS médecin. Il semble alors que les femmes médecins participent de la même façon que leurs homologues masculins à l'effort de garde dans les communes dans lesquelles il n'y a pas d'autres intervenants pour assurer cette permanence des soins.

Nous pouvons supposer que les médecins installés dans des zones urbaines et péri urbaines (couvertes par SOS médecin) se permettent pour la majorité de ne pas participer à l'effort de garde, car estiment celui-ci non indispensable. Ils sont moins sollicités pour ces activités que les médecins exerçant dans des régions où la densité médicale est plus faible, et certains ont peut-être justement fait le choix d'une installation dans ces zones pour éviter d'avoir à réaliser des gardes.

#### 5) Les vacances

Concernant les vacances, les médecins ayant répondu lors de l'étude, déclaraient prendre 6,9 semaines en moyenne dans l'année.

Selon un rapport de la DREES, en 2019 les médecins généralistes ont pris en moyenne 5,7 semaines de vacances dans l'année (25). Ces résultats peuvent alors nous amener à nous demander si les jeunes médecins prennent davantage de congés que leurs aînés.

#### 6) La formation

Concernant le nombre de demi-journées de formation dans l'année, il était retrouvé en moyenne à 6,9 dans notre étude.

Dans ce même rapport de la DREES, les médecins généralistes avaient consacré en moyenne, en 2019, un peu plus de 10 demi-journées ou soirées à leur formation, en sus du temps hebdomadaire réservé à la mise à jour des connaissances médicales (25).

Cet écart peut être expliqué par l'année particulière vécue par les médecins (et l'ensemble de la population) en 2020, du fait de la pandémie de Covid-19 qui a grandement réduit l'accès à la formation. Plusieurs médecins ont d'ailleurs répondu être installés depuis peu, et ne pas avoir encore pu participer à des formations depuis un an.

Depuis 2013, date de la mise en place du DPC, le nombre de journées de formation indemnisées en DPC a diminué. Le forfait annuel des médecins est passé de 3700 euros à 2940 euros en 2017 (28). Cet élément peut lui aussi expliquer le plus faible nombre de demi-journées de formation déclaré dans notre étude.

### D - Patientèle et pratique professionnelle

#### 1) La patientèle

La patientèle médecin traitant est en moyenne, chez les médecins interrogés de 937. Selon la CPAM, en 2015, un médecin généraliste avait en moyenne 864 patients médecin traitant (29).

Cela ne doit bien sûr pas être confondu ni comparé avec les chiffres du nombre moyen de patient par médecin APE (actif à part entière) : médecin ayant exercé une activité libérale normale, sur une année complète dans le cadre conventionnel. Pour ce calcul un patient est compté une unique fois au titre d'un praticien, quelle que soit sa fréquence de rencontre dans l'année. Il peut être compté autant de fois qu'il fait appel au cours de l'année à des praticiens distincts. Cela correspond à la file active d'un médecin. Elle est de 2033 patients en moyenne par médecin généraliste en Pays de la Loire (30).

Dans notre étude, la patientèle était en moyenne plus grande chez les médecins hommes que chez les femmes. Cela pouvait s'expliquer par un temps de travail supérieur de 5,7 heures en moyenne par semaine chez les hommes médecins : temps supplémentaire pour les consultations et donc possibilité d'avoir plus de patients. La différence n'était cependant pas statistiquement significative au seuil défini pour notre travail ( $p$ -value = 0,008).

## 2) Les suivis gynécologiques

La différence observée en ce qui concerne le suivi gynécologique et la pose de dispositif intra utérin ou implant contraceptif, avec une proportion plus importante de femmes médecins les pratiquant (différence statistiquement significative), s'observe fréquemment comme le montre une étude réalisée en Pays de la Loire par l'URML (31). Un effet du genre du médecin est marqué dans l'activité du champ de la gynécologie.

Dans cette étude réalisée par l'URML 71% des femmes médecins déclaraient poser un spéculum pour examen du col, au moins une fois par semaine, contre 34% des médecins hommes (31). Cela ne semblait pas venir du fait que les hommes médecins généralistes ne se sentaient pas concernés. 80% des femmes médecins et 75% des hommes médecins estimaient que les suivis gynécologiques font partie des missions du médecin généraliste (31).

Cette différence de pratique entre médecins s'expliquait notamment par le fait que les praticiens femmes sont plus souvent consultées pour ces motifs, et par le fait qu'exerçant en groupe, les patientes se dirigent plus volontiers vers les collègues féminines du groupe que vers les collègues masculins.

Des facteurs inhérents au soignant sont retrouvés comme facteurs facilitant la réalisation des suivis gynécologiques : le sexe féminin et le jeune âge par exemple (32).

## 2. Forces et limites de l'étude

### A - Le recueil des données

#### 1) Validité interne

Le nombre de réponse nécessaire n'a pas été calculé.

Le taux de réponses obtenu était de 23,7% (226 réponses / 955 médecins concernés par l'invitation).

La période durant laquelle le questionnaire a été diffusé a pu influencer à la baisse le taux de réponses, puisque marquée par la crise sanitaire et la sollicitation importante des médecins pour la participation à la vaccination. Cela ayant eu pour effet une densification de leurs semaines et une réduction de leur temps libre.

Nous nous sommes intéressés aux taux habituels de réponse des médecins généralistes aux enquêtes par mail.

Une étude a été réalisée auprès de nombreux médecins généralistes afin d'évaluer leurs réponses à un sondage selon le mode d'envoi de celui-ci (postal ou web). Elle a montré que le taux de participation dans le groupe web était plus de quatre fois inférieur au taux de participation du groupe postal. Le taux de réponse global y était de 22,4% (10,7% pour le groupe web contre 47,1% dans le groupe postal) (33).

Les taux de réponses ayant pu être observés dans de récentes études, avec le même mode de diffusion du questionnaire que le notre, étaient variables. On pouvait observer un nombre de répondants de 73 avec un taux de réponse de 30%, comme un nombre de répondants de 103 avec un taux de 9,6% (34,35).

Concernant des études portant sur des sujets proches, le nombre de réponses pouvant être observé allait de 91 avec un taux de 18%, à 163 avec un taux de 35% (36,37).

Au vu de ces données, nous pouvons considérer notre taux de réponses satisfaisant, et permettant la validité interne de l'étude.

## 2) Validité externe

Nous l'avons vu précédemment, au moment de la discussion des caractéristiques personnelles, la population interrogée était assez représentative de la population cible. Cette représentativité permet une extrapolation des résultats et garantit à notre étude une validité externe correcte.

## 3) Biais

Le questionnaire a été envoyé à la liste des médecins de moins de 41 ans installés en Pays de la Loire répertoriés par l'URML. Tous les médecins de moins de 41 ans installés en Pays de la Loire n'y étaient peut-être pas répertoriés.

Nous pouvons supposer que les médecins qui ont pris le temps de répondre au questionnaire, étaient intéressés par le sujet. Ceux n'y ayant pas répondu, devaient au contraire être peu intéressés par le sujet, ou ne pas avoir de temps à y accorder.

Ces deux éléments ont pu entraîner un biais de sélection dans l'enquête.

Le mode de diffusion du questionnaire semblait en revanche adapté à la population interrogée : médecins jeunes et maîtrisant l'informatique.

Il permettait un temps de réponse plus court, mais aussi d'obtenir un taux de questionnaires complètement remplis plus élevé (33).

Le matériel d'étude était un auto questionnaire. Le message qui accompagnait le lien vers le questionnaire indiquait que nous souhaitons préciser les pratiques des médecins âgés de moins de 41 ans et observer si des différences de pratique existaient selon le sexe du praticien.

De par sa nature, ce mode de matériel d'étude pouvait être responsable d'un biais de classement induit par un biais de déclaration.

Ce biais de déclaration aurait pu être différentiel ou non. En effet, si nous pouvions supposer que certains médecins auraient eu tendance à surestimer leur temps de travail afin de valoriser leur activité, nous ne pouvions prédire le pourcentage de médecins que cela aurait concerné ni la hauteur de la différence entre le temps effectif et le temps déclaré. Il nous était également impossible de prédire si cette surestimation avait pu concerner d'une manière égale les médecins hommes et les

médecins femmes.

Ce biais aurait donc pu impacter les résultats sur lesquels portait notre objectif principal, à savoir la différence de temps de travail entre les femmes médecins et leurs homologues masculins.

La méthode déclarative, bien que rattachée à cette possibilité de biais, était la seule vraiment accessible qui pouvait nous permettre de connaître le temps de travail des médecins.

## B – Puissance de l'étude

La multiplicité des analyses statistiques réalisées sur cet échantillon a entraîné une inflation du risque alpha. Afin de contrer cette inflation, nous avons exigé que l'ensemble des tests soient significatifs simultanément pour conclure. Cela a donc entraîné une diminution du risque alpha global ( $p$ -value = 0,002). Cette diminution de la  $p$ -value a entraîné une diminution de la puissance de l'étude.

Cette perte de puissance a notamment été observée lors des comparaisons entre femmes et hommes médecins lorsque les analyses portaient sur les sous-groupes des différentes zones d'installation. Les effectifs des médecins étaient trop faibles pour conclure, par exemple dans la zone de niveau 3 (intervention prioritaire) qui était constituée de 17 femmes médecins et 5 hommes médecins.

### 3. Pistes à explorer

#### A – La satisfaction au travail

Dans notre étude, aucune question n'a porté sur la satisfaction au travail, notamment concernant l'emploi du temps et le temps de travail.

Dans une étude portée par la DRESS en 2007, près d'un médecin généraliste sur deux déclarait souhaiter réduire sa durée de travail (avec une réduction moyenne souhaitée de 12h par semaine).

La durée hebdomadaire de travail y était de 56h en moyenne pour les médecins installés en Pays de la Loire tous âges confondus, et de 53h dans la sous population des moins de 45 ans. La proportion de médecins souhaitant réduire leur temps de travail était plus élevée chez les hommes que chez les femmes dont le temps de travail semblait plus proche du temps désiré (24).

En 2012, c'était 42% des médecins qui répondaient souhaiter travailler moins mais qui ne se le permettaient pas car il n'y avait personne pour les remplacer ou les suppléer en leur absence (20).

Il aurait été intéressant de savoir si les médecins interrogés étaient satisfaits de leur emploi du temps et de leur temps de travail, et d'observer si ceux qui effectuaient le plus d'heures de travail par semaine auraient aimé réduire leur temps de travail.

#### B – L'usage du temps libre

L'étude ne s'est pas intéressée à l'occupation de leur temps libre par les médecins. Il aurait été intéressant de savoir s'il existait des différences dans l'occupation de ce temps entre les femmes et les hommes.

Lapeyre et Robelet expliquaient que si une distanciation était prise par les médecins de la jeune génération par rapport à l'éthos professionnel, une inégalité persistait quant à l'usage du temps libéré par les stratégies de régulation du temps de travail (23).

« Ainsi même quand les mécanismes de l'indifférenciation sexuée jouent du côté professionnel, les injonctions à l'assignation domestique et familiale des femmes ne disparaissent pas pour autant dans

la sphère privée. » (26). « Pour les hommes, ce temps est plutôt affecté au repos et aux loisirs, à leur accomplissement personnel nécessaire à leur équilibre. Pour les jeunes femmes médecins, le temps dit libre est plutôt consacré à la gestion de la sphère domestique et familiale. » (23).

Cette inégalité quant à l'utilisation du « bonus temporel » dégagé est également observable dans d'autres groupes professionnels (15).

Cela pouvait expliquer en partie cette différence de temps de travail observée entre les femmes et les hommes médecins. La gestion domestique et familiale réclamant une implication et du temps de la part des femmes, ce même chez les femmes médecins, et d'autant plus qu'elles seraient en couple avec un homme médecin.

## CONCLUSION

Comme nous l'avons vu la baisse de l'offre de soins en médecine générale est due à plusieurs facteurs.

La féminisation est encore citée comme un de ces facteurs alors que celle-ci semble pourtant jouer un rôle plutôt indirect par la féminisation du marché de l'emploi, et accompagner le renouvellement de génération de médecins généralistes. Les femmes comme les hommes revoient leur organisation de travail en tenant compte de l'interface travail-famille.

Cette étude cherchait donc tout d'abord à observer si une différence de temps de travail existait encore entre les médecins femmes et les médecins hommes de cette nouvelle génération.

Notre recueil de données a mis en évidence que les jeunes médecins généralistes femmes travaillaient en moyenne 6h de moins que leurs homologues masculins. Ce delta semble similaire à celui ayant pu être observé dans d'autres études et persiste dans cette nouvelle génération malgré la tendance au rapprochement des temps de travail entre femmes et hommes médecins généralistes au fil des années.

Cette différence de temps de travail est à nuancer, et s'annule quand les praticiens exercent en zone sous dense.

On observe également que les médecins femmes sont moins nombreuses que leurs confrères à réaliser des gardes, sans différence statistiquement observable au seuil choisi pour l'étude. La tendance disparaît encore une fois dans les zones sous denses où elles sont aussi nombreuses que leurs confrères à participer à l'effort de garde.

Nos résultats laissent penser que les jeunes femmes médecins généralistes ne travaillent pas de la même manière selon leur zone d'installation, et selon la situation professionnelle de leur conjoint.

Les médecins généralistes hommes réalisaient un plus grand nombre de consultation par jour et travaillaient à peine une demi-journée de plus par semaine.

Les médecins femmes étaient plus nombreuses que leurs confrères à réaliser les suivis gynécologiques de leurs patientes, ainsi qu'à réaliser des poses de DIU et implants contraceptifs.

En ce qui concernait l'organisation générale du cabinet et les pratiques professionnelles nous n'avons pas mis en évidence de différence selon le sexe du praticien.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousquès J, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DRESS, Etudes et Résultats. (Internet) (cité 13 mai 2020). Janv 2020 ; 1140 : 5p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-a-l-offre-de-soins>
2. Anguis M, Bachelet M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DRESS, Etudes et Résultats. (Internet) (cité 13 mai 2020). Mai 2017; 1011. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>
3. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des affaires sociales. (Internet) (cité 26 mai 2020). 2005 ; 1 : 59-81. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-59.htm>
4. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. Presse Med. (Internet) (cité 26 mai 2020). Mars 2013 ; 42 (3) : 258-60. Disponible sur : <https://www.lissa.fr/rep/articles/23414965>
5. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Rev Epidemiol Santé. (Internet) (cité 26 mai 2020). Juin 2013 ; 61 (3) : 193-8. Disponible sur : <https://www.lissa.fr/rep/articles/23639686>
6. Verga-Gérard A, Alfonso M, Bénard A, Chapron A, Chau K, Doussiet E, et al. Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche. Rev Epidemiol Santé. (Internet) (cité 26 mai 2020). 2018 ; 66 (2) : 157-62. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01708871>
7. Gulczynski M-C. Importance accordée par les patients aux compétences en médecine générale (Internet) (Thèse d'exercice). (Paris Descartes, France) : Université de Paris Descartes. Faculté de médecine ; 2015. (Cité 27 mai 2020). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01151243>
8. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. (Internet) (cité 26 mai 2020). 2013 ; 24 (108) : 148-55. Disponible sur : <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques/S%C3%A9minaires%202013/S1/Biblio/2013%20D%C3%A9finition%20comp%C3%A9tences%20MG%20Compagnon%20Exercer%20108.pdf>
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. (Internet) (cité le 14 mai 2020). Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>

10. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin (Internet) (Thèse d'exercice). (Grenoble ; France) : Université de Grenoble. Faculté de médecine ; 2011 (cité 15 juin 2020). Disponible sur : [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/63/92/42/PDF/2011GRE15102\\_decorde\\_augustin\\_1\\_D\\_.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/63/92/42/PDF/2011GRE15102_decorde_augustin_1_D_.pdf)
  
11. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec M J. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la santé. (Internet) (cité 15 juin 2020). Avril 2004 ; (81) : 8p. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf>
  
12. Ropert P. Le « numerus clausus » en médecine, une réforme post mai 68 (Internet). 2018 (cité 6 oct 2021). Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/societe/le-numerus-clausus-en-medecine-une-reforme-post-mai-68>
  
13. Desrivierre D. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole. Insee Première. (Internet) (cité 24 sept 2020). 22 juin 2017; (1652) : 4p. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738>
  
14. Denoyel-Jaumard A, Bochaton A. Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ? Revue francophone sur la santé et les territoires. (Internet). Hypotheses.org, 2015, pp.1-14. (cité 26 mai 2020). Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01260017>
  
15. Lapeyre N, Robelet M. Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? Dans : Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'EHESP. (Internet) (cité 29/09/2021). 2010 ; 365-78. Disponible sur : <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-365.htm>
  
16. Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. DREES, Etudes et Résultats. (Internet) (cité 27 juin 2021). 1 sept 2005 ; 430 : 12p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-situation-professionnelle-des-conjoints-de-medecins-0>
  
17. Krucien N. Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients (Internet) (Thèse de doctorat). (Paris Sud ; France) : Université de Paris Sud - Paris XI. Ecole doctorale de santé publique ; 2012 . (cité 27 mai 2020). Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00807172>
  
18. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Nouveau zonage pour renforcer l'aide à l'installation de médecins en Pays de la Loire (Internet). 2 janv 2018 (cité 3 juillet 2021). Disponible sur : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/nouveau-zonage-pour-renforcer-aide-installation-de-medecins-en-pays-de-la-loire>

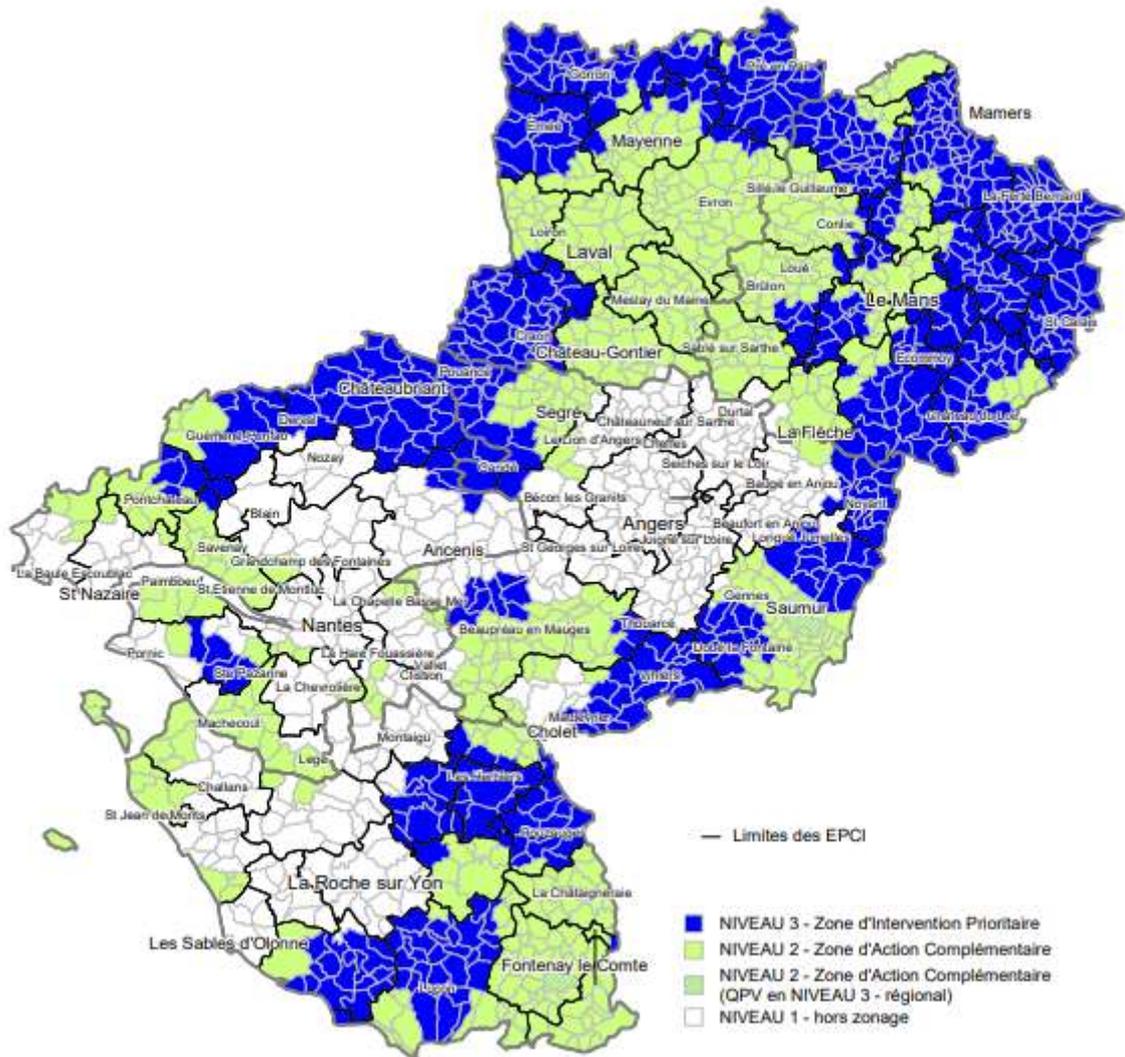
19. Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes (Internet). 2017 (cité 6 oct 2021). Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
20. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES, Etudes et Résultats.(Internet) (cité 3 août 2021). Mars 2012 ; (797) : 8p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-emplois-du-temps-des-medecins-generalistes>
21. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. Démographie des médecins en Pays de la Loire : généralistes. Situation 2017 et évolution (Internet). Mai 2018 (cité 30 août 2021). Disponible sur : [https://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-Iso/Med\\_spe\\_donnees2017/2018\\_1\\_med\\_spe\\_generalistes.pdf](https://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-Iso/Med_spe_donnees2017/2018_1_med_spe_generalistes.pdf)
22. Silhol J, Legendre B, Monziols M. Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire. Insee Analyses. (Internet) (cité 13 août 2021). 19 mai 2020 ; (51) : 4p. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4493549>
23. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. (Internet) (cité 30 août 2021). Sociologies pratiques, vol 14, no.1, 2007, pp. 19-30. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2007-1-page-19.htm>
24. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P et al. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. DREES, Etudes et Résultats. (Internet) (cité 3 août 2021). Nov 2007 ; (610) : 8p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/lexercice-de-la-medecine-generale-liberale-premiers-resultats-dun>
25. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DREES, Etudes et Résultats. (Internet) (cité 3 août 2021). Mai 2019 ; 1113 : 2p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
26. Lapeyre N, Le Feuvre N. Avocats et médecins : féminisation et différenciation sexuée des carrières. Dans : Demazière D, Gadéa C. Sociologie des groupes professionnels. Paris : La découverte. (Internet) (cité 30 août 2021). 2009 ; 424-34. Disponible sur : <https://www.cairn.info/sociologie-des-groupes-professionnels--9782707152145-page-424.htm>

27. Woerther A. La féminisation de la Médecine Générale en Lorraine : Enquête auprès des résidents de la faculté de Médecine de Nancy en 2005 (Internet) (Thèse d'exercice). (Nancy, France) : Université Henri Poincaré Nancy 1 – Faculté de médecine de Nancy ; 2005 (cité 3 août 2021). Disponible sur : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2005\\_WOERTHER\\_AUDREY.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2005_WOERTHER_AUDREY.pdf)
28. Gattuso C. DPC : le forfait annuel des médecins raboté de 3700 à 2940 euros en 2017. (Internet). 2016 (cité 6 oct 2021). Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/dpc-le-forfait-annuel-des-medecins-rabote-de-3-700-2-940-euros-en-2017>
29. L'assurance Maladie. Médecin traitant - Négociations 2016 - Réunion du 1er juin 2016 (Internet). 2016 (cité 3 août 2021). Disponible sur : [http://www.apima.org/img\\_bronner/160601\\_seance\\_MT\\_forfait\\_patientele.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf)
30. L'assurance Maladie. Patientèle des professionnels de santé libéraux (Internet). 2021 (cité 3 août 2021). Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/entree-par-theme/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-professionnels-sante-liberaux>
31. Boumot M-C, Buyck J-F, Lelièvre F, Tallec A, Hérault T. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire (Internet) (cité 30 août 2021). Oct 2016 ; 15 : 8 p. Disponible sur : [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016\\_PDF/2016\\_panel3\\_mg\\_suivi\\_gyneco\\_15.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf)
32. Loiseau S. Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste : une étude qualitative menée auprès de patientes seinomarines en 2018 (Internet) (Thèse d'exercice). (Rouen , France) : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2019 (cité 30 août 2021). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096658/document>
33. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier J P, Senn N, Haller DM. Taux, retards et exhaustivité des réponses des médecins généralistes à un sondage postal ou Web : un essai randomisé. (Internet) (cité 27 sept 2021). J Med Internet Res. Mars 2017 ; 19 (3) : e83. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382256/>
34. Stioui A. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de l'endométriome: étude quantitative auprès des médecins généralistes du Val d'Oise (Internet) (Thèse d'exercice). (Paris Est Créteil, France) : Université Paris Est Créteil. Faculté de médecine ; 2019 (cité 27 sept 2021). Disponible sur : [https://athena.u-pec.fr/view/delivery/33BUCRET\\_INST/12140119180004611](https://athena.u-pec.fr/view/delivery/33BUCRET_INST/12140119180004611)
35. Jugnon-Formentin J. Lien ville-hôpital : enquête sur la qualité des relations entre les médecins généralistes et le service de diabétologie du Centre Hospitalier Annecy Genevois (Internet) (Thèse d'exercice). (Grenoble, France) : UFR de médecine de Grenoble ; 2021 (cité 27 sept 2021). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03231339/document>

36. HU F M. Organisation du temps de travail en médecine générale – Etude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ile et Vilaine (Internet) (Thèse d'exercice). (Rennes, France) : Université de Rennes 1 ; 2016 (cité 27 sept 2021). Disponible sur :  
<https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/499fd9d4-891c-4c93-b042-52eec21ae9b0?inline>
37. Donnio J. Les déterminants du temps de travail des médecins généralistes en Savoie (Internet) (Thèse d'exercice). (Grenoble, France) : UFR de médecine de Grenoble ; 2019 (cité 27 sept 2021). Disponible sur :  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02320450>

# ANNEXES

Annexe 1 : Carte régionale de zonage ARS



## Annexe 2 : Questionnaire de thèse

### Vie personnelle

Vous êtes : - une femme  
- un homme

Quelle est votre année de naissance ?

Dans quelle faculté avez-vous réalisé votre internat ?

Vous êtes : - célibataire  
- en couple

Quelle est la situation professionnelle de votre conjoint ?  
*Si vous êtes célibataire, sélectionnez la proposition : non concerné(e)*

- agriculteur
- employé
- artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- sans emploi
- ouvrier
- cadre et profession intellectuelle supérieure
- profession intermédiaire
- non concerné(e)

Avez vous des enfants ? Oui – Non

Combien d'enfants avez-vous ?

### Organisation professionnelle

#### 1. Organisation générale du cabinet

Dans quelle commune êtes-vous installé ?

Quel est le fonctionnement du secrétariat ?  
*Merci de décrire si vous bénéficiez d'un secrétariat avec une personne sur place, d'un secrétariat téléphonique à distance ou si vous répondez vous même aux appels des patients.*

Y a t-il d'autres médecins généralistes qui travaillent au sein de votre cabinet ?  
*Merci de répondre par oui ou non, et si oui d'en préciser le nombre et l'équivalence temps plein au cabinet.*

Y a t-il d'autres professionnels de santé ou para médicaux qui travaillent dans la structure ?  
*Merci de répondre par oui ou non, et si oui de préciser lesquels.*

Travaillez-vous dans une maison de santé pluriprofessionnelle ? Oui – Non

Travaillez vous avec un/une IDE Asalée ou un/une assistant(e) médical ? Oui – Non

Particpez-vous à des réunions de concertations pluri professionnelles ? Oui – Non

## 2. Organisation de votre activité professionnelle

A combien d'heures par semaine estimez-vous votre temps de travail ?

Sur combien de demi journées par semaine est réparti votre temps de travail ?

Votre activité est : - exclusivement libérale  
- mixte

En cas d'activité mixte, quelle(s) est/sont votre/vos autre(s) activité(s) professionnelle(s) ?

Et combien d'heures par semaine y consacrez-vous ?

*Si votre activité est exclusivement libérale, merci de préciser pour cette question : non concerné(e)*

A combien d'heures par semaine estimez-vous votre temps de travail libéral (incluant les consultations, les visites, le temps de gestion) ?

A combien d'heures par semaine estimez-vous le temps consacré à la gestion des dossiers patients (rédaction de courriers ou de dossiers médicaux pour entrée en établissement, prise d'avis auprès de spécialistes, lecture et prise en charge des résultats biologiques) ?

Avez vous un exercice salarié associé (activités de soins, de coordination ou d'expertise en dehors du cabinet) ? Si oui, combien d'heures par semaine y consacrez-vous ?

Avez-vous une activité au sein d'une organisation professionnelle ? Si oui, combien d'heures par semaine y consacrez-vous ?

Combien de consultations réalisez vous par jour ?

- moins de 15
- 15 à 20
- 20 à 25
- 25 à 30
- plus de 30

Dans votre organisation quotidienne : avez vous un temps réservé aux consultations urgentes ou consultations du jour ? Si oui, combien de créneaux de consultation par jour ?

*Merci de répondre : oui ou non, et si oui de préciser le nombre de créneaux par jour.*

Quel est votre temps moyen pour une consultation ?

- moins de 15 min
- 15 min
- 20 min
- plus de 20 min

Travaillez-vous oui ou non les samedis matins ? Si oui à quelle régularité ?

*Merci de répondre par oui ou non, et si oui de préciser la régularité des samedis travaillés.*

Concernant la continuité des soins : quelle est l'organisation au cabinet pour répondre aux appels des patients entre 8h et 20h chaque jour ?

- continuité des soins non organisée

- continuité des soins gérée par vous-même chaque jour
- continuité des soins assurée à tour de rôle entre les médecins
- autre (*réponse libre*)

Participez-vous à la permanence de soins : réalisation de gardes les soirs en semaine, et/ou les week-ends ? Si oui, merci d'en préciser le nombre moyen par semestre.

*Merci de répondre par oui ou non, et si oui de préciser le nombre moyen de garde par semestre.*

Combien de semaines par an consacrez-vous à vos vacances ?

A combien de demi-journées de formation assistez vous dans l'année ?

## **Votre patientèle et votre pratique professionnelle**

Quelle est la taille de votre patientèle médecin traitant ?

*Pour cette question vous pouvez vous reporter à la synthèse de vos indicateurs ROSP ou au volet "convention" sur amelipro.*

Diversité de votre patientèle médecin traitant :

- votre pourcentage d'enfants entre 0 et 6 ans :
- votre pourcentage de patients en ALD (y inclure les patients en ALD de 7 à 79 ans et ceux de plus de 80 ans) :
- votre pourcentage de patients âgés de 80 ans ou plus (y inclure les patients de plus de 80 ans en ALD et ceux sans ALD) :

*Pour cette question vous pouvez également vous reporter à la synthèse de vos indicateurs ROSP.*

Est-il possible pour le patient de vous contacter dans la journée (appel téléphonique) ?

Oui - Non - Autre (*réponse en texte libre*)

Faites vous des suivis gynécologiques (FCU, palpation mammaire, prescription de contraception) ?

Oui - Non

Réalisez vous des poses de DIU et/ou implant contraceptif ? Oui - Non

Réalisez vous des sutures au cabinet ? Oui – Non

Faites vous des visites à domicile ? Si oui, combien en moyenne par semaine ?

*Merci de répondre par oui ou non, et si oui d'en préciser le nombre moyen par semaine.*

Faites vous des visites en EPHAD? Si oui, combien en moyenne par semaine ?

*Merci de répondre par oui ou non, et si oui d'en préciser le nombre moyen par semaine.*

Avez vous un exercice spécifique associé (médecine du sport, ostéopathie, acupuncture .. )?

Si oui, merci de préciser lequel ?

*Merci de répondre par oui ou non, et si oui de préciser le(s)quel(s).*

Accueillez-vous des étudiants (externes et/ou internes) ?

- Oui

- Non

- Non, mais vous envisagez de le faire

## SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

**Vu, le Président du Jury,**

Professeur Leïla MORET

**Vu, le Directeur de Thèse,**

Docteur Laurent BRUTUS

**Vu, le Doyen de la Faculté,**

Professeur Pascale JOLLIET

**Titre de thèse :** LES JEUNES FEMMES MEDECINS GENERALISTES INSTALLEES EN LIBERAL, TRAVAILLENT-ELLES MOINS QUE LEURS HOMOLOGUES MASCULINS ?

Etude réalisée auprès des médecins généralistes libéraux de moins de 41 ans, installés en Pays de la Loire.

---

**RESUME**

**Introduction :** La dynamique de l'offre de soins en médecine générale est à la baisse depuis quelques années, et cette baisse va se poursuivre dans les années à venir.

La féminisation de la médecine est fréquemment citée pour expliquer cette baisse, et est vue comme un risque pour l'avenir de la profession. En réalité ce n'est pas tant la féminisation de la médecine que le renouvellement générationnel qu'elle accompagne qui remet en question l'ancienne référence professionnelle.

La nouvelle génération de médecins, femmes comme hommes, souhaite travailler autrement et tient de plus en plus compte de l'interface travail-famille ce qui l'amène à revoir son organisation de travail.

**Matériel et Méthode :** Notre étude épidémiologique descriptive par auto-questionnaire envoyés par mail décrivait l'offre de soins proposée par les médecins généralistes de moins de 41 ans installés en Pays de la Loire.

Pour les statistiques, le seuil retenu pour la valeur p était de 0,002 après correction de Bonferroni.

**Résultats :** 226 médecins ont répondu à notre enquête (taux de participation 24%). Cette population source était représentative de la population cible de par ses caractéristiques personnelles.

On a mis en évidence une différence statistiquement significative concernant le temps de travail : les femmes médecins généralistes de notre étude travaillaient en moyenne 6h de moins que leurs homologues masculins. Ceux-ci réalisaient un plus grand nombre de consultation par jour et travaillaient à peine une demi-journée de plus par semaine.

Cette différence de temps de travail en zone non prioritaire, s'annulait avec le fait de travailler en zones sous dense.

Concernant les pratiques au cabinet, les femmes médecins généralistes réalisaient en proportion plus importante les suivis gynécologiques ainsi que les pose de DIU ou d'implant contraceptif que leurs confrères et semblaient moins impliquées dans la permanence des soins dans les zones couvertes par SOS médecin.

**Conclusion :** Il persiste une différence de temps de travail entre les jeunes médecins généralistes femmes et les jeunes médecins généralistes hommes, mais celle-ci varie selon plusieurs autres facteurs comme la zone d'installation, ou la situation professionnelle du conjoint. Si elle tend à s'amenuiser au fil des années, cette différence de temps de travail est encore retrouvée aujourd'hui.

---

**MOTS-CLES**

Offre de soins, féminisation, temps de travail.