

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 33

THESE
pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

Par

Justine BARRAIS

Née le 17/05/1981 à Saint-Nazaire

et

Valérie FOUASSIER

Née le 17/04/1981 à Château-Gontier

Présentée et soutenue publiquement le *26 mai 2011*

**L'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE AU SEIN DE GROUPES
COMPOSES EXCLUSIVEMENT DE FEMMES : DES SPECIFICITES ?**

Présidente : Madame le Professeur Pascale JOLLIET
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Rémy SENAND
Membres du jury : Monsieur le Professeur Pierre LOMBRAIL
Monsieur le Docteur Thierry GUIHARD

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
I. LA FEMINISATION DE LA PROFESSION MEDICALE.....	6
II. L'EXERCICE EN GROUPE	8
METHODES.....	11
I. CRITERES D'INCLUSION.....	11
II. SOURCES.....	11
III. TYPE D'ENQUETE	11
IV. LE QUESTIONNAIRE.....	12
V. METHODE D'ANALYSE.....	12
RESULTATS	13
I. TAUX DE REPONSES	13
II. GROUPE MEDICAL	13
A. Nombre de praticiens composant le groupe médical.....	13
B. Type de regroupement.....	13
III. AGE DES INTERROGES.....	14
IV. LIEU D'EXERCICE.....	14
V. CHARGE DE TRAVAIL	14
A. Nombre d'heures hebdomadaires moyen.....	14
B. Nombre de semaines de vacances annuelles moyen	15
C. Ressenti du médecin par rapport à la quantité de travail	16

VI. PERMANENCE DES SOINS	17
A. Sur une journée (de 9 à 19H en semaine et de 9H à 12H le samedi)	17
B. Sur une année	18
VII. FLEXIBILITE DES HORAIRES.....	19
VIII. GESTION DU CABINET MEDICAL	20
A. Nombre d'heures hebdomadaires consacrées à la gestion du cabinet	20
B. Temps d'échange programmé spécifiquement consacré à la gestion	20
C. Influence du caractère exclusivement féminin ou masculin du groupe sur la gestion	21
1) Difficultés de gestion liées au sexe	21
2) Facilités de gestion liée au sexe	21
IX. LE SOIN LUI-MEME	22
A. Partage de la patientèle.....	22
B. Temps d'échange programmé concernant les soins aux patients	23
C. Existence d'un lieu de réunion	24
D. Influence du caractère exclusivement féminin ou masculin du groupe sur l'exercice de la médecine	24
1) Difficultés de travail en groupe lié au sexe	24
2) Facilités de travail en groupe liées au sexe	24
X. RESSENTI GENERAL	25
DISCUSSION	26
I. DE LA METHODE	26
II. DES RESULTATS	27
A. Echantillon.....	27
B. Une maitrise du temps de travail	28
1) Un temps de travail limité et adaptable	28
2) Des cabinets médicaux plus petits.	29
3) Choix du lieu d'installation	30
4) Une organisation du travail et de la gestion du cabinet	30
a) Prise en charge des patients.....	30
b) Gestion du cabinet.....	31
C. Un partage de la patientèle contre l'appropriation des patients ?	32
D. L'exercice mono-sexe, avantage ou inconvénient ?	33
E. Changements de pratiques : quelle composante générationnelle?	34

CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXES.....	39
LISTE DES GRAPHIQUES :	47

INTRODUCTION

L'augmentation de la demande de santé, la diminution de la densité médicale, la recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants font se développer l'exercice de groupe en soins primaires.

La part des médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe ou société, estimée à 30% au début des années quatre-vingt, est ainsi passée de 39.6% ¹ à 44.3% ² entre 2001 et 2009.

Dans un même temps, on prévoit une féminisation marquée de la profession. En 2009, 40.6% des médecins généralistes sont des femmes ², chiffre qui pourrait atteindre le taux de 56.4% en 2030 si la proportion de femmes médecins entrant dans la vie active reste constante ³.

De ces 2 constats, il est permis d'envisager que l'exercice de groupe entre médecins généralistes de sexe féminin exclusivement, va devenir de plus en plus courant.

Nous avons donc cherché à savoir si ce mode d'exercice pouvait être vecteur de difficultés spécifiques en axant notre travail sur ces 2 items :

- 1) Les femmes médecins travaillent-elles moins que leurs confrères et les cabinets qui nous occupent dans cette étude seront-ils dans l'incapacité d'assurer une permanence des soins ?
- 2) Une collaboration exclusivement féminine génère-t-elle des problèmes particuliers, aussi bien au niveau de la gestion du cabinet que des soins apportés aux patients (mésentente, jalousie, difficultés organisationnelles...) ?

Nous avons choisi, en préambule, de nous pencher sur les deux questions posées indirectement par ce travail de thèse, à savoir :

Qu'en est-il de la féminisation de la médecine générale libérale ?

Qu'en est-il du regroupement des médecins généralistes ?

Ce qui suit sera donc dédié à l'exposition de ce que nous avons pu lire, comprendre, apprendre au travers de différentes sources bibliographiques.

I. La féminisation de la profession médicale

Nous débuterons cette revue de la bibliographie par une enquête réalisée par l'Union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes en octobre 2003 ⁴.

Ce travail, nommé « Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative. », est basé sur un questionnaire envoyé à 1500 médecins (salariés et libéraux, spécialisés en médecine générale et autres).

Dès l'introduction, on nous y annonce que « l'activité moyenne des femmes médecins n'est pas équivalente à celle des médecins de sexe masculin ». Sans provocation aucune, on ne peut considérer comme valide sur le plan quantitatif l'équation « un médecin femme = un médecin homme ».

Cette observation s'appuie sur différents résultats parmi lesquels nous en choisissons quelques-uns se rapportant à la médecine générale :

1. Les hommes généralistes travaillent 53.8 heures par semaine contre 41.6 chez leurs consœurs.
2. En libéral, les hommes généralistes travaillent 9.3 demi-journées contre 7.6 chez les femmes.
3. Le nombre moyen de consultations hebdomadaires, toujours chez les généralistes libéraux, est de 101 chez les hommes contre 83 chez les femmes.
4. Encore dans ce même échantillon, les hommes s'arrêtent 5.8 semaines par an contre 7 chez leurs consœurs.
5. En ce qui concerne les visites à domicile, 87% des médecins généralistes libéraux de sexe masculin en font contre 68% des médecins généralistes libéraux de sexe féminin. De plus, en moyenne, les hommes en font 12 par semaine quand elles n'en font que 7.
6. 82.5% des hommes généralistes prennent des gardes contre 66% des femmes généralistes. Les hommes font en moyenne 6.3 gardes de week-end et 29 de semaine par an, contre 3.4 gardes de week-end et 15 de semaine chez les généralistes femmes.
7. 7% des médecins généralistes hommes ont interrompu au moins une fois leur activité professionnelle pendant plus de 90 jours, ce chiffre grimpe à 38% quand on s'intéresse à leurs consœurs.

8. En matière de formation médicale continue, les hommes généralistes libéraux participent en moyenne à 17.5 demi-journées d'EPU (Enseignement Post-Universitaire) sur 2 ans et 2.9 congrès sur 5 ans quand les femmes généralistes ne vont qu'à 12.9 demi-journées d'EPU et 1.9 congrès.

Ce constat doit-il nous laisser penser qu'une femme ne peut être qu'un « demi-médecin généraliste » et que la féminisation de la profession médicale va entraîner son affaiblissement ?

Afin de tenter de répondre à cette question, nous nous sommes intéressées à une enquête réalisée pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins en janvier 2006 ⁵.

Celle-ci, intitulée « Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. », souligne qu'au-delà de la féminisation, la profession aspire actuellement à une prise de distance avec l'éthos professionnel classique. Le modèle de l'implication et du dévouement total du médecin aux patients, assorti d'une disponibilité permanente que véhiculaient les générations précédentes n'est plus repérable chez les jeunes médecins. Une aspiration à une moindre disponibilité temporelle pour les patients est constatée, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ce changement s'inscrit dans un contexte de mutations sociales plus larges.

En effet, le modèle du père de famille, pourvoyeur principal des ressources du ménage, et de la mère de famille, dévouée aux tâches ménagères, à l'éducation des enfants et au bon déroulement de l'activité professionnelle de son mari, tend à se raréfier.

Comme le rappelle cette étude, 83% des médecins français vivent en couple et leurs conjoints sont le plus souvent des actifs occupés (il s'agit d'ailleurs souvent d'un conjoint médecin : 22% des hommes médecins ont une compagne médecin, 31% des femmes médecins ont un compagnon médecin).

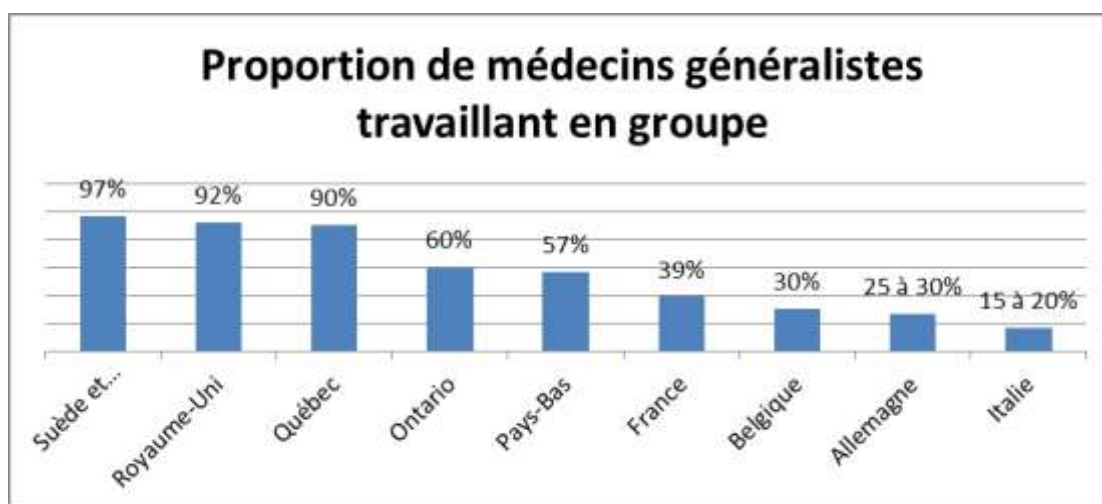
C'est donc dans ce contexte de couple que se gèrent l'activité d'un médecin (qu'il soit de sexe masculin ou féminin) et l'articulation entre son temps de travail et son temps familial.

Il semblerait donc que les nouveaux praticiens s'orientent vers un nouveau mode d'offre de soins, et que ce mouvement ne soit pas exclusivement l'apanage de la féminisation du corps médical, mais plutôt, de l'augmentation des taux d'activité professionnelle des femmes.

II. L'exercice en groupe

Comme nous le rappelions dans l'introduction, 44.3% des médecins généralistes exercent au sein d'un cabinet de groupe, chiffre qui tend à augmenter ces dernières années. Ce mode d'exercice, souvent proposé comme outil à une meilleure pratique médicale (facilité à réguler son temps de travail, maintien d'une continuité des soins pour les patients, impact économique de l'association), connaît-il un franc succès dans notre pays ?

Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ⁶ réalisée en novembre 2007, s'est penchée sur cette question. Elle a analysé la situation du regroupement des médecins généralistes dans différents pays européens (Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède) et dans deux provinces canadiennes (Ontario et Québec). Cette enquête montre que la France arrive loin derrière la Suède, la Finlande, le Québec, l'Ontario, les Pays-Bas.



Graphique 1

On y apprend que les pays où la médecine de groupe est majoritaire ne sont pas caractérisés par une forme unique de regroupement. Il peut s'agir de centres publics de santé, de cabinets privés sous contrat avec l'état ou de cabinets privés indépendants. Les regroupements peuvent être mono ou pluri professionnels et mono ou pluri spécialisés. La rémunération peut s'effectuer par salariat, forfait, capitation ou à l'acte.

Cette étude tente de mettre en lumière les déterminants de l'essor de la médecine de groupe dans ces différents pays.

En premier lieu, la place accordée aux soins primaires dans le système de santé par les pouvoirs publics semble primordiale. En Suède, en Finlande, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, au Québec et en Ontario, il existe une véritable politique de soins primaires.

La place accordée aux soins ambulatoires est importante, ils sont considérés comme le pivot essentiel du système de santé. Les professionnels de santé y intervenant (en particuliers infirmières et médecins généralistes) sont fortement reconnus et valorisés financièrement parlant. La volonté du développement des soins primaires s'y est illustrée dès les années soixante-dix et de diverses façons : décentralisation des politiques sanitaires et sociales, organisation en centres de santé, incitation financière.

Dans un second temps, et cela à partir des années quatre-vingt, les regroupements ont été la réponse à une demande de santé croissante et à une recherche de meilleures conditions de travail par les médecins.

La France semble donc être « un mauvais élève » en termes de médecine de groupe en soins primaires. En est-elle consciente ? Existe-t-il des projets visant à inverser cette tendance ?

En France, en 2009, à la demande de Mme Bachelot-Narquin, alors Ministre de la Santé et des Sports, un rapport intitulé « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement » ⁷ a été présenté par Jean-Marc Juilhard, sénateur du Puy de Dôme, Bérangère Crochemore, alors présidente de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale, Annick Touba, présidente du Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux et Guy Vallancien, professeur à l'Université Paris Descartes.

Le constat y est clairement exposé : le dispositif de premier recours est à bout de souffle en France et il est urgent de proposer des mesures visant à faciliter l'émergence d'un nouveau système.

Les membres de cette mission recommandent la création d'une marque collective « maisons de santé » pouvant bénéficier d'un statut juridique spécifique, au sein de laquelle le patient pourrait bénéficier d'un dossier unique et partagé par les acteurs de la structure. Le patient serait en mesure d'inscrire la maison de santé comme médecin traitant.

Afin de faciliter les démarches des professionnels, ils proposent que soient créés un guichet unique et une caisse unique dans les Agences Régionales de Santé, ainsi qu'une mission d'appui au niveau national.

Les maisons de santé devraient s'impliquer dans la formation et la recherche, être le lieu d'expérimentation de nouveaux modes de rémunération et correspondre aux besoins de la population.

A la lecture de ce rapport, il est donc permis d'espérer que l'exercice de la médecine générale en France va connaître de nombreuses mutations, dont la nécessité du regroupement des professionnels de santé.

C'est donc éclairées par ces différents constats que nous allons pouvoir exposer les résultats de notre enquête.

METHODES

I. Critères d'inclusion

Afin d'en savoir plus, nous avons entrepris d'interroger la totalité des médecins généralistes exerçant entre femmes en cabinets de groupe dans le département de Loire-Atlantique. Les réponses ainsi obtenues ont déterminé l'échantillon de « référence ».

Dans un même temps, nous avons repéré des généralistes de sexe masculin s'étant regroupés exclusivement entre hommes. Leur nombre étant bien supérieur à celui de notre premier échantillon, nous avons pu sélectionner, au sein des réponses obtenues, les profils superposables, en termes d'âge et de zone d'exercice, à ceux du groupe féminin.

II. Sources

Nous avons recensé, à l'aide de l'annuaire électronique de France Télécom (Pages Jaunes), les cabinets de médecine générale en Loire-Atlantique, constitués uniquement de femmes d'une part et exclusivement d'hommes d'autre part.

Cette composition particulière a été, dans un second temps, vérifiée auprès de chacun d'eux par téléphone.

Nous avons utilisé la table d'appartenance géographique des communes de l'INSEE afin de déterminer à quel groupe rattacher chaque commune d'exercice : milieu rural, périurbain ou urbain.

III. Type d'enquête

L'enquête a été réalisée par l'envoi, par la Poste, d'un questionnaire, auquel était associée une courte lettre de présentation du travail en cours.

Pour les questionnaires féminins, une enveloppe timbrée et libellée à l'adresse de retour était jointe. Ceci n'avait pas été fait pour les questionnaires masculins.

Pour le groupe masculin, afin d'obtenir un échantillon comparable au groupe féminin, une relance téléphonique a parfois été nécessaire, ainsi qu'une deuxième vague d'envoi de questionnaires à d'autres praticiens.

IV. Le questionnaire

Après quelques renseignements généraux concernant le nombre de généralistes composant le cabinet médical, l'âge et la commune d'activité de l'interrogé(e), le questionnaire cherchait à cibler nos recherches sur trois axes :

1. La charge de travail de chacun(e) et la garantie ou non de la permanence des soins par le groupe médical.
2. Leur ressenti concernant la gestion du cabinet.
3. Leur ressenti concernant l'exercice de la médecine, au sens du soin lui-même.

Ce questionnaire, composé de vingt-deux questions relativement fermées avec possibilités de brèves annotations, se voulait rapide à remplir afin d'obtenir le meilleur taux de participation possible.

V. Méthode d'analyse

Dans l'échantillon féminin, 22 des 23 questionnaires reçus ont été analysés. En effet, l'un d'eux a dû être exclu compte tenu de l'absence de précision concernant l'âge du médecin.

Du côté masculin, 33 des 35 réponses ont été retenues, 2 ayant été écartés du fait de l'absence de précision concernant la commune d'exercice.

Un tirage au sort parmi ces 33 questionnaires a ensuite été effectué afin d'obtenir un lot de 22 réponses juxtaposables, en termes d'âge et de zone d'exercice, à l'échantillon des médecins femmes.

RESULTATS

L'ensemble de nos résultats sont issus de données déclaratives et doivent être interprétés comme tels.

I. Taux de réponses

L'échantillon féminin comptait 27 médecins. 23 réponses ont été obtenues, soit un taux de réponses de **85.19%**.

Du côté masculin, 35 des 76 questionnaires adressés ont été renvoyés, soit un taux de réponses de **46.05%**.

Pour rappel, seuls 22 questionnaires de chaque lot ont été retenus.

II. Groupe médical

A. Nombre de praticiens composant le groupe médical

Parmi les 22 réponses féminines :

12 représentaient des cabinets constitués de 2 médecins, soit **54.54%**.

9 représentaient des cabinets constitués de 3 médecins, soit **40.91%**.

1 représentait des cabinets constitués de 4 médecins, soit **4.55%**.

Parmi les 22 réponses masculines :

8 représentaient des cabinets constitués de 2 médecins, soit **40%**.

5 représentaient des cabinets constitués de 3 médecins, soit **25%**.

7 représentaient des cabinets constitués de 4 médecins, soit **35%**.

2 n'ont pas répondu à cette question.

B. Type de regroupement

Chez les femmes, au sein des 22 questionnaires :

11 concernaient des sociétés civiles de moyens, soit **50%**.

Aucun ne concernait des sociétés civiles professionnelles, soit **0%**.

8 concernaient des groupes basés sur une convention de partage de frais, soit **36.36%**.

3 concernaient d'autres types d'organisations : 2 collaborations et 1 remplacement de longue durée, soit **13.64%**.

Chez les hommes, au sein des 22 questionnaires :

16 concernaient des sociétés civiles de moyens, soit **76.19%**.

1 concernait des sociétés civiles professionnelles, soit **4.76%**.

2 concernaient des groupes basés sur une convention de partage de frais, soit **9.52%**.

2 concernaient d'autres types d'organisations : 1 collaboration et 1 sans précision, soit **9.52%**.

1 n'a pas répondu à cette question.

III. Age des interrogés

Dans chaque groupe :

4 médecins étaient âgés de moins de 35 ans, soit **18.18%**.

14 médecins avaient entre 35 et 50 ans, soit **63.64%**.

4 médecins avaient plus de 50 ans, soit **18.18%**.

IV. Lieu d'exercice

Parmi les 22 interrogé(e)s de chaque échantillon :

2 exerçaient en milieu rural, soit **9.09%**.

12 exerçaient en milieu périurbain, soit **54.54%**.

8 exerçaient en milieu urbain, soit **36.36%**.

V. Charge de travail

A. Nombre d'heures hebdomadaires moyen

Parmi les 22 questionnaires féminins, 3 ne précisait pas le nombre moyen d'heures travaillées par semaine.

Les 19 réponses obtenues ont mis en évidence :

Une **moyenne de 42.16 heures** de travail hebdomadaire.

Un **minimum de 32.5 heures** par semaine.

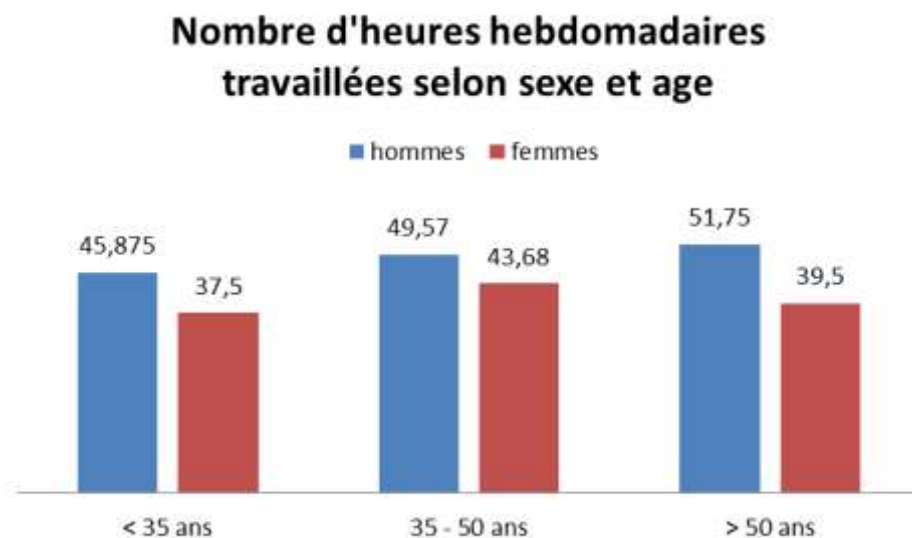
Un **maximum de 64 heures** par semaine.

Les 22 questionnaires masculins ont montré :

Une **moyenne de 49.29 heures** de travail hebdomadaire.

Un **minimum de 37 heures** par semaine.

Un **maximum de 65 heures** par semaine.



1 seul résultat obtenu pour les femmes de > 50 ans

Graphique 2

B. Nombre de semaines de vacances annuelles moyen

Chez les femmes, 3 des 22 réponses ne précisait pas le nombre moyen de vacances prises par an.

Les 19 réponses obtenues mettaient en évidence :

Une **moyenne de 7.03 semaines** de vacances par an.

Un **minimum de 4 semaines** par an.

Un **maximum de 11 semaines** par an.

Chez les hommes, 1 des 22 questionnaires ne précisait pas cet item.

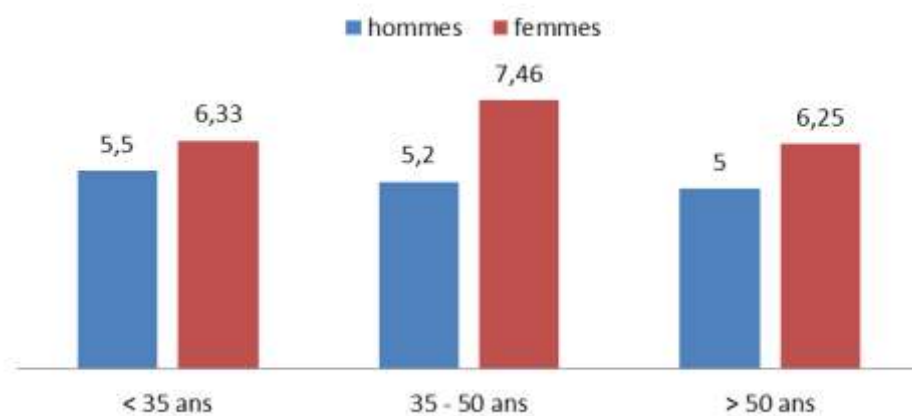
Les 21 réponses obtenues montraient :

Une **moyenne de 5.23 semaines** de vacances par an.

Un **minimum de 2 semaines** par an.

Un **maximum de 7.25 semaines** par an.

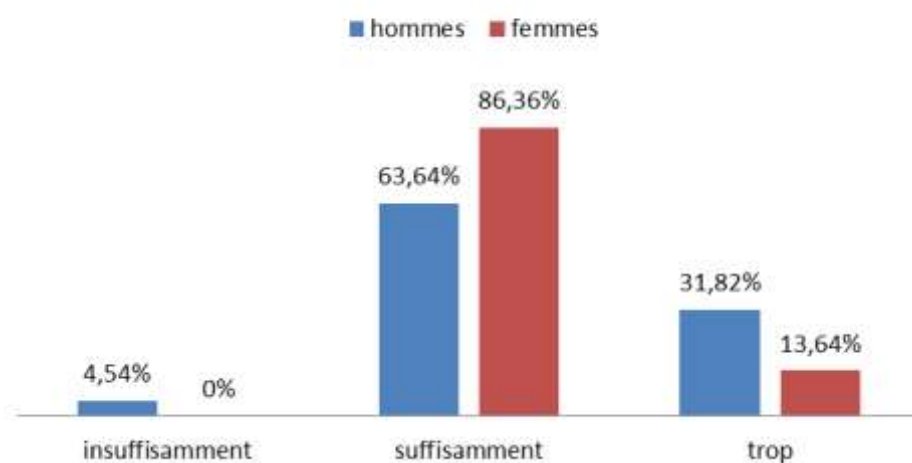
Nombre de semaines de vacances par an selon sexe et age



Graphique 3

C. Ressenti du médecin par rapport à la quantité de travail

Ressenti de la quantité de travail



Graphique 4

VI. Permanence des soins

A. Sur une journée (de 9 à 19H en semaine et de 9H à 12H le samedi)

Parmi les 22 médecins femmes :

15 exerçaient dans des cabinets médicaux où la permanence des soins était garantie sur une journée, soit **68.18%**.

7 exerçaient dans des cabinets médicaux où la permanence des soins n'était pas garantie sur une journée, soit **31.82%**.

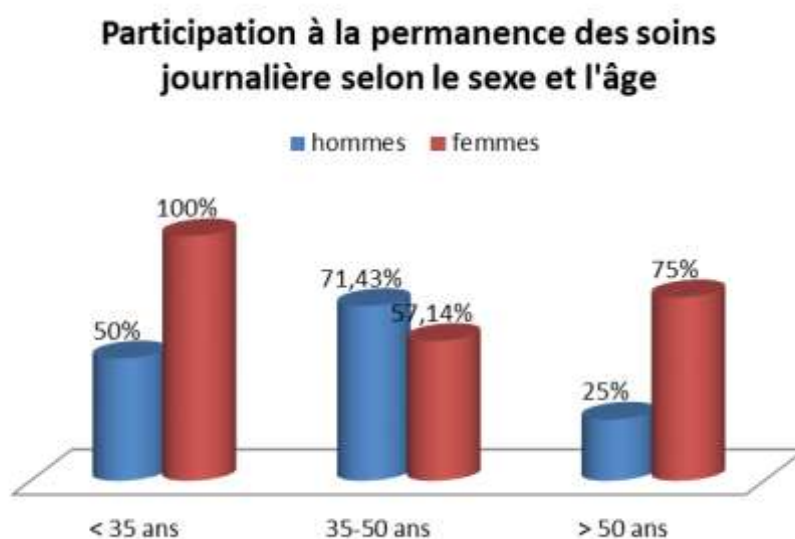
En détail, 3 avaient recours à la régulation par le centre 15 lors de la pause du midi, 2 avaient recours à l'intervention de SOS médecins sur cette même période et 2 étaient fermés le samedi matin.

Parmi les 22 médecins hommes :

13 exerçaient dans des cabinets médicaux où la permanence des soins était garantie sur une journée, soit **59.09%**.

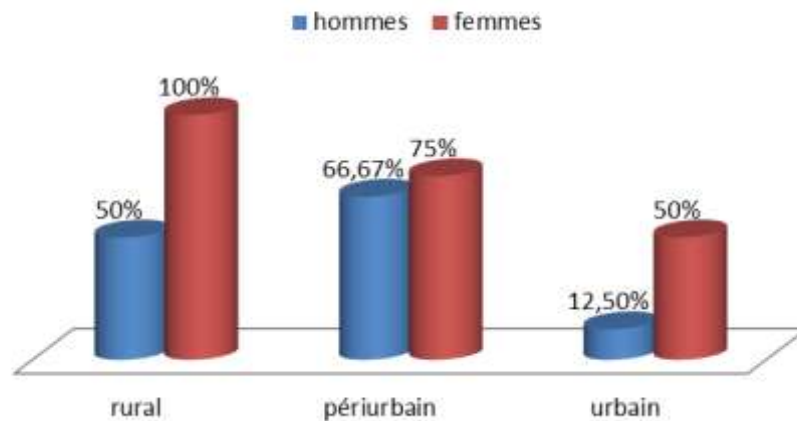
9 exerçaient dans des cabinets médicaux où la permanence des soins n'était pas garantie sur une journée, soit **40.91%**.

En détail, 6 avaient recours à la régulation par le centre 15 lors de la pause du midi, 1 avait recours à l'intervention de SOS médecins sur cette même période et 2 étaient fermés le samedi matin.



Graphique 5

Participation à la permanence des soins journalière selon sexe et lieu d'exercice



Graphique 6

B. Sur une année

Les 22 questionnaires féminins représentaient :

-22 médecins s'assurant que la permanence des soins était garantie sur une année dans leur cabinet médical, soit **100%**.

Concrètement, les praticiens ne prenaient pas leurs congés en même temps ou avaient recours de façon systématique à un remplaçant.

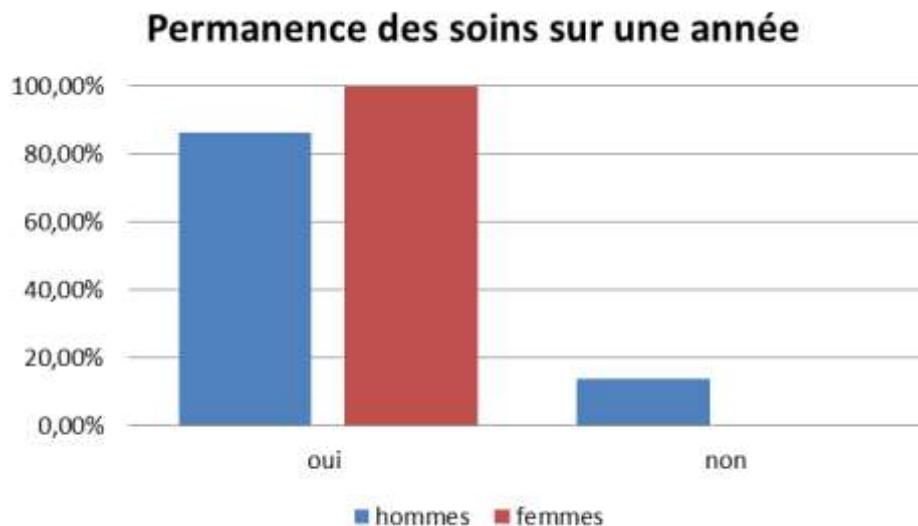
-Aucun médecin ne garantissait pas la permanence des soins sur une année, soit **0%**.

Les 22 questionnaires masculins représentaient :

-19 médecins s'assurant que la permanence des soins était garantie sur une année dans leur cabinet médical, soit **86.36%**.

-3 médecins qui ne garantissaient pas la permanence des soins sur une année, soit **13.64%**.

En détail, 2 orientaient vers le centre 15 et 1 vers SOS médecins en cas d'absence.



Graphique 7

VII. Flexibilité des horaires

Chez les femmes, parmi les 22 réponses :

-20 décrivaient une certaine flexibilité des horaires, soit **90.91%**.

Ces 20 médecins femmes étaient elles-mêmes divisées en 2 sous-groupes : 10 précisait que cette flexibilité dans l'organisation du temps de travail était facilitée par l'exercice entre femmes, soit **50%** et 10 considéraient que le cela n'avait aucune influence, soit **50%**.

-2 décrivaient l'impossibilité de moduler leurs horaires, soit **9.09%**.

Chez les hommes, parmi les 22 réponses :

-18 décrivaient une certaine flexibilité des horaires, soit **81.82%**.

Parmi ces 18 médecins, 1 n'a pas voulu se prononcer sur l'influence du caractère exclusivement masculin du groupe sur cette flexibilité.

Les 17 autres réponses montraient que cette flexibilité était facilitée par l'exercice entre hommes pour 5 d'entre eux, soit **29.41%** et que cela n'avait aucun rapport pour les 12 autres, soit **70.59%**.

-4 décrivaient l'impossibilité de moduler leurs horaires, soit **18.18%**.

VIII. Gestion du cabinet médical

A. Nombre d'heures hebdomadaires consacrées à la gestion du cabinet

Parmi les 22 questionnaires féminins : 3 ne précisait pas le nombre d'heures hebdomadaires consacrées à la gestion du cabinet.

Les 19 réponses obtenues mettaient en évidence :

Une **moyenne de 2 heures** par semaine.

Un **minimum de 0 heure** par semaine (chez les remplaçantes ou collaboratrices ou lorsque ce travail était entièrement dévolu à la secrétaire).

Un **maximum de 6 heures** par semaine.

Parmi les 22 questionnaires masculins : 2 ne précisait pas le nombre d'heures hebdomadaires consacrées à la gestion du cabinet.

Les 20 réponses obtenues mettaient en évidence :

Une **moyenne de 1.38 heures** par semaine.

Un **minimum de 0 heure** par semaine (chez un collaborateur).

Un **maximum de 5 heures** par semaine.

B. Temps d'échange programmé spécifiquement consacré à la gestion

Du côté féminin, parmi les 22 médecins de l'étude :

10 décrivaient l'existence d'une réunion systématique pour évoquer les problèmes liés à la gestion du cabinet, soit **50%**.

10 décrivaient l'absence d'une telle réunion, soit **50%**. Cet aspect semblait par contre abordé de manière informelle, de façon non programmée.

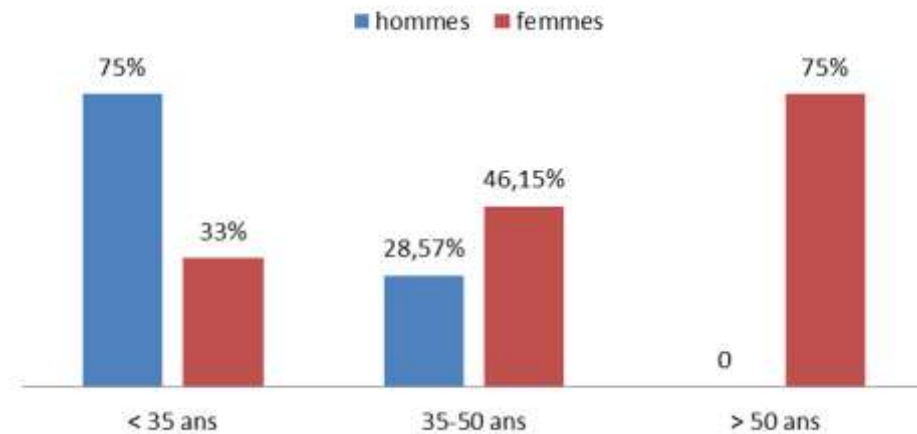
2 n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Du côté masculin, parmi les 22 médecins de l'étude :

7 décrivaient l'existence d'une réunion systématique pour évoquer les problèmes liés à la gestion du cabinet, soit **31.82%**.

15 décrivaient l'absence d'une telle réunion, soit **68.18%**. Chez les hommes, il semblait plutôt exister des réunions à un rythme variable, selon les besoins.

Temps d'échange à propos de la gestion en fonction du sexe et de la classe d'âge



Graphique 8

C. Influence du caractère exclusivement féminin ou masculin du groupe sur la gestion

1) Difficultés de gestion liées au sexe

Au sein des 22 femmes :

2 soulignaient une gestion rendue plus difficile, soit **9.09%**.

20 rapportaient l'absence de complications sur le côté gestion, générées par le travail entre femmes, soit **90.91%**.

Au sein des 22 hommes :

Aucun ne pensait que la gestion n'était rendue plus difficile par le travail entre hommes, soit **0%**.

22 déclaraient que cela ne compliquait en rien l'aspect gestion du cabinet, soit **100%**.

2) Facilités de gestion liée au sexe

Parmi les 22 réponses féminines :

9 soulignaient une gestion rendue plus aisée par l'exercice entre femmes, soit **45%**.

11 rapportaient l'absence de bénéfices sur le côté gestion, générés par le travail entre femmes, soit **55%**.

2 ne précisaient pas cette question.

Parmi les 22 réponses masculines :

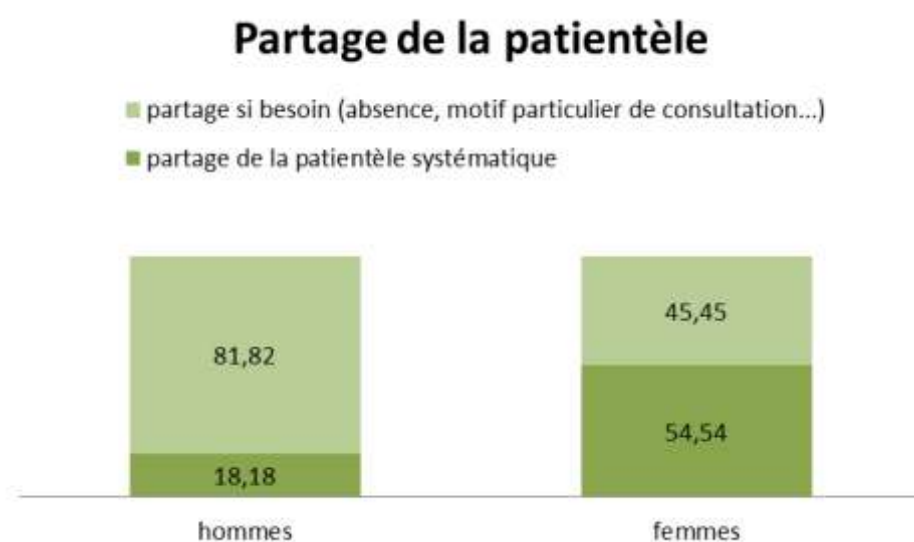
4 soulignaient une gestion rendue plus aisée par l'exercice entre hommes, soit **22.22%**.

14 rapportaient l'absence de bénéfices sur le côté gestion, générés par le travail entre hommes, soit **77.78%**.

4 ne précisaient pas cette question.

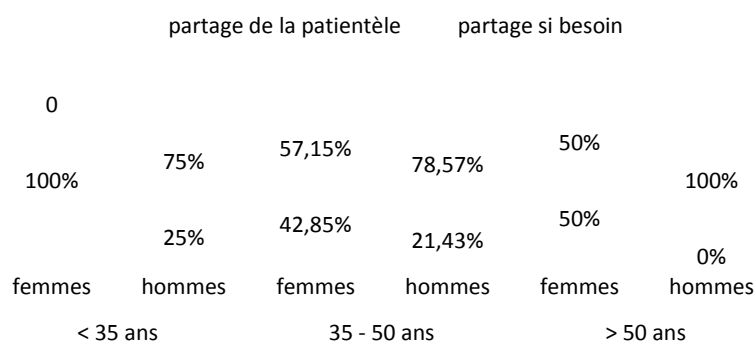
IX. Le soin lui-même

A. Partage de la patientèle



Graphique 9

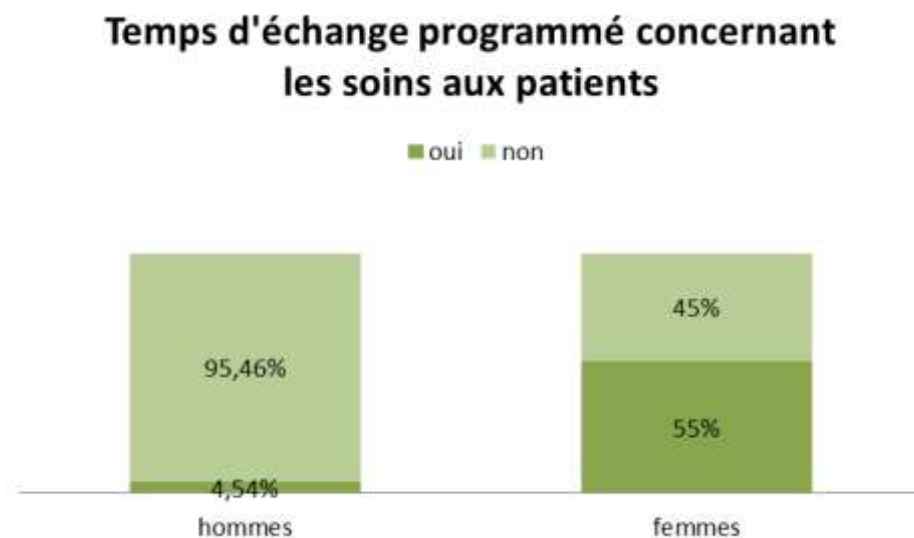
Partage de la patientèle selon le sexe et l'âge



Graphique 10

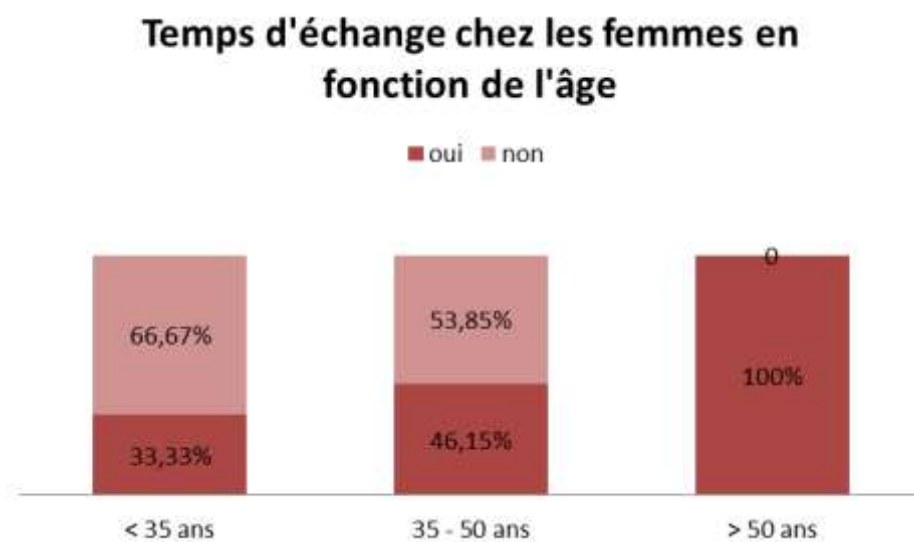
B. Temps d'échange programmé concernant les soins aux patients

Chez les 22 médecins de sexe féminin : 2 ont choisi de ne pas répondre à cette question.



Le seul homme qui avait un temps d'échange programmé était un individu de moins de 35 ans et exerçait en périurbain

Graphique 11



Graphique 12

C. Existence d'un lieu de réunion

Parmi les 22 questionnaires féminins :

13 soulignaient l'existence d'un lieu dédié aux réunions au sein du cabinet, soit **65%**.

7 précisait qu'il n'y en a pas, soit **35%**.

2 n'ont pas répondu à cet item.

Parmi les 22 questionnaires masculins :

8 soulignaient l'existence d'un lieu dédié aux réunions au sein du cabinet, soit **36.36%**.

14 précisait qu'il n'y en a pas, soit **63.64%**.

D. Influence du caractère exclusivement féminin ou masculin du groupe sur l'exercice de la médecine

1) Difficultés de travail en groupe lié au sexe

Au sein des 22 femmes :

1 soulignait une activité professionnelle compliquée par la composition uniquement féminine, soit **4.55%**.

21 rapportaient l'absence de complications générées par le travail entre femmes, soit **95.45%**.

Au sein des 22 hommes, de même que chez les femmes :

1 soulignait une activité professionnelle compliquée par la composition uniquement masculine, soit **4.55%**.

21 rapportaient l'absence de complications générées par le travail entre hommes, soit **95.45%**.

2) Facilités de travail en groupe liées au sexe

Parmi les 22 réponses féminines :

11 soulignaient un exercice simplifié par l'exercice entre femmes, soit **52.38%**.

10 rapportaient l'absence de bénéfices générés par le travail entre femmes, soit **47.62%**.

1 ne précisait pas cet aspect.

Parmi les 22 réponses masculines :

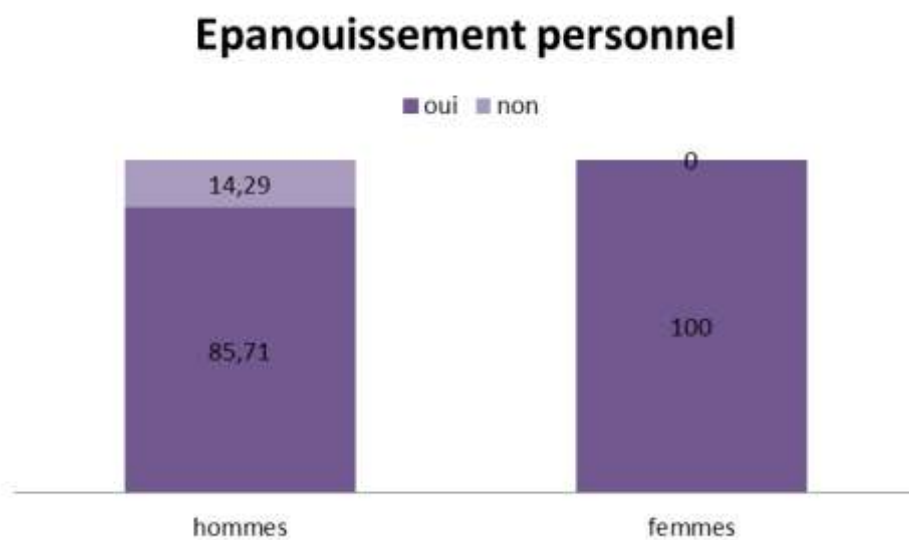
3 soulignaient un exercice simplifié par l'exercice entre hommes, soit **16.67%**.

15 rapportaient l'absence de bénéfices générés par le travail entre hommes, soit **83.33%**.

4 ne précisaient pas cet aspect.

X. Ressenti général

Un médecin femme et un médecin homme n'ont pas répondu à cette question.



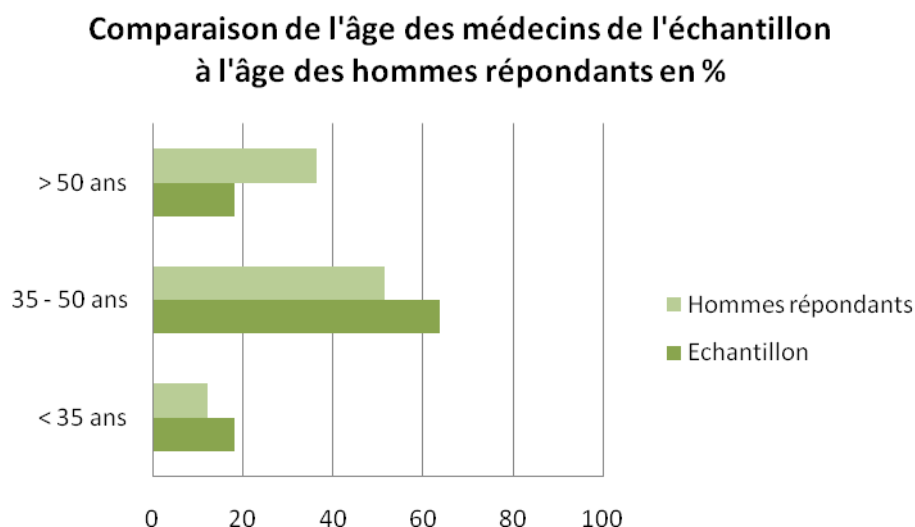
Graphique 13

DISCUSSION

I. De la méthode

Notre étude a ciblé les médecins généralistes exerçant en groupes composés uniquement de praticiens de sexe féminin. Cet échantillon, représentatif des médecins femmes, est donc nécessairement réduit. L'échantillon de médecins hommes a été sélectionné dans un but de comparaison aux femmes et n'est donc pas représentatif des groupes de médecins hommes exerçant en Loire-Atlantique.

Après analyse des résultats de tous les médecins hommes répondants, nous constatons que leurs caractéristiques sont similaires aux hommes de l'échantillon si on s'intéresse au lieu d'exercice qui était un des critères de sélection et au nombre de médecin par groupe. En revanche, l'âge des répondants est plus élevé que celui des médecins sélectionnés (graphique 14). Cette notion est biaisée car si l'âge des médecins n'était pas connu lors de l'envoi des questionnaires au départ, les derniers médecins recrutés l'ont été en fonction de leur âge de moins de 50 ans dans un souci de comparaison avec les médecins femmes.



Graphique 14

La constitution de deux échantillons a été effectuée par l'envoi postal de questionnaires similaires.

Nous remarquons un taux de réponse des femmes important: est-ce lié à un intérêt particulier pour notre étude qui aborde leur pratique?

Dans le cas de l'échantillon masculin, une enveloppe timbrée libellée à l'adresse de retour manquait, rendant les taux de réponses respectifs difficilement interprétables. De la même façon, afin que ces deux échantillons soient comparables, une relance téléphonique et de nouveaux envois ont été nécessaires chez les hommes, biaisant totalement le taux de réponses. Enfin, afin de comparer deux échantillons superposables en termes d'âge et de zone d'exercice, nous avons été obligées de réduire significativement le nombre de questionnaires interprétés.

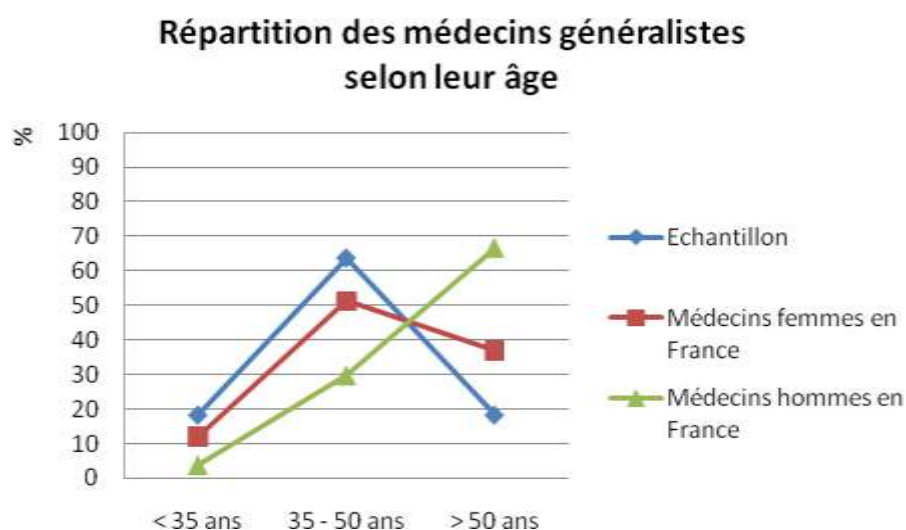
Notre échantillon de médecins étant restreint et les données recueillies étant purement déclaratives, nous discuterons les résultats en tenant compte de ces limites. De plus, certaines réponses étant manquantes, les résultats obtenus à certaines questions peuvent être biaisés.

Du fait de la petite taille des échantillons, nous n'avons pas réalisé d'analyse statistique.

II. Des résultats

A. Echantillon

L'échantillon de médecins sélectionnés est plus jeune que la moyenne nationale des médecins généralistes libéraux et mixtes ² : pour les médecins femmes et d'autant plus pour les médecins hommes.



Graphique 15

SOURCE DRESS, Les médecins estimations au 1/01/09 ²

La féminisation en médecine étant récente, les femmes sont surtout représentées dans les classes d'âge les moins élevées. De plus, notre échantillon de médecins femmes est plus jeune que la moyenne nationale. L'installation en groupe concerne-t-elle des médecins généralistes plus jeunes ?

Ces résultats sont retrouvés dans l'étude de la DRESS² où l'activité en cabinet de groupe est la plus importante parmi les 35-50 ans à 47.93%, l'exercice en cabinet individuel est majoritaire quel que soit l'âge des médecins. Si on ne s'intéresse qu'aux médecins femmes, ces résultats sont similaires. De plus, en Pays de la Loire⁸, l'activité de groupe est pratiquée surtout par des jeunes médecins (<45 ans), majoritairement par des femmes, ce qui est une exception nationale et surtout en milieu urbain (76%). De plus, l'installation en cabinet se fait plus tôt lorsqu'elle a lieu en cabinet de groupe.

On note une moindre proportion des médecins femmes installées en milieu rural : 9.09% contre 15.7% au niveau national.

Le fait de s'installer en groupe peut être rassurant avec un partage des tâches administratives, de la gestion du cabinet et des patients, un aménagement du temps de travail voire un temps partiel qui permettent de concilier vie professionnelle et vie privée tout en assurant une permanence des soins. Cette option peut intéresser les jeunes femmes médecins, certaines étant jeunes mères de famille, et qui recherchent un exercice libéral de la médecine générale moins contraignant.

B. Une maîtrise du temps de travail

1) Un temps de travail limité et adaptable

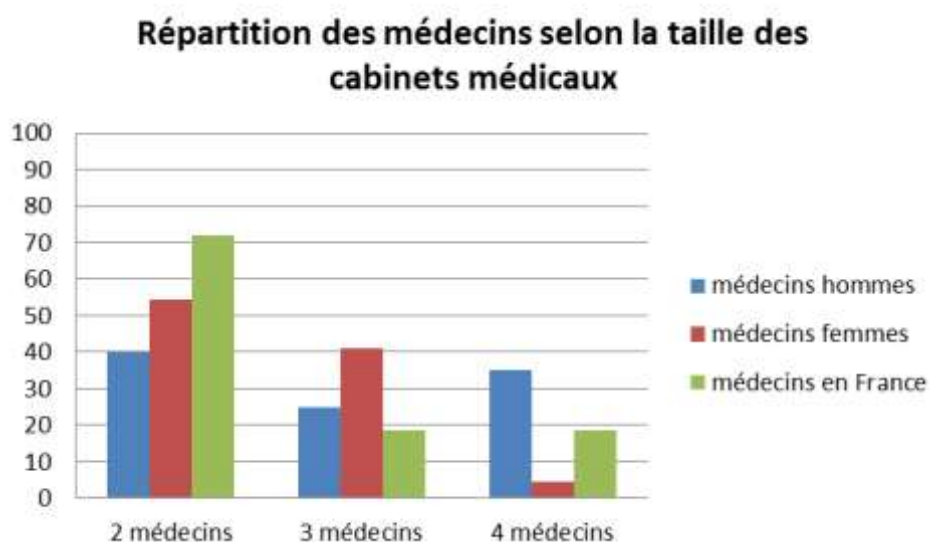
Notre travail met en lumière un nombre d'heures hebdomadaires moyen de travail moins important chez les femmes que chez les hommes ainsi qu'un nombre de semaines annuelles moyen de vacances plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Comme nous le précisons en introduction à notre étude, ces données avaient déjà été démontrées par d'autres travaux^{4, 9, 10}.

Nous pouvons aussi constater que la notion de flexibilité des horaires est plus représentée dans le groupe féminin. Notre enquête montre que, lorsque les femmes médecins décrivent une certaine souplesse dans l'organisation de leur temps de travail, elles ne rapportent pas de façon significative cette possibilité au fait qu'elles exercent exclusivement entre femmes.

Temps de travail réduit et possibilité d'adaptation des horaires seraient-elles des spécificités de l'exercice féminin ?

2) Des cabinets médicaux plus petits...

On constate aussi que les groupes de femmes sont plus souvent des groupes de petite taille (graphique 16). Les regroupements de 2 médecins sont largement les plus représentés, notion qu'on ne retrouve pas de façon aussi criante chez les hommes.



Graphique 16

SOURCE ODM Démographie Partie médecine générale ¹¹

Exercer dans de petites structures est-il un choix éclairé, permettant un contrôle plus facile de l'activité et une moindre possibilité d'être « débordée » ?

Il est difficile de répondre à cette question. L'hypothèse qu'en multipliant le nombre de praticiens d'un cabinet, on augmente la capacité d'accueil des patients et donc on facilite la gestion de l'emploi du temps de chacun est aussi à retenir.

3) Choix du lieu d'installation

De la même façon, nous remarquons que notre échantillon est fortement représenté par des médecins exerçant en région péri-urbaine et urbaine. Ce choix n'est-il pas à rapprocher de ce besoin de « maîtriser » son activité professionnelle et de faciliter l'interface « travail/vie de famille » ? En effet, pratiquer la médecine en zone péri-urbaine ou urbaine permet de bénéficier, à proximité, d'un réseau de professionnels de santé (libéraux ou hospitaliers), ainsi que d'un système de suppléance en cas de nécessité (SOS médecins) rendant le quotidien du médecin plus serein.

D'un point de vue personnel, être à proximité des différentes structures nécessaires à la vie de famille (crèches, école, commerces...), de l'éventuel lieu de travail de son conjoint, ne sont pas non plus des éléments insignifiants. Cette hypothèse est confortée par le travail de Sandrine Lafaye-Hugé ¹² qui montre que la vie privée est un déterminant principal dans le choix de l'installation.

4) Une organisation du travail et de la gestion du cabinet

Nous constatons que les femmes de notre étude apparaissent plus organisées dans leur travail que leurs confrères. C'est surtout remarquable dans les domaines suivants :

a) Prise en charge des patients

Notre travail nous a permis de mettre en évidence que, bien qu'ayant une charge horaire de travail inférieure, les cabinets de médecins femmes assurent avec plus d'assiduité, une permanence des soins à leurs patients.

En effet, elles sont plus nombreuses que leurs confrères, à s'organiser, pour être dans la capacité à recevoir les patients tout au long de la journée, et ce, du lundi matin au samedi midi (graphique 5 et 6). Nous notons que parmi les 35 à 50 ans, elles sont moins nombreuses à assurer la permanence des soins : est-ce lié à leur double casquette de médecin et de jeunes mères de famille ? En ce qui concerne les vacances, toutes, sans exception, ont recours à un remplaçant ou dirigent les patients vers les autres praticiens du groupe médical (graphique 7).

Nos recherches nous révèlent aussi que cette volonté d'un « service continu » est rendu possible par le choix d'un partage de patientèle que l'on retrouve de façon plus fréquente chez les femmes (graphique 9) et qui sera explicité par la suite.

En dehors des temps de consultation, les femmes déclarent plus souvent programmer dans leur semaine de travail un temps d'échange clinique confraternel au sujet des patients. De plus, elles sont plus nombreuses que les hommes à avoir au sein de leur cabinet un lieu propice aux réunions.

Cette activité est quasi uniquement pratiquée par les femmes. Le développement du temps partiel est-il la cause de cette organisation, les échanges confraternels étant nécessaires pour assurer le suivi du patient et une continuité des soins? Est-ce une discipline féminine liée à la volonté de confronter les points de vue pour améliorer les prises en charge et rompre l'isolement lié à l'exercice libéral ?

L'organisation de ce temps d'échange en milieu libéral est complexifiée par la charge de travail clinique déjà importante en consultations ou visites, la charge de travail administrative et l'absence de rémunération. Elle est à prendre en considération par la limitation du temps de consultation qu'elle entraîne dans un contexte où il y a une pénurie d'omnipraticiens. D'ailleurs, aucune femme exerçant en milieu rural n'organise une telle réunion. Est-ce lié à une charge de travail trop importante en activité clinique ? Ou par manque de volonté ?

b) Gestion du cabinet

Concernant la gestion du cabinet, les femmes sont plus nombreuses à programmer un temps d'échange avec leurs collègues que les hommes qui le font de manière moins formelle, en cas de besoin.

Ce type de réunion permet-il une répartition des tâches facilitée et au plus juste ? une anticipation de potentiels problèmes à venir ?

Chez les femmes appartenant à des plus petits groupes de médecins, l'organisation peut en être simplifiée avec une répartition des tâches plus aisée, une communication plus facile.

Les femmes déclarent un temps de gestion plus long que les hommes par semaine : est-ce lié à l'existence de ce temps d'échange entre collègues associé à la gestion individuelle ? À l'appartenance des femmes à des groupes médicaux de plus petites tailles n'ayant pas de

secrétariat pour gérer certaines tâches administratives ? Est-ce lié à une estimation difficile du temps surtout lorsqu'il n'est pas programmé ?

Toutes ces données peuvent nous laisser supposer qu'il existe chez les femmes une réelle volonté d'être maître de leur emploi du temps, et qu'elles sont prêtes, pour cela, à faire les choix nécessaires. Cette supposition peut être confortée par notre enquête qui démontre que les femmes éprouvent moins souvent que les hommes le sentiment de trop travailler (graphique 4).

Pour finir, notre questionnaire met en lumière que les femmes considèrent plus fréquemment que les hommes, que leur profession est vectrice d'épanouissement personnel (graphique 13).

Ces deux derniers constats sont sans nul doute à mettre en relation. Travailler moins pour travailler mieux ?

C. Un partage de la patientèle contre l'appropriation des patients ?

Les médecins femmes de notre étude sont une majorité à partager leur patientèle. L'exercice en groupe dans ces cabinets n'est pas qu'une simple mutualisation des moyens (locaux, secrétariat), ni qu'une organisation pour assurer la permanence des soins tout en pouvant prendre des congés, mais aussi un partage de la patientèle avec entraide confraternelle sur des situations cliniques difficiles. Les femmes se placent plutôt dans une position de discussion, d'échange avec remise en cause de leur prise en charge, un peu comme dans les « staffs hospitaliers ». C'est aussi ce qui explique qu'elles organisent des temps d'échange clinique dans leur semaine de travail. Ce partage de patientèle permet un décroisement professionnel avec partage des décisions, de la responsabilité et vise à se réassurer. Il a sans doute été nécessaire pour développer une activité à temps partiel, majoritairement féminine, tout en assurant une permanence des soins.

Nous remarquons qu'à l'inverse des femmes, les médecins hommes interrogés ont tendance à très rarement partager leur patientèle, cela ne concernant que 4 praticiens (graphique 9). Il est aussi intéressant de souligner que ces individus se répartissent différemment selon la tranche d'âge étudiée (graphique 10), laissant entrevoir une tendance qui serait plus générationnelle que sexuée et que nous ré-évoquerons un peu plus loin.

Existe-t-il un plus fort sentiment de « propriété » des patients par les médecins hommes ? Est-ce un trait de caractère masculin ? La conséquence de déterminants économiques ? Une conception du métier de médecin généraliste propre à la gente masculine ?

D'après Aline Sarradon-Eck dans *Singuliers Généralistes*¹³, l'appropriation des patients découlerait d'une volonté d'autonomie professionnelle et relationnelle et permettrait une meilleure maîtrise de la décision de soins. Mais elle est dans le même temps, une entrave au partage de la patientèle et risque d'aboutir à un isolement professionnel avec responsabilité totale pour le médecin et au final à un épuisement professionnel.

D. L'exercice mono-sexe, avantage ou inconvénient ?

De façon schématique, notre enquête montre que l'exercice de la médecine générale (soin et gestion du cabinet), qu'il soit fait entre femmes exclusivement ou entre hommes exclusivement, ne semble pas inspirer un caractère handicapant pour les interrogés.

Lorsqu'on les interroge sur un hypothétique caractère favorisant de l'exercice mono-sexe, les réponses sont un peu plus nuancées. L'idée que l'activité entre femmes uniquement serait facilitée émerge sensiblement plus fréquemment que l'équivalent masculin. Comment peut-on expliquer cette différence ?

La première piste à retenir est sûrement celle proposée par les interrogées elles-mêmes, dont certaines indiquent qu'elles ressentent une meilleure compréhension, une meilleure communication, un partage des mêmes contraintes extra-professionnelles avec leurs collègues de sexe féminin.

Chez les hommes, le discours le plus répandu est l'idée qu'il ne s'agit pas d'une question de sexe mais de personnalité. Pourtant, nous avons eu à relever à plusieurs reprises que les hommes avancent comme avantage à travailler avec d'autres hommes qu'ils présentent « une plus grande disponibilité au travail, une absence de contrainte d'ordre familial et une durée de travail plus grande »...

Afin d'en savoir plus sur cette caractéristique, il serait intéressant de sonder des médecins exerçant au sein de groupes mixtes.

E. Changements de pratiques : quelle composante générationnelle?

Il semble important de souligner que nos résultats semblent montrer un changement des pratiques chez les jeunes générations de médecins, notion que nous avons déjà abordé au début de ce travail. Compte-tenu du petit échantillon de praticiens représentant le groupe des moins de 35 ans (4 femmes et 4 hommes), il est difficile d'apporter des conclusions sur cet aspect de notre étude.

Nous pouvons tout de même mettre en lumière le fait que les hommes semblent travailler moins et prendre plus de vacances dans les classes d'âge inférieur (graphiques 2 et 3). De la même façon, la notion de partage de la patientèle semble émerger chez les médecins plus jeunes.

Toutes ces données viennent confirmer l'idée que l'exercice de la médecine générale libérale est en train de connaître de profondes modifications, qui ne sont pas exclusivement la conséquence de la féminisation de la profession mais surtout d'une volonté de la nouvelle génération à ne pas exercer dans les mêmes conditions que leurs aînés¹³.

En effet, on constate un épuisement de la profession, qui a, par exemple, tenté d'être mesuré par une enquête de l'Union régionale des médecins libéraux de Bretagne en 2003¹⁴. Celle-ci conclue que les médecins généralistes sont fatigués et stressés, que leurs conditions de travail sont dégradées, qu'ils ont un sentiment d'effectuer des tâches qui ne relèvent pas de leur qualification et qu'ils se sentent isolés.

CONCLUSION

L'exercice de la médecine générale par les femmes au sein de groupes uniquement féminins révèle quelques spécificités comparativement aux hommes.

Nos résultats révèlent leur volonté de maîtriser leur temps de travail en limitant les horaires et en modulant leurs journées de travail, ce qui confirme l'hypothèse de départ. Cependant, les femmes sont plus soucieuses d'assurer la permanence des soins que leurs confrères. Les femmes organisent leur vie professionnelle avec comme objectifs de concilier au mieux vie privée et vie professionnelle et de permettre une continuité des soins.

Est-ce cet équilibre qui explique leur sentiment d'être plus épanouies personnellement?

Au sein des regroupements féminins, nous ne retrouvons pas de difficultés particulières ressenties liées à l'exercice mono-sexe. Ce dernier semble même plutôt être un facteur favorisant pour certaines. L'exercice au féminin se différencie par le partage de la patientèle et la volonté d'échanges confraternels visant à décloisonner le métier de médecin.

A l'inverse, on note une tendance à l'appropriation des patients par les médecins hommes avec un exercice plus solitaire de la médecine générale.

Ces spécificités de l'exercice de la médecine générale ne découlent pas seulement de la féminisation de la profession mais aussi d'une modification des pratiques professionnelles appartenant à des mutations sociales plus larges. Ainsi, nos résultats mettent en évidence un rapprochement des pratiques des jeunes générations qui ne veulent pas adopter les mêmes conditions d'exercice que leurs prédécesseurs. Diminution du nombre de jours travaillés, augmentation du nombre de semaine de vacances, partage de la patientèle, ...sont autant de critères souhaités par les jeunes générations.

L'équation « un médecin d'hier = un médecin d'aujourd'hui » n'est pas valable et ne le sera pas davantage avec les nouvelles générations. L'avenir de la médecine générale est sans doute à envisager avec des emplois du temps « adaptés » pour permettre aux médecins un meilleur confort de vie.

Pour répondre aux aspirations des jeunes générations et à la demande des patients, le développement de maisons de santé peut être une solution, notamment dans les régions déficitaires en médecins. Les femmes semblant ouvrir la voie du partage de patientèle, peut-on imaginer qu'elles favoriseront le développement du transfert de compétences et ainsi, des centres de santé pluridisciplinaires ?

Il serait intéressant d'étudier par un travail similaire, les spécificités d'exercice des médecins dans les cabinets mixtes, leur mode de fonctionnement et leur ressenti. On pourrait aussi approfondir les différences d'exercice intergénérationnelles pour confirmer le rapprochement des pratiques des jeunes générations de médecins hommes et femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. SICARD D. Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2001. Série statistiques 2001;28:13.
2. SICARD D. Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2009. Série statistiques 2009;138:19.
3. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats 2009;679:4.
4. UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DE RHONE-ALPES, CENTRE RHONE-ALPES D'EPIDEMIOLOGIE ET DE PREVENTION SANITAIRE. Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative. URML RA 2003;418.A:1-119. http://www.upmlra.org/doc/doc_176_doc.pdf
5. ROBELET N, LAPEYRE-SAGESSE N, ZOLESIO E. Féminisation et pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. CNOM 2006 :20.
6. BOURGUEIL Y, MAREK A, MOUSQUES J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? Questions d'économie de la santé 2007;n°127:1-8.
7. CROCHEMORE B, JUILHARD J-M, TOUBA A, VALLANCIEN G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. 2009.
8. AULAGNIER A, OBADIA Y, PARAPONARIS A, et al. L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel de cinq régions françaises. Etudes et résultats 2007;610:8.
9. LOISELET-DOULCET B. La féminisation de la médecine générale : étude du devenir de 6 promotions de PCEM 2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995. 2008;Brest:65.

10. GALLAIS JL, DUMONT F, URBEJTEL G, LEICHER C. Effets liés au genre du médecin généraliste sur la durée de travail en 2009. *Exercer* 2011;95(supp1):26S-7S.
11. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Conseil National de l'Ordre. Les spécialités en crise : la démographie médicale au 01 janvier 2006. *CNOM* 2006;39-2:79-87.
12. LAFAYE-HUGE S. Les jeunes généralistes installés dans le Morbihan : trajectoire et opinions sur la profession. 2005;Angers:201.
13. BLOY G, SCHWEYER F-X. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Rennes: Edition Presses de l'EHESP, 2010.
14. BATAILLON P, LEVASSEUR G, SAMZUN R. Synthèse des résultats « conditions de travail ». Baromètre des pratiques en médecine libérale de l'Union régionale des médecins libéraux de Bretagne 2003:13.
15. LAPEYRE N, ROBELET M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. *Sociologies Pratiques* 2007;14:13.

ANNEXES

Courrier médecins femmes :

Bonjour,

Actuellement en dernier semestre d'internat de médecine générale, je réalise une thèse étudiant les spécificités de l'exercice de la médecine générale dans le cadre des regroupements de médecins de sexe féminin exclusivement.

En acceptant de consacrer quelques minutes au questionnaire ci-joint, votre aide précieuse me permettrait d'en savoir un peu plus !

Avec mes remerciements anticipés,

Justine BARRAIS

Questionnaire féminin :

Présentation générale

De combien de médecins est constitué le cabinet où vous exercez ? ...

Vous avez :

- ☐ < 35ans
- ☐ de 35 à 50 ans
- ☐ > 50 ans

Dans quelle commune exercez-vous ?...

Charge de travail et permanence des soins

Combien d'heures par semaine travaillez-vous en moyenne (y compris gardes et astreintes) ?...

Combien de semaines de vacances par an prenez-vous en moyenne ?...

Considérez-vous que vous travaillez :

- ☐ insuffisamment
- ☐ suffisamment
- ☐ trop

Quels sont les horaires pendant lesquels les patients peuvent être reçus au cabinet (tous praticiens confondus) ? :

- ☐ lundi :
- ☐ mardi :
- ☐ mercredi :
- ☐ jeudi :
- ☐ vendredi :
- ☐ samedi :

En votre absence le midi, à qui s'adressent les patients en cas de nécessité ?

.....
.....
.....
.....

En votre absence lors des vacances, formations ou activités annexes, à qui s'adressent les patients en cas de nécessité ?

.....
.....
.....
.....

Existe-t-il une certaine flexibilité de vos horaires ? :

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, pensez-vous que celle-ci est facilitée par l'exercice exclusivement entre femmes ? :

- ☐ oui
- ☐ non

Gestion d'une entreprise

L'exercice se fait dans le cadre :

- ☐ d'une SCM
- ☐ d'une SCP
- ☐ d'une convention de partage de frais
- ☐ autre :

Combien d'heures par semaine consacrez-vous à la gestion (administrative, matérielle ...) du cabinet en moyenne ? ...

Existe-t-il un temps d'échange programmé, entre vous et vos collègues, dédié à ce sujet ? :

- ☐ oui : de quelle durée et à quelle fréquence ?

.....

- ☐ non

Considérez-vous que l'exercice exclusivement entre femmes est source de difficultés spécifiques concernant la gestion du cabinet médical ? :

- ☐ oui : lesquelles ?

.....
.....
.....
.....

- ☐ non

Au contraire, considérez-vous que l'exercice exclusivement entre femmes facilite la gestion du cabinet médical ? :

- ☐ oui : de quelle façon ?

.....
.....
.....
.....

- ☐ non

Travail d'équipe

Les patients consultent-ils vos collègues ?

- ☐ oui, de façon indifférenciée
- ☐ oui, dans des circonstances particulières (absence, motif particulier de consultation...) : lesquelles?

.....
.....
.....
.....

- ☐ non

Existe-t-il un temps d'échange clinique (au sujet des patients exclusivement) programmé, entre vous et vos collègues ? :

☐ oui : de quelle durée et à quelle fréquence ?

.....

☐ non

Existe-t-il, au sein du cabinet, un lieu propice à ces réunions ?

☐ oui

☐ non

Considérez-vous que l'exercice exclusivement entre femmes est source de difficultés particulières ?

☐ oui : lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

☐ non

Considérez-vous que l'exercice exclusivement entre femmes est source d'avantages particuliers ? :

☐ oui : lesquels ?

.....

.....

.....

.....

☐ non

Votre profession est-elle vecteur d'épanouissement personnel ?

☐ oui

☐ non

Courrier médecins hommes :

Valérie Fouassier
Résidence des ajoncs d'or

56130 Marzan

06 30 92 27 17

Bonjour,

Je suis nouvellement médecin remplaçante non thésée et je prépare ma thèse sur les spécificités de l'exercice de la médecine générale dans le cadre des regroupements de médecins de sexe masculin exclusivement.

Dans ce but, je vous envoie un questionnaire à compléter par chacun des médecins du cabinet. Je vous remercie à l'avance d'accorder quelques minutes à la rédaction de ce questionnaire dont les réponses me seront d'une aide précieuse pour m'éclairer sur ce sujet.

Cordialement,

Valérie Fouassier

Questionnaire masculin

Présentation générale

De combien de médecins est constitué le cabinet où vous exercez ? ...

Vous avez :

- ☐ < 35ans
- ☐ de 35 à 50 ans
- ☐ > 50 ans

Dans quelle commune exercez-vous ?...

Charge de travail et permanence des soins

Combien d'heures par semaine travaillez-vous en moyenne (y compris gardes et astreintes) ?...

Combien de semaines de vacances par an prenez-vous en moyenne ?...

Considérez-vous que vous travaillez :

- ☐ insuffisamment
- ☐ suffisamment
- ☐ trop

Quels sont les horaires pendant lesquels les patients peuvent être reçus au cabinet (tous praticiens confondus) ? :

- ☐ lundi :
- ☐ mardi :
- ☐ mercredi :
- ☐ jeudi :
- ☐ vendredi :
- ☐ samedi :

En votre absence le midi, à qui s'adressent les patients en cas de nécessité ?

.....
.....
.....
.....

En votre absence lors des vacances, formations ou activités annexes, à qui s'adressent les patients en cas de nécessité ?

.....
.....
.....
.....

Existe-t-il une certaine flexibilité de vos horaires ? :

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, pensez-vous que celle-ci est facilitée par l'exercice exclusivement entre hommes ? :

- ☐ oui
- ☐ non

Gestion d'une entreprise

L'exercice se fait dans le cadre :

- ☐ d'une SCM
- ☐ d'une SCP
- ☐ d'une convention de partage de frais
- ☐ autre :

Combien d'heures par semaine consacrez-vous à la gestion (administrative, matérielle ...) du cabinet en moyenne ? ...

Existe-t-il un temps d'échange programmé, entre vous et vos collègues, dédié à ce sujet ? :

- ☐ oui : de quelle durée et à quelle fréquence ?
.....
- ☐ non

Considérez-vous que l'exercice exclusivement entre hommes est source de difficultés spécifiques concernant la gestion du cabinet médical ? :

- ☐ oui : lesquelles ?
.....
.....
.....
.....
- ☐ non

Au contraire, considérez-vous que l'exercice exclusivement entre hommes facilite la gestion du cabinet médical ? :

- ☐ oui : de quelle façon ?
.....
.....
.....
.....
- ☐ non

Travail d'équipe

Les patients consultent-ils vos collègues ?

- ☐ oui, de façon indifférenciée
- ☐ oui, dans des circonstances particulières (absence, motif particulier de consultation...) :
lesquelles?

-
-
-
-
- ☐ non

Existe-t-il un temps d'échange clinique (au sujet des patients exclusivement) programmé, entre vous et vos collègues ? :

☐ oui : de quelle durée et à quelle fréquence ?

.....

☐ non

Existe-t-il, au sein du cabinet, un lieu propice à ces réunions ?

☐ oui

☐ non

Considérez-vous que l'exercice exclusivement entre hommes est source de difficultés particulières ?

☐ oui : lesquelles ?

.....
.....
.....
.....

☐ non

Considérez-vous que l'exercice exclusivement entre hommes est source d'avantages particuliers ? :

☐ oui : lesquels ?

.....
.....
.....
.....

☐ non

Votre profession est-elle vecteur d'épanouissement personnel ?

☐ oui

☐ non

LISTE DES GRAPHIQUES :

Graphique 1 : Proportion de médecins généralistes travaillant en groupe (<i>SOURCE IRDES Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?⁶</i>).....	11
Graphique 2 : Nombre d'heures hebdomadaires travaillées selon le sexe et l'âge.....	18
Graphique 3 : Nombre de semaines de vacances par an selon le sexe et l'âge.....	19
Graphique 4 : Ressenti de la quantité de travail.....	19
Graphique 5 : Participation à la permanence des soins journalières selon le sexe et l'âge.....	20
Graphique 6 : Participation à la permanence des soins journalière selon le sexe et le lieu d'exercice.....	21
Graphique 7 : Permanence des soins sur une année.....	22
Graphique 8 : Temps d'échange à propos de la gestion en fonction du sexe et de la classe d'âge.....	24
Graphique 9 : Partage de la patientèle.....	25
Graphique 10 : Partage de la patientèle selon le sexe et l'âge.....	25
Graphique 11 : Temps d'échange programmé pour les patients.....	26
Graphique 12 : Temps d'échange programmé chez les femmes en fonction de l'âge.....	26
Graphique 13 : Epanouissement personnel.....	28
Graphique 14 : Comparaison de l'âge des médecins de l'échantillon à l'âge des hommes répondants en %.....	29
Graphique 15 : Répartition des médecins généralistes selon leur âge (<i>SOURCE DRESS, Les médecins estimations au 1/01/09²</i>).....	30
Graphique 16 : Répartition des médecins selon la taille des cabinets médicaux (<i>SOURCE ODM Démographie Partie médecine générale¹¹</i>)	32

RESUME

Contexte. L'exercice de groupe en soins primaires et la féminisation de la profession médicale se développent. On peut donc imaginer que les cabinets ne regroupant que des médecins de sexe féminin vont être fortement représentés dans les années à venir.

Objectif. Chercher à déterminer les spécificités de ce type de regroupement.

Méthode. Enquête réalisée en Loire-Atlantique par des questionnaires adressés à des médecins généralistes de sexe féminin qui n'exercent qu'entre femmes d'un côté et à des médecins de sexe masculin qui n'exercent qu'entre hommes de l'autre.

Résultats. Un temps de travail inférieur assorti d'une véritable volonté de maîtrise de leur emploi du temps, une attention particulière à assurer la permanence des soins, une communication accrue avec partage de la patientèle sont des caractéristiques que l'on voit émerger dans ces cabinets médicaux. Les relations professionnelles n'apparaissent pas compliquées par l'exercice entre femmes et semblent même facilitées par une meilleure compréhension et des échanges plus fréquents et plus riches.

Conclusion. Le modèle représenté par ces cabinets féminins semble être une piste intéressante pour tous les jeunes médecins, quel que soit leur sexe, qui aspirent à une meilleure articulation entre temps de travail et temps familial.

MOTS-CLES

Groupe

Féminisation

Médecine générale

Médecine libérale

Permanence des soins