

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine



ANNEE 2008

THESE N° 3.124/1

**CRITERES D'INSTALLATION
en SECTEUR LIBERAL RURAL ou SEMI RURAL
des FEMMES MEDECINS GENERALISTES
EXERCANT en LIMOUSIN**

THESE

POUR LE

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2008

par

Aurélie VEYRIRAS ép. CHEMILLE

Née le 6 juin 1977 à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE

Madame le Professeur TEISSIER-CLEMENT	Présidente
Monsieur le Professeur BONNAUD	Juge
Monsieur le Professeur VERGNENEGRE	Juge
Monsieur le Professeur BUCHON	Juge
Monsieur le Professeur BUISSON	Juge
Madame le Docteur PREVOST, <i>Directeur de thèse</i>	Juge

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe FF (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESPOIT Jean-Claude	NUTRITION
DUDOGNON Pierre (Sur 31/08/2009)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel
MAUBON Antoine (C.S)
MELLONI Boris
MERLE Louis (C.S)
MONTEIL Jacques
MOREAU Jean-Jacques (C.S)
MOULIES Dominique (C.S)
NATHAN-DENIZOT Nathalie
PARAF François
PILLEGAND Bernard (Surnombre 31/08/2008)
PIVA Claude (Surnombre 31/08/2008)
PLOY Marie-Cécile
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Michel (Surnombre 31/08/2010)
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis (C.S)
SAUVAGE Jean-Pierre
STURTZ Franck
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
TREVES Richard
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNEGREGRE Alain (C.S)
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)
YARDIN Catherine (C.S)

CHIRURGIE DIGESTIVE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 PNEUMOLOGIE
 PHARMACOLOGIE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
 GASTRO ENTEROLOGIE, HEPATHOLOGIE
 MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
 GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Parasitologie et Mycologie
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	Physiologie
BOUTEILLE Bernard	Parasitologie - Mycologie
CHABLE Hélène	Biochimie et Biologie Moléculaire
DAVIET Jean-Christophe	Médecine physique et réadaptation
DRUET-CABANAC Michel	Médecine et Santé au Travail
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Anatomie – Chirurgie Digestive
ESCLAIRE Françoise	Biologie Cellulaire
JULIA Annie	Hématologie
LE GUYADER Alexandre	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
MOUNIER Marcelle	Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
PETIT Barbara	Anatomie et cytologie pathologiques
PICARD Nicolas	Pharmacologie Fondamentale
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
RONDELAUD Daniel	Cytologie et Histologie
TERRO Faraj	Biologie Cellulaire
VERGNE-SALLE Pascale	Thérapeutique
VINCENT François	Physiologie

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	Anglais
-----------------------	---------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	Médecine générale
BUISSON Jean-Gabriel	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie	Médecine Générale
PREVOST Martine	Médecine Générale

A notre Présidente de Thèse,

Madame le Professeur TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
Endocrinologie, Diabétologie, Maladies métaboliques
Médecine de la Reproduction
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier

*Vous qui avez guidé nos premiers pas de Résident,
Vous nous faites l'honneur de présider cette soutenance,
Soyez assurée de notre gratitude et de notre profond respect.*

A nos Juges,

Monsieur le Professeur BONNAUD François
Professeur de Pneumologie
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service
Doyen Honoraire

*Vous qui avez participé à notre formation,
Vous qui nous avez transmis une partie de votre savoir,
Vous qui avez su être à nos côtés dans les moments délicats,
Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.*

Monsieur le Professeur VERGNENEGRE Alain
Epidémiologie, Economie de Santé, Prévention
Professeur des Universités
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

*Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.
Soyez assuré de notre profond respect.*

Monsieur BUCHON Daniel
Médecine Générale
Professeur Associé à Mi-Temps

*Nous sommes honorés de votre participation à ce jury de soutenance.
Nous vous en remercions.*

Monsieur BUISSON Jean-Gabriel
Médecine Générale
Professeur Associé à Mi-Temps

*Vous qui avez suivi le déroulement de nos études...
Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.
Soyez assuré de notre profonde gratitude.*

Madame PREVOST Martine
Médecine Générale
Maître de Conférence Associée à Mi-Temps

*Vous avez accepté le sujet de cette thèse,
Vous nous avez guidé dans la réalisation de ce travail,
Veuillez trouver ici notre profonde reconnaissance.*

A mes parents

Vous m'avez soutenue et encouragée tout au long de mes études.

En voici enfin l'aboutissement.

Soyez remerciés pour votre Amour.

A toi, Jean-Baptiste

Pour ta présence, ton soutien, ta patience ... JE T'AIME

A Louis et Bastien

Je vous Aime de tout mon cœur.

A ma famille,

A mes amis,

Et à tous ceux qui m'ont soutenue dans l'écriture de ce travail

*Il n'est pas nécessaire de vous nommer, que vous soyez amis d'enfance,
de fac ou d'ailleurs Merci*

A toutes les Femmes Médecins Généralistes

qui, en retournant le questionnaire

ont montré leur intérêt pour ce travail

et y ont apporté une contribution incontournable.

Merci.

PLAN

INTRODUCTION

I. LES FEMMES DANS L'HISTOIRE DE LA MEDECINE

A. De la période primitive à l'Antiquité

1. LA MEDECINE PRIMITIVE
2. LA MEDECINE ARCHAÏQUE
3. LA MEDECINE HIPPOCRATIQUE
4. LA MEDECINE GRECO-ROMAINE

B. Le Moyen-Age

C. De la Renaissance à la Révolution

D. Le XIXème siècle

E. Le XXème siècle

II. DEMOGRAPHIE MEDICALE

A. Données nationales

1. EFFECTIF MEDICAL
2. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION MEDICALE
3. EVOLUTION ET PROJECTION DES DENSITES SELON LE NUMERUS
CLAUSUS
4. INEGALITES GEOGRAPHIQUES
5. FEMINISATION DE LA PROFESSION

B. Données en Limousin

C. Données de la faculté de Médecine de Limoges

III. METHODE

A. La population étudiée

B. La méthode

IV. RESULTATS

A. Répondants/Non Répondants

B. Analyse du questionnaire

1. LEUR IDENTITE

- a- L'âge
- b- La situation matrimoniale
- c- Le conjoint
- d- Les enfants
- e- Les grossesses et l'impact des congés maternité
- f- La taille de la commune d'origine

2. LEURS ETUDES

- a- La thèse et l'installation
- b- La faculté d'origine
- c- Les remplacements

3. L'INSTALLATION

- a- L'installation envisagée et réalisée
- b- Opportunité ou réfléchie
- c- L'aspect financier
- d- Les aides à l'installation

4. LEUR ACTIVITE PROFESSIONNELLE

- a- Le mode d'exercice
- b- Mode d'Exercice Particulier (MEP)
- c- Le mode de consultation
- d- Le temps de travail et l'activité : demi-journées, actes, visites :
 - nombre de demi-journées de travail hebdomadaires*
 - nombre d'actes hebdomadaires*
 - nombre de visites hebdomadaires*
- e- La permanence des soins
- f- Les congés et les remplacements

5. LES CRITERES D'INSTALLATION

- a- Les critères professionnels
- b- Les critères personnels
- c- Les critères environnementaux
- d- Les freins à l'installation

6. LES EVOLUTIONS POSSIBLES

7. DES REGRETS ?

V. ANALYSE ET DISCUSSION

A. Validité de l'étude

1- VALIDITE INTERNE

2- VALIDITE EXTERNE

B. Analyse du questionnaire

- 1- L'AGE
- 2- LES GARDES
- 3- LA FAMILLE DU MEDECIN
- 4- LE MODE D'EXERCICE
- 5- LE CHOIX DU LIEU D'INSTALLATION
- 6- LES MEP
- 7- L'ACTIVITE
- 8- REGARDS SUR L'INSTALLATION REALISEE
- 9- MESURES INCITATIVES MISES EN PLACE POUR L'INSTALATION
DES MEDECINS EN ZONE SOUS MEDICALISEE

a- Des mesures incitatives ciblées.

- *- La mise en place d'aides conventionnelles
- *- Les aides des collectivités locales
- *- Les aides fiscales
- *- Assurer la cohérence et la visibilité des aides

b- Adapter le mode d'exercice médical.

- *- Incitation à l'exercice regroupé
- *- Création du statut de collaborateur associé
- *- Développer la coopération entre les professionnels
de santé médicaux et paramédicaux
- *- Faciliter la conciliation entre vie professionnelle et familiale

c- Rapprochement avec les données tirées de notre échantillon.

CONCLUSION

GLOSSAIRE

BIBLIOGRAPHIE

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

ANNEXES

1. Questionnaire

2. Clichés sur la femme médecin

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

La féminisation de la profession médicale est en augmentation constante. La place des femmes en tant que médecin a été variable suivant les différentes époques.

En 1984, 24% des médecins en exercice étaient des femmes. Cet effectif augmentait à 30% en 2001. La dernière estimation au 1^{er} janvier 2007 retrouvait 39,6% de femmes parmi les médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Le mouvement s'amplifie et actuellement les femmes représentent 56% des médecins de moins de 35 ans. On estime que, tous âges confondus, les femmes représenteront à l'horizon 2020, 50% des médecins en exercice.

La féminisation touche tous les secteurs d'activité de manière hétérogène : elle est plus modérée en exercice libéral (29%) qu'en exercice salarié (40% des médecins hospitaliers, 66% des médecins salariés non hospitaliers). Au sein du secteur libéral, cette féminisation est plus faible chez les médecins généralistes (27%) que chez les médecins des autres spécialités (32%).

En Limousin, en 2006, 30% des médecins généralistes libéraux étaient des femmes. On note une hétérogénéité concernant le milieu d'exercice (urbain, rural ou semi rural).

On estime qu'en 2020 sur le territoire national, 43% des médecins libéraux, toute activité confondue, seront des femmes.

Globalement, les médecins généralistes sont peu attirés par l'exercice libéral en milieu rural ou semi rural. Pourtant des femmes choisissent d'exercer en ces lieux.

Nous avons souhaité, à travers une enquête descriptive conduite auprès des femmes médecins généralistes installées en milieu rural ou semi rural du Limousin, connaître les critères ayant pu influencer leur installation.

L'enquête a concerné les 96 femmes médecins généralistes libérales ayant un exercice allopathique exclusif ou mixte recensées selon les listings des Unions Régionales des Médecins Libéraux du Limousin (URML). Les 80 réponses (82,52%) ont été recueillies et analysées manuellement.

I. LES FEMMES DANS L'HISTOIRE DE LA MEDECINE

A. De la période primitive à l'Antiquité

1. LA MEDECINE PRIMITIVE (3, 16, 28, 31)

Dans les sociétés primitives la « médecine » est essentiellement magique. Les causes des maladies sont surnaturelles, vengeresses ou punitives. Le guérisseur ou guérisseuse se place alors en intermédiaire entre la tribu toute entière et les puissances occultes. La maladie n'est pas individuelle mais atteint l'ensemble du groupe et les membres doivent s'unir pour la chasser.

Par crainte des forces maléfiques on voit naître un début de prophylaxie. La thérapeutique fait appel aux plantes et autres décoctions souvent l'apanage des femmes qui, elles, exécutent la cueillette et découvrent peu à peu les propriétés des « simples ».

La tradition a transmis le fait de la pratique de la médecine par les femmes : Isis, suivant les égyptiens, a découvert plusieurs médicaments. Junon, chez les romains présidait les accouchements et hâtait la délivrance. Hygiéa (qui donnera son nom à l'hygiène) fille d'Esclaepios, ou encore Ocyroe étaient « savantes » en médecine... (3)

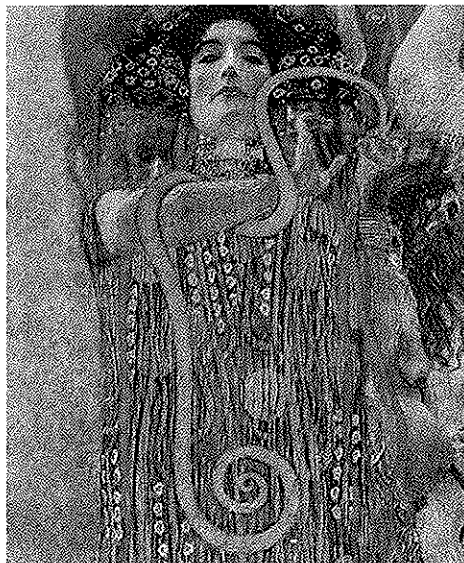


Fig 1 : Gustave Klimt. La médecine, hygie

Ce personnage hiératique est une reproduction en couleurs et constitue tout ce qui reste des trois peintures exécutées par Klimt pour l'université de Vienne. (1897-1898)

2. LA MEDECINE ARCHAÏQUE (3, 16, 28, 31)

La période de la médecine archaïque s'étend à peu près de l'an 3000 au premier millénaire avant JC. Elle est le trait d'union entre la médecine primitive et la médecine dite hippocratique.

On considère alors le malade comme individu isolé. L'observation clinique voit le jour, avec la description détaillée des symptômes physiques, la classification de ces symptômes et la transcription écrite du savoir... Beaucoup d'erreurs sur beaucoup d'organes, c'est l'apanage de la médecine empirique (médecine basée sur l'expérience et non plus sur les croyances). Ce médecin peut être une femme.

Homère dans ses œuvres rend hommage aux femmes : Agamède, ou encore l'Egyptienne Polydamna sont citées dans l'Odyssée. (3)

En Grèce, les femmes sont nombreuses à être chargées du service divin et sont consultées en cas de maladie. Leurs exploits sont rapportés par les historiens, tels ceux de Junon, Poliade et surtout ceux de la Pythie de Delphes.



Fig. 2 : La Pythie de Delphes

Les notions demeurent imprécises, erronées et les *a priori* ne sont pas remis en cause. Pourtant le mode de raisonnement est déjà là : observation, étude des causes, diagnostic, thérapie.

3. LA MEDECINE HIPPOCRATIQUE (3, 16, 28, 31)

Hippocrate (460-377 avant JC) est né dans l'île de Cos. Il fonde une méthode basée sur les lois de la nature, l'observation individuelle comparée à la description générale de la maladie avec un réel humanisme envers le patient.

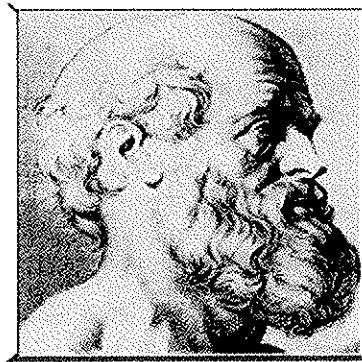


Fig. 3 : Hippocrate (460-377 avant JC)

Une acquisition majeure de la médecine hippocratique est le pronostic. Hippocrate et ses élèves sont des cliniciens, ils s'attachent aux signes extérieurs des maladies sans tenter de progresser dans le domaine anatomique ou physiologique...

Les femmes sont exclues de l'école de médecine. Une loi des Athéniens interdisait aux esclaves et aux femmes la pratique de la médecine. Aussi de nombreuses patientes que la pudeur empêchait de se confier à des hommes succombaient faute de secours (3). Les femmes se transmettent oralement leur savoir au lit du malade et en font même profiter les traités médicaux masculins.

On note dans les ouvrages médicaux que les grecs avaient des *femmes médecins* chargées d'extraire l'enfant et le « délivre ». On leur donnait le titre de maïa (à l'origine de la maïeutique). Il existait aussi des femmes médecins à part entière, qui « doivent être versées dans toutes les parties de la médecine pour donner des prescriptions médicales, chirurgicales ou thérapeutiques, pour juger bien des choses observées et savoir apprécier tous les phénomènes relatifs» (3). Ces femmes étaient autorisées à traiter toutes les maladies en tant qu'intermédiaire, car à cette époque, les patientes répugnaient à se faire examiner par un homme. Les intermédiaires décrivaient alors les symptômes cliniques à leurs confrères masculins qui gardaient le prestige du diagnostic et du pronostic.

*AGNODICE (44): Issue de la haute société athénienne, jeune fille brillante,
Agnodice est frustrée par l'interdiction faite aux femmes d'étudier.
Encouragée par son père, elle se coupe alors les cheveux et s'habille en homme afin de
pouvoir suivre les cours, notamment auprès du célèbre médecin Hérophile.
En 350 avant notre ère, elle obtient la première place à l'examen de médecine et devient
gynécologue, toujours sans révéler sa véritable identité.
Bientôt les malades affluent vers sa pratique et les autres médecins,
jaloux de son succès, répandent le bruit qu'elle profiterait de son métier
pour séduire et corrompre les femmes mariées.
Accusée de viol sur des patientes, Agnodice est obligée de se révéler et risque la
condamnation à mort pour avoir exercé en tant que femme.
Devant le temple, la foule des ses patients manifeste en déclarant que
si Agnodice est exécutée, elle ira à la mort avec elle.
Sous la pression de la foule, les magistrats acquittent Agnodice et
lui permettent de continuer à exercer la médecine.
L'année suivante le conseil Athénien modifiera la loi et autorisera
les femmes à étudier la médecine.*

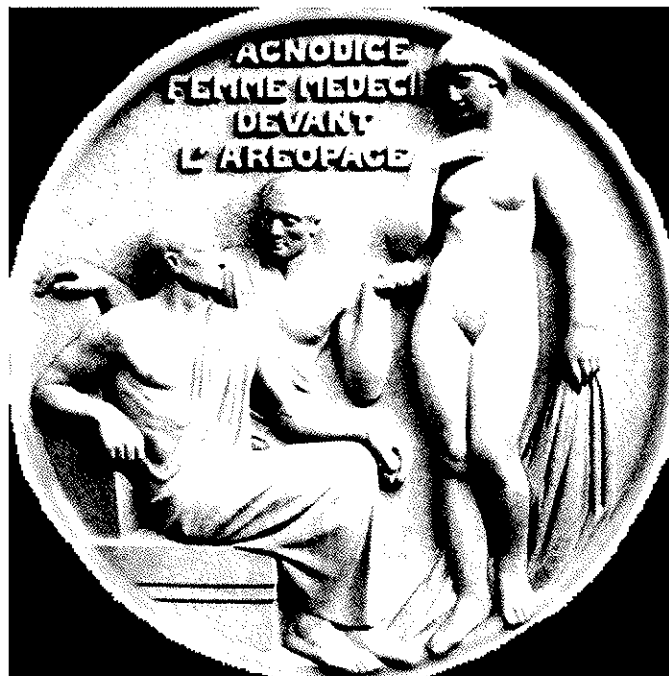


Fig. 4 : AGNODICE, femme médecin, devant l'Aréopage. Médaillon, Université Descartes, Paris.

4. LA MEDECINE GRECO-ROMAINE (3, 16, 28, 31)

La longue période qui s'écoule depuis les temps hippocratiques jusqu'au moyen âge, retiendra un certain nombre de ces praticiennes dont les noms ont été conservés par Pline, Galien et les compilateurs des derniers siècles de l'antiquité. (3)

Vers le milieu du IV^{ème} siècle avant JC, le centre de développement médical se transporte vers Alexandrie et sa grande bibliothèque.

Hérophile est autorisé à pratiquer des dissections sur le corps humain, s'en suivent des progrès importants dans le domaine de l'anatomie et de la physiologie.

Les femmes accèdent à un haut niveau intellectuel, elles se sont émancipées. Les femmes médecins, en longues robes drapées rédigent elles-mêmes leurs mémoires. Citons Métrodora dont le manuscrit comporte 108 chapitres sur les maladies de l'utérus.



Fig. 5 : Métrodora

Elles sont reconnues, respectées et citées par de nombreux auteurs. Galien (131-201 après JC, médecin de Marc Aurèle et auteur d'un enseignement médical répandu dans l'Europe entière) leur fait une place de choix dans ses publications : Samithra, Eugérasia, Xanita, Cléopâtre et Origénie entre autres.

Dans l'ombre de ces femmes dont l'histoire a retenu les noms grâce à leurs écrits, d'autres femmes exercent leur art dans la plus totale liberté.

Aux premiers temps du christianisme, les femmes médecins ne sont nullement pourchassées, comme elles le seront plus tard, au nom de la même religion. Parmi de très nombreux exemples, on retiendra celui de Fabiola, élevée au rang de Sainte, qui eut le mérite de fonder le premier hôpital en Italie. (16)

« En résumé et quelle que soit l'opinion que l'on se forme sur le savoir des femmes ..., sur la valeur ou sur l'authenticité de leur écrits, un fait certain, c'est que la pratique de la médecine par des personnes de l'autre sexe était en usage dans l'antiquité et surtout à Rome ». (3)

B. Le Moyen-âge (3, 16, 28, 31)

Le Moyen-âge débute en 476 avec la chute de Rome et se termine en 1453 avec la chute de Constantinople.

La médecine stagne pendant toute la première moitié du Moyen-âge.

Les invasions barbares détruisent l'œuvre de la civilisation romaine et les seuls documents sauvés sont conservés dans les monastères où les moines copistes les retranscrivent fidèlement sans pour autant songer à les utiliser. Le clergé est la seule classe instruite et conserve donc la suprématie médicale. (31)

L'unique médecin du peuple pendant tout ce temps est la sorcière. La *saga*, *sage femme*, *bonne dame* ou *belle dame* est la seule qui soulage les maux des pauvres gens. Sorcières ... ces femmes, organisant des réunions nocturnes, exerçant le pouvoir de guérir, de tuer ou de contrôler la procréation sur de pauvres âmes, vont devenir la cible favorite de l'intolérance religieuse. (16)

Les civilisations byzantine et arabe, se révèlent florissantes sur le plan de la médecine. Elles permettront d'ailleurs à l'occident de retrouver, le moment venu, l'héritage gréco-romain. (Il reviendra dans nos universités à partir du XIIème siècle par les traductions de l'arabe en latin.).

La médecine arabe évolue dans un cadre libéral et laïque qui n'oppose pas la religion et la curiosité scientifique. Les hôpitaux sont ouverts à l'enseignement et celui-ci est prodigué aux accoucheuses.

Lorsqu'au XIIème siècle, la médecine monastique cède le pas aux universités, les femmes en seront exclues - sauf en Italie – jusqu'au XIXème siècle. Jusqu'à cette époque l'histoire de la médecine au féminin sera essentiellement une histoire clandestine. (16)

Les premières facultés sont créées en France : Montpellier en 1220 et Paris en 1253. Les moines n'ont pas le droit d'exercer la médecine. Les hommes mariés ne peuvent être inscrits en faculté. Evidemment les femmes et toute personne n'appartenant pas à l'université sont interdites de pratique médicale.

Une médecine marginale s'installe donc. On acquiert le titre de « médecine » ou « miresse », soit maître médecin, après quelques années de stage chez un médecin. Au XIIIème siècle, seules les chirurgiennes sont encore tolérées. Mais en 1484, Charles VIII y mettra terme. L'excommunication guette les « médecine » et le bûcher les sorcières....

Malgré cet acharnement, les femmes se défendent, résistent et s'obstinent. La conquête des droits médicaux commence pour elles dès le Moyen-âge.

Cependant dans cette époque difficile pour les femmes, qui tourne le dos aux acquis de l'Antiquité, le royaume d'Italie perpétue la tradition gréco-romaine en acceptant les médecins féminins. Les Universités sont ouvertes aux femmes.

La plus célèbres de ces femmes est peut-être née à Salerne vers 1050 : Trotula.

TROTULA (45) : Au XIème siècle, un des plus grands centres médicaux au monde se trouvait à Salerne en Italie méridionale, près de Naples, et attirait les médecins de toute l'Europe. C'était la première Université non religieuse dans laquelle on pouvait étudier librement des textes grecs, arabes et juifs. Beaucoup de femmes furent autorisées à venir y étudier et y enseigner à côté des hommes, et l'une d'entre elles devint célèbre non seulement de son vivant mais pendant des siècles après sa mort. Cette femme est connue sous le nom de "Trotula di Ruggerio" ou simplement "Trotula".

De son vivant elle exerçait la médecine et enseignait à l'Ecole de Salerne. Elle était connue comme "sapiens mulier de magistra" la sage femme professeur. Elle s'intéressait plus particulièrement aux problèmes de son sexe et préconisait une majorité de remèdes à base de plantes médicinales, d'épices et d'onguents. Auteur de quelques manuels, le plus connu est "De mulierum passionibus ante et post partum" (Trotula Maior) un célèbre traité de gynécologie et d'obstétrique : concernant tous les aspects de la féminité, y compris les préoccupations psychologiques et esthétiques. En affirmant que les femmes ne doivent pas accoucher dans la douleur, ou bien que la stérilité d'un couple pouvait provenir de l'homme, Trotula, féministe avant l'heure dérangeait sans doute un peu les esprits de son époque... Les traités de Trotula furent copiés, plagés, traduits et attribués à d'autres scientifiques. Certains pensaient qu'une femme ne pouvait pas se servir d'instruments chirurgicaux compliqués et qu'une femme ne pouvait pas écrire sur les questions sexuelles.



THE TROTULA

Fig. 6 : La Trotula

En Allemagne, les ouvrages de Sainte Hildegarde (1098-1180) très complets de biologie, physiologie et théologie furent édités maintes et maintes fois, et sont encore lus aujourd'hui. Elle traite de médecine, ... Elle distingue deux actions des substances sur le corps humain, l'une chimique, l'autre mystique ou psychosomatique. Elle évoque la possible circulation du sang. Elle étudie les causes, les signes et traitements des différentes maladies, y compris les maladies mentales. (16)

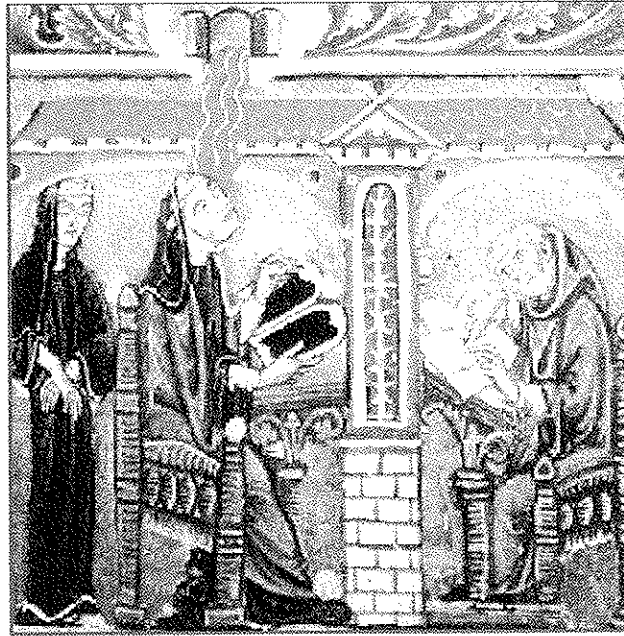


Fig. 7: Sainte Hildegarde

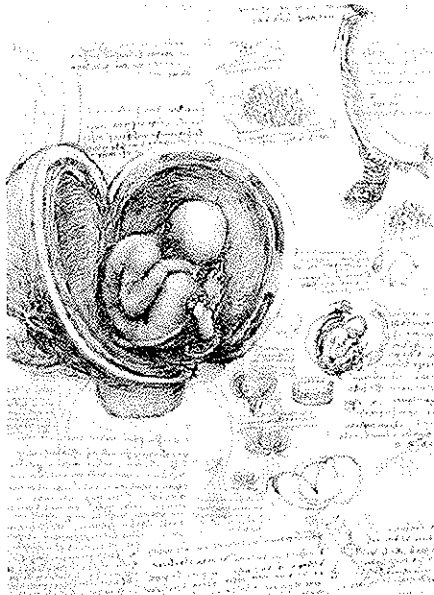
C. De la Renaissance à la Révolution (3, 16, 28, 31)

La Renaissance débute au XVème siècle en Italie et son influence gagne rapidement l'Europe grâce au développement des échanges commerciaux. La découverte de l'imprimerie en caractères mobiles vers 1440 (Gutenberg) va permettre la diffusion du savoir.

Les positions de l'Eglise à l'égard de l'enseignement médical s'assouplissent et on assiste à la multiplication des lieux d'apprentissage.

La première dissection a lieu en 1478 à la faculté de Paris.

L'anatomie profite à la médecine mais aussi à l'art. Léonard de Vinci (1452-1519) en sera un illustre représentant.



***Fig. 8 : L. de VINCI, Dessin d'un embryon dans l'utérus v. 1510 1512
Crayon et encre 30.1 x 21.4 cm Windsor, Royal Library***

William Harvey (1578-1657) démontre en 1628 la circulation sanguine, théorie à l'origine de débats interminables. Cette découverte ne sera enseignée en France qu'en 1672. L'anglais R. Lower montre l'oxygénation du sang par l'air inspiré dans les poumons....

La médecine progresse...

Le nombre et la place des femmes médecins ne progressent pas. Au contraire, à la fin du XVIème siècle, elles ont presque disparu, sages-femmes mises à part, et pourtant déjà menacées. L'image qui s'impose des femmes, de la Renaissance à la Révolution, est celle qui les invite plutôt à cultiver soit leurs charmes, soit leur vertu, mais certainement pas leur esprit.
(16)

Cependant certaines femmes militent à travers l'Europe pour leur reconnaissance. En France, Louise Bourgeois (1564-1644) dite la Boursier, est reçue sage-femme en 1599 et devient la sage-femme de la Reine Marie de Médicis en 1601.



Fig. 9 : Louise Bourgeois

LOUISE BOURGEOIS (46) : Au début du XVIIe siècle, Louise Bourgeois qui avait été l'élève d'Ambroise Paré, s'était non seulement distinguée auprès de Marie de Médicis et des princesses, mais encore écrivait le résultat de ses observations d'accoucheuse, dans un style savoureux.

Le souvenir de la mort malheureuse de la Duchesse d'Orléans, survenue en mettant au monde celle qui allait être la Grande Mademoiselle, devait pourtant plus tard inciter Louis XIV à appeler auprès de Madame de Montespan et de Madame la Dauphine le chirurgien Clément.

Le règne des accoucheurs, jusque là écartés pour des raisons de décence, commence.

A côté des savants de grande renommée Louise Bourgeois, sage et honnête matrone est représentée vêtue d'habits modestes.

Elle écrit : "Observations diverses sur la stérilité, perte de fruit, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz", et encore "Récit véritable de la naissance de Messieurs et Dames les enfants de France" dans laquelle se trouvent de pittoresques anecdotes sur la naissance de Louis XIII et des autres enfants d'Henri IV.

A cette époque les sages-femmes étaient souvent désignées comme experts dans les questions d'avortement, dans les enquêtes sur les virginités douteuses. Elles assistaient les médecins dans la fameuse épreuve du "congrès", où les maris accusés d'impuissance devaient donner la preuve de leurs capacités matrimoniales. Cette pratique perdurera jusqu'à la Révolution.

Louise Bourgeois est la première à mettre en place un enseignement méthodique pour les sages-femmes, suivie plus tard par F. Mauriceau (1637-1704) qui instaure une formation de plusieurs élèves.

En Angleterre, les femmes médecins sont chirurgiennes : Mrs Holder est à l'origine d'une kinésithérapie « primitive » qu'elle exerce avec succès sur le Roi Charles II. (31)

En Espagne, la Reine de Castille permet un nouvel essor intellectuel dans lequel plusieurs femmes se distinguent. Olivia del Sabucco aurait appris la médecine auprès de son père à Alcares où elle aurait exercé par la suite.

La Comtesse de Chinchon a découvert le premier remède efficace contre la malaria. Elle a eu recours à une écorce d'arbre dont se servaient les paysans pour soigner les fièvres palustres et l'a introduit en France sous le nom d' « écorce de la Comtesse », qui est devenu le quinquina. (16)

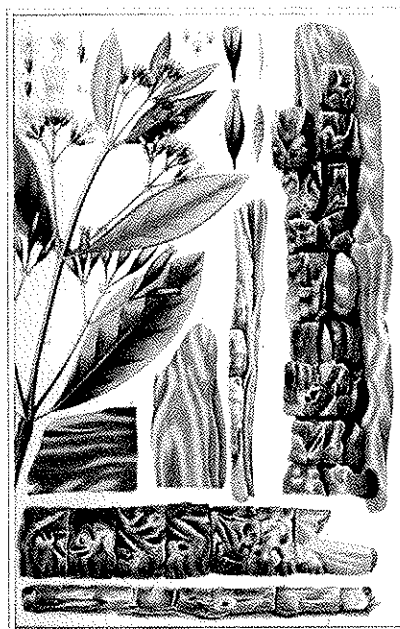


Fig. 10 : Le quinquina, écorce de la comtesse

En Allemagne, comme en France, à partir du XVIème siècle, les femmes médecins n'apparaissent qu'exceptionnellement dans les documents historiques de la vie quotidienne.

Certes quelques dames de la haute société s'intéressent à la médecine et aux plantes, ce qui n'est pas négligeable pour l'avenir de la pharmacopée. Les femmes se lancent plus rarement dans l'exercice médical à proprement parler mais quand c'est le cas, il faut reconnaître que les universités ne les pourchassent pas comme en France.

La veuve du Dr O. Brunfels soignait librement à Bâle. A Berne, Marie Colinet aida officiellement son mari Fabrice de Hiden...sans être diplômée. (16)

Le siècle des lumières n'est pas profitable à la condition des femmes. Le mariage se fait sans consentement, les paysannes ne reçoivent pas d'instruction et les femmes bourgeoises sont chargées de l'éducation de leurs enfants.

Avec la Révolution, les femmes revendiquent l'égalité, l'instruction pour toutes et le divorce. Devenant gênantes, elles sont exclues de tous les clubs ou associations.

Le Code Civil de 1804 stoppe l'élan féministe. Il réduit la femme à un état de dépendance marquée et ce pour un siècle encore



Fig. 11 : Le Code Civil, 1804

Dans le domaine médical, un arrêté du 19 Avril 1755 exclut les femmes des dernières fonctions soignantes qu'elles exerçaient jusque là. Les seules femmes laïques encore admises sont les sages-femmes. Angélique le Boursier Du Coudray sage-femme jurée en 1739, entreprend la formation des sages-femmes avec la réalisation d'un abrégé de l'art de l'accouchement dans un langage simple, agrémenté de planches anatomiques. Elle est nommée en 1767 pour enseigner dans tout le royaume.



Fig. 12 : Madame du Coudray. From Aloïs Delacoux's, Biographie des sages-femmes célèbres, anciennes, modernes et contemporaines (Paris: Trinquart, 1834)

En Allemagne, la première femme accédant au grade de Docteur fut Dorothée Erxleben, diplômée le 12 Juin 1754, dont le père, le Dr Leporin fit l'éducation. Elle avait trente neuf ans et exerça huit ans.

En Italie, Anna Manzoni devient la première femme professeur en 1755, considérée comme la meilleure anatomiste de son époque, mais non diplômée.

Henriette Faber, née en 1791, veuve à 18 ans et habituée à porter le costume masculin, part à Paris étudier la chirurgie et sera engagée comme chirurgien des armées. Elle sera faite prisonnière pendant la guerre d'Espagne et deviendra Médecin Officiel après la paix. Découverte, elle sera condamnée à 10 ans de prison...

D. Le XIX^{ème} siècle (3, 16, 18, 28, 31, 33)

C'est un siècle important pour le développement des sciences médicales et leur enseignement.

L'auscultation, la percussion, l'anesthésie, l'antisepsie, l'asepsie, la bactériologie puis la radiologie vont permettre l'essor de la médecine française. Diverses spécialités médicales s'individualisent comme l'hématologie, la neurologie, l'endocrinologie.

Théophile Laennec(1781-1826) met au point le premier stéthoscope.



Fig. 13 : 1816, naissance du premier stéthoscope par Théophile LAENNEC, dessin caricatural.

Louis Pasteur affirme l'existence des micro-organismes. Il procède à la première vaccination contre le choléra des poules en 1880 et contre le charbon du mouton en 1881. Il découvre le bacille de la tuberculose en 1882, ceux de la diphtérie et de la lèpre en 1884. L'institut Pasteur est fondé en 1888.

Claude Bernard, père de la physiologie, découvre le rôle de la glycogénèse.

Sur le plan chirurgical, on préconise les premières règles d'antisepsie avec la désinfection systématique des plaies et la stérilisation des instruments chirurgicaux.

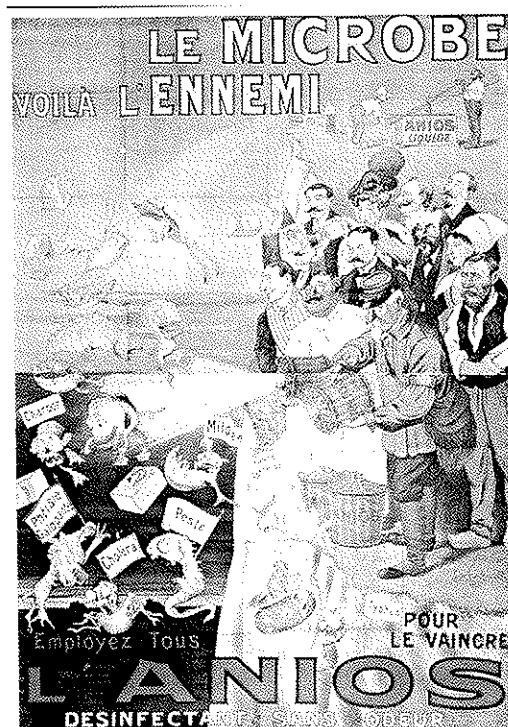


Fig. 14 : Affiche publicitaire du début du XXème siècle

La thérapeutique s'élargit : quinine en 1820, strychnine, colchicine et atropine en 1832, aspirine en 1879, barbituriques en 1902...

Les méthodes d'exploration s'enrichissent : thermomètre à mercure en 1867, tensiomètre en 1881, numérations cellulaires à partir de 1885, premières radiographies en 1885...

Le XIXème siècle, c'est le combat pour l'égalité, tant promise mais non accordée, sur le plan féminin par la Révolution française.

Pour les femmes médecins, il s'agit de conquérir d'abord le titre de docteur en Médecine, puis l'accès à l'hôpital, désormais le lieu d'enseignement, et enfin le droit de passer le prestigieux concours de l'Internat.

Les jeunes filles accèdent peu à peu à l'éducation, sans avoir accès avant 1901 au baccalauréat. Les lycées pour jeunes filles préparent tout juste au brevet supérieur, qui n'ouvre accès qu'aux carrières de l'enseignement. Le baccalauréat, nécessaire à l'entrée en Médecine, doit être présenté par ces dames en candidate libre.

Les histoires de Madeleine Bres, Augusta Klumpke et Blanche Edwards racontent l'épopée de ces femmes désireuses d'épouser la vocation.

Madeleine BRES (47) : En 1866, le doyen de la Faculté de médecine, Charles Adolphe Wurtz (1817-1884) reçoit Madeleine BRES (1839-1925), qui désire s'inscrire à l'École de médecine. Il lui conseille de passer d'abord les baccalauréats. Il lui promet, entre-temps, de plaider sa cause auprès du ministère de l'Instruction publique. (...)Wurtz présente à Victor Duruy un rapport sur l'enseignement des femmes en Europe et gagne la cause de Madeleine Brès. Mais quand Madeleine Brès revient avec ses baccalauréats, elle a été précédée dans ses démarches par trois étrangères, Mary Putnam (américaine, née à Londres), Catherine Gontcharoff (russe), et Elizabeth Garrett (anglaise).

Le monde des femmes instruites en médecine, s'il est large géographiquement, est numériquement assez restreint, pour qu'un réseau se tisse rapidement. (...)Mary Putnam inscrite, Elizabeth Garrett traverse la Manche et s'inscrit également. Elle est la première docteur de la Faculté de médecine de Paris avec une thèse sur la migraine qu'elle soutient le 15 juin 1870. En 1868 Madeleine Brès revient, munie de ses baccalauréats pour s'inscrire.

Sa démarche ne pose déjà plus de problème. Elle sera la première française docteur en médecine en 1875. Durant quelques années les femmes vont se partager entre la Faculté de Zurich et celle de Paris. En France, les anglo-saxonnes sont majoritaires les quinze premières années. Cependant dès le milieu des années 1880, les femmes slaves dominent largement en nombre. Les françaises restent minoritaires longtemps, d'autant plus qu'elles commencent à être acceptées dans les écoles préparatoires de médecine en province qui sont totalement délaissées par les étrangères. A Paris, les femmes sont moins de dix jusqu'en 1873.

De 1873 à 1881, elles sont moins de quarante. Enfin, elles atteignent la centaine à la rentrée scolaire de 1884. A la rentrée scolaire de 1887, sur les 114 femmes inscrites seules 12 sont françaises, 70 russes et 20 polonaises, 8 anglaises,

1 américaine du nord, 1 autrichienne, 1 grecque, 1 turque. (...)

En 1870, durant le siège de Paris et surtout pendant la Commune et la semaine sanglante, Madeleine Brès exerce les fonctions d'interne à l'Hôpital de la Pitié de Paris. (...)

A la rentrée scolaire 1871, elle demande à passer le concours de l'externat et de l'internat.

Le directeur de l'administration de l'Assistance publique, malgré des pétitions et des manifestations en sa faveur, lui refuse ce droit. (...) Il s'agit de ne pas créer d'antécédent. Suite à ce refus les étudiantes lancent plusieurs pétitions pour obtenir les mêmes droits aux examens et concours que les étudiants. Enfin en 1881, le Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique se réunit pour résoudre définitivement la question de l'ouverture de l'externat aux femmes, et de la même façon celle de l'internat en 1885. (...)



Fig. 15 : Madeleine BRES, spécialiste de l'allaitement, auteur d'une thèse sur ce thème en 1875.

Augusta KLUMPKE (48) : D'origine américaine, Augusta Klumpke (1859-1927) s'installe à Paris en 1877 pour y entreprendre des études de médecine. Augusta Klumpke et son amie Blanche Edwards, après de nombreuses démarches, obtiennent le droit de concourir à l'Externat des Hôpitaux de Paris. Elles sont admises toutes les deux en 1882. (...)

Sans tarder, Augusta Klumpke et Blanche Edwards suivent les conférences en vue de préparer l'Internat. (...) Mais l'opinion médicale et politique est partagée sur la nécessité d'admettre les femmes à concourir à l'Internat. En août 1885, le Préfet de Police, (...) impose à la Faculté de Paris la candidature des femmes à l'Internat. (...) Augusta Klumpke

est la première femme nommée interne titulaire des hôpitaux de Paris au concours 1886, malgré une très large opposition du corps médical. Blanche Edwards échoue. En 1888, Augusta Klumpke épouse le Dr. Jules Déjerine. Elle se consacre à rédiger sa thèse de Doctorat, qu'elle passe brillamment en 1889. (...) Sa thèse obtient la médaille d'argent de la Faculté de Paris et le prix Lallemand de l'Académie des Sciences.(...)Le mariage devait devenir le début d'une coopération unique dans la recherche neurologique, elle est la collaboratrice efficace de son mari. (...) Ils publient ensemble une somme en deux volumes, l'Anatomie des centres nerveux (1895-1901) (...)Pendant la Première Guerre Mondiale, Augusta Déjerine-Klumpke installe dans la Clinique de Charcot à la Salpêtrière le service des blessés militaires. Elle fut pionnière dans le traitement et la réadaptation de grand nombre de soldats affligés par des blessures du système nerveux et particulièrement du cordon médullaire. (...) Promue en 1913 Chevalier de la Légion d'honneur par le Ministère de l'Instruction publique, son dévouement lui vaudra d'être élevée au grade d'officier de la Légion d'honneur par le Ministère de la Guerre en 1921. (...)

Elle a été élue en 1914 présidente de la Société Française de neurologie, fonction jusque là interdite aux femmes.



MUSEUM DÉJÉRINE-KLUMPKÉ
1895-1901

Fig. 16 : Augusta Déjerine-Klumpke.

Ainsi donc, à force de combats, les femmes ont obtenu, en 1865, l'autorisation de s'inscrire en faculté de médecine, en 1882, l'autorisation de passer le concours de l'externat et celui de l'internat le 31 Juillet 1885.

E. Le XX^{ème} siècle (6, 16, 31)

C'est le siècle de la technologie, de la conquête de l'espace mais aussi de la bombe atomique. La médecine développe des moyens d'exploration toujours plus performants : immunologie, génétique et traitements privilégiant le confort du malade.

Durant la première guerre mondiale, la nécessité de remplacer les millions d'hommes mobilisés amène les femmes à prendre possession de toutes sortes d'emplois dans les usines, les fermes, les hôpitaux. Rares sont les femmes médecins reconnues en tant que telles dans le monde militaire, la plupart d'entre elles étant recrutées en tant qu'infirmières.

Mais la guerre a ouvert la voie de la libération et de l'indépendance des femmes.

En 1938, la domination maritale est supprimée. En 1946, la loi garantit à la femme dans tous les domaines, des droits égaux à ceux des hommes. La réalité reste bien différente même à l'heure actuelle.

Différentes lois sont votées :

- 1972 : principe d'égalité salariale entre les hommes et les femmes pour des activités similaires.
- 1983 : égalité professionnelle.
- 1985 : égalité des époux dans la gestion des biens de la famille et des descendants.
- 1987 : le travail de nuit des femmes est autorisé.

Sur le plan scolaire, le baccalauréat devient équivalent entre filles et garçons en 1919 et les programmes d'études secondaires deviennent similaires en 1924.

Sur le plan politique, les femmes obtiennent le droit de vote le 21 Avril 1944. L'Assemblée Nationale accueille les premières femmes députées en 1945.

En 1947, une femme est nommée Ministre de la Santé : Mme Poinsot Chapuis.

La lutte en faveur de la contraception et de l'avortement reste à l'origine de débats passionnés pendant les années 1950-60. La contraception orale est autorisée en 1967 (Loi

Neuwierth) et l'interruption volontaire de grossesse est légalisée en 1975 sur proposition de Madame Simone Veil.

Pendant ce XXème siècle, les femmes ont obtenu le droit d'entrer dans la carrière médicale. A elles maintenant de se donner les moyens de faire carrière.

Dans le prestige, il y a une rapide évolution : accession aux titres et responsabilités du médecin, du clinicien, et du professorat.

Marie Curie est la première femme à entrer à l'académie de Médecine en 1922. En 1923, les femmes accèdent au concours de l'agrégation. Thérèse Bertrand Fontaine reçoit en 1928 le premier poste de chef de clinique sur concours. En 1930 est attribué le premier poste de Praticienne Hospitalière d'un concours ouvert aux femmes en 1927. En 1967, est élue la première femme au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, en 1973 au Conseil Régional de l'Ordre et en 1984 au Conseil National de l'Ordre des médecins. Ce n'est qu'en 1982 que l'académie de chirurgie accueille sa première femme, le docteur Claire Nihoul-Fékété.

L'histoire de la profession médicale témoigne d'une féminisation ancienne. De quelques centaines vers 1900, le nombre de femmes médecins progresse lentement jusque dans les années soixante. Dans les années 1920, environ 70 étudiantes sont diplômées chaque année. Leur effectif augmente ensuite beaucoup plus vite, fruit de l'explosion démographique de la population médicale française depuis la fin des années soixante. Les femmes représentaient 13,8 % des médecins libéraux en 1968 et 24,3 % en 1982 (CREDOC, 1983).

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'augmentation du nombre des femmes médecins s'est activement poursuivie, puisqu'elles représentaient 29,6 % des médecins en exercice en 1990 (Kaminske, 1995), 36,4 % en 2001 (Niel, 2002) et 39,6 % au 1^{er} janvier 2007 (36). Les projections statistiques avancent l'hypothèse d'une parité vers les années 2020.

Cette féminisation s'inscrit pleinement dans les changements structurels de la profession médicale au cours de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle.

Elle ne correspond nullement 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.

Actuellement, un nouveau diplômé en médecine sur deux est une femme. A noter que près de 65 % des étudiants en deuxième année de médecine sont des étudiantes. Une progression analogue peut se constater dans de nombreux pays.

Il s'agit pour les femmes médecins de se faire accepter par leur patientèle en conjuguant harmonieusement leur art médical et leur vie de femme.

II. DEMOGRAPHIE MEDICALE

Le bilan démographique est établi à partir des données du Tableau Ordinal.

Les **médecins en activité** sont répartis en trois catégories (22) :

- *Médecins en activité régulière* : médecins installés et disposant d'une adresse professionnelle.

- *Médecins remplaçants* : médecins non installés ne disposant pas d'adresse professionnelle. A ce titre, il n'est pas possible de connaître leur mode d'exercice.

- *Médecins temporairement sans activité* : médecins diplômés qui, à la date du 31/12/2006 (dernières données disponibles), se déclarent sans activité.

Tout médecin, français, européen ou extra-européen, titulaire d'un doctorat de médecine ou d'un diplôme équivalent pour les Européens, doit être inscrit à un tableau départemental de l'Ordre des Médecins pour pouvoir exercer la médecine en France. Toutefois, certaines catégories de médecins ne sont pas comptabilisées dans le Tableau de l'Ordre (santé des armées, fonctionnaires de l'état, ceux exerçant une autre activité professionnelle...).

Le médecin s'inscrit à l'Ordre dans son département d'exercice. Il fournit notamment des informations sur son état civil, son cursus universitaire, ses qualifications, son activité professionnelle... Ces informations, à caractère déclaratif, permettent d'établir le bilan démographique de la population médicale.

Les sorties du Tableau correspondent à des cessations définitives d'activité pour motifs de retraite, radiation (disciplinaire ou judiciaire), décès, ou autres (convenance personnelle,...).

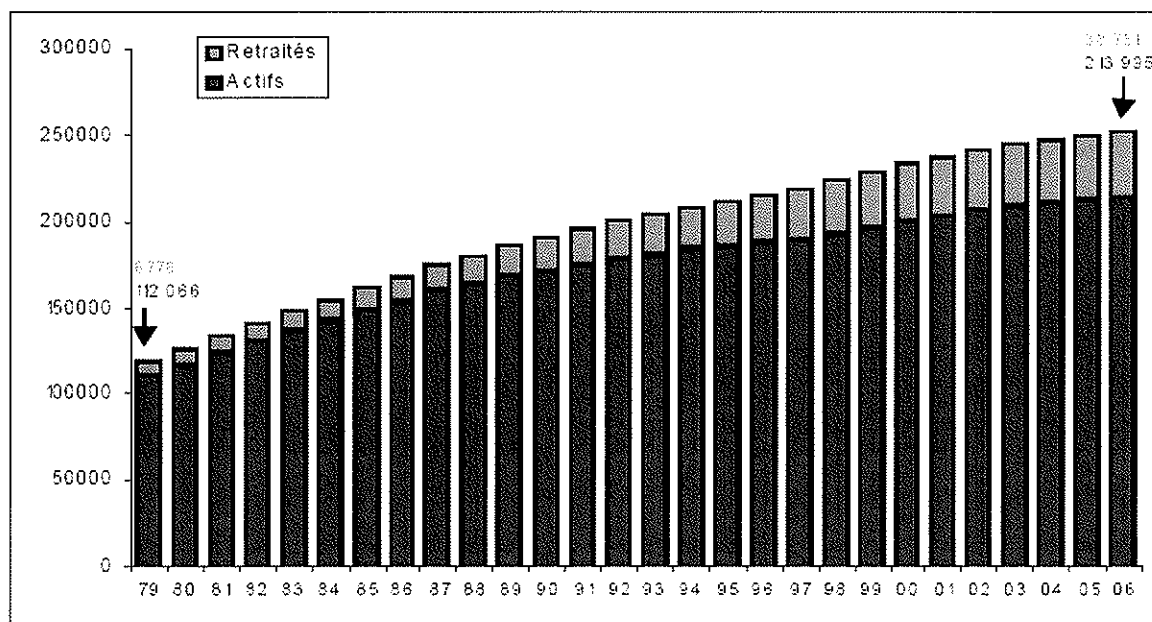
A. Données nationales

1- EFFECTIF MEDICAL : (25)

Au 1^{er} Janvier 2007, on compte 252 746 médecins inscrits au tableau de l'Ordre National des Médecins, soit presque 1% de plus qu'en 2006. Parmi ces médecins 213 995 sont en activité. Parmi eux 96 889 sont des Médecins Généralistes en activité régulière.

Depuis 1979, l'augmentation du nombre de médecins en activité est de l'ordre de 91% passant de 122 066 à 213 995.

Cependant, la population médicale vieillit. En effet, seules les années 1980 ont connu de fortes croissances d'effectif. Les années 1990, elles, ont connu un net ralentissement. Parallèlement, la population des médecins retraités ne cesse de croître. (Figure 17)



Source : CNOM au 1^{er} janvier 2007

Fig. 17 : Effectifs des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre de 1979 à 2006

2- VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION MEDICALE : (25)

L'âge moyen des médecins en activité au 1^{er} Janvier 2007 est de 49 ans (respectivement 47 ans pour les femmes et 50 ans pour les hommes). La démographie médicale est caractérisée par un vieillissement marqué qui se traduit sur le graphique suivant (Figure 18) par un rétrécissement à la base de la pyramide des âges des médecins en activité. On peut ainsi observer que l'effectif des médecins de moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans. Parmi les professions de santé, les médecins ont l'âge moyen le plus élevé. Le vieillissement du corps médical est plus accentué pour les médecins exerçant en secteur libéral (ONDPS, 2006).

La population des médecins en activité est caractérisée par de forts effectifs dans les classes d'âge allant de 45 à 59 ans. On note une tendance à un vieillissement progressif et une féminisation de plus en plus importante.

Les femmes représentent 38% des effectifs et sont majoritaires dans les générations de généralistes de moins de 40 ans. Pour la 5^{ème} année consécutive, les femmes sont en effectif plus important que les hommes à s'inscrire à l'Ordre des Médecins. Le vieillissement accru du corps médical pourrait conduire, à plus ou moins court terme, à poser problème dans certaines spécialités dont les caractéristiques de pénibilité et de disponibilité sont importantes. (gardes, urgences...)

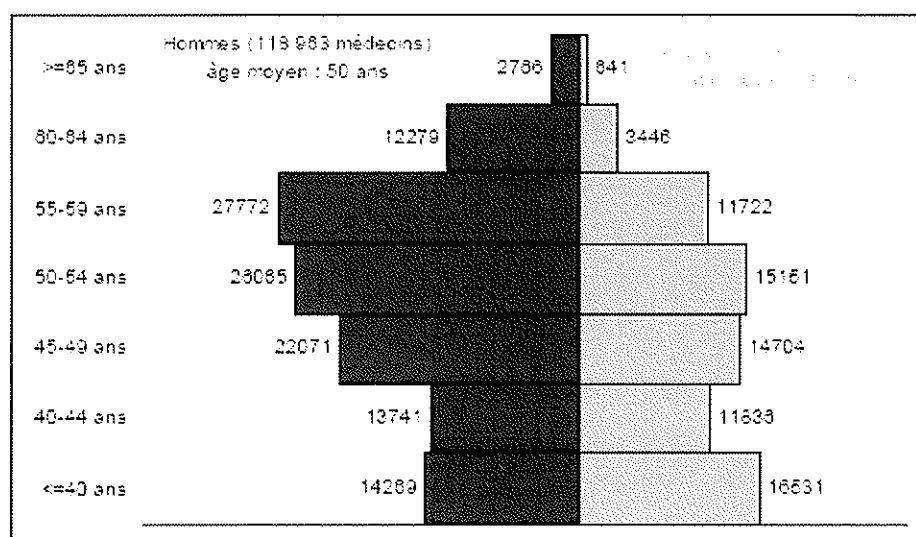
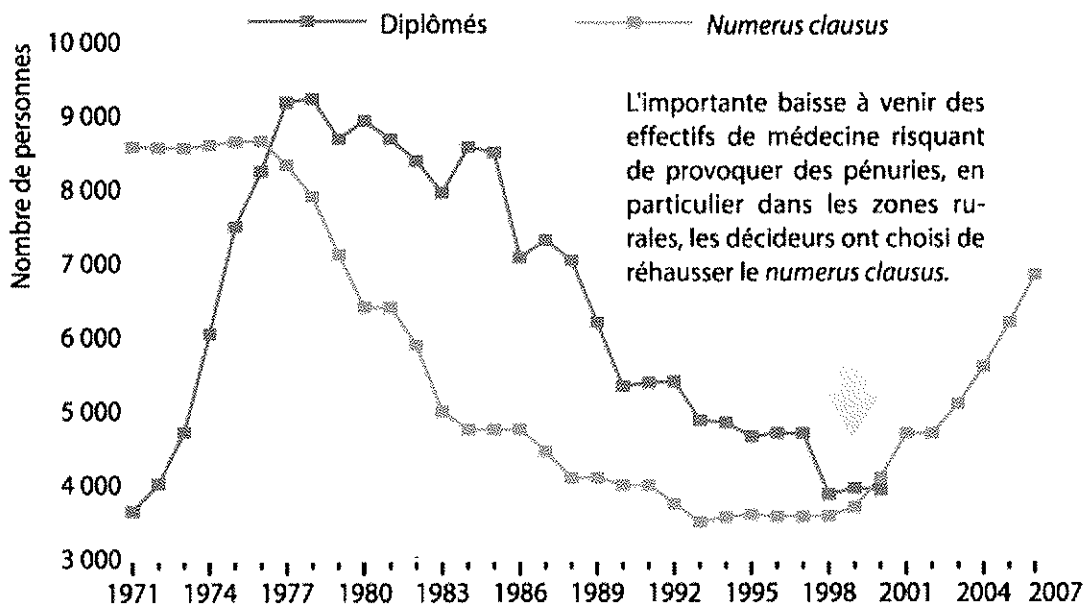


Fig. 18 : Pyramide des âges de l'ensemble des médecins en activité régulière - (Métropole)
(source CNOM : 01-01-2007)

3- EVOLUTION ET PROJECTION DES DENSITES SELON LE NUMERUS CLAUSUS (7, 49)

Le graphique suivant (Figure 19) met en évidence la chute progressive et régulière des diplômés, conduisant au non renouvellement de la population médicale.

Fig. 19 : Evolution du numerus clausus et du nombre de diplômés entre 1971 et 2004



Source : Eco-Santé France d'après données du ministère de l'Éducation nationale

Le but recherché est l'amortissement de la chute annoncée des effectifs médicaux et non de planifier l'offre de soins.

L'augmentation sensible du numerus clausus à partir de 2001, et donc l'augmentation à venir du nombre de médecins diplômés ne permettront pas à court terme de compenser la forte chute des effectifs de médecins. Ceci est le résultat d'un processus long de plusieurs dizaines d'années.

Cette baisse de la démographie médicale est susceptible de générer des pénuries dans certaines zones rurales, dans un contexte de répartition des médecins déjà très inégale sur le territoire.

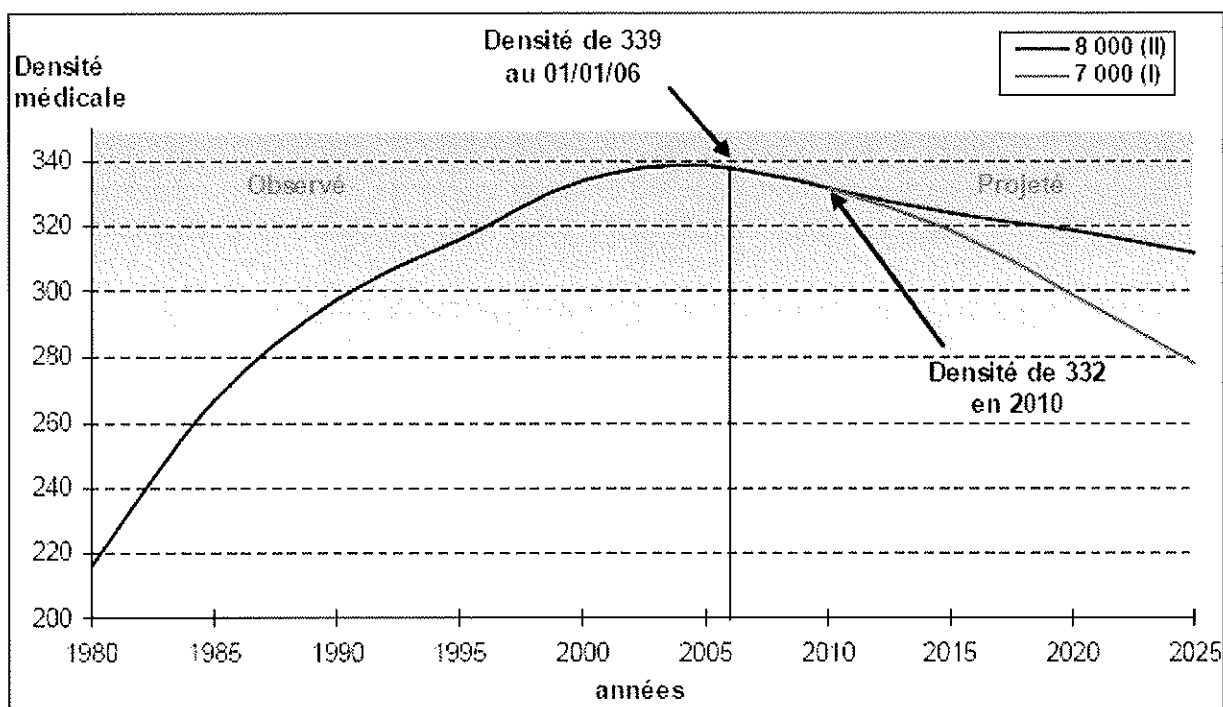
Si le *numerus clausus* était resté à 4 700, la densité médicale aurait diminué de 20 % en 2020 (et le nombre de médecins de 24 %). Même pour les hypothèses les plus hautes de *numerus clausus*, le choc démographique sera effectif.

Un *numerus clausus* à 8 000 dès 2003 n'aurait pas évité une baisse de la densité médicale, et ce jusqu'en 2025. Néanmoins, d'après cette hypothèse, tout au long de la période, la densité médicale retrouverait le niveau de 2002 en 2037 pour atteindre ensuite des niveaux plus élevés.

Actuellement, les projections réalisées à l'horizon 2020 sont relativement fiables. (25) Au-delà de cette date, de nombreuses incertitudes rendent ces projections plus hypothétiques. Le caractère aléatoire est le fait de nombreux facteurs : outils de régulation mais aussi à l'évolution démographique, aux comportements de cessation d'activité, aux conséquences de la réforme Fillon sur les retraites et enfin à la féminisation des professions médicales.

Le graphique ci-après (figure 20) présente deux hypothèses de travail :

- Le scénario 7 000 (actuellement proposé par les pouvoirs publics pour les 3 ans à venir) (I) correspond à un *numerus clausus* de 7 000 étudiants reçus en première année de Médecine à partir d 2007 ;
- Le scénario 8 000 (peut-être plus proche des besoins estimés) (II) correspond à un *numerus clausus* de 8 000 étudiants reçus en première année de Médecine à partir de 2007 ;



Source: « Projection démographique de la profession médicale en France (2000-2050) », *Quel numerus clausus pour quel avenir ?*, Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n°1, Janvier-Mars 2004.

Fig. 20 : Evolution du numerus clausus et du nombre de diplômés entre 1971 et 2004

Ces courbes correspondent à deux projections des effectifs de densité à l'horizon 2025 et reposent sur les deux hypothèses concernant l'évolution du numerus clausus, exposées plus haut. La première correspond à l'annonce faite par le Ministre de la Santé, Xavier Bertrand dans son discours du 25 janvier 2006. La seconde hypothèse est préconisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins depuis quelques années.

4- INEGALITES GEOGRAPHIQUES : (25)

Depuis quelques années, de nombreuses études démontrent que malgré une croissance continue du nombre de médecins en France et une densité médicale aujourd'hui à son plus haut niveau historique, la répartition géographique et disciplinaire reste inégale sur l'ensemble du territoire français.

Face à ce constat, des mesures devraient être adoptées en France pour essayer d'améliorer la répartition géographique des médecins et tenter de les inciter à un exercice dans les zones en difficultés, rurales ou urbaines.

Au niveau national, l'État et l'Assurance maladie devraient privilégier les aides financières à l'installation, voire des systèmes contraignants. (Loi de modernisation du système de santé et projet de loi Santé-Patient-Territoire qui devraient être présentés au dernier trimestre 2008). (11, 12)

La répartition des médecins sur le territoire français engendre de sérieuses inégalités d'accès aux soins dans les différentes régions. La densité médicale métropolitaine (toutes spécialités confondues) au 31 décembre 2006, calculée sur la base de la population française au premier janvier 2007 est de 314 médecins pour 100 000 habitants. Concernant les médecins libéraux elle est de 151 pour 100 000 habitants.

A cet égard, les Missions Régionales de Santé (MRS) ont défini des zones sous médicalisées – dites zones prioritaires – concernant les médecins généralistes, selon deux principaux critères. Le premier critère correspond à une zone où la densité médicale est inférieure d'au moins 30% à la moyenne nationale ; le deuxième critère correspond à une zone où l'activité des médecins est supérieure d'au moins 30% à la moyenne nationale. Ainsi, début 2006, 1600 médecins généralistes (soit environ 3% du total) et 4500 communes étaient concernées par l'exercice en zone prioritaire.

Certaines mesures envisagées dans les rapports Berland et Descours sont suivies de textes de loi discutés en janvier 2006 par le Ministère de la santé et des solidarités. Certaines visent à soutenir les médecins qui exercent dans des zones sous-médicalisées, par le biais d'aides conventionnelles (majorations d'honoraires, aides à l'exercice regroupé et aides au

remplacement), d'aides financées par les collectivités locales (mise à disposition d'équipements ou primes). Des aides fiscales sont également envisagées pour les médecins exerçant en zones sous médicalisées, prenant la forme d'une exonération plafonnée de l'imposition sur les recettes des astreintes. D'autre part, des moyens d'information destinés aux étudiants en médecine devraient être mobilisés, à la fois pour clarifier les dispositifs d'aide auprès des intéressés et pour faciliter les formalités administratives.

Au delà de l'aspect financier, des incitations au regroupement d'exercice sont en projet à travers les expériences d'implantation de maisons médicales pluridisciplinaires, de travail en réseaux, des avantages obtenus pour les conjoints collaborateurs.

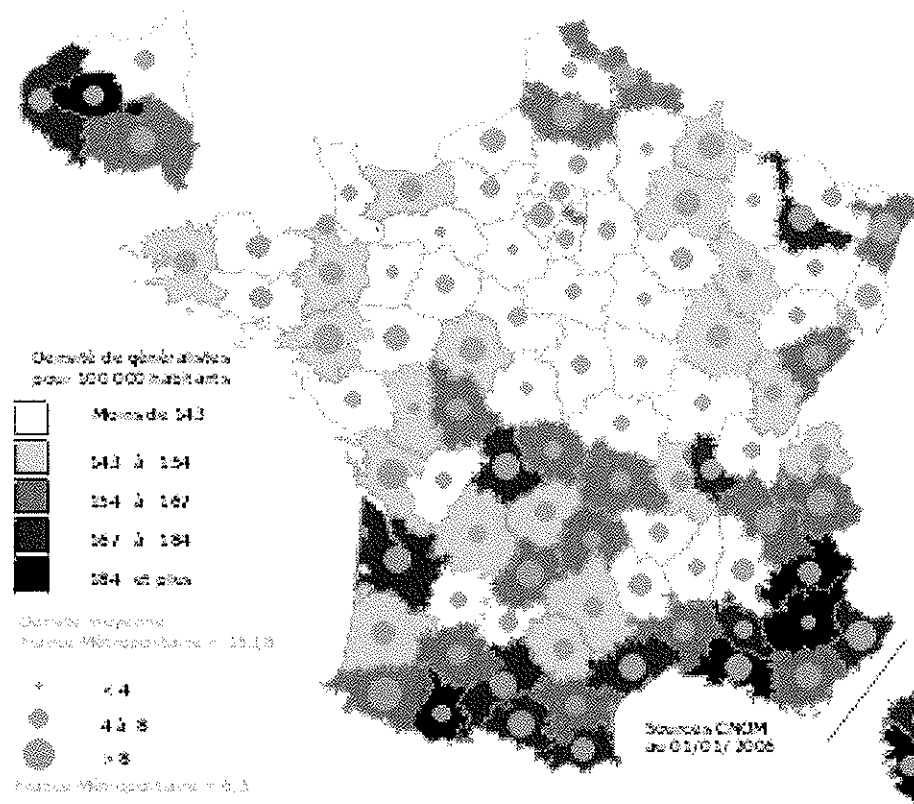


Fig. 21 : Densité départementale de médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants (métropole) : source CNOM 01/01/2006

Si on considère la carte de la densité départementale des médecins généralistes en activité régulière (figure 21), deux déterminants sont très nettement observés : l'héliotropisme et l'attraction des capitales. La carte dessine une France partagée. Cependant, les disparités régionales sont nettement moins importantes pour les généralistes que pour les spécialistes.

Concernant les médecins libéraux, la densité moyenne est de 151 pour 100 000 habitants. Huit régions enregistrent des densités inférieures à la moyenne. Les sept régions supérieures à la moyenne sont les régions du sud et l'Ile de France. La répartition des médecins libéraux est particulièrement inégalitaire. La césure Nord/Sud, à l'exception de l'Ile de France, perdure.

5- FEMINISATION DE LA PROFESSION : (6, 22, 25, 26, 49)

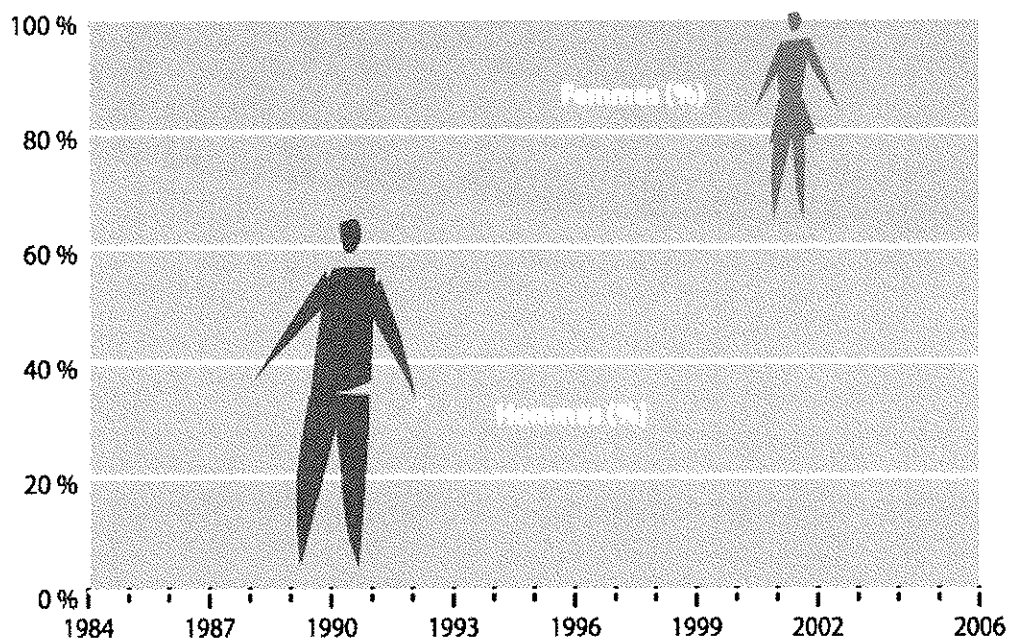


Fig. 22 : Evolution de la répartition hommes/femmes des médecins libéraux français en activité globale entre 1984 et 2006.

Source : Eco-Santé France d'après données Adeli de la DREES

En France métropolitaine, les femmes représentent 39,6% des médecins en activité au 1er janvier 2007 (Figure 22), soit quatre fois plus qu'au début des années 1960. Cette proportion est inférieure à la part des femmes dans la population active totale (45,8 %) et quasi-égale à la part des femmes dans les professions libérales (38,2%). Le taux de spécialisation des femmes s'élève à 48,6%, contre 50 % pour les hommes.

Force est de constater que la médecine se féminise. Le CNOM a réalisé en 2005 une enquête auprès des jeunes et futurs médecins pour préciser les effets de la féminisation sur le corps médical. « La féminisation de la médecine est sans aucun doute le moteur du changement auquel on assiste depuis quelques années. C'est en effet sous l'impulsion des femmes que les médecins, dans leur globalité, revendiquent aujourd'hui une meilleure qualité de vie... » Dr Irène Kahn-Bensaude. (23)

La lecture de la pyramide des âges en Médecine Générale (figure 23) nous apprend que le nombre de femmes est presque identique aux hommes dans les tranches d'âge entre 40 et 44 ans. Elles sont par contre majoritaires dans les générations plus jeunes. Cette pyramide nous montre aussi malheureusement la cassure de l'effectif médical dans les tranches d'âge inférieur à 45 ans, signe de non renouvellement de la population des médecins généralistes.

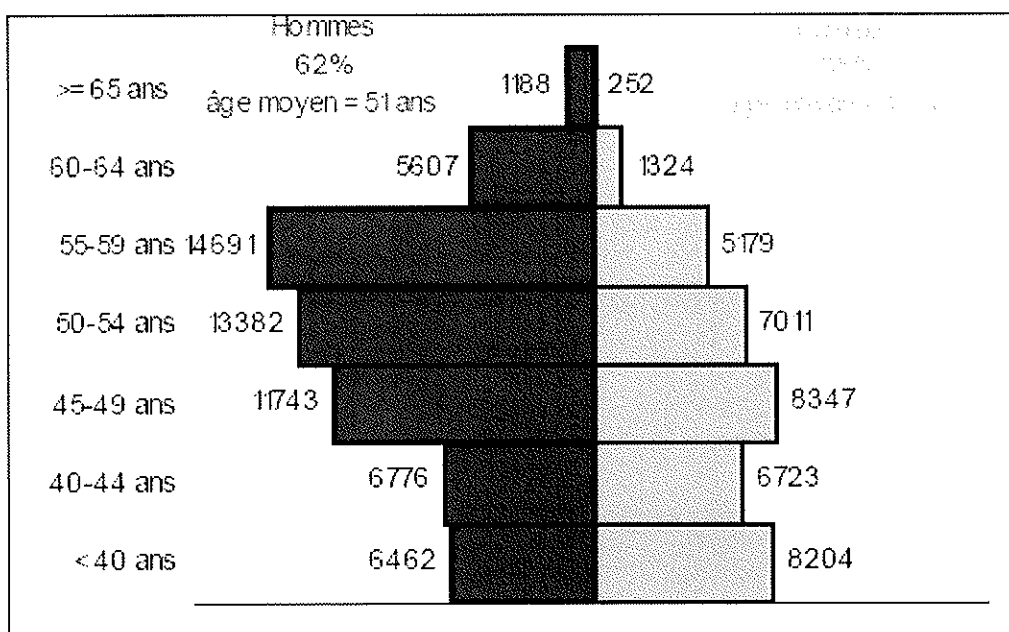


Fig. 23 : Pyramide des âges en Médecine Générale au 01/01/2007 (source : CNOM)

À la lecture du graphique ci-dessous (figure 24), nous constatons que la proportion de femmes est d'autant plus élevée que les classes d'âge sont jeunes : 32% pour les généralistes et 27% chez les spécialistes pour les femmes âgées de moins de 35 ans. Jusqu'aux tranches d'âges 50-54 ans, la proportion des femmes est plus importante chez les généralistes que chez les spécialistes. À partir de la tranche d'âges 50-54 ans et au-delà, on constate une inversion des tendances.

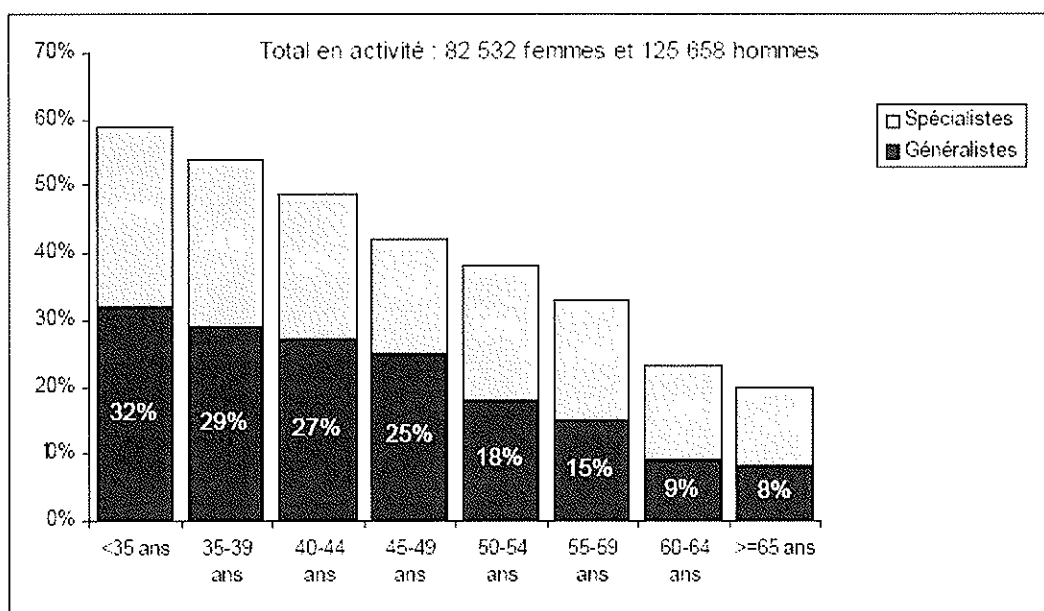


Fig. 24 : Proportion de femmes médecins en activité globale, selon l'âge et la répartition généraliste/spécialiste de chaque tranche d'âge

Si on considère uniquement la population en activité régulière, cela permet de relativiser l'augmentation de l'activité féminine par un critère qualitatif. Les jeunes femmes médecins âgées de moins de 35 ans sont plus nombreuses en effectif global (59%) que celles comptabilisées en activité régulière (56%).

Le graphique suivant (Figure 25) souligne l'importante représentation des femmes dans les activités de remplacement, particulièrement en médecine générale. Les médecins dont l'activité est irrégulière et ayant moins de 45 ans, sont à plus de 64% des femmes.

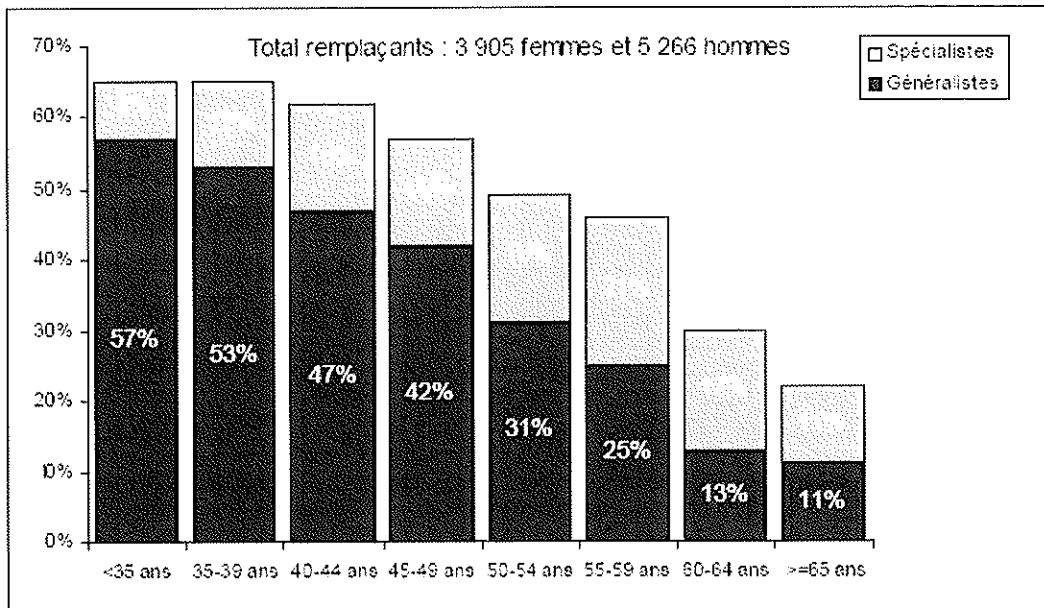
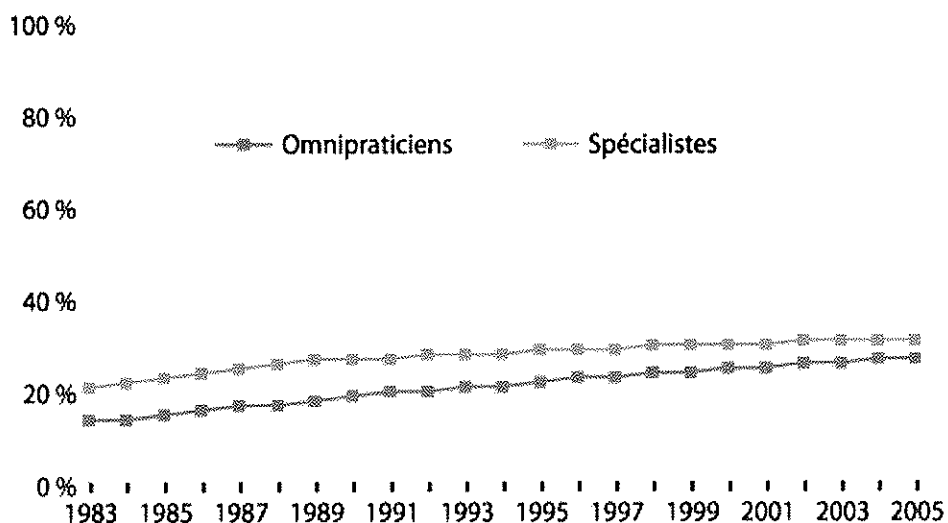


Fig. 25 : Proportion de femmes médecins remplaçantes, selon l'âge et la répartition généraliste/spécialiste de chaque tranche d'âge.

Bien que la proportion des femmes médecins reste minoritaire parmi les omnipraticiens et les spécialistes libéraux, leur part ne cesse de croître. Si les spécialités toujours été plus féminisées que l'exercice en Médecine Générale, l'écart tend aujourd'hui à se réduire. (Figure 26)

Fig. 26 : Evolution de la part des femmes chez les omnipraticiens et spécialistes libéraux de 1983 à 2005 (source Eco-Santé)



Pour l'année 2005, selon une étude menée par la DREES (2006) (9), 4 472 candidats se sont inscrits aux épreuves de l'Examen National Classant et seulement 3822 étudiants ont choisi une affectation, soit 79,6% des 4803 postes ouverts. Parmi ces candidats, 56,5% sont des femmes. Les femmes apparaissent toujours en moyenne plus jeunes que les hommes : 22 % d'entre elles ont 26 ans ou plus, contre 37% pour les hommes.

Ce sont les spécialités médicales qui sont plébiscitées par les internes en médecine féminines, puis la pédiatrie, l'anesthésie réanimation, la biologie médicale, la gynécologie obstétrique et le groupe des spécialités chirurgicales. La santé publique, la médecine du travail et la médecine générale ne sont généralement choisis qu'en second lieu. (Figure 27)

La médecine générale ne représente que 37% de l'ensemble des 3 822 affectations.

En 2007, (41) les femmes placent toujours la médecine générale en troisième position, juste après la pédiatrie. Ensuite, elles se tournent prioritairement vers la discipline «spécialités chirurgicales», l'anesthésie réanimation, la gynécologie obstétrique, la psychiatrie et la biologie médicale. Elles placent encore en fin de liste la gynécologie médicale, la santé publique et la médecine du travail.

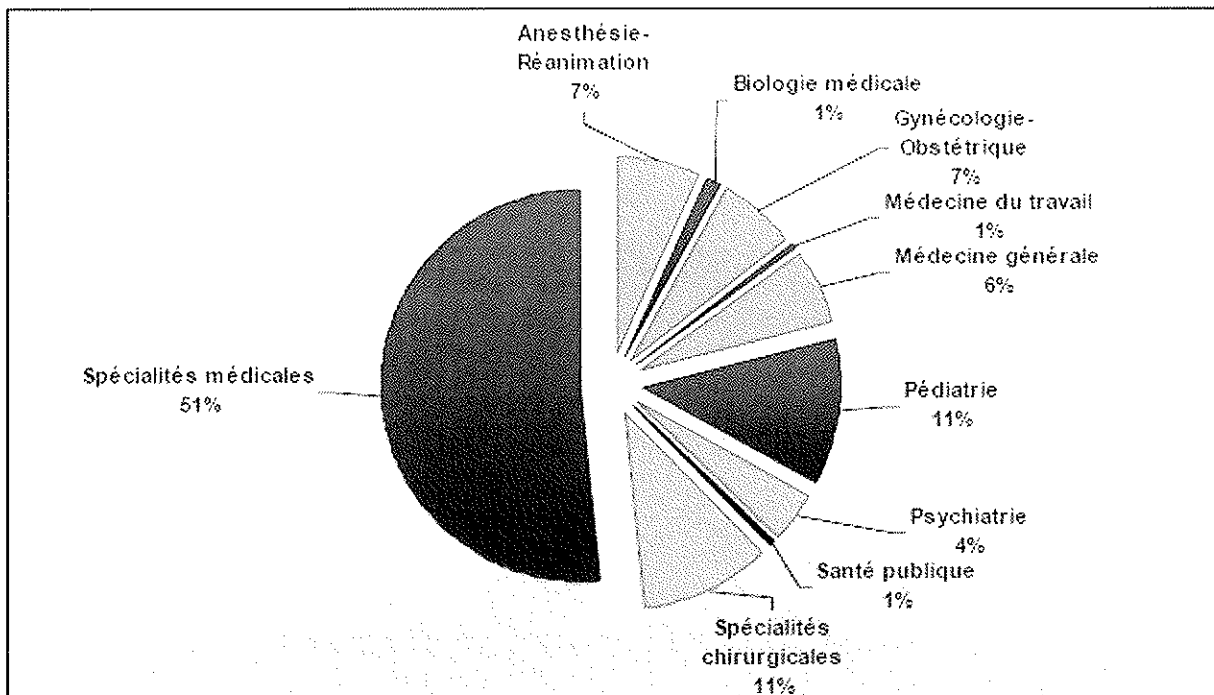


Fig. 27 : Spécialités choisies par les femmes parmi les 1000 premiers étudiants classés à l'ENC en 2005.
 Source : CNOM 2006 (chiffres DREES 2005)

B. Données en Limousin (17, 37)

En Limousin plusieurs sources sont disponibles pour étudier la démographie médicale : le fichier de l'URML, ceux des Conseils Départementaux de l'Ordre, les données de l'Assurance Maladie, celles de l'Administration de la santé (fichier ADELI) et URCAM.

Au 1er janvier 2006, selon le Ministère de la santé (STATISS 2007), le Limousin comptait 928 médecins généralistes libéraux dont certains ont une activité salariée associée à une activité libérale, correspondant à une densité de 128 pour 100 000 habitants (voir figure 28), soit une densité supérieure à la moyenne nationale (100/100 000). Ces statistiques placent le Limousin au 3ème rang national sur 22 régions métropolitaines, après la région PACA (139/100 000) et Languedoc Roussillon (136/100 000), à égalité avec Midi Pyrénées.

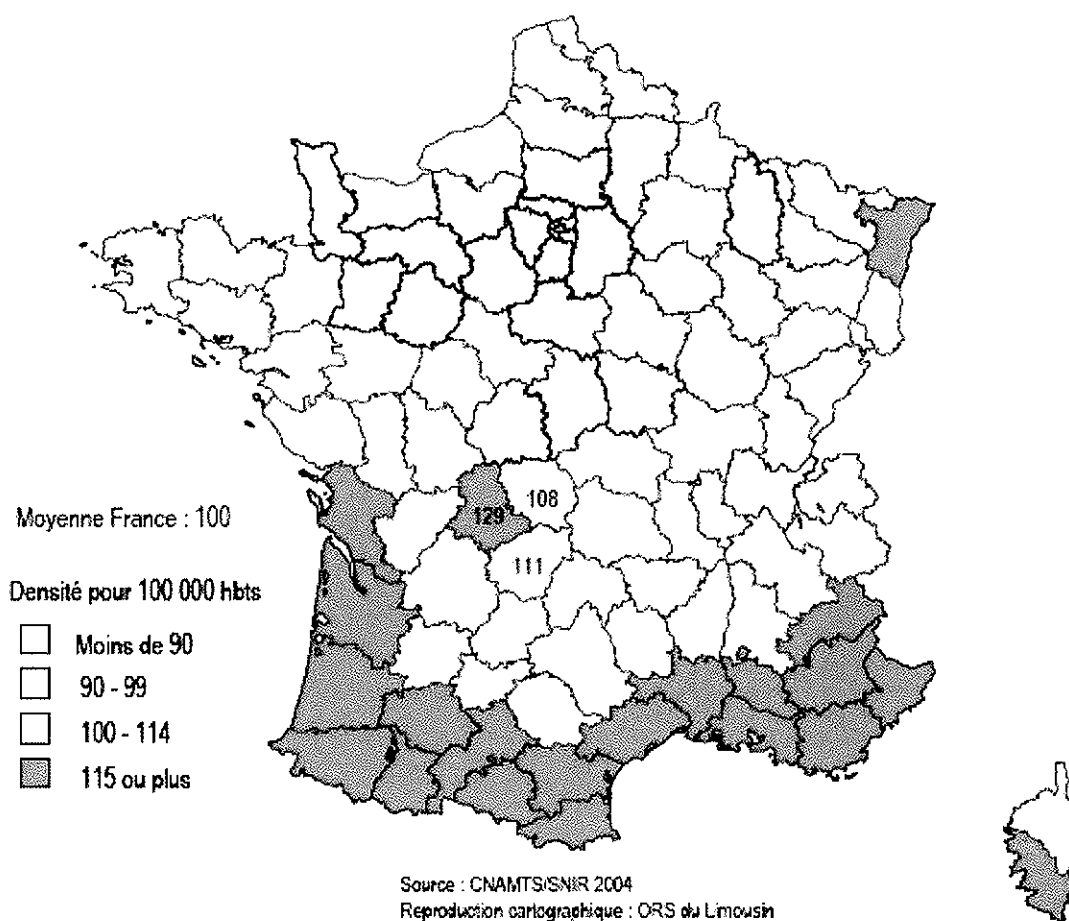
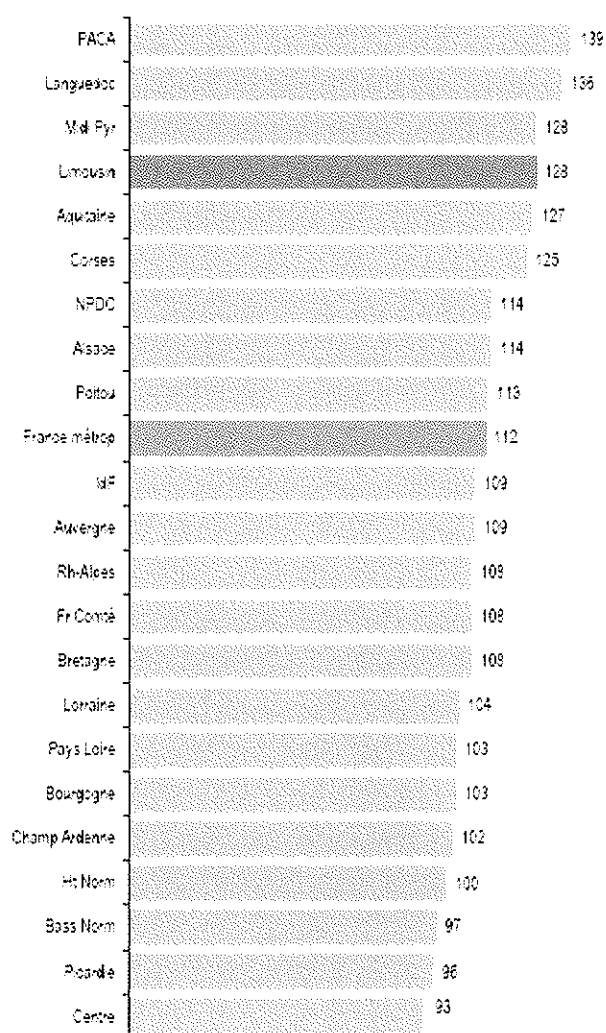


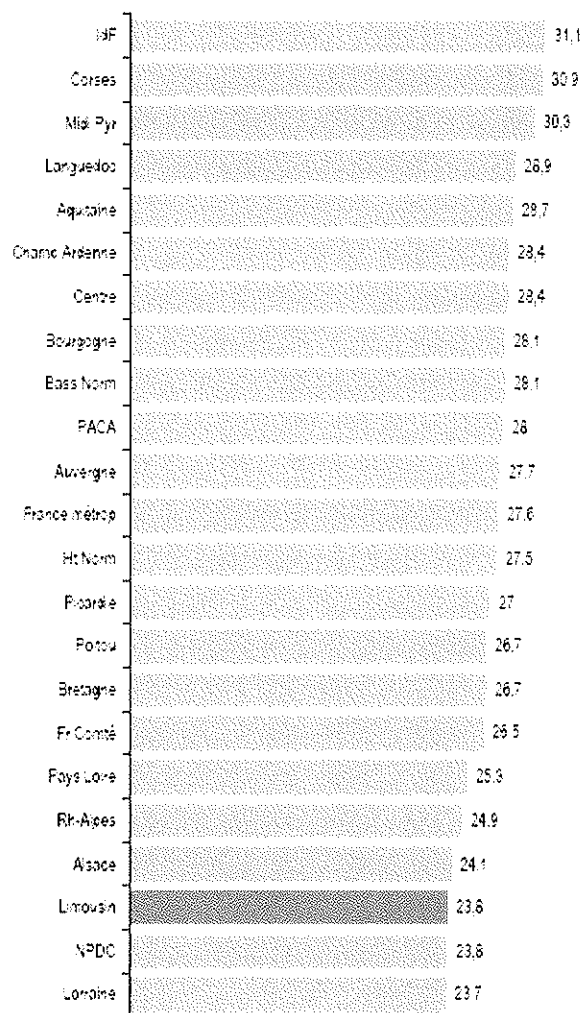
Fig. 28 : Densité départementale des omnipraticiens libéraux au 1^{er} janvier 2005 (source CNAMTS)

Par ailleurs, la même source plaçait au 1er janvier 2006 le Limousin en situation légèrement moins défavorisée s'agissant de la proportion de généralistes libéraux d'un âge supérieur ou égal à 55 ans : 23,8% contre 27,6% au niveau national, soit au 2^{ème} rang sur 22 régions métropolitaines (à égalité avec le Nord Pas de Calais) en termes de faiblesse de la proportion de 55 ans ou plus. Seule la Lorraine a une proportion plus faible de médecins âgés de 55 ans ou plus. (Figure 29)



ORS Limousin, Source : ADELI – 2007

Fig. 29 : Densité régionale en généralistes libéraux au 1er janvier 2006 (taux pour 100 000 habitants)



Ors Limousin, Source : ADELI 2007

Fig. 30 : Part des 55 ans ou plus chez les généralistes libéraux selon la région au 1^{er} janvier 2006

Il est vrai que ces deux classements (3ème région en terme de densité et 2ème région en terme de part des 55 ans ou plus) situent le Limousin en situation légèrement moins critique que beaucoup d'autres régions.

Cependant, ces chiffres doivent tenir compte des spécificités régionales, en particulier de l'importante proportion de personnes âgées en Limousin. Ces dernières sont plus fortes consommatrices de soins, en particulier de visites à domicile.

A noter une faible densité de population (figure 28) dans certains secteurs (habitat dispersé et, par conséquent, éloignement des patients des cabinets médicaux).

Mais surtout, il convient de ne pas se laisser induire en erreur par une moyenne régionale derrière laquelle se cache une très grande hétérogénéité de situations.

C'est ce que montre la carte (figure 28) établie à partir des données de l'Assurance Maladie, qui recense au 1er janvier 2005, 863 généralistes libéraux en Limousin. Cette carte précise que si la Haute-Vienne connaît une densité nettement supérieure à la moyenne nationale (129 vs 112, soit le 5ème rang national sur 96), la Corrèze et la Creuse, bien que connaissant une densité encore supérieure à la moyenne nationale, s'en rapprochent néanmoins (111, soit le 23ème rang national pour la Corrèze et 106, soit le 26ème rang pour la Creuse).

Cette très grande hétérogénéité de situations est clairement illustrée par les cartes suivantes qui montrent qu'un certain nombre de bassins de vie ou de cantons connaissent en réalité des densités médicales inférieures à la moyenne nationale : la Haute Corrèze, le Haut Limousin, pratiquement toute la moitié orientale de la Creuse, et la zone limitrophe du Périgord. (Figures 31 et 32)

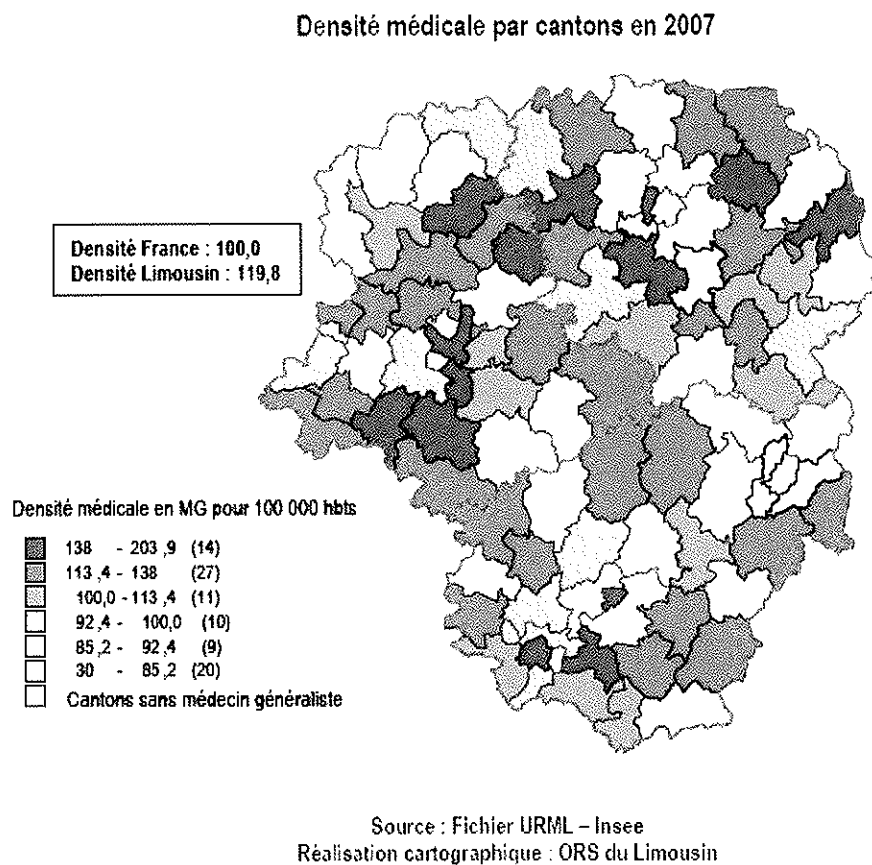


Fig. 31 : Densité médicale en MG pour 100 000 hab. par canton en 2007 (Limousin)

La carte suivante (figure 32) détaille la localisation des 853 médecins généralistes libéraux identifiés (après correction) dans le fichier URML au 1^{er} Janvier 2007.



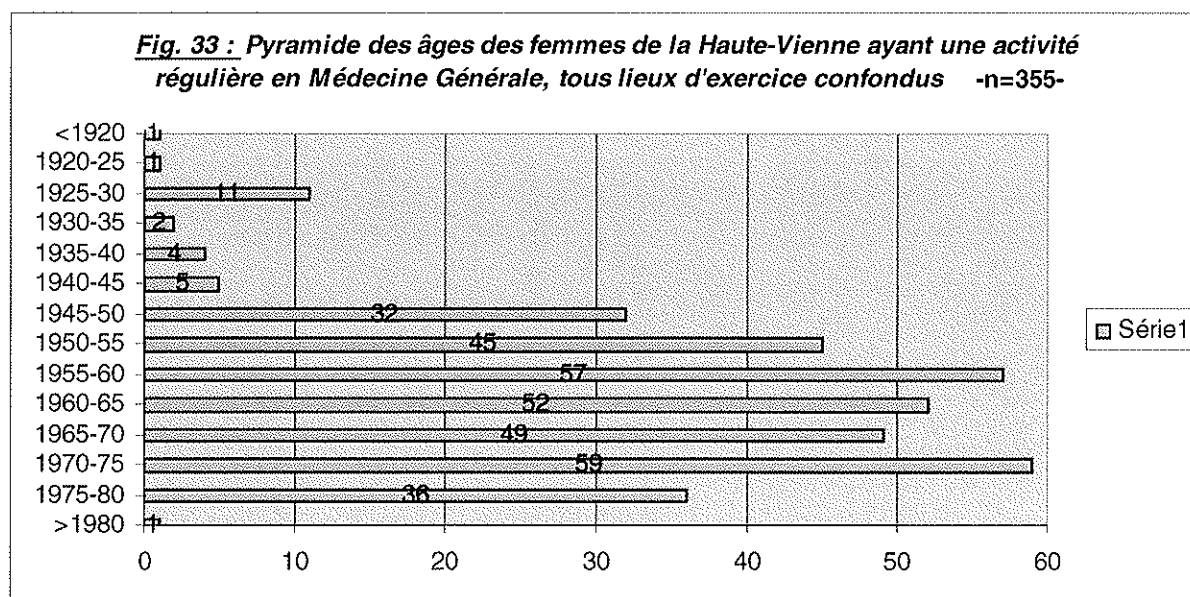
Source : Fichier URML – Insee
Réalisation cartographique : ORS du Limousin

Fig. 32 : Localisation des médecins généralistes libéraux en activité en Limousin en 2007

Les femmes représentent 30% des médecins généralistes libéraux exerçant en Limousin. La Haute-Vienne est le département le plus féminisé (34% contre 23% en Creuse et 24% en Corrèze). La proportion limousine est strictement identique à celle relevée au niveau national.

Si on considère les médecins ayant une activité régulière en Médecine Générale, l'effectif en Limousin s'élève selon les données du CNOM au 1^{er} janvier 2007 (26) à 1225, ce qui est bien supérieur aux données précédentes (les médecins salariés en PMI, par exemple, sont comptabilisés). Le taux de féminisation s'élève alors respectivement, à 35% pour la Corrèze, 31% pour la Creuse et 45% pour la Haute-Vienne. On obtient un taux de féminisation pour le Limousin, de 40%.

Le graphique suivant (figure 33) a été réalisé par analyse des données anonymes fournies par le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne. Il recense les femmes médecins inscrites au tableau de l'Ordre de la Haute-Vienne, avec comme compétence la Médecine Générale.



C. Données de la faculté de Limoges :

Les étudiants inscrits en première année de Médecine à Limoges depuis la fin des années 1990 sont à plus de 60% des filles, avec quelques variations de pourcentage selon les années. (64% inscrites en 2005-2006).

Pourtant, parmi les 72 étudiants inscrits en DES de Médecine Générale à la faculté de Limoges en 2007, 37 sont des femmes, soit la moitié de l'effectif. Ceci ne reflète pas la féminisation de la profession mais les effectifs étant modérés, ils sont sujets à des fluctuations rapides d'une année sur l'autre... Ou alors, les jeunes internes féminines choisissent d'autres spécialités...

III. METHODE

Notre étude est descriptive. Elle explore les facteurs ayant pu favoriser l'installation des femmes médecins généralistes du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural et pratiquant une médecine générale libérale allopathique exclusive ou mixte.

A. La Population Etudiée

L'échantillon étudié ici représente les femmes médecins généralistes installées dans le limousin en secteur rural ou semi rural exerçant en secteur libéral allopathique exclusif ou mixte.

Nous allons commencer par donner les définitions des termes ayant défini l'échantillon. (8, 30)

Pour parler de rural et semi rural il faut commencer par définir ce qui est urbain.

L'INSEE définit une **commune urbaine** comme étant une commune appartenant à une unité urbaine.

L'**unité urbaine** se définit comme un ensemble d'une ou plusieurs communes dont le territoire est partiellement ou totalement couvert par une zone bâtie d'au moins 2000 habitants. Si une commune représente plus de 50 % de la population de l'unité urbaine, elle est seule **ville centre**.

Dans le cas contraire, toutes les communes qui ont une population supérieure à la moitié de celle de la commune la plus importante, ainsi que cette dernière, sont villes centres. Les communes urbaines qui ne sont pas villes centres constituent la **banlieue** de l'unité urbaine.

La **commune rurale** est celle qui n'appartient pas à une unité urbaine. (50)

L'INSEE détermine 6 aires urbaines en limousin : Brive, Guérêt, Limoges, St Junien, Tulle, Ussel. Ces 6 villes sont donc bien évidemment urbaines.

Allassac, Malemort, Larche, St Pantaléon de Larche, Ussac appartiennent à l'aire urbaine de Brive, et sont répertoriées sous le terme banlieue, elles sont donc considérées comme urbaines. De même Laguenne qui appartient à l'aire urbaine de Tulle. De même Condat-sur-vienne, Couzeix, Feytiat, Isle, Le Palais-sur-vienne et Panazol qui appartiennent à l'aire urbaine de Limoges.

L'INSEE répertorie 25 unités urbaines sur le limousin, une fois retirées les 6 villes donnant lieu à des aires urbaines, les villes restantes sont considérées comme étant semi rurales. Ainsi par exemple, St Yrieix est considérée comme semi rurale.

Notre échantillon comprend donc 76 médecins exerçant dans des communes rurales et 22 médecins exerçant dans des communes semi rurales.

Ces données sont tirées des fichiers des URML, et des données de l'annuaire téléphonique.

B. La Méthode

Le questionnaire (Annexe 1) comportait 5 chapitres (données générales, activité et mode d'exercice, situation familiale, installation et enfin facteurs ayant influencé celle-ci) essentiellement formés de 27 questions fermées auxquelles s'ajoutaient deux questions ouvertes concernant leur vision de l'avenir.

96 médecins féminins répondaient aux critères (femme médecin généraliste installée en milieu rural ou semi rural exerçant en secteur libéral allopathique exclusif ou mixte).

Il s'agit d'une enquête postale par auto questionnaire réalisée entre le 24 Février et le 14 Mars 2008, avec une enveloppe timbrée pour le retour. Un numéro d'anonymat a permis un pointage des retours et une relance postale ciblée.

Une relance postale des non répondants a été effectuée fin Mars 2008 sur 15 jours.

La saisie et l'analyse des questionnaires ont été réalisées de façon personnelle sous tableau excel sans programme statistique.

IV. RESULTATS

A. Répondants/Non répondants

103 questionnaires (dont 7 par erreur) ont été envoyés, 85 sont revenus dont 80 exploitables, soit 82,52% de répondants.

Parmi les répondants : 80 sont exploitables (94,11%), 5 ne le sont pas : 2 sont des hommes (erreur de listing...), 1 femme est à la retraite depuis le 1^{er} Janvier 2008, 1 questionnaire a été retourné vierge, 1 médecin exerçant un MEP (erreur de listing) a retourné le questionnaire (critère d'exclusion).

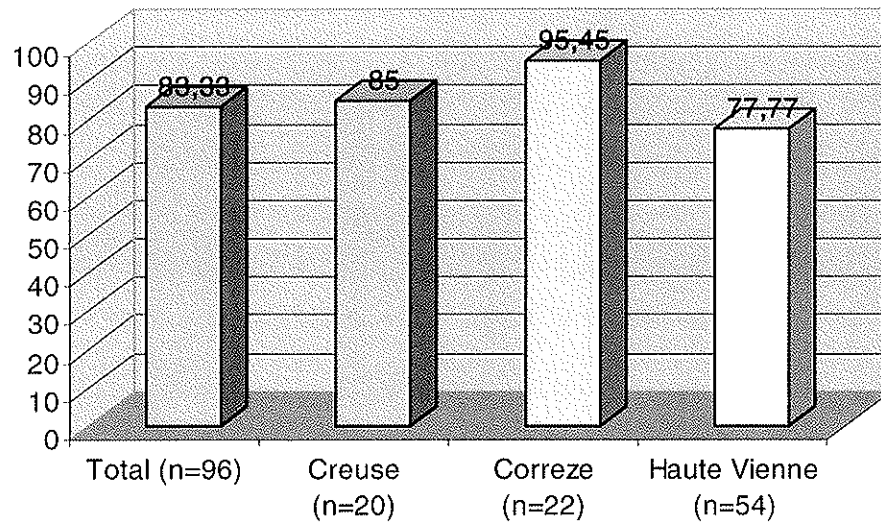
Les 80 questionnaires exploitables se détaillent comme suit :

- Corrèze : 22 Médecins Femmes contactées : 21 réponses (95,45%) dont 20 en rural et 1 en semi rural.
- Creuse : 20 Médecins Femmes contactées : 17 réponses (85,00%) dont 12 en rural et 5 en semi rural.
- Haute-Vienne : 54 Médecins Femmes contactées : 42 réponses (77,77%) dont 31 en rural et 11 en semi rural.
- Rural : 63 réponses sur 76 questionnaires envoyés (82,89%).
- Semi rural : 17 réponses sur 22 questionnaires envoyés (77,27%).

Parmi les non répondants, après la relance, on note 2 retours à l'envoyeur – n'habite pas à l'adresse indiquée – par La Poste, 1 médecin exerçant en secteur urbain (qui avait été introduit par erreur dans le listing) et 16 femmes médecins répondants aux critères qui n'ont pas retourné le questionnaire.

Ces dernières se détaillent comme suit : 6,25% sont installées en Corrèze, 18,75% en Creuse, 75% en Haute Vienne, 25% d'entre elles exercent en secteur semi rural et 75% en secteur rural. Nous n'avons pas plus de détails permettant de donner les caractéristiques de cette population de non répondants. (Une des femmes MG exerçant en semi rural en Haute Vienne était en congé maternité au moment de l'envoi du questionnaire.)

Tab. 1 : Taux de participation des femmes médecins généralistes libérales du limousin installées en secteur rural ou semi rural selon le département (n=96) -%



Le terme de « femmes médecins généralistes du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural » est utilisé de très nombreuses fois au cours de cet exposé. Nous considérerons donc par souci de commodité dans cet exposé que le terme réduit « femmes MG » remplacera le précédent.

B. Analyse du Questionnaire

1. LEUR IDENTITE

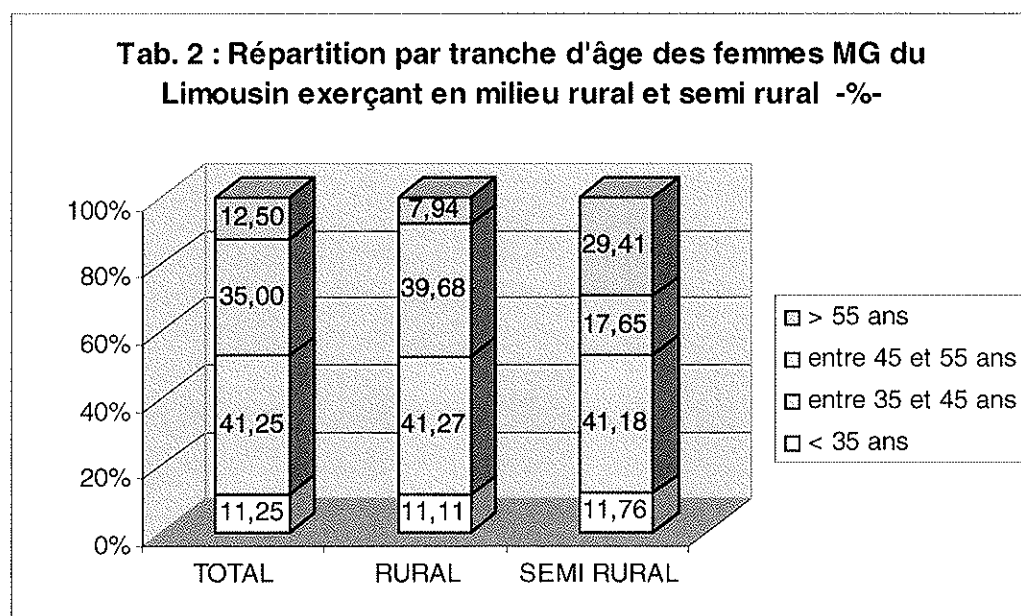
a- L'âge :

47,50% des femmes MG de notre échantillon sont âgées de plus de 45 ans.

12,5% d'entre elles ont plus de 55 ans.

On remarque que 30% des femmes MG installées en milieu semi rural ont plus de 55 ans.

Seulement 11,25% des femmes MG installées en Limousin ont moins de 35 ans.
(Tableau 2 et 3)



%	< 35 ans	entre 35 et 45 ans	entre 45 et 55 ans	> 55 ans	Effectif
TOTAL	9	33	28	10	80
RURAL	7	26	25	5	63
SEMI RURAL	2	7	3	5	17

Tab. 3 : Répartition par tranche d'âge des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural et semi rural (nb=80)

b- la situation matrimoniale :

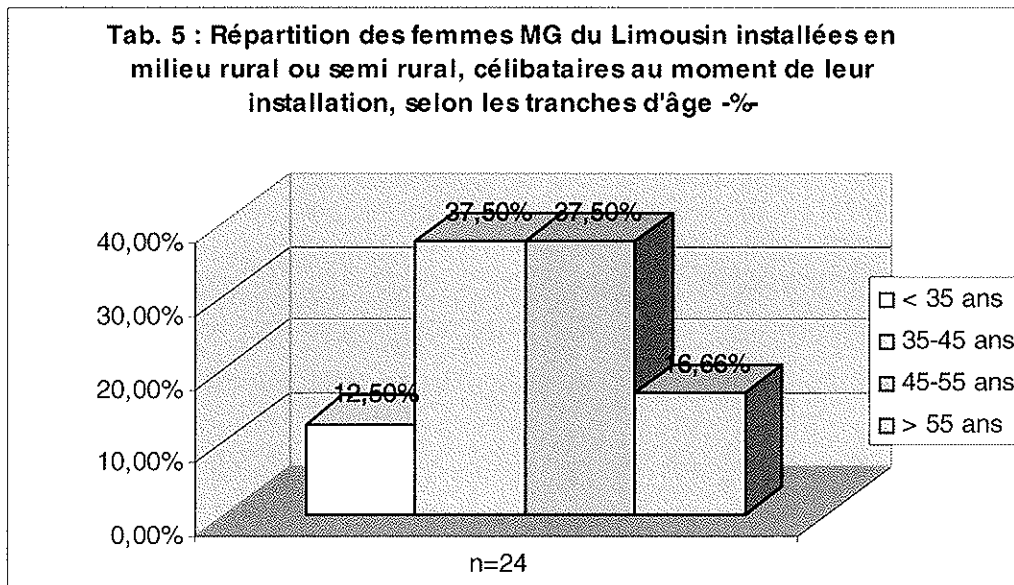
Lors de leur installation, 70% des femmes MG étaient mariées ou vivaient en couple.

On note que plus de 71% des femmes MG installées en milieu rural vivent en couple, contre moins de 65% de celles installées en milieu semi rural. (Tableau 4)

%	Célibataire	Mariée ou vivant en concubinage	Effectif
TOTAL	30,00	70,00	80
RURAL	28,57	71,43	63
SEMI RURAL	35,29	64,71	17

Tab. 4 : Répartition selon la situation matrimoniale des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural et semi rural (nb=80)

On remarque que les médecins célibataires sont principalement les 35-55 ans. Les jeunes installées vivent en couple lors de leur installation à plus de 87%, et les plus de 55 ans à plus de 83%. (Tableau 5)



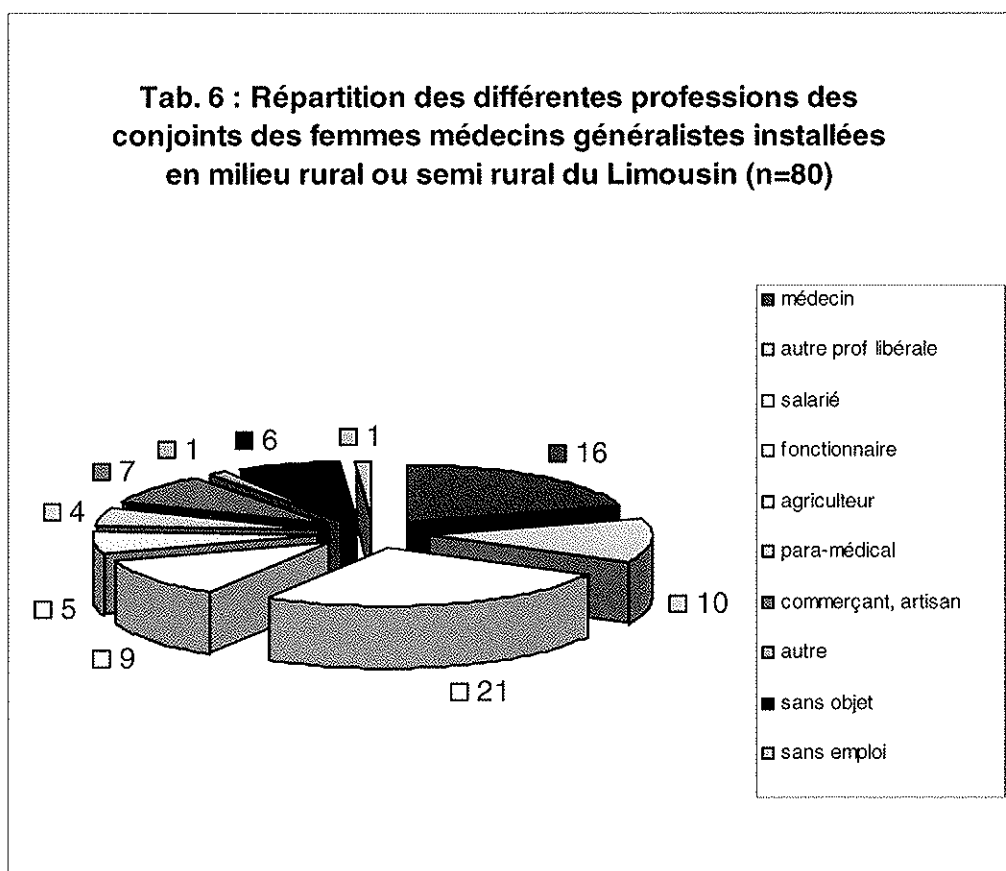
c- le conjoint :

On retrouve 20% de médecins parmi les conjoints de femmes MG de notre échantillon. Les conjoints salariés et fonctionnaires sont assez représentés.

On note plus de diversité professionnelle parmi les conjoints des femmes MG installées en milieu rural. (Tableau 6 et 7)

Profession	médecin	autre prof libérale	salarié	fonctionnaire	Agriculteur	Para médical	commerçant artisan	Sans emploi	autre	sans objet	Effectif
TOTAL	16	10	21	9	5	4	7	1	1	6	80
RURAL	12	10	13	6	5	4	6	1	1	5	63
SEMI RURAL	4	0	8	3	0	0	1	0	0	1	17

Tab. 6 : Effectif des conjoints des femmes MG du Limousin selon leur profession.

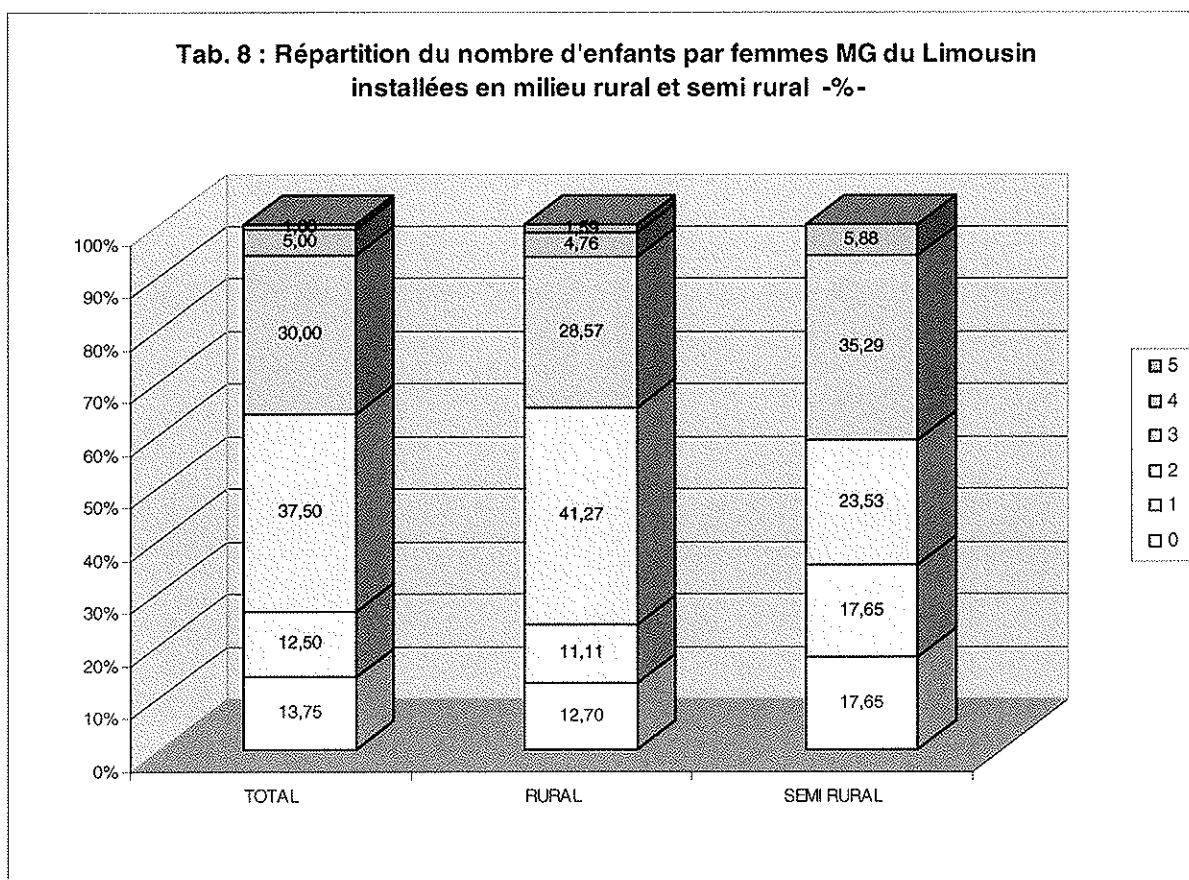


d- Les enfants :

Les 80 femmes MG ont eu en tout 163 enfants, soit un taux de 2,04 enfants par femme, ce qui est au dessus du taux de fécondité français (1,95 enfant par femme en 2007 pour la population générale).

On note que les femmes installées en milieu rural ont en moyenne un peu plus d'enfants que les femmes installées en milieu semi rural (2,06 contre 1,94). D'une manière générale une femme médecin généraliste en milieu rural a plus d'enfants qu'une femme médecin généraliste installée en milieu semi rural. (près de 70% des femmes MG en milieu rural ont 2 ou 3 enfants – 76% ont 2 enfants ou plus – contre à peu près 59% des femmes MG en milieu semi rural – 64,7% ont 2 enfants ou plus -)

Enfin 12,7% n'ont pas d'enfant contre 17,65% en semi rural. (Tableau 8)

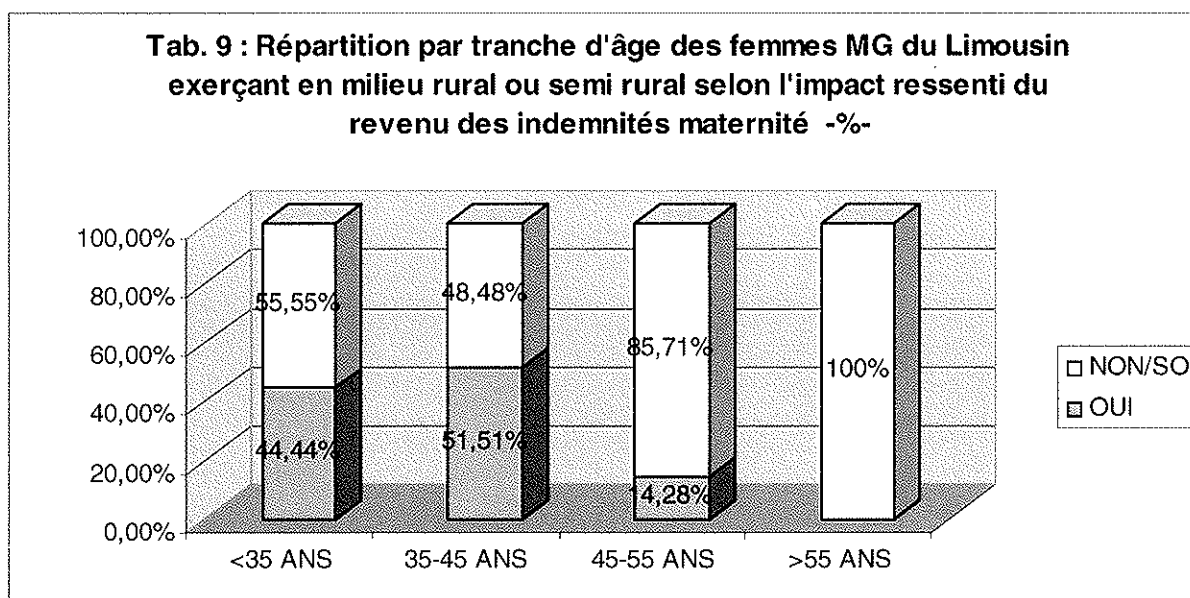


e- les grossesses et l'impact des congés maternité

Un tiers (32,50%) des femmes MG de notre échantillon estime que les faibles revenus perçus lors du congé maternité ont eu un impact sur leur maternité (nombre d'enfant, déroulement psychologique de leur grossesse, durée de l'arrêt pour maternité).

Ce taux passe à plus de 51% chez les femmes entre 35 et 45 ans, et 44,44% chez les moins de 35 ans.

Les femmes médecin de plus de 45 ans se sentent beaucoup moins concernées par la question car pour beaucoup, l'indemnité de congé maternité était dérisoire voire inexistante lors de leurs grossesses. (Tableau 9)

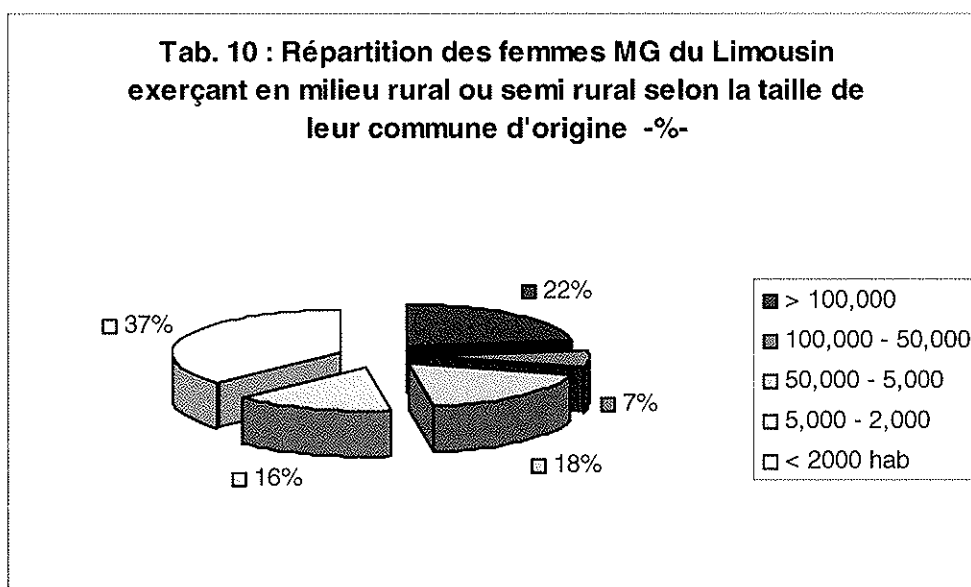


f- la taille de la commune d'origine :

37% des femmes MG de notre échantillon sont originaires d'une commune de moins de 2000 habitants. (Tableau 10)

Ce taux s'élève à près de 43% pour les femmes MG exerçant en milieu semi rural.

22% des femmes de notre échantillon sont originaires d'une ville de plus de 100 000 habitants.

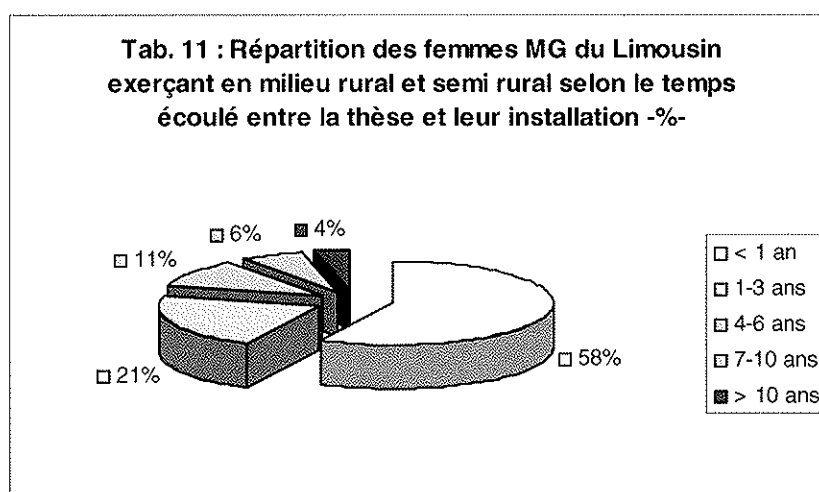


2. LEURS ETUDES

a- la thèse et l'installation :

Une majorité (58%) des femmes MG de notre échantillon se sont installées dans l'année qui a suivi l'obtention de la thèse.

On note seulement 3 femmes MG s'étant installées plus de 10 ans après l'obtention de leur thèse. Elles exercent en milieu rural, et ont entre 45 et 55 ans au moment du questionnaire. (Tableau 11 et 12)



%	< 1 an	1-3 ans	4-6 ans	7-10 ans	> 10 ans	Population
TOTAL	57,50	21,25	11,25	6,25	3,75	80
RURAL	58,73	22,22	9,52	4,76	4,76	63
SEMI RURAL	52,94	17,65	17,65	11,76	0,00	17

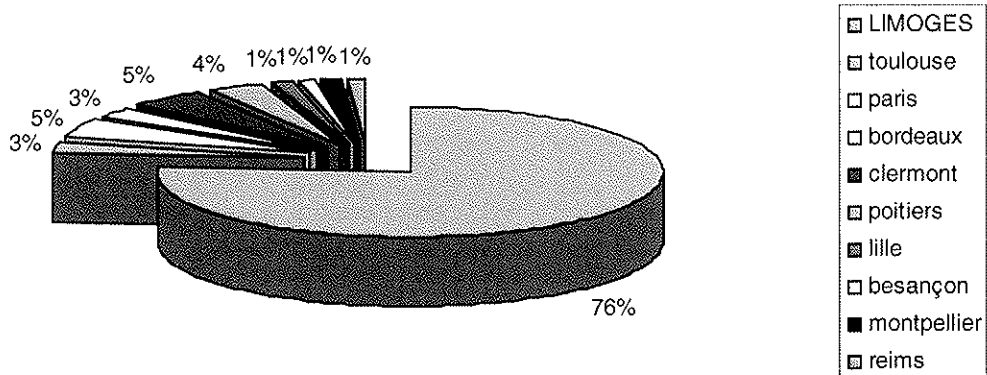
Tab. 12 : Répartition des femmes MG du Limousin selon le temps écoulé entre la thèse et leur installation

b- la faculté d'origine :

Une très grande majorité des femmes MG de notre échantillon sont originaires de la faculté de Limoges (76,25%).

Parmi les 19 femmes restantes (soit 24%), 4 sont originaires de Clermont-Ferrand, 3 de Poitiers, 2 de Toulouse et 2 de Bordeaux, 1 de Lille, 1 de Besançon, 1 de Montpellier et 1 de Reims. (Tableau 13)

Tab.13 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon leur origine géographique -%-



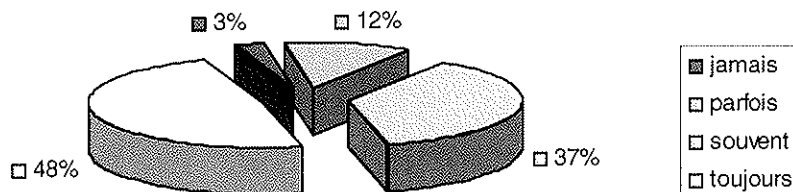
c- les remplacements :

95% des femmes MG ont effectué des remplacements avant leur installation.

Deux n'ont jamais effectué de remplacement en secteur rural.

85% ont effectué souvent ou toujours leurs remplacement en milieu rural.

Tab. 14 : Proportion des femmes médecins généralistes ayant effectué des remplacements ruraux avant leur installation.



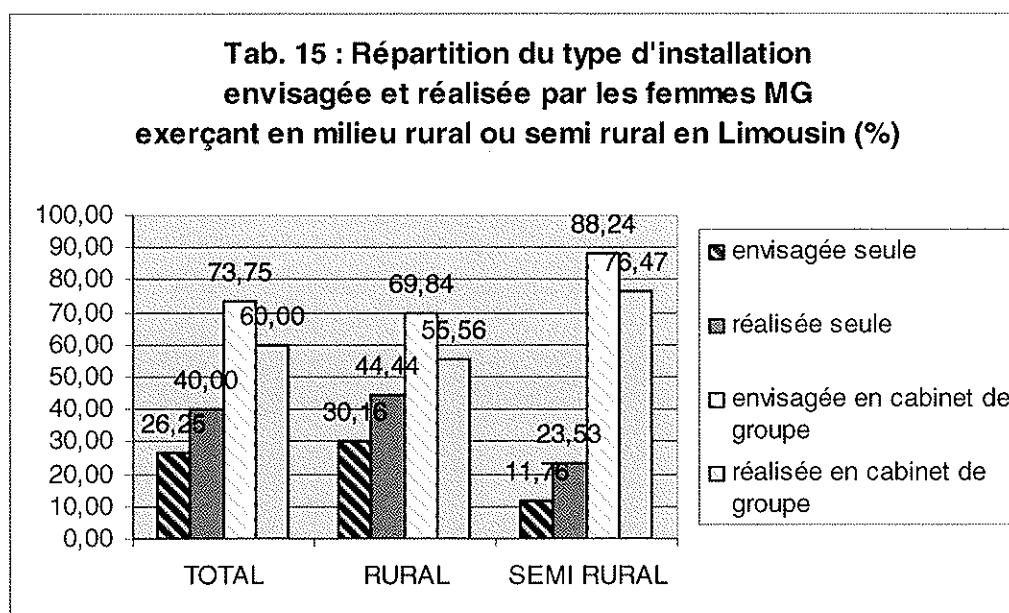
3- L'INSTALLATION

a- l'installation envisagée et réalisée

Seulement 26% des femmes MG envisageaient de s'installer seule, avec une grande différence entre les femmes MG installées en milieu rural (30%) et celles installées en milieu semi rural (11,50%).

La réalisation est bien différente puisque 40% d'entre elles se sont installées seules (45% en milieu rural et 24% en milieu semi rural). (Tableau 15)

19 des 32 femmes MG installées seules ont plus de 45 ans soit près de 60%.

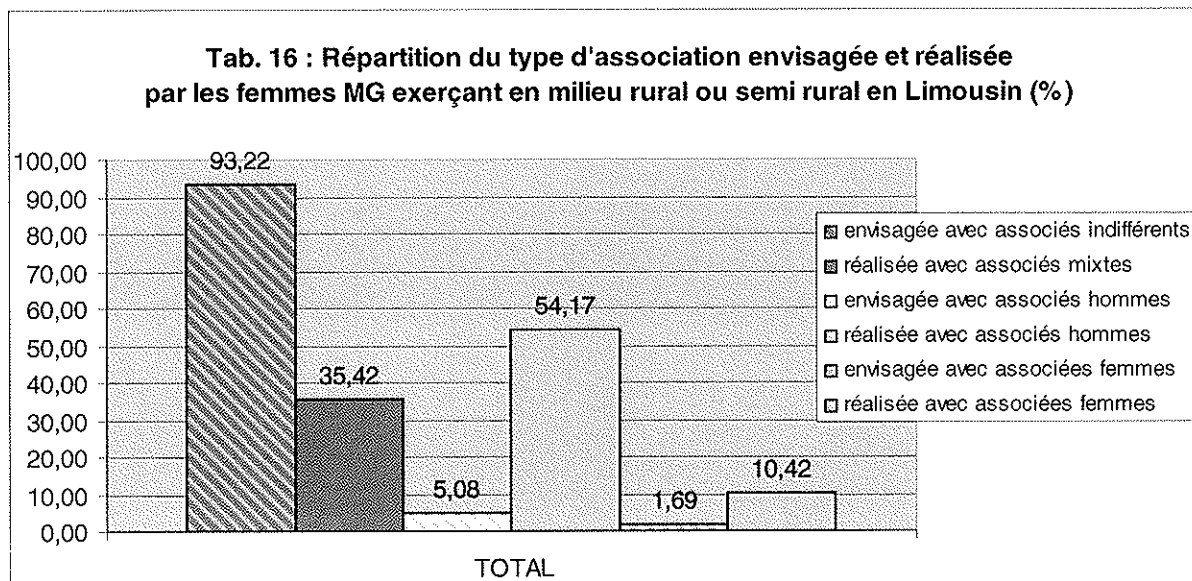


On note que les femmes MG qui souhaitaient s'installer en groupe n'ont pas toutes pu réaliser leur projet au départ. Certaines se sont associées dans un second temps, plus ou moins long.

On remarque qu'elles n'ont pas de souhait particulier quant au type d'association envisagée.

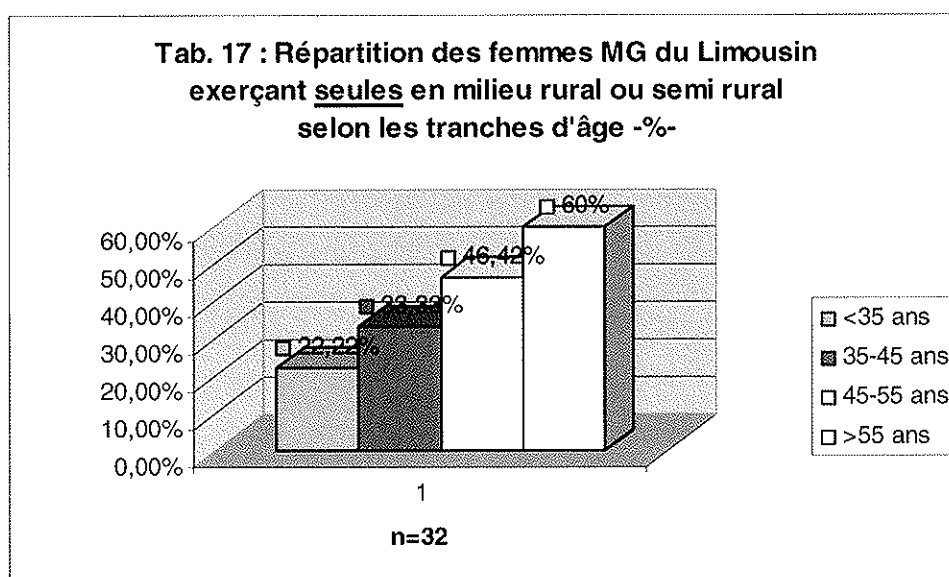
Une majorité d'entre elles (près de 55%) est associée avec des hommes.

Seulement 10% sont installées avec une ou des femmes. (Tableau 16)



Les femmes MG de notre échantillon exerçant seules se répartissent de la façon suivante :

- un peu plus de 22% de celles ayant moins de 35 ans ;
- un peu plus de 33% de celles âgées entre 35 et 45 ans ;
- presque 41% de celles entre 45 et 55 ans ;
- enfin la majorité des femmes MG âgées de plus de 55, soit 60%.



b- opportunité ou réfléchie

70% des femmes MG installées estiment que cette installation est secondaire à une opportunité.

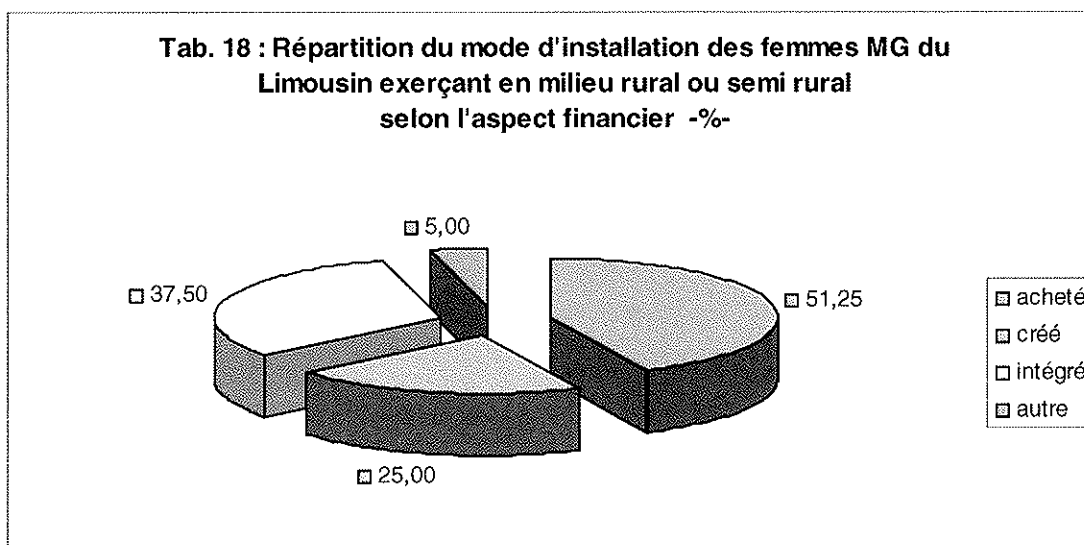
Il semblerait que cet item ait été plutôt intégré comme faisant référence au type d'installation (question 13) et non au milieu – rural ou semi rural- où a eu lieu l'installation.

c- l'aspect financier :

Les femmes MG ont répondu pour certaines à plusieurs items, les pourcentages sont donc supérieurs à 1.

Les femmes MG de notre échantillon ont pour la majorité acheté un droit de présentation de patientèle. (Tableau 18)

37,50% d'entre elles ont intégré un cabinet déjà existant et 25% ont créé un cabinet.



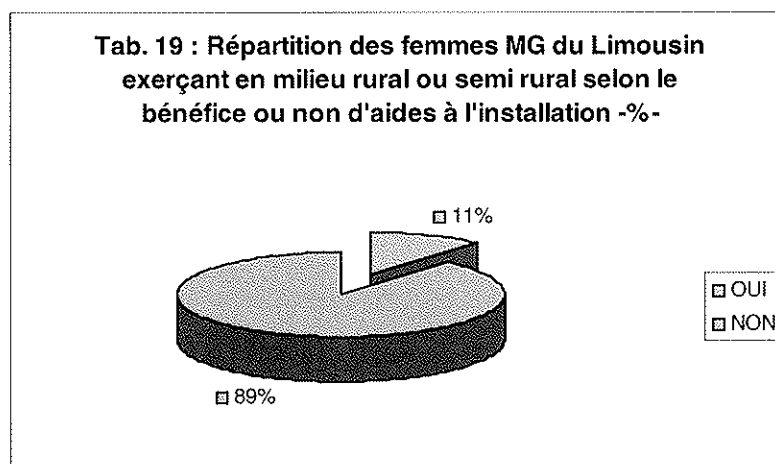
d- les aides à l'installation

11,29% des femmes MG de notre échantillon ont bénéficié d'aides à l'installation.

Il s'agit exclusivement ici de femmes MG exerçant en milieu rural. (14,29% des femmes MG exerçant en milieu rural).

Ces aides consistent en la mise à disposition à tarif locatif avantageux voir nul de locaux professionnels, exonération de taxe ou d'impôts locaux, mise à disposition d'appartement d'habitation...

Certaines femmes MG déplorent malheureusement des promesses d'aides non tenues par certaines communes....

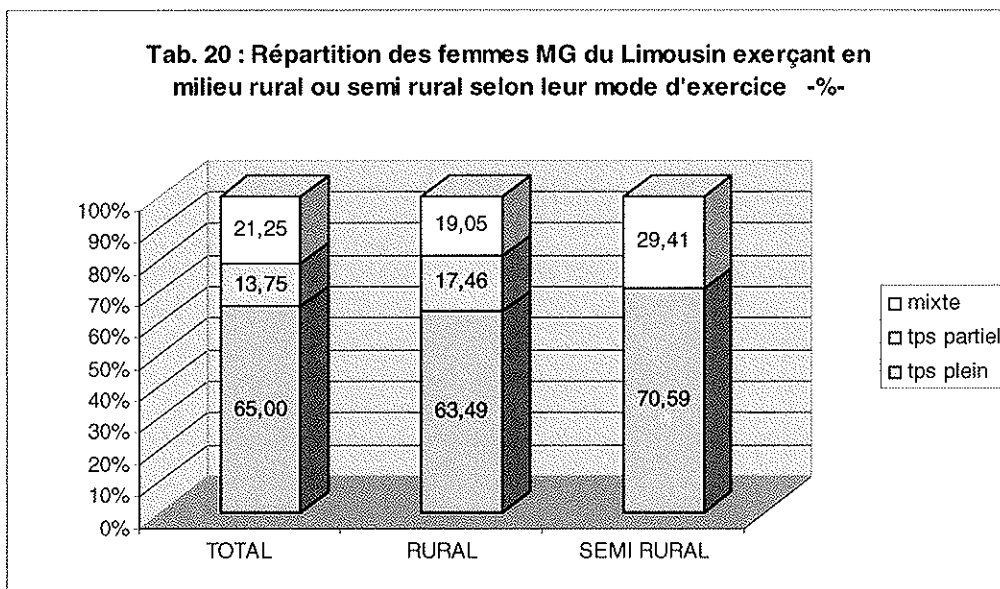


4. L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

a- le mode d'exercice

65% des femmes MG installées exercent à temps complet (63,46% des femmes MG exerçant en milieu rural, 70,59% des femmes MG exerçant en milieu semi rural).

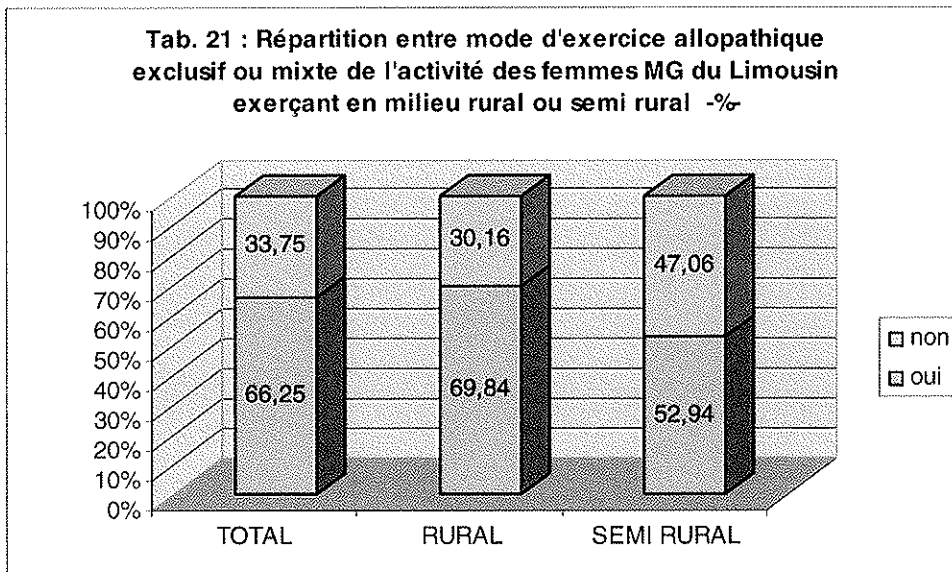
Ces femmes exerçant en milieu semi rural n'exercent pas à temps partiel libéral mais 29,41% d'entre elles ont un exercice mixte (temps partiel libéral et salarié). (Tableau 20)



b- Mode d'exercice Particulier (MEP)

66,25% des femmes MG de notre échantillon ont un exercice allopathique exclusif.

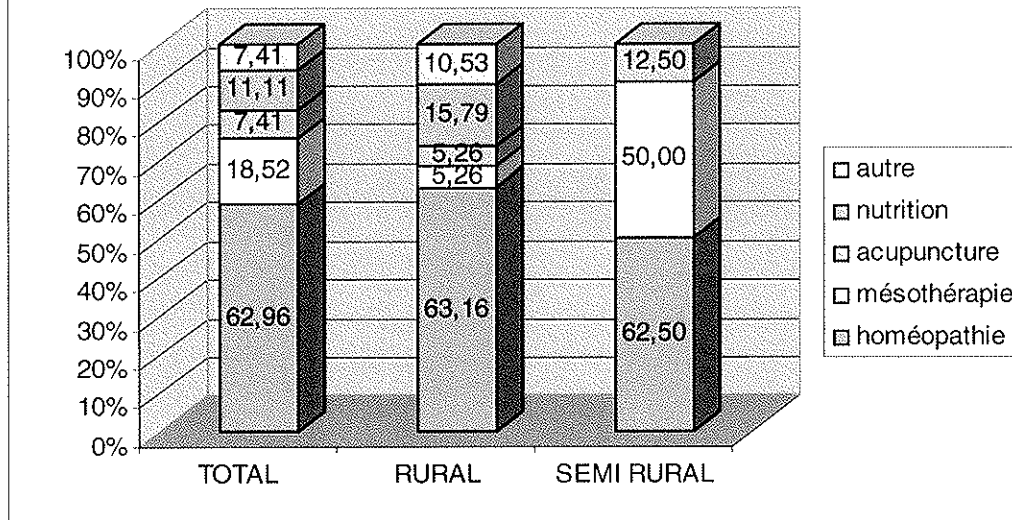
Celles installées en milieu semi rural exercent à plus de 47% de façon mixte c'est-à-dire avec une activité complémentaire, ce qui contraste avec celles installées en milieu rural qui exercent de façon mixte à 31%. (Tableau 21)



33,75% des femmes MG (soit 27 sur 80) ont une activité médicale mixte qui se répartie comme suit (les taux dépassent 100% car certains médecins exercent 1 ou plusieurs activités complémentaires.) : (Tableau 22)

- 60,71% exercent l'homéopathie selon des proportions à peu près équivalentes entre milieu rural et semi rural (62,50% des femmes MG installées en milieu semi rural et 60% de celles exerçant en milieu rural) ;
- 50% des femmes MG installées en milieu semi rural exercent la mésothérapie contre 5% seulement de celles exerçant en milieu rural ;
- 2 femmes exercent l'acupuncture ;
- 3 se sont spécialisées en nutrition et sont installées en milieu rural ;
- on note aussi une ostéopathe et une psychothérapeute (qui d'ailleurs souhaiterait ne plus se consacrer qu'à son activité de psychothérapie).

Tab. 22 : Répartition de l'activité complémentaire exercée par les femmes MG du Limousin installées en milieu rural ou semi rural -%-



c- le mode de consultation

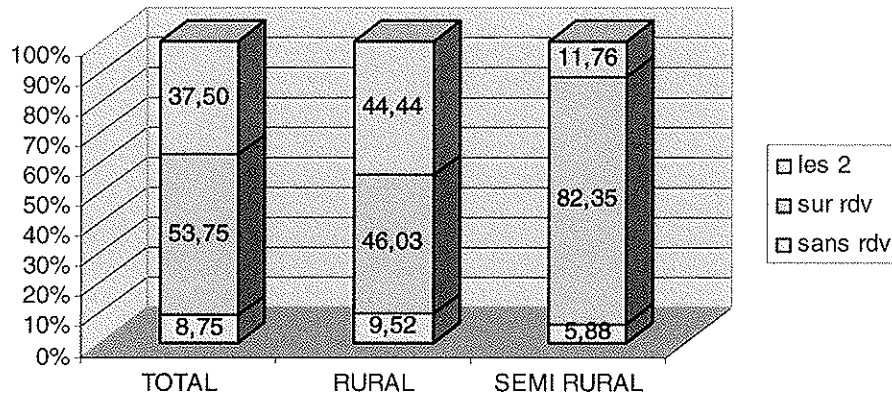
Les femmes MG du Limousin ne consultent pas sur le même mode en milieu rural et semi rural.

En milieu rural, 46% des femmes MG consultent exclusivement sur rendez-vous, contre 82,35% en milieu semi rural.

Les femmes MG exerçant en milieu rural consultent à près de 45% sur et sans rendez-vous selon les plages horaires.

En milieu semi rural par contre seulement près de 12% des femmes MG consulte selon ce mode mixte.

Tab. 23 : Répartition du mode de consultation des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural (%)



d- le temps de travail et l'activité : demi-journées, actes, visites

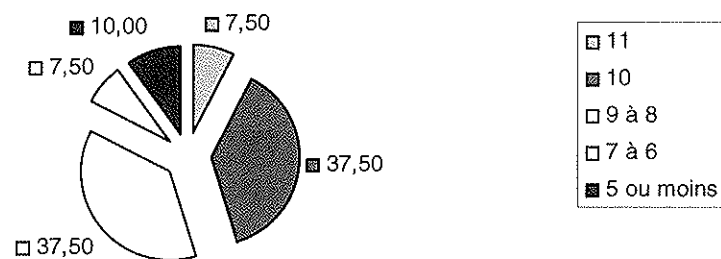
□ *Nombre de demi journées de travail hebdomadaires :*

Les femmes MG du de notre échantillon consultent en moyenne 8,75 demi journées par semaine.

Une grande majorité exerce plus de 8 demi journées par semaine (75%).

Seulement 7,50% d'entre elles consultent 11 demi journées par semaine (5 sur 76 exercent en milieu rural et une seule sur 21 exerce en milieu semi rural).

Tab. 24 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon le nombre de demi journées de travail hebdomadaires (%)



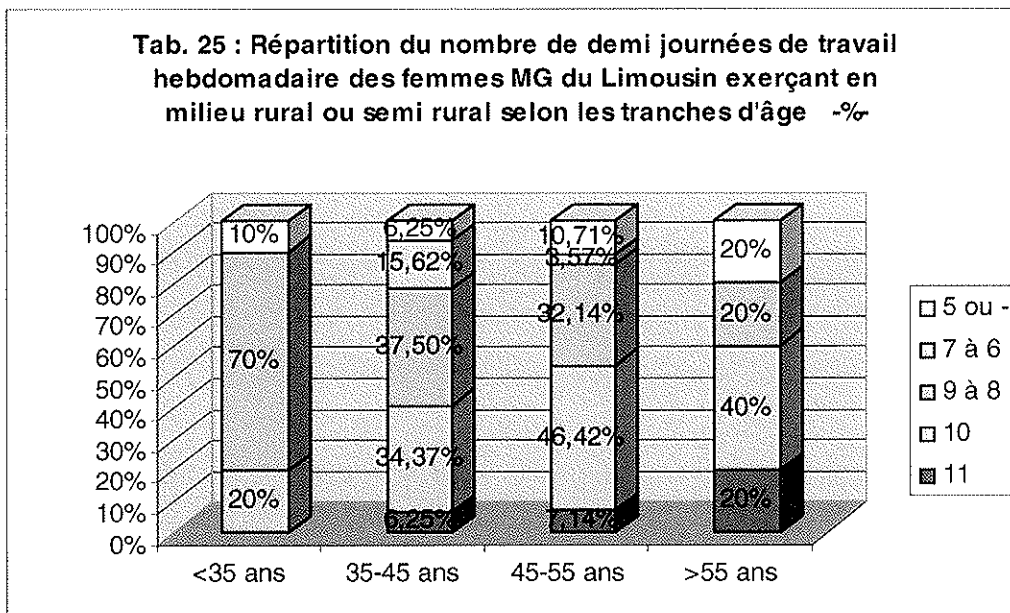
Le graphique suivant (tableau 25) montre la répartition du nombre de demi journées de travail hebdomadaire des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon les tranches d'âge.

On remarque ainsi que les jeunes générations de notre échantillon travaillent en majorité (70%) 8 à 9 demi journées par semaine.

Une seule femme MG travaille 5 demi journées par semaine mais il s'agit ici de son activité libérale seule, à laquelle s'ajoute un mi temps salarié hospitalier.

On note que ce sont les femmes MG les plus âgées de notre échantillon qui ont le plus grand nombre de demi journées hebdomadaires de travail.

Ces différences qui semblent importantes quand on considère les pourcentages s'estompent quand on prend les chiffres bruts.



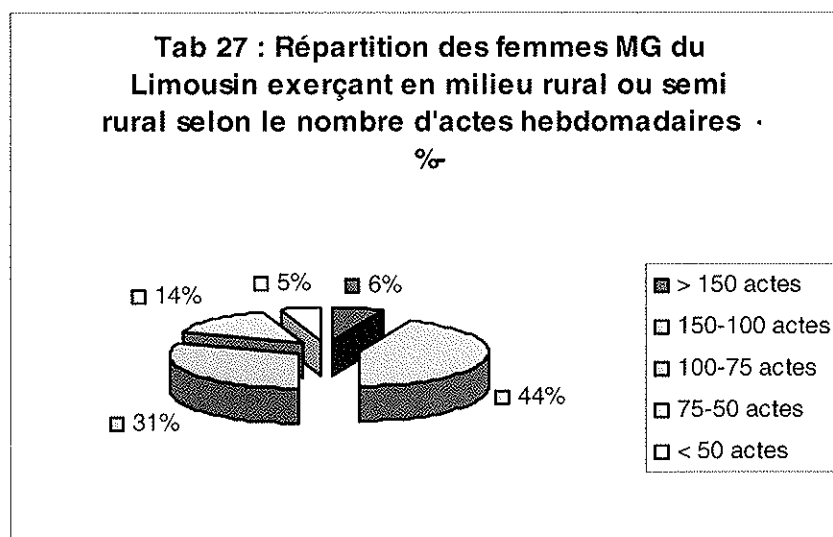
	<35	35-45	45-55	>55	Effectif Total
11	0	2	2	2	6
10	2	11	13	4	30
9 à 8	7	12	9	2	30
7 à 6	0	5	1	0	6
5 ou -	1	2	3	2	8
Total des ½ journées	10	32	28	10	80

Tab. 26 : Table des données de la répartition du nombre de demi journées de travail hebdomadaire des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon les tranches d'âge (n=80)

□ *Nombre d'actes hebdomadaires :*

50% des femmes MG effectuent plus de 100 actes hebdomadaires.

Un peu moins de 20% effectuent moins de 75 actes par semaine, dont le quart moins de 50 actes hebdomadaires.



Quand on considère la répartition par tranches d'âges, on note chez les MG de plus de 45 ans un plus grand nombre d'actes hebdomadaires. (Tableau 28 et 29)

- 50% des femmes MG entre 45 et 55 ans effectuent plus de 100 actes hebdomadaires et plus encore, 70%, chez les femmes MG de plus de 55 ans de notre échantillon. Ce pourcentage est à relativiser lorsqu'on considère les chiffres bruts : 10 femmes MG seulement ont plus de 55 ans.

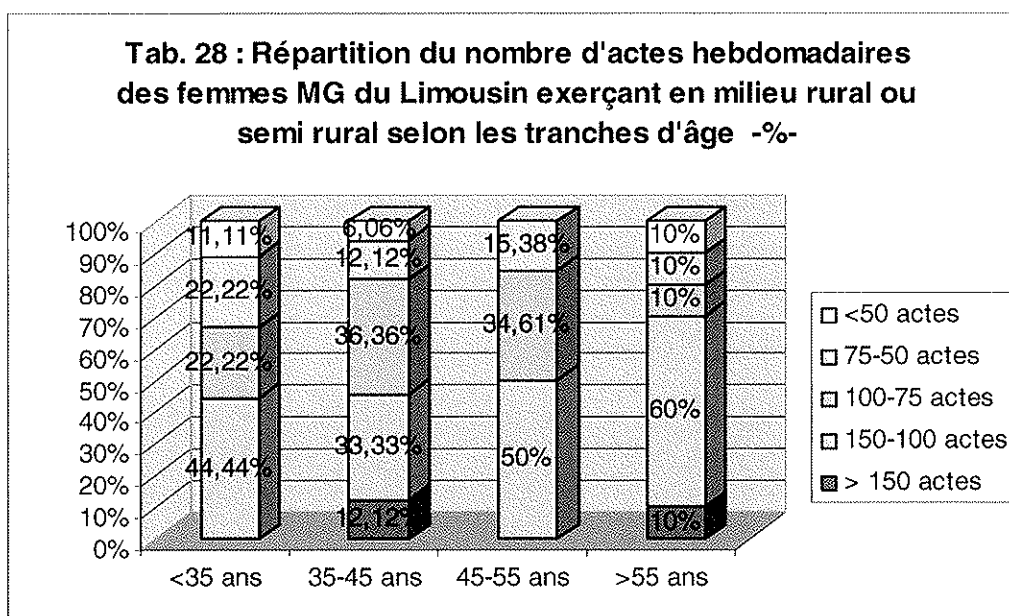
- 5 femmes MG sur 78 déclarent effectuer plus de 150 actes par semaine. Parmi elles, une travaille 11 demi journées par semaine, une travaille 10 demi journées, 2 travaillent 8 à 9 demi journées et enfin la cinquième effectuerait ses 150 actes hebdomadaires sur 5 demi journées ???

- 4 déclarent effectuer moins de 50 actes hebdomadaires. 3 travaillent 5 demi journées ou moins par semaine et une travaille 6 à 7 demi journées par semaine.

Chez les jeunes générations, 45% des femmes âgées de moins de 35 ans effectuent plus de 100 actes par semaine. Ceci correspond à 4 femmes MG.

- 3 d'entre elles travaillent 8 à 9 demi journées par semaine
- 1 travaille 10 demi journées.
- 2 exercent en milieu semi rural et 2 en milieu rural.
- 2 sont célibataires et 2 vivent en couple.
- 3 exercent en association et la dernière exerce seule.

On ne dégage pas de profil type des femmes MG ayant une forte activité hebdomadaire.



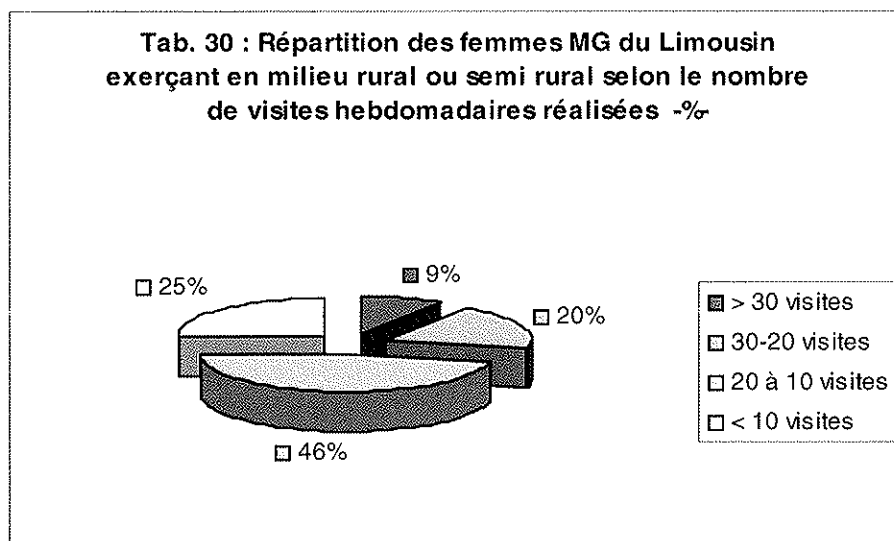
	<35 ans	35-45 ans	45-55 ans	>55 ans	Effectif total
> 150 actes	0	4	0	1	5
150-100 actes	4	11	13	6	34
100-75 actes	2	12	9	1	24
75-50 actes	2	4	4	1	11
<50 actes	1	2	0	1	4
Total	9	33	26	10	78

Tab. 29 : Répartition du nombre d'actes hebdomadaires réalisés par les femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon les tranches d'âge (n=78)

□ *Nombre de visites hebdomadaires :*

71% des femmes MG du Limousin effectuent moins de 20 visites à domicile par semaine, soit moins de 4 par jour (si l'on considère une semaine de 5 jours). (Tableau 30)

Les femmes MG exerçant en milieu semi rural sont plus nombreuses à effectuer moins de 10 visites à domicile par semaine (43% contre 21% des femmes MG exerçant en milieu rural).



e- la permanence des soins

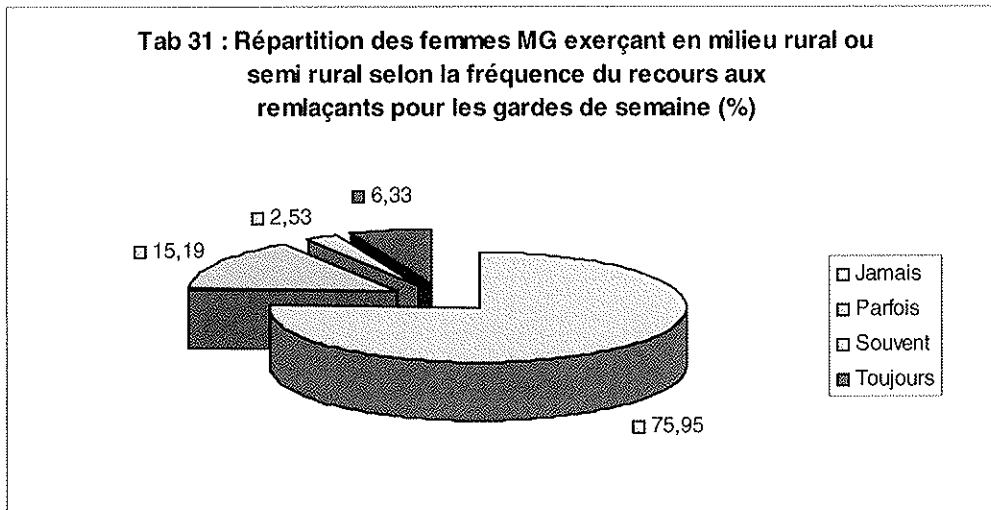
Les femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural participent majoritairement à la permanence des soins. (Tableau 31)

Elles font leurs gardes. (Cinq d'entre elles seulement ne participent pas à la PDS de façon active)

On distingue deux types de gardes : la permanence des soins en semaine et les gardes de week-end. Ne sont pas considérées bien sûr les gardes effectuées par des remplaçants au sein de congés.

Près de 76% des femmes de notre échantillon n'ont jamais recours aux remplaçants pour les gardes de semaine.

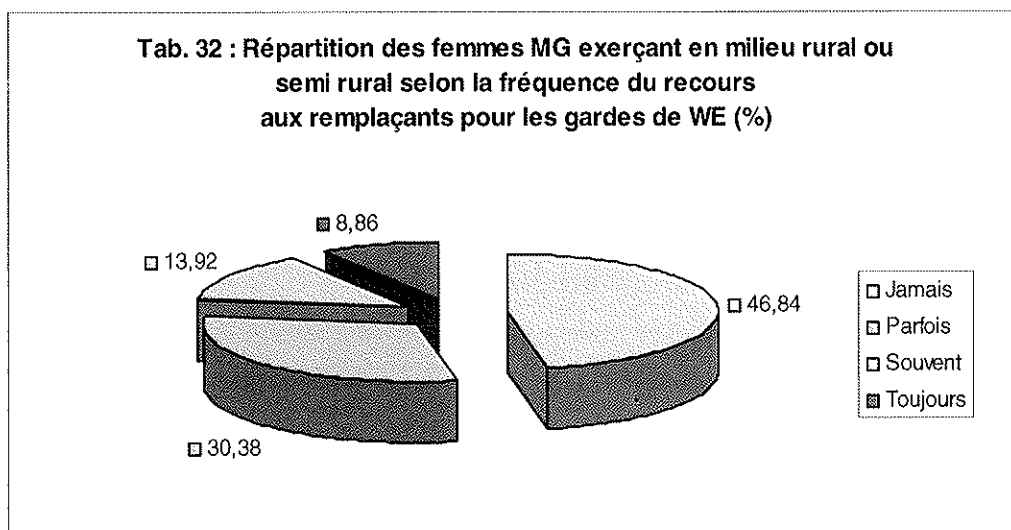
Moins de 9% seulement ont souvent ou toujours recours à un remplaçant pour effectuer ces mêmes gardes (ce qui correspond à seulement 7 femmes MG sur les 80 répondantes de notre échantillon).



Près de 47% d'entre elles n'ont jamais recours à un remplaçant pour effectuer leurs gardes de week-end, ce qui est un peu inférieur.

On note que près de 30% d'entre elles ont parfois recours à un remplaçant pour effectuer ces gardes. (Tableau 32)

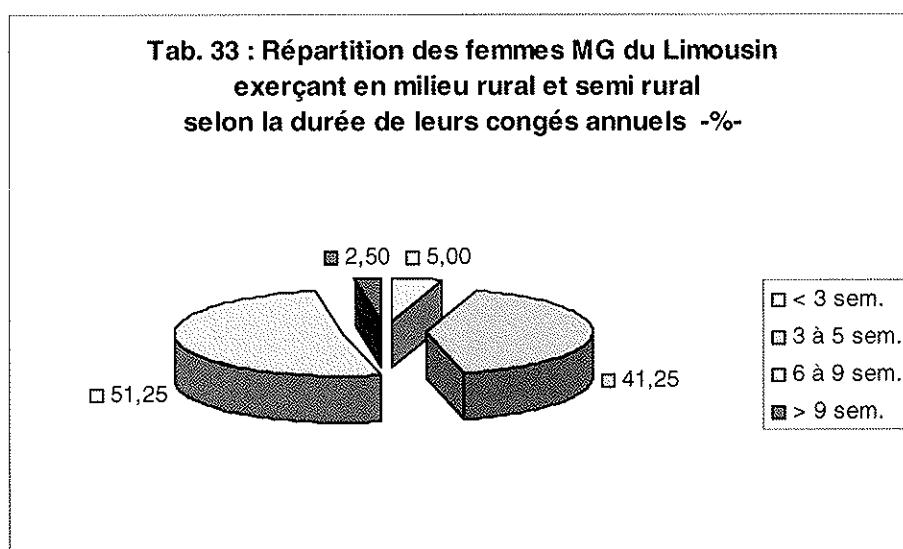
Enfin 7 sur les 79 femmes MG de notre échantillon prennent toujours un remplaçant pour effectuer leurs gardes de week-end.



f- les congés et les remplacements

53% des femmes MG prennent plus de 6 semaines de congés par an. (Tableau 33)

On note que seulement 5% de femmes MG prennent 3 semaines ou moins de repos par an, ce qui correspond à un effectif de 4 sur les 80 femmes de notre échantillon. Elles exercent en milieu rural et sont installées seules. Trois d'entre elles ont entre 35 et 45 ans, la dernière a plus de 55 ans.



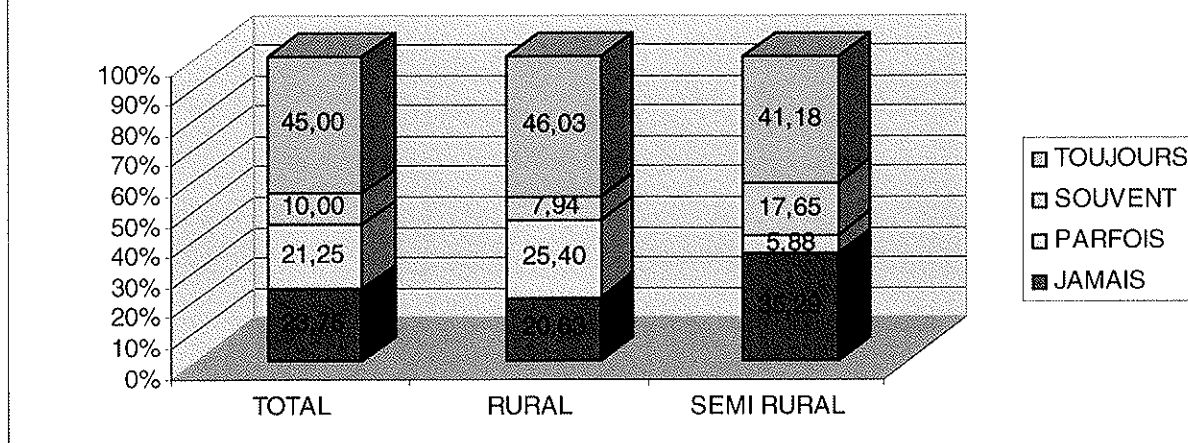
La majorité des femmes de notre échantillon ont recours aux remplaçants pour leurs congés. (Tableau 34)

23,75% d'entre elles et plus particulièrement 35,29% de celles installées en milieu semi rural ne prennent jamais de remplaçant.

Certaines sont en association et se partagent les congés avec leur(s) associé (es), d'autres ferment le cabinet en orientant leurs patients vers un confrère.

Le frein majeur concernant le recours au remplaçant pour les congés reste la difficulté d'« approvisionnement », le second étant le coût réel des congés...

Tab. 34 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon la fréquence du recours à un remplaçant pour leurs congés -%

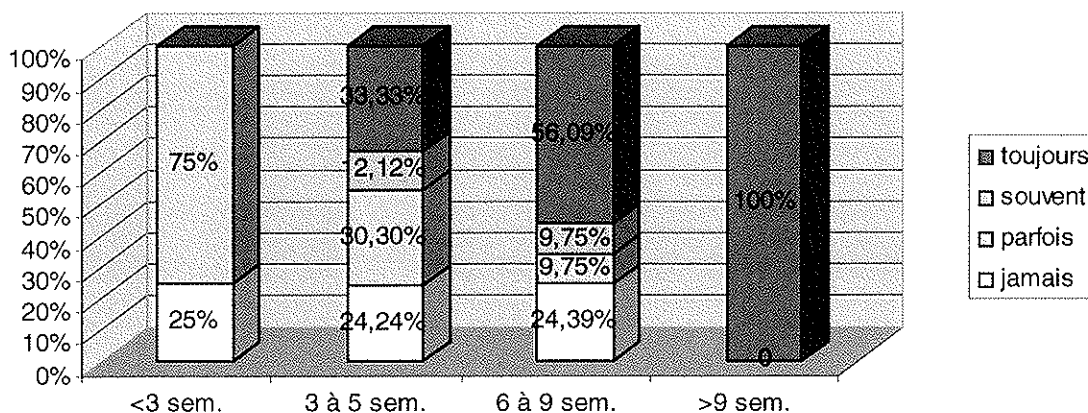


Chaque exercice est unique, selon la situation géographique, l'exercice ou non au sein d'un groupe, les expériences bonnes ou mauvaises,... ainsi on note que :

- 25 femmes sur les 37 femmes MG (67,56%) qui déclarent prendre moins de cinq semaines de congé par an souhaiteraient prendre plus de congés si cela était possible.
- 25 femmes sur les 42 femmes MG (59,52%) qui aimeraient prendre plus de congés si cela était possible, prennent au plus cinq semaines de vacances dans l'année.
- 21 femmes sur les 36 femmes MG (58,33%) qui prennent toujours un remplaçant pendant leurs congés ne souhaitent pas prendre plus de congés si elles en avaient la possibilité.
- 10 femmes sur les 19 femmes MG (52%) qui ne prennent jamais de remplaçant pour leurs congés ne souhaitent pas prendre plus de congés si elles en avaient la possibilité.

Plus les femmes MG du Limousin prennent de congés annuels, plus elles déclarent être remplacées pendant leurs vacances. Ainsi toutes les femmes MG de notre échantillon qui prennent plus de 9 semaines de congés par an prennent toujours un remplaçant. (Tableau 35)

Tab. 35 : Répartition du nombre de semaines de congés annuels des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural et semi rural en fonction de la fréquence du recours à un remplaçant -%



5- LES CRITERES D'INSTALLATION

On notera que nombre de femmes MG du Limousin, âgées de plus de 45 ans ont répondu souvent aux items de façon globale, considérant qu'à l'époque de leur installation, période de « non pénurie » médicale, le choix du lieu d'installation était surtout dicté par les places disponibles et non par des choix de vie personnels.

Les femmes MG âgées de moins de 45 ans au contraire semblent avoir apporté beaucoup d'attention à ces facteurs dans le choix idéal de leur installation.

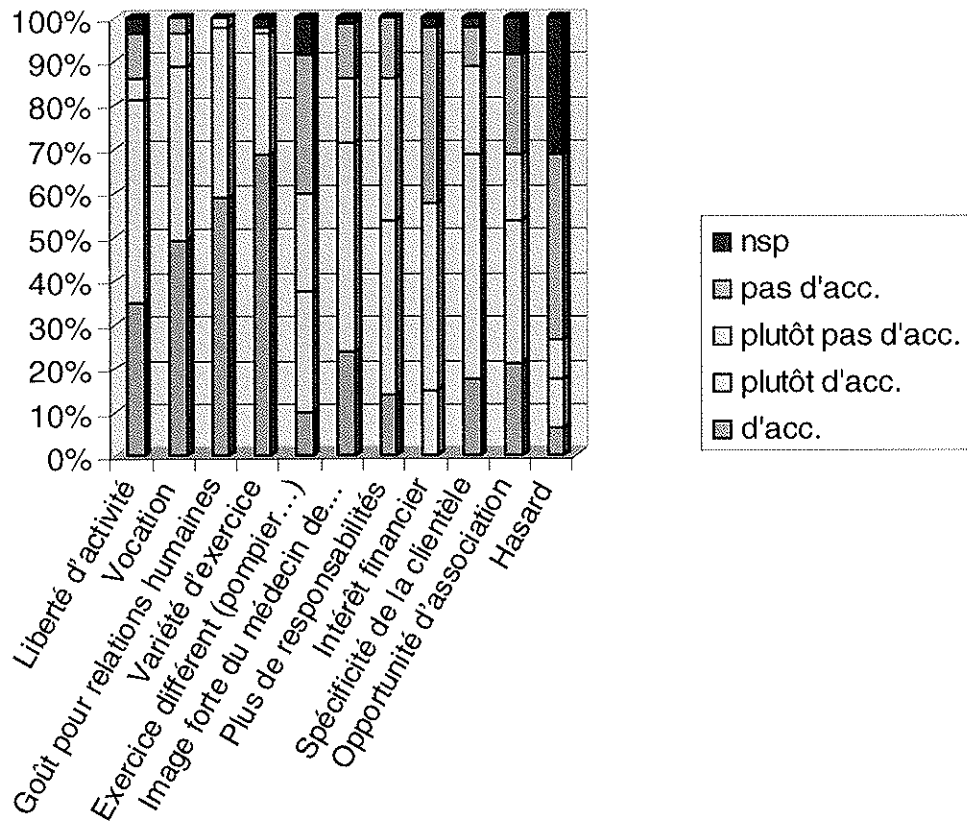
La réalité est souvent bien différente.

a- les critères professionnels

Les critères professionnels majeurs ayant motivé l'installation des femmes MG de notre échantillon sont :

- le goût pour les relations humaines (96,83%),
- la variété d'exercice (95,24%),
- la vocation (85,72%),
- la liberté d'activité (82,54%).

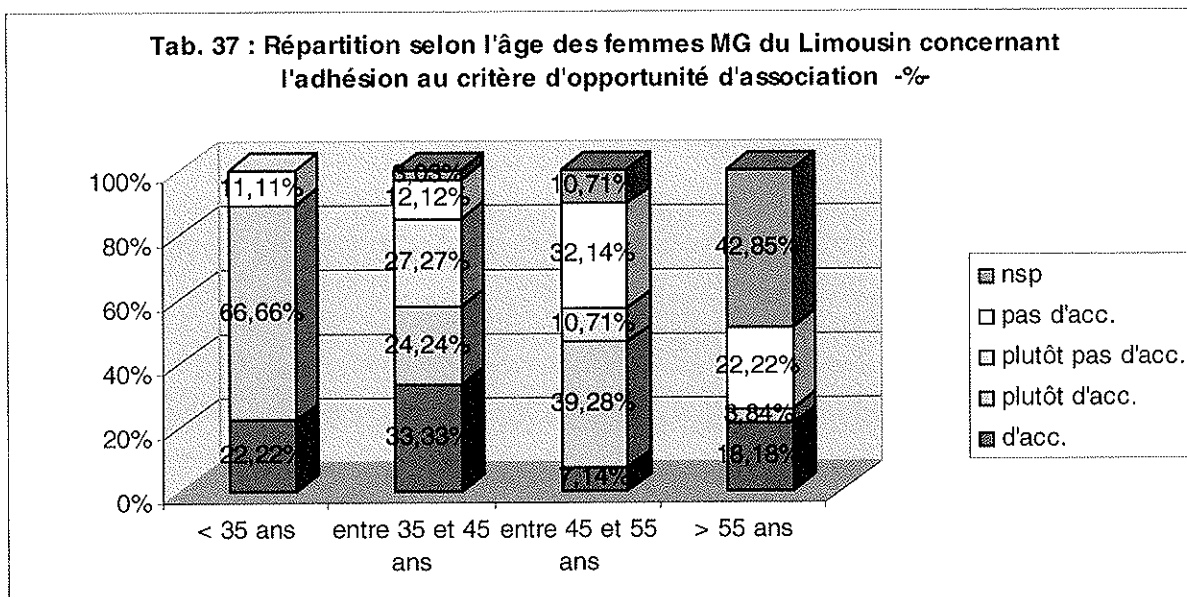
Tab. 36 : Répartition des critères professionnels ayant motivé l'installation des femmes MG en milieu rural ou semi rural selon l'adhésion aux items



Viennent ensuite l'image forte du médecin de famille (plus de 70%) et la spécificité des clientèles rurales et semi rurales (plus de 70% également).

L'aspect financier (15% seulement des femmes MG sont plutôt d'accord avec cet item) n'est pas ce qui motive les femmes de notre échantillon dans leur choix d'installation.

Enfin, leur installation en milieu rural et semi rural est rarement le fruit du hasard (17,50% sont plutôt ou tout à fait d'accord).



Les femmes MG de notre échantillon, âgées de moins de 45 ans estiment pour une grande majorité que une opportunité d'association a influencé sur leur choix d'installation.

42% des femmes de plus de 55 ans ne se prononcent pas sur le sujet.

b- les critères personnels

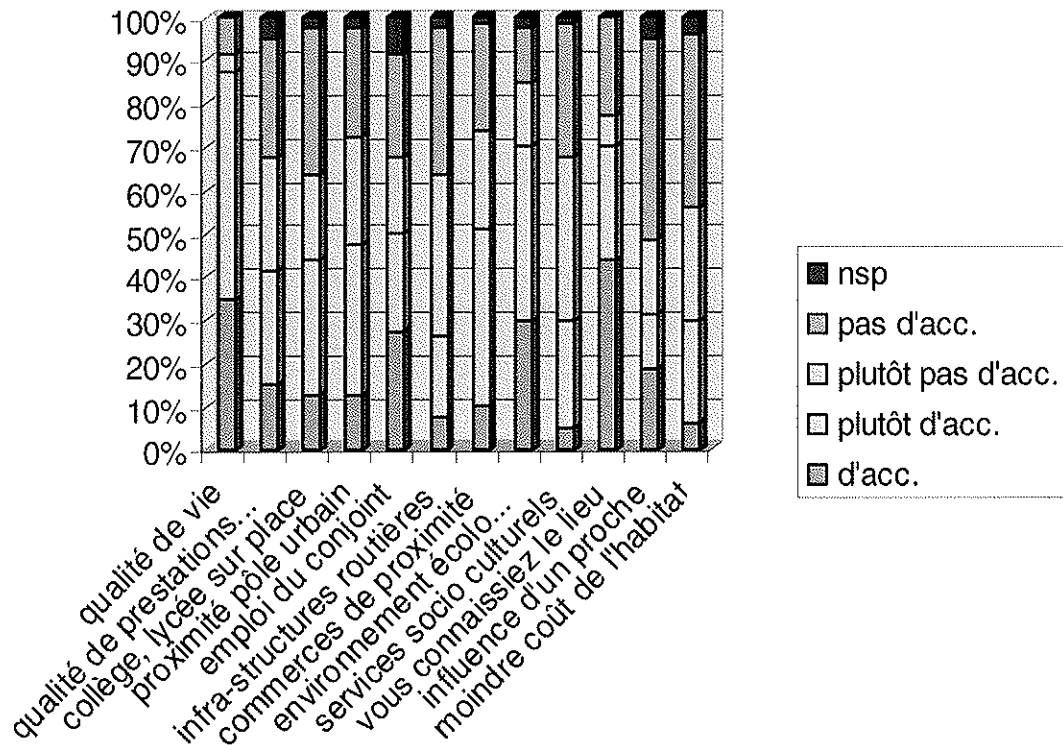
Les critères personnels (tableau 38) ayant influencé de façon importante l'installation des femmes MG de notre échantillon sont :

- la qualité de vie (87,50%),
- la connaissance antérieure du lieu d'installation (70%)
- l'environnement écologique du lieu (70%).

D'autres critères, tels que la qualité de prestation d'accueil du jeune enfant, la proximité de structures scolaires, sont très dépendants du statut matrimonial des femmes MG.

Le coût moindre de l'habitat (6,25% sont d'accord), l'avis de la famille ou des amis proches (près de 19% sont d'accord), sont des facteurs ayant influencé très modérément l'installation des femmes MG de notre échantillon.

Tab. 38 : Répartition des critères personnels ayant motivé l'installation rurale ou semi rurale des femmes MG selon l'adhésion aux items

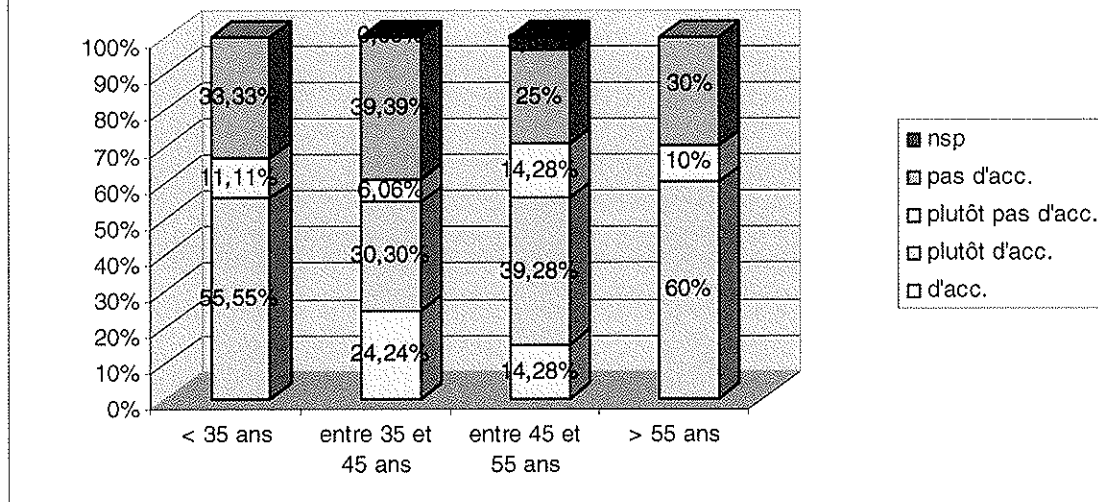


c- les critères environnementaux

55% des femmes MG considèrent que la proximité d'un cabinet d'Infirmières Diplômées d'Etat ou d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile a eu une influence (importante ou moyenne) sur leur décision d'installation.

Les données comparées rapportées à l'âge ne montrent pas de différence significative concernant les réponses à l'item. (Tableau 39)

Tab. 39 : Répartition selon l'âge de l'adhésion des femmes MG du Limousin au critère de proximité d'un cabinet d'IDE ou d'un SSIAD



De même, plus de 50% d'entre elles ont été influencées par la proximité d'un hôpital local ou d'un cabinet de kinésithérapie.

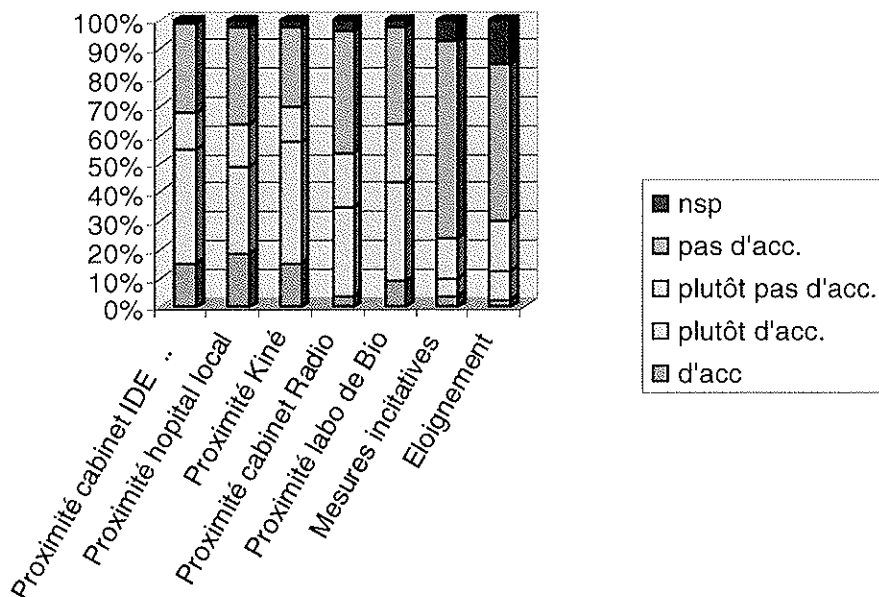
On note par contre une différence importante entre les résultats obtenus chez les femmes MG exerçant en milieu rural et ceux donnés par les femmes MG en milieu semi rural.

D'une manière générale, plus de 50% des femmes MG exerçant en milieu semi rural considèrent que la proximité de tous ces services (IDE, hôpital, kinésithérapeute, radiologie, biologie) a influencé de manière favorable leur installation.

Les mesures incitatives et l'éloignement sont des facteurs qui semblent n'avoir eu que peu d'influence sur l'installation des femmes MG en milieu rural ou semi rural. (Tableau 40)

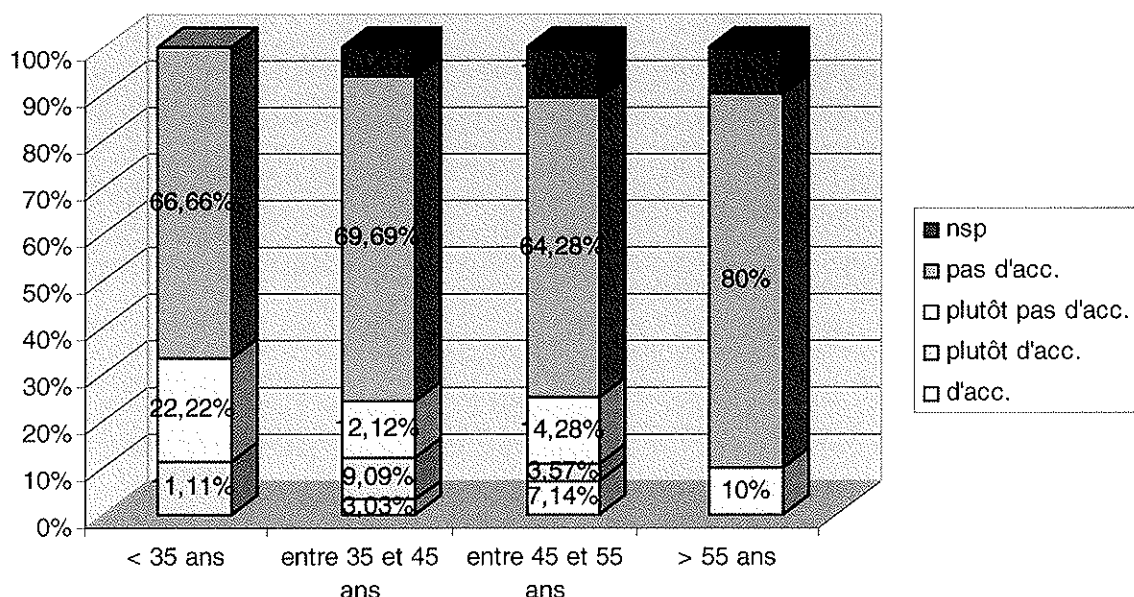
La plupart des femmes de notre échantillon âgées de plus de 55 ans considèrent que ces mesures n'ont eu que peu ou pas de poids dans leur choix d'installation. Considérons qu'à l'époque de leur installation, les médecins n'étaient pas comme aujourd'hui en sous effectif en zone rurale. Les médecins s'installaient plutôt dans un lieu proche de l'emploi de leur conjoint ou dans un lieu où un exercice dans de bonnes conditions serait possible compte tenu de la quantité et de la qualité des actes.

Tab. 40 : Répartition des critères professionnels environnementaux ayant favorisé l'installation des femmes MG en milieu rural ou semi rural selon l'adhésion aux items



Dans la population des moins de 45 ans, respectivement 11,11% seulement pour les moins de 35 ans et 12,12% pour les 35-45 ans, estiment que les mesures incitatives ont eu un intérêt important ou modéré dans le choix de leur installation. (Tableau 41)

Tab. 41 : Répartition selon l'âge de l'adhésion des femmes MG du Limousin au critère des mesures incitatives



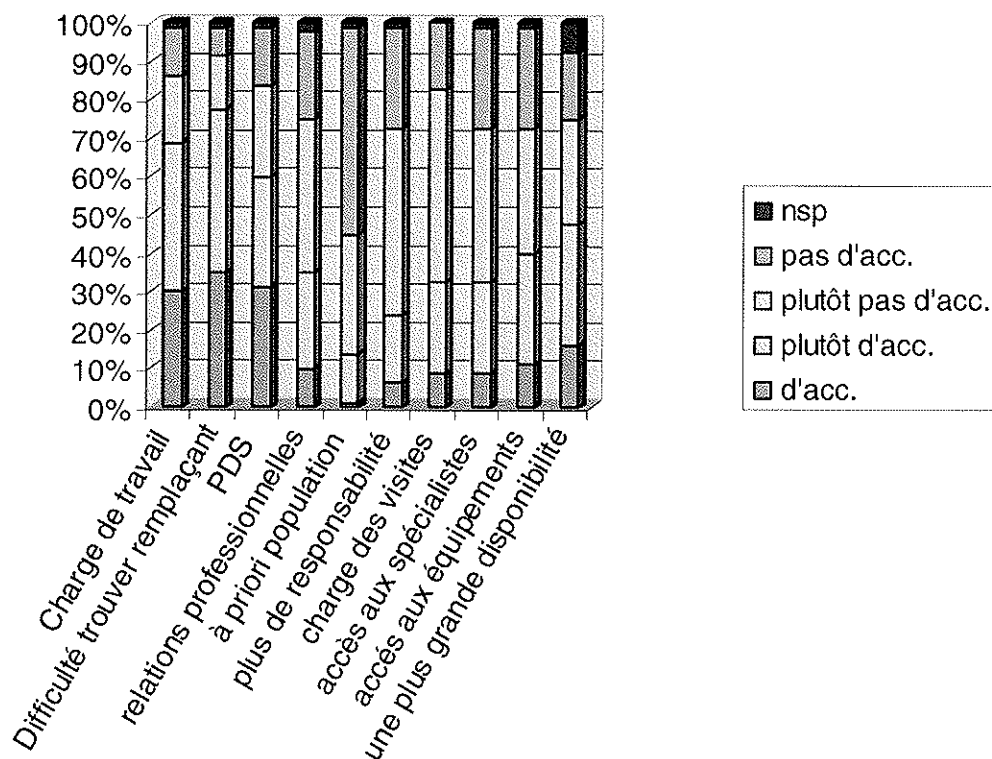
d- les freins à l'installation

On note (tableau 42) que seuls trois items sont considérés comme ayant pu avoir eu une influence sur l'installation rurale ou semi rurale des femmes MG du Limousin :

- la charge de travail (68,75%),
- les difficultés à trouver un remplaçant (77,50%),
- l'éternel problème de la permanence des soins (60%).

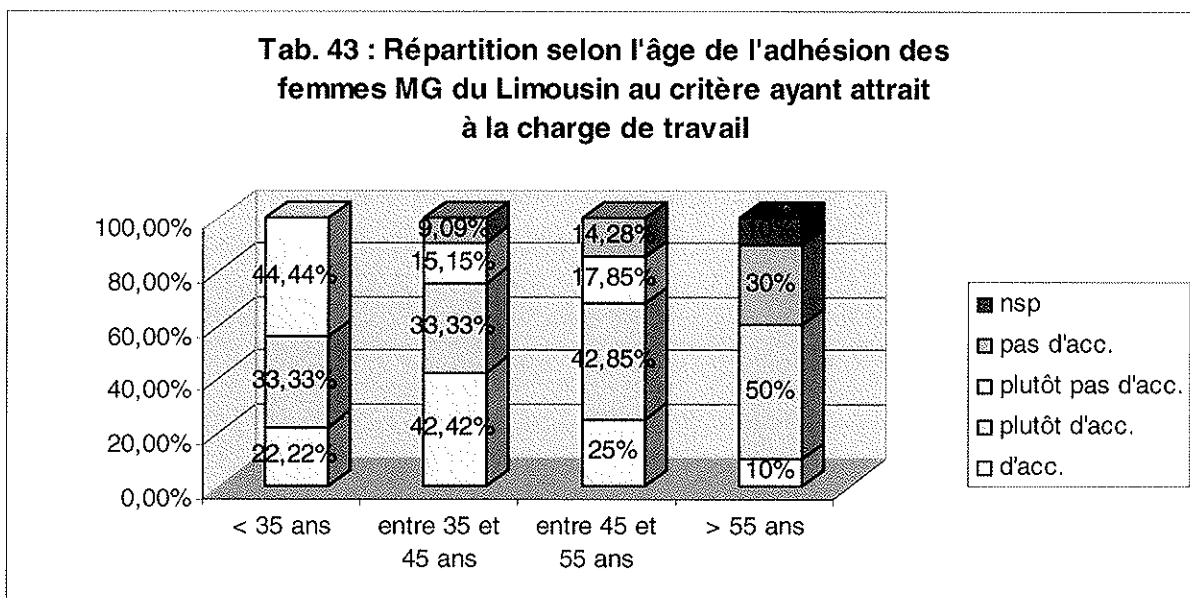
Les éventuels a priori de la population locale sur le fait d'avoir un MG de sexe féminin, la charge des responsabilités éventuelles ne sont pas considérés comme étant des freins à l'installation des femmes MG de notre échantillon.

Tab. 42 : Répartition des critères professionnels ayant pu être un frein à l'installation rurale ou semi rurale des femmes MG selon l'adhésion aux items



Si on considère certains items selon des critères d'âges, on peut remarquer les choses suivantes : (tableau 43)

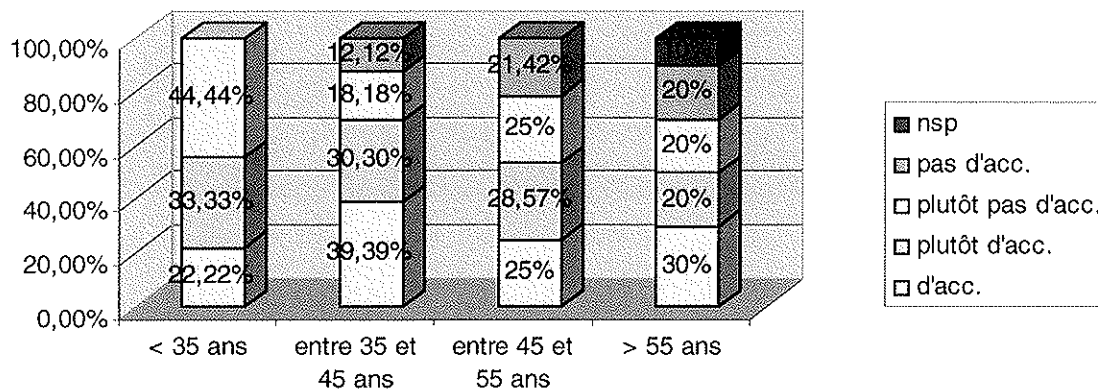
- Près de 45% des femmes MG de moins de 35 ans considèrent que la charge de travail n'est pas ou peu un facteur ayant pu influencer de façon néfaste leur installation.
- 30% des femmes de plus de 55 ans considèrent que la charge de travail n'a pas du tout été un frein à leur installation.
- Alors que la majorité des femmes médecins généralistes ont considéré que cette éventuelle charge de travail supplémentaire aurait pu être un frein à leur installation.



Si on considère la permanence des soins (tableau 44), seul un certain pourcentage de femmes de notre échantillon ayant plus de 35 ans considère que ce critère n'a pas du tout influencé leur choix d'installation.

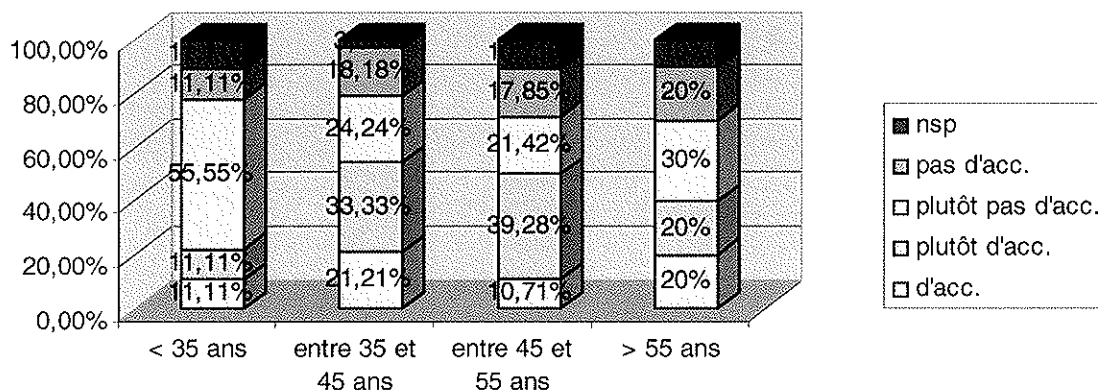
Cependant la majorité de toutes les tranches d'âges estiment que la PDS a influencé leur choix.

**Tab. 44 : Répartition selon l'âge de l'adhésion
des femmes MG du Limousin au critère
ayant attiré à la PDS**



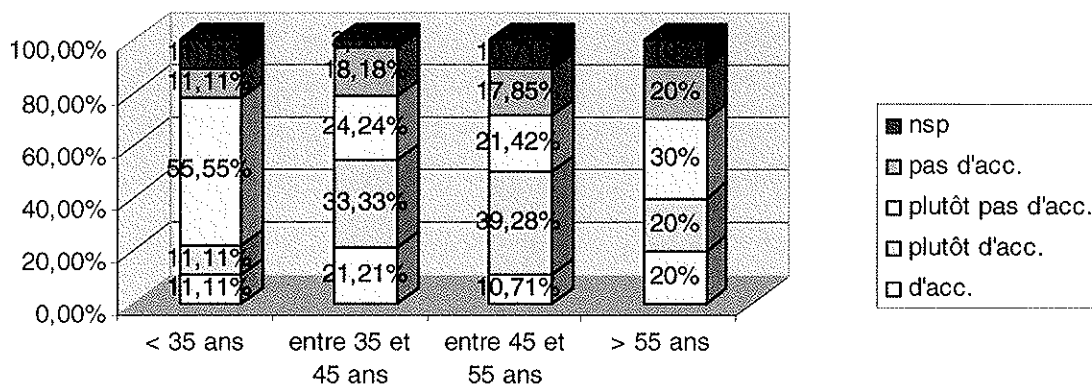
La disponibilité (tableau 45), sensée être supérieure en milieu rural ou semi rural, est un critère de choix important pour les tranches d'âges 35-55 ans, alors que les médecins des tranches d'âges inférieur à 35 ans et supérieur à 55 ans n'auraient été influencés par ce critère.

**Tab. 45 : Répartition selon l'âge de l'adhésion
des femmes MG du Limousin au critère
ayant attiré à la plus grande disponibilité du médecin**



Enfin, considérant les relations interprofessionnelles (tableau 46), seules les moins de 35 ans sont à l'aise et considèrent majoritairement que ce critère n'a pas lieu de modifier leur choix.

Tab. 46 : Répartition selon l'âge de l'adhésion des femmes MG du Limousin au critère concernant les relations interprofessionnelles



6- LES EVOLUTIONS POSSIBLES

Les femmes MG de notre échantillon ne voient pas se profiler un avenir sans nuage.

Il ressort de l'analyse du questionnaire une crainte importante quant aux départs en retraite des collègues masculins ou féminins : augmentation de la charge de travail par non remplacement des médecins.

Leurs souhaits les plus souvent exprimés concernent la création de maisons médicales pluridisciplinaires ou les regroupements en association.

On note aussi une meilleure organisation du temps de travail avec une diminution du nombre de visites à domicile et une organisation de plannings de consultations uniquement sur rendez-vous. Enfin, la réorganisation de la permanence des soins, avec astreintes réduites après minuit, redécoupage des secteurs de garde, est souvent évoquée.

Certaines, plus jeunes, pensent augmenter progressivement leur activité, alors que d'autres plus proches de la retraite, songent à la réduire.

Enfin, quelques femmes MG n'excluent pas de basculer vers un exercice salarié exclusif en cas de détérioration excessive de leurs conditions de travail.

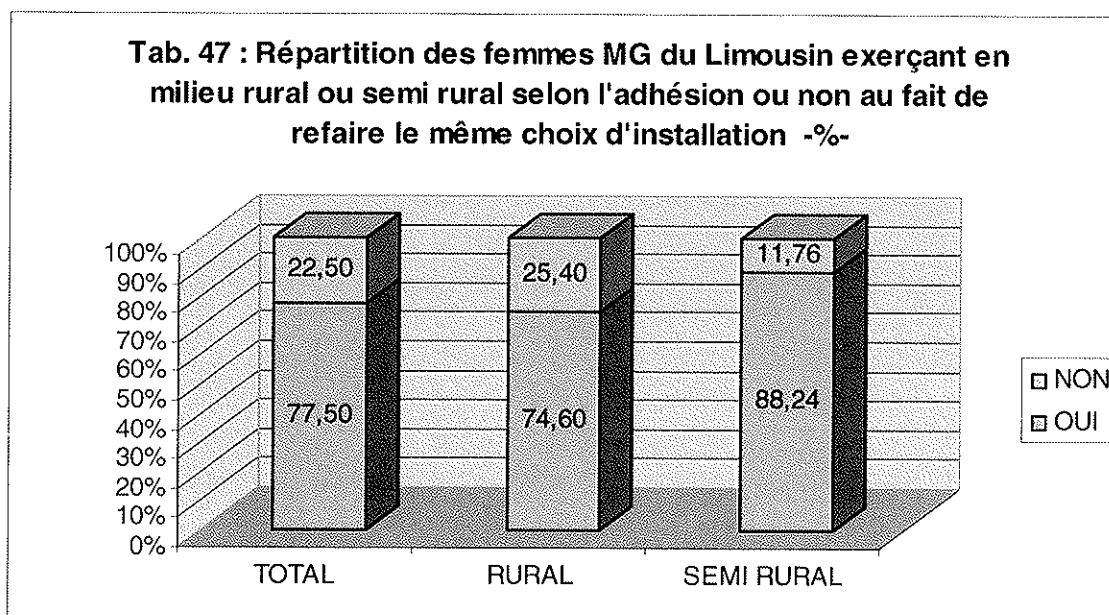
7- DES REGRETS ?

Au sein de notre échantillon, 77,50% des femmes MG feraient aujourd'hui le même choix de conditions d'installation.

Parmi les 18 qui feraient un choix d'installation différent, 16 exercent en milieu rural (soit près de 25% de cette catégorie) et 2 exercent en milieu semi rural (soit près de 12% de celle-ci).

Parmi les raisons évoquées pour ce changement d'orientation, on note que :

- 2 femmes MG souhaiteraient s'installer dans un autre lieu que le Limousin. Ces femmes sont originaires d'une autre région,
- 6 souhaiteraient un exercice urbain,
- 3 souhaiteraient un exercice en milieu semi rural,
- 8 souhaiteraient un exercice au sein d'un groupe médical en association,
- 1 seule souhaiterait un exercice isolé (mais qui semble faire suite à une expérience antérieure malheureuse),
- 2 seulement souhaiteraient un exercice salarié hospitalier.



V. ANALYSE ET DISCUSSION

A. Validité de l'étude

1- VALIDITE INTERNE

Notre étude contient des biais de sélection :

- Tout d'abord un biais de recrutement : les fichiers consultés, servant de base à notre échantillon sont ceux des URML (à la date du 15 Décembre 2007), basés sur les cotisations obligatoires des médecins libéraux. Ils sont censés lister l'ensemble des médecins libéraux du Limousin, cependant il pourrait exister des erreurs, et nous n'avons pas recoupé ces fichiers avec les fichiers de l'Ordre des Médecins (anonymes), ni avec ceux du répertoire ADELI.

- Le second biais concerne les non répondants. Le fait que tous les médecins de notre échantillon n'aient pas répondu au questionnaire introduit une différence statistique au sein de notre analyse. Les non répondants sont statistiquement différents concernant les classes d'âge, le lieu d'exercice...

On note ensuite un biais informatif. Le fait que les femmes médecins aient répondu elles-mêmes au questionnaire (auto questionnaire), et non par l'intermédiaire d'un enquêteur, introduit un biais. Le recueil est subjectif par la compréhension variable que chaque médecin peut avoir du libellé des questions. Exemple : la question n°17 était posée pour savoir si l'installation en milieu rural ou semi rural était réfléchie ou liée à une opportunité. Il semblerait que cette question ait été comprise comme l'installation réalisée, c'est-à-dire seule ou en association et non concernant la zone géographique.

2- VALIDITE EXTERNE

L'étude porte sur les femmes Médecins Généralistes du Limousin exerçant en milieu rural et semi rural. Le recrutement s'est fait sur la totalité de la population. Les réponses sont parvenues de manière aléatoire dans une proportion de 82%.

Notre échantillon est de taille modeste en raison des réalités démographiques de notre région. A ce titre, il n'est pas représentatif de la population médicale féminine générale et les résultats ne peuvent être généralisés au niveau national.

B. Analyse du questionnaire

1- L'AGE : (37)

52,5% des femmes de notre échantillon ont moins de 45 ans, ce qui est largement supérieur aux données globales du Limousin (41%) et aux données nationales toute femme médecin confondue (38,31%).

La différence se situe surtout dans la tranche des 45-55 ans puisque les femmes de notre échantillon représentent 35% de cette tranche d'âge contre près de 47% des femmes médecins du Limousin et 40,32% au plan national.

Les données concernant les tranches d'âge supérieur à 55 ans sont par contre superposables sur le plan régional (12,50%), mais inférieures aux données nationales (21,35%).

On remarque donc au sein de notre échantillon, que les femmes généralistes en Limousin sont plus jeunes en milieu rural et semi rural qu'en milieu urbain.

Ce point mériterait un approfondissement pour évaluer le rôle important des femmes dans le renouvellement de la population médicale rurale ou semi rurale du Limousin, et ce malgré certaines idées reçues qui voudraient que les médecins féminins préfèrent l'exercice salarié urbain.

Les données récoltées et la taille de notre échantillon ne nous permettent pas de calculer précisément la moyenne d'âge de ces médecins et donc d'en tirer des conclusions plus précises.

2- LES GARDES : (5)

Les femmes MG du Limousin effectuent leurs gardes.

76% des femmes MG de notre échantillon n'ont jamais recours à un remplaçant pour effectuer les gardes de semaine. Ces données évidemment concernent les gardes en dehors des périodes de congés des médecins.

En Limousin en 2006, 66% des médecins généralistes tout sexe confondu, étaient volontaires pour effectuer la permanence des soins, avec un nombre d'astreinte variable selon les médecins. On note que ce pourcentage est fortement tiré vers le bas en raison du faible nombre de médecins participant au tour de garde sur la ville de Limoges. (37)

Les femmes de notre échantillon participent plus au tour de garde que la moyenne des médecins généralistes, tout lieu d'exercice confondu, du Limousin.

Parmi ces plages de gardes, on distingue 59% d'astreintes de jours de semaine et 41% d'astreintes de WE.

47% des femmes MG de notre échantillon ne prennent jamais de remplaçant pour effectuer leurs gardes de WE.

Certaines femmes MG de notre échantillon se font remplacer lors de quelques gardes, mais nous n'avons pas de données concernant la taille des secteurs de garde où elles exercent. Nous ne savons pas s'il est plus facile de trouver des remplaçants sur des secteurs de garde de taille restreinte ou pas. Dans notre enquête, cette question n'a pas été évoquée.

Les femmes MG de notre échantillon aspirent à une réorganisation des secteurs de gardes, avec une PDS s'arrêtant à minuit.

3- LA FAMILLE DU MEDECIN (13) :

Dans notre échantillon, plus de 70% des femmes MG vivaient en couple lors de leur installation avec une légère différence entre le milieu rural (71,4%) et semi rural (64,7%).

Au plan national, si on considère l'ensemble des femmes médecins actives occupées (libérales ou salariées), on note que 73% d'entre elles vivent en couple contre 88% des médecins hommes actifs occupés et 87% des médecins généralistes libéraux (tout sexe confondu).

On remarque au sein de notre échantillon que les femmes médecins célibataires ont plutôt tendance à s'installer en milieu semi rural (35,29% des femmes MG installées en milieu semi rural sont célibataires) que rural (28,57%). Nous n'avons pas de donnée concernant les installations en milieu urbain.

Le modèle vocationnel et artisanal attendant du médecin qu'il se rende disponible à tout moment et exerce dans sa propre maison semble révolu en tant que référence. La volonté de circonscrire sa charge de travail est un modèle de couple, de doubles actifs. La situation professionnelle du conjoint ou l'absence de conjoint est une hypothèse parfois avancée pour expliquer la réticence des médecins à exercer en zone rurale.

25,4% des médecins généralistes libéraux (en moyenne sur la période 1990-2004) ont un conjoint inactif.

Ce taux s'abaisse à 6,5% si on considère les conjoints de femmes médecins (tous médecins confondus) et on note que 2,5% seulement des conjoints des femmes MG de notre échantillon sont sans emploi (sans précision concernant les aides familiaux).

Au plan national, 8,4% des médecins généralistes libéraux de sexe masculin ont un conjoint les aidant dans leur exercice sans être rémunéré. Ceci correspond seulement à 0,1% des femmes médecins (tous médecins confondus).

Ces deux situations évoluent et les différences s'amenuisent lorsqu'on considère les jeunes générations.

Une étude réalisée par la DREES entre 1990 et 2004 retrouve une forte proportion de conjoints de médecins cadres supérieurs (46%). 57% des conjoints des femmes médecins, en particulier, sont cadres supérieurs. Ceci est lié à la forte homogamie qui prévaut dans la profession médicale. 22% des médecins au plan national, (17% des médecins généralistes libéraux et 31% des femmes) ont un conjoint qui est lui-même médecin.

Dans notre échantillon, 20% des conjoints sont médecins (23,5% en secteur semi rural) ce qui se situe bien en dessous des moyennes nationales tout sexe confondu mais au dessus de la moyenne des médecins généralistes libéraux. Concernant les cadres supérieurs non médecins, seulement 12,5% des femmes de notre échantillon sont concernées.

Les catégories professionnelles (61) surreprésentées du fait du lieu d'exercice sont les agriculteurs (6,25% contre 0,6%), les commerçants ou artisans (8,75% contre 3,7%), et surtout les professions intermédiaires (16,25% contre 8,6%).

Le lieu d'exercice prévaut dans la répartition des professions de conjoints dans notre région.

Concernant les enfants, les femmes MG de notre échantillon ont plus d'enfants que la population générale. Les données que nous possédons ne nous permettent pas de comparer avec celles des femmes installées un milieu urbain. Il serait intéressant de comparer ces données pour savoir si l'exercice rural ou semi rural est « à risque » concernant le nombre d'enfants par rapport aux femmes installées en secteur urbain.

4- LE MODE D'EXERCICE

60% des femmes MG de notre échantillon sont installées en cabinet de groupe.

Si on considère l'ensemble des médecins généralistes du Limousin, ils sont 52% à exercer en groupe, dont près d'un sur cinq exerçant dans une grosse structure (au moins 4 médecins).

Dans l'étude concernant les femmes MG dans l'Indre et Loire (42), en 2000, 64% exerçaient en groupe mais il faut noter que 57% d'entre elles sont installées en milieu urbain. En Rhône-Alpes 61,6% des femmes MG sont installés dans un cabinet de groupe.

Si on considère une étude menée en 2007 dans les pays de la Loire (38), nous ne possédons pas de donnée globale concernant les femmes MG, mais on note que 83% des femmes MG de moins de 45 ans sont installées en groupe, et seulement 55% des femmes MG des plus de 45 ans.

Dans notre échantillon, 69% des femmes MG de moins de 45 ans exercent en groupe, contre 50% des femmes MG de plus de 45 ans. On peut dire que plus les femmes médecins sont âgées, plus elles sont installées seules.

Les notions d'équipe et de collectif de travail sont rarement évoquées dans les études réalisées, si bien que le mode d'exercice en cabinet de groupe peut être assez individuel. Certains médecins préfèrent être seuls pour être indépendants, autonomes, ne dépendre de personne. C'est le cas de beaucoup d'installés en seconde carrière (4), mais cela ne semble pas être le but des femmes MG de notre échantillon.

On note aussi de façon très nette dans notre étude que les femmes MG les plus jeunes sont plus nombreuses à être installées en groupe. Ces installations en groupe pourraient être encore plus majoritaires chez les jeunes installées si on considère leurs souhaits et non leurs réalisations. Il semblerait que les femmes de notre échantillon exercent plus souvent de façon isolée que les femmes de la population médicale globale.

Concernant les congés, les femmes MG prennent plus de vacances quand elles ont un exercice en groupe, ceci se vérifie dans les études citées plus haut.

5- LE CHOIX DU LIEU D'INSTALLATION

D'après les différentes études, la décision d'installation ne fait pas l'objet d'une préparation appliquée et argumentée. Elle est au contraire le fruit de deux facteurs : la lassitude des remplacements et l'opportunité d'une offre. Après plusieurs années, les jeunes médecins généralistes ont envie de constituer leur patientèle, ou sont las des horaires imposés par leur activité de remplacement et par leurs déplacements fréquents. Un état d'esprit favorable au changement les habite, et la moindre offre devient pour eux une opportunité. La décision se prend d'autant plus rapidement, certains pensant que la liberté d'installation pourrait être supprimée à brève échéance.

Cependant, le choix du lieu d'installation est rarement un choix individuel, le plus souvent il s'agit d'un choix de couple.

Les médecins font rarement une étude de marché avant de s'installer, quand il s'agit d'un choix consenti et non d'une opportunité. Bien sûr, tous « se renseignent » mais la démarche est loin d'être systématiquement menée. Nombre d'entre eux déplorent encore le manque d'informations par rapport aux aides à l'installation et aux démarches à effectuer. La situation des médecins ayant fait leurs études dans la région d'installation est différente de celle de leurs confrères venant d'ailleurs, ces derniers n'ayant pas de réseau ni de sources d'information spontanées.

Il semblerait donc que le choix du lieu d'installation soit multifactoriel.

Actuellement les droits de présentation de patientèle ne se voient plus guère. Ce qui aurait pu être un frein à l'installation rurale ne l'est plus. Cependant les jeunes MG ne s'installent pas plus dans ces zones.

Les femmes MG de notre échantillon plébiscitent la liberté d'activité, la vocation première, l'intérêt et la qualité de la relation humaine, et la variété de l'exercice allopathique en milieu rural ou semi rural.

Le choix du canton d'installation dépendrait bien d'avantage des conditions de vie et du niveau d'équipement (distance d'accès aux services : école...), du contexte

démographique (croissance démographique) et socio économique (chômage, revenus...) que de motifs purement financiers.

La certitude de revenus confortables ne favoriserait donc pas les installations dans ces lieux plus isolés. On remarque d'ailleurs que les médecins exerçant dans les cantons moins attractifs ont un chiffre d'affaires supérieur aux autres.

D'après notre enquête il semble que la proximité d'un cabinet d'IDE ou d'un SSIAD, n'influe pas fortement la décision d'installation dans un secteur rural ou semi rural. Les femmes de notre échantillon ne semblent pas craindre l'isolement.

76% des femmes MG du limousin exerçant en milieu rural et semi rural sont originaires de la Faculté de Limoges. Une étude de l'ORS et des URML du Limousin conduite en 2007 montre que 80% des femmes MG du Limousin, tout lieu d'exercice confondu, sont originaires de la faculté de Limoges. Les données des pays de la Loire ne peuvent être que partiellement comparées puisque l'échantillon comporte les MG tout sexe confondu, et tout lieu d'exercice confondu. 75% de ces médecins exerçant dans la région où ils ont suivi leurs études.

Lors de leur installation, les femmes MG du Limousin exercent donc préférentiellement dans la région où elles ont effectué leurs études médicales.

Concernant l'origine géographique des femmes MG de notre échantillon, on remarque que une femme sur cinq est originaire d'une commune de plus de 100.000 habitants. Il semblerait que la provenance urbaine ne soit pas un frein majeur à l'installation en milieu rural ou semi rural.

Nous avons constaté que 85% des femmes MG de notre échantillon ont souvent ou toujours effectué des déplacements en milieu rural ou semi rural. Pour savoir si le déplacement en secteur rural est un facteur favorisant l'installation rurale il faudrait pouvoir comparer avec les données des femmes exerçant en secteur urbain.

Il semblerait que tous les critères d'installation étudiés ne soient pas si spécifiques du sexe féminin. Il faudrait réaliser une étude de l'activité des hommes MG exerçant en milieu rural et semi rural pour pouvoir étayer davantage la discussion.

6- LES MODES D'EXERCICE PARTICULIER

On note que 22% du total des MG du Limousin, (37) tout sexe confondu, hors MEP exclusif, déclarent avoir un mode d'exercice particulier au sein de leur exercice allopathique. (La moyenne nationale est de 15%)

Ce taux est de 34% chez les femmes MG de notre échantillon.

Alors que sur l'ensemble des femmes MG du Limousin, tous secteurs confondus, on retrouve un taux de près de 24%.

En comparaison, en 2007, 19% des femmes MG des pays de Loire, (38) tous secteurs confondus déclarent exercer un MEP de façon occasionnelle ; ce taux est identique à celui des femmes MG du Rhône-Alpes (39). Il est de 16% pour les MG tous sexes et tous milieux d'exercice confondus en Basse Normandie. (2) Ils sont 19% en Bourgogne, 12,3% en Bretagne, 16% dans les pays de la Loire et près de 18% en région PACA.

Les femmes MG de notre échantillon ont donc une activité non exclusive de MEP fréquente. Le Mode d'Exercice Particulier non exclusif est ainsi possible aussi dans notre région en secteur rural et semi rural.

7- L'ACTIVITE

Concernant le mode de consultation, les femmes exerçant en milieu semi rural semblent consulter plus sur rendez vous que les femmes du secteur rural. Il serait intéressant d'étudier le mode d'exercice des femmes du secteur urbain afin de pouvoir les comparer.

Les femmes MG de notre échantillon travaillent en moyenne 8,75 demi journées par semaine contre 8,9 demi journées pour l'ensemble des femmes MG du Limousin, tout secteur confondu. On peut considérer que ce temps de travail est équivalent. Ceci combat les idées reçues qui voudraient que les femmes MG exerçant en milieu rural et semi rural ont une activité supérieure à celles de leurs confrères de ville.

En Rhône Alpes, les femmes MG tout secteur confondu travaillent 7,6 demi journées par semaine. Les femmes MG du Limousin ont donc un temps de travail supérieur à leurs consœurs de la région Rhône-Alpes.

Les femmes MG de notre échantillon réalisent en moyenne 100 actes hebdomadaires. C'est une activité en terme d'actes plus importante que celle des femmes MG du Limousin en général (37). 50% d'entre elles font plus de 100 actes par semaine contre 38% du global. De même seulement 5% des femmes MG exerçant en milieu rural ou semi rural font moins de 50 actes par semaine contre 10,4% du global.

Ainsi les femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural et semi rural concentrent leur activité tout en ayant un volume d'activité supérieur à l'ensemble de leurs consœurs.

Il serait intéressant de connaître le nombre d'heures de travail hebdomadaire. Cela permettrait de savoir si les femmes MG de notre échantillon ont un temps pour chaque consultation plus court ou bien si leurs demi-journées sont plus étendues en plages horaires que celles de leurs consœurs urbaines.

On ne dégage pas de profil type des femmes MG ayant une forte activité hebdomadaire.

Par comparaison, en Rhône Alpes, 33,3% des femmes MG tout milieu d'exercice confondu effectuent plus de 100 actes par semaine, 11,9% moins de 50. La moyenne des consultations hebdomadaires est de 83 par femmes MG. Les femmes MG de la région Rhône-Alpes ont donc une activité moindre que celles de notre région.

Contrairement aux idées reçues, concernant les visites à domicile, il ne semble pas que les femmes MG de notre échantillon aient une forte activité dans ce domaine. Ainsi plus de 70% des femmes MG effectuent moins de 20 visites par semaine, ce qui pour une semaine de 5 jours établit une moyenne de 4 visites par jour.

Notre enquête contredit le mythe des médecins ruraux prenant peu de congés. En effet plus de la moitié des femmes MG de notre échantillon prennent 6 semaines ou plus de vacances par an. Par contre il semblerait que l'organisation des congés soit souvent tributaire de la disponibilité des remplaçants.

On note au sein de notre échantillon que les femmes MG aspirent à une meilleure organisation du temps de travail avec une diminution du nombre de visites à domicile et une organisation de leur planning avec des consultations uniquement sur rendez-vous.

8- REGARDS SUR L'INSTALLATION REALISEE

Les femmes MG de notre échantillon sont globalement satisfaites de leur mode d'exercice même si elles apporteraient des modifications à celui-ci, modifications qui sont parfois déjà réalisées.

Cependant nous n'avons pas de données concernant les motivations des femmes médecins ayant quitté la région ou l'exercice libéral en milieu rural ou semi rural. Quelles étaient leurs motivations ? Il serait intéressant de réaliser une enquête auprès cette population, afin de comparer nos résultats.

9- MESURES INCITATIVES MISES EN PLACE POUR L'INSTALLATION DES MEDECINS EN ZONES SOUS MEDICALISEES (58)

Les professionnels de santé exerçant en zones sous médicalisées peuvent connaître un rythme de travail hors normes, accumuler les kilomètres, sans pouvoir toujours s'absenter, que ce soit pour prendre des vacances ou participer à des actions de formation médicale continue.

Ces particularités d'exercice nuisent à tous, patients comme soignants, et peuvent décourager les jeunes médecins pour s'installer en zones sous médicalisées.

a- Des mesures incitatives ciblées

* Mise en place d'aides conventionnelles

Le Conseil de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie du 19 janvier 2007 a validé les orientations de négociation avec les syndicats de médecins en ce qui concerne le principe d'aides conventionnelles.

Ces aides doivent servir en priorité à améliorer la continuité des soins dans les territoires concernés, en privilégiant les regroupements de professionnels qui préservent le maillage territorial en soins et en aidant les professionnels isolés à trouver des remplaçants en les rémunérant mieux.

Cette mesure s'applique dans deux cas :

- l'aide à l'exercice regroupé :

L'avenant 20 à la convention du 12/01/2005 majore de 20% les honoraires des médecins exerçant en cabinet de groupe en zone déficitaire. Ces zones déficitaires sont définies par les Missions Régionales de Santé. Cette rémunération supplémentaire est

directement prise en charge par l'Assurance Maladie. Le patient règle son médecin au tarif habituel.

Cette mesure vise à inciter les professionnels de santé à s'installer ou à exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires. L'exercice regroupé favorise les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins.

- l'aide au remplacement :

Certains médecins n'ont pas la possibilité d'exercer en groupe. Cette aide vise à favoriser les remplacements dans les zones sous médicalisées. Cela permet d'alléger leur charge de travail et de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre de la formation médicale continue. De plus, le remplacement est le passage quasi obligé des jeunes professionnels avant l'installation, et peut favoriser ainsi l'installation en zones sous médicalisées.

L'aide au remplacement en milieu rural est allouée dans le cas d'un remplacement situé à plus de 20 minutes d'un service d'urgences dans un canton dont la densité médicale est inférieure à 3/5000 hab. Elle consiste en une indemnité de 300€ / jour de remplacement dans la limite de 10 jours par an, versés par la CPAM au médecin remplacé. Le médecin s'engage en contrepartie à participer à une formation professionnelle conventionnelle centrée sur des problématiques rurales et à ne pas cesser son activité ou changer de lieu d'exercice pendant les trois années suivantes.

* Les aides des collectivités locales

La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux permet aux collectivités locales d'aider à l'installation ou d'encourager l'exercice en zones sous médicalisées.

Deux décrets du 30 décembre 2005 ont précisé les modalités de ce dispositif :

- Pour les professionnels installés ou en cours d'installation, il peut s'agir de la mise à disposition de locaux professionnels ou de la mise à disposition d'un logement. L'aide peut prendre également la forme d'une prime à l'installation ou d'une prime d'exercice forfaitaire. Les professionnels doivent en contrepartie prendre l'engagement d'exercer dans la zone pendant au moins 3 ans.

- L'aide à l'installation pour les étudiants : au cours de leur 3ème cycle, ils peuvent bénéficier d'une indemnité d'études d'un montant pouvant aller jusqu'à 24 000 euros par an. Les étudiants concernés s'engagent à exercer en zone sous médicalisée pendant une durée minimum de 5 ans. Les aides aux étudiants de 3ème cycle en stage peuvent également prendre la forme d'une mise à disposition de logement ou d'une indemnité pouvant se monter à 400 euros par mois pour le logement ou les déplacements.

* Les aides fiscales

Les médecins exerçant en zones sous médicalisées sont des acteurs indispensables à la permanence des soins. A ce titre et en application de l'article 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux, il est prévu l'exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins. Cette exonération concerne les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone rurale ou urbaine déficitaire en offre de soins, à hauteur de 60 jours de permanence par an dans la limite de 9000 euros. La définition des zones rurales ou urbaines déficitaires en offre de soins est arrêtée par les MRS. L'exonération porte sur les rémunérations d'astreintes et les majorations spécifiques à la permanence des soins prévues à l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 26 mai 2005.

L'article 7 de cette même loi prévoit l'exonération de l'impôt sur le revenu pour les professions libérales en cas de création (après le 01/01/2004) d'un cabinet en zone de revitalisation rurale (ZRR). Il s'agit d'une exonération totale pendant 5 ans puis dégressive durant 9 ans.

L'article 114 mentionne l'exonération de la taxe professionnelle pour les professions libérales soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des Bénéfices Non Commerciaux. Cette exonération est applicable à partir de l'année suivant l'installation (en ZRR dans une commune de moins de 2000 hab.) et accordée pour 2 à 5 ans.

* Assurer la cohérence et la visibilité des aides :

- l'aide conventionnelle et l'aide des collectivités locales doivent se compléter :

Les MRS sont saisies systématiquement des aides à l'installation accordées par les collectivités locales. La loi sur les territoires ruraux prévoit que les aides à l'installation donnent lieu à un contrat entre le médecin, la collectivité locale et l'URCAM.

Les MRS sont par ailleurs informées des aides délivrées aux étudiants par les collectivités locales.

- les étudiants comme les professionnels de santé déjà installés doivent être mieux informés des dispositifs d'aide existants :

Plusieurs initiatives ont été prises ou sont en cours d'expérimentation pour améliorer cette information, elles doivent être généralisées. Ainsi, un logiciel interactif d'aide à l'installation a déjà été généralisé dans toutes les URCAM (C@rtosanté : portail unique).

La mission d'information aux professionnels et de conseil à l'installation de l'Assurance Maladie, en partenariat avec les instances ordinales et professionnelles (URML) est renforcée dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion négociée par la CNAMTS et l'Etat.

b- Adapter le mode d'exercice médical

* Incitation à l'exercice regroupé :

Les professionnels de santé aspirent à un exercice regroupé favorisant l'échange des pratiques et la mutualisation des moyens permettant de consacrer davantage de temps à la formation et de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle.

Les médecins s'installant en cabinet de groupe ou maisons multidisciplinaires dans les zones sous médicalisées bénéficieront donc d'une rémunération forfaitaire d'au moins 20%, directement prise en charge par l'Assurance Maladie.

Les maisons multidisciplinaires permettent le regroupement de plusieurs spécialités médicales ou paramédicales offrant ainsi à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé de premier recours.

Or, si quelques maisons de santé pluridisciplinaires existent d'ores et déjà -par exemple dans le Jura ou la Nièvre-, elles sont en nombre encore insuffisant.

A l'initiative de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, des expérimentations sont en cours sur 9 sites, notamment en Meurthe et Moselle, en Haute Loire, dans les Vosges et l'Aveyron pour participer à l'installation des maisons de santé pluridisciplinaires.

* Création du statut de « collaborateur associé »

La loi du 2 août 2005 relative aux Petites et Moyennes Entreprises a étendu à l'ensemble des professionnels de santé le statut de collaborateur associé. Il correspond à une demande des professionnels de santé, déjà installés ou en voie d'installation qui pourraient ainsi être épaulés. Le jeune médecin collaborateur peut prendre le temps de s'adapter à son environnement sans avoir à s'engager immédiatement dans une installation définitive.

Pour les médecins, l'entrée en vigueur de ces dispositions est effective depuis le 13 décembre 2006, modifiant le code de la santé publique (décret n°2006-1585).

Aux termes de la loi, a la qualité de collaborateur libéral le membre non salarié d'une profession (libérale) qui dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou morale, la même profession.

Le collaborateur libéral est civilement responsable de ses actes professionnels. Il relève du statut social et fiscal du professionnel libéral. Il peut se constituer une patientèle personnelle. Il n'est ni un remplaçant ni un associé.

* Développer la coopération entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux :

Le progrès technique et l'évolution permanente du contenu des métiers de la santé rendent indispensables le développement et l'évolution de la coordination entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

* Faciliter la conciliation entre la vie professionnelle et familiale

La profession médicale se féminise très rapidement. En 2004, 38 % des médecins étaient des femmes, en 2025, cette proportion sera de 52%.

Or les femmes médecins exerçant en libéral ont des modes d'indemnisation des temps de congé maternité (8 semaines) moins favorables que ceux des salariées.

La durée du congé de maternité des professionnelles de santé libérales devrait donc être alignée sur celui des salariées. Elles devraient pouvoir bénéficier prochainement d'un congé de maternité de 16 semaines pour les deux premiers enfants et de 26 semaines à partir du 3ème enfant.

L'allocation forfaitaire de repos, (58) qui consiste à indemniser la femme médecin durant la grossesse est de 2773 euros. Elle remplace l'indemnité de remplacement depuis 1995 et ne nécessite plus qu'un simple certificat médical pour en bénéficier. Elle est versée sans condition de cessation d'activité.

L'indemnité journalière forfaitaire est versée par la sécurité sociale pendant la durée du congé maternité à condition de cesser toute activité rémunérée pendant au moins huit semaines, dont deux avant l'accouchement. Son montant journalier est égal à 1/60^e du montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, soit 46,22 euros au 1^{er} janvier 2008.

c- Rapprochement avec les données tirées de notre échantillon

Les incitations à l'installation en milieu rural sont très peu considérées comme un critère à prendre en compte et sont souvent jugées inefficaces car la question de l'installation des médecins n'est que partiellement médicale. Cette installation renvoie à l'évolution des modes de vie et aux problèmes d'aménagement du territoire.

9 femmes MG de notre échantillon ont bénéficié d'aides à l'installation, provenant en majorité des collectivités locales.

Toutes exercent en milieu rural, et sont réparties sur les trois départements du Limousin. 2 sont âgées de moins de 35 ans : elles ont bénéficié d'aides relatives à la loi sur le développement des territoires ruraux et d'exonérations fiscales. Les volontés communales sont à l'origine d'aides matérielles concernant le local professionnel ou de loyers préférentiels pour l'habitation. 4 sont âgées entre 35 et 45 ans et ont malheureusement peu renseigné cet item. On note une aide au local sans exonération fiscale. Parmi les 2 femmes MG âgées entre 45 et 55 ans, on retrouve pour l'une d'entre elles une aide matérielle pour le local et une exonération de taxe professionnelle pendant 2 ans.

Une des femmes MG de notre échantillon déplore les promesses d'aides à l'installation non tenues de la part de la mairie du lieu d'exercice.

Parmi les aides citées, on ne note pas trace d'aides aux étudiants, mais notre échantillon ne comporte que très peu de jeunes installées qui auraient pu en bénéficier.

Les aides conventionnelles aux médecins de groupe en zone déficitaire ne sont pas évoquées non plus, mais notons que nombre de femmes MG sont installées en milieu rural, seules. Or, l'avenant 20 à la convention stipule que pour bénéficier de ces aides, il faut être installée en groupe. Cela ne leur permet donc pas de profiter de ces mesures.

Concernant les aides au regroupement des professionnels de santé et notamment la création de maisons de santé pluridisciplinaires, aucune n'est encore en activité en Limousin. Les femmes MG de notre échantillon se sentent très concernées et intéressées par ce concept (souhait le plus exprimé concernant les évolutions possibles dans l'avenir).

Finalement, dans notre région, les femmes MG n'ont pu que très rarement bénéficier des aides évoquées ci-dessus. La multiplicité des conditions d'attribution fait que peu de femmes médecins sont dans des situations favorables pour accéder à celles-ci. Très peu de médecins répondent aux critères demandés. Ceci n'est pas spécifique aux femmes médecins bien entendu.

Peut-être faudrait-il inclure à la fin du DES de Médecine Générale des heures relatives aux nouvelles dispositions concernant l'aménagement des territoires ruraux et les aides à l'installation en Médecine Générale. On pourrait aussi anticiper le problème en exposant les aides à l'installation allouées aux étudiants à partir du 3^{ème} cycle des études médicales.

CONCLUSION

La féminisation de la Médecine Générale continue. Elle progresse régulièrement et les femmes médecins généralistes seront majoritaires dans les années 2020.

Notre enquête qui souhaitait mettre en évidence des critères spécifiques favorisant l'installation des femmes médecins généralistes en milieu rural et semi rural en Limousin, a permis de décrire en partie les modalités d'exercice des femmes étudiées.

Les femmes médecins généralistes de notre échantillon travaillent autant que leurs consoeurs exerçant en milieu urbain en Limousin et davantage que celles de la région Rhône Alpes.

Elles sont majoritairement originaires de la Faculté de Limoges et certaines sont d'origine citadine.

Le statut matrimonial des femmes de notre échantillon est identique à celui des femmes médecins généralistes au niveau national. On note quand même une préférence des femmes célibataires au moment de leur installation pour l'exercice en milieu semi rural. Concernant les professions de leur conjoint, il existe des différences par rapport aux données nationales, spécifiques du monde rural. Ces femmes ont plus d'enfants que la moyenne des femmes françaises.

Leur installation est souvent secondaire à une opportunité, particulièrement pour les femmes médecins généralistes des tranches d'âges les plus jeunes.

Elles exercent majoritairement, mais cependant moins que les statistiques nationales, au sein de cabinets de groupe. Toutefois les femmes appartenant aux tranches d'âges supérieurs exercent le plus souvent seules alors que les femmes plus jeunes travaillent préférentiellement au sein d'un groupe. Ce mode d'exercice est souvent perçu comme un moyen de régulation de la charge de travail.

Même si les femmes Médecins Généralistes de l'enquête ne prennent pas moins de congés que la moyenne de leurs consoeurs, leur organisation reste tributaire des possibilités de remplacement.

Certains critères d'installation comme le goût pour les relations humaines, la vocation, la liberté d'activité et la variété de l'exercice médical en milieu rural et semi rural sont mis en avant dans notre étude. Mais doit-on considérer que c'est une spécificité de l'exercice rural ou semi rural ou tout simplement de la Médecine Générale ?

Des critères comme la qualité de vie sont plébiscités. La proximité ou non de services dits techniques (IDE, SSIAD...) ne semble pas être un critère majeur dans leur choix d'installation.

L'exercice rural reste perçu comme impliquant une charge de travail plus lourde en activité cumulée à cause de la Permanence des Soins à assurer. La solitude des médecins et la difficulté pour trouver un remplaçant semblent essentielles dans le choix du lieu d'installation des femmes Médecins Généralistes de notre échantillon.

Enfin, l'impact des mesures incitatives reste très marginal et la réalisation très délicate du fait des conditions restrictives d'attribution.

Peut-être faudrait-il inclure à la fin du DES de Médecine Générale des heures relatives aux nouvelles dispositions concernant l'aménagement des territoires ruraux et les aides à l'installation en Médecine Générale ?

Les femmes Médecins Généralistes de notre échantillon sont très majoritairement satisfaites de leur installation mais aspirent à une meilleure organisation du temps de travail et à une réorganisation de la Permanence des Soins. Elles envisagent leur avenir au sein de maisons médicales pluridisciplinaires qui permettraient de palier en partie au manque de médecin à venir. Quelques unes n'excluent pas de basculer vers un exercice salarié exclusif en cas de dégradation des conditions de travail.

Une enquête évaluant les conditions d'installation et d'exercice des femmes médecins généralistes en secteur urbain et des hommes médecins généralistes en secteur rural et semi rural permettraient peut-être de dégager des données plus précises encore sur l'exercice médical des femmes dans le monde rural ou semi rural.

GLOSSAIRE

acc. : accord

ADELI : autonomisation des listes. C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique. Il contient des informations (état civil – situation professionnelle – activités exercées). Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence. Le numéro ADELI figure sur la Carte de professionnel de santé (CPS) pour des professionnels relevant du code de la santé publique.

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Non Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

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

ENC : Examen National Classant (à l'internat de Médecine)

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

MEP : Mode d'Exercice Particulier (concerne l'homéopathie, la nutrition, ...)

MG : Médecin Généraliste

MRS : Missions Régionales de Santé : La loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 a prévu dans son article 67 la création d'une Mission Régionale de Santé constituée entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions.

nsp : ne se prononce pas

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ASTRUC B. La féminisation d'une profession s'accompagne t'elle d'une pratique spécifique ? A propos d'une enquête menée auprès des femmes généralistes d'Ille-et-Vilaine. Thèse de doctorat en médecine, Rennes : Université de Rennes, 2002.
- 2- AULAGNIER M., OBADIA Y., PARAPONARIS A., et Al. L'exercice de la médecine générale libérale : Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. DREES ; Etudes et Résultats, n°610, nov 2007.
- 3- BEAUGRAND E. Les femmes médecins. Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie, 2e série, t. 9 : 1) n° 34 du 23 août 1872 pp. 545-549 2) n° 35 du 30 août 1872 pp. 561-567 et 37 du 20 septembre 1872 p. 609-621.
- 4- BEAUTE J., BOURGUEIL Y., MOUSQUES J. Baromètre des pratiques en médecine libérale, Résultats de l'enquête 2006 : « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons ». IRDES ; DT n°5, Août 2007.
- 5- BELIN M. Observatoire de la permanence des soins : Résultats des régimes général, agricole et social des indépendants, URCAM du Limousin, Année 2006.
- 6- BESSIERE S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. Revue française des affaires sociales, n° 1, janvier mars 2005, p 19-33.
- 7- BESSIERE S., BREUIL-GRENIER P., DARRINE S. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. DREES ; Etudes et Résultats, n° 352, nov 2004 : p. 1-12.
- 8- BESSY-PIETRI P., SICAMOIS Y. Le zonage en aires urbaines en 1999. INSEE Première, n°765, Avril 2001.
- 9- BILLAUD A. Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales. DRESS ; Etudes et résultats, n°474, mars 2006, 8 p.

10- BILODEAU H., LEDUC N. Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées. Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 2003, vol 43, n°3 : p. 485-504.

11- BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., MAREK A., et Al. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. IRDES ; Questions d'économie de la santé, n°122, Mai 2007 : 6 p.

12- BOURGUEIL Y., MOUSQUES J., TAJAHMADI A. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature. IRDES ; questions d'économie de la santé, n°116, déc 2006 : 6 p.

13- BREUIL-GRENIER P., SICART D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. DREES ; Etudes et Résultats, n° 430, sept 2005 : p. 1-11.

14- CHABAS P., VIDAL-BORROSI F. Agir pour la continuité des soins, le paradigme du médecin rural. ADSP, n° 55, Juin 2006 : p. 4-8.

15- COUFFINHAL A., LUCAS-GABRIELLE V., MOUSQUES J. Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001. CREDES ; Questions d'économie de la santé, n°61, déc 2002 : 6 p.

16- DALLA'AVA-SANTUCCI J. Des sorcières aux mandarines : histoire des femmes médecins. Ed. Calman Levy ; 1989, 272p.

17- DA SILVA O., FERLEY J-P. Les inégalités socio-sanitaires en Limousin : Une analyse multidimensionnelle à l'échelon des cantons et des territoires de santé. ORS Limousin ; les synthèses de l'ORS, fiche n°14, Mars 2007.

18- DECHAMBRE A. Fondation d'une école pour l'instruction médicale des femmes. Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie, 1870, 2e série, vol. 7, n° 28, 15 juillet 1870, p. 433.

- 19- FANELLO S., PAROT E., RENARD H., et Al. Les femmes médecins généralistes dans le Maine-et-Loire : « 1990-2000 ». Santé Publique 2004, vol 15, n°1 : p. 95-104.
- 20- FERLEY J-P., DA SILVA E., BEAUVAIS C. Trois études sur la féminisation de la profession médicale : synthèse. URML Rhône-Alpes, janv 2005.
- 21- FERLEY J-P., DA SILVA E. Etude des mutations de la Médecine Générale : enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. CAREPS, rapport n°488, février 2005.
- 22- HARTMANN L., ULMANN P. Démographie médicale française : situation au 1^{er} janvier 2006. Conseil National de l'Ordre des Médecins, étude n°39, juin 2006.
- 23- KAHN-BENSSAUDE I. La féminisation : une chance à saisir. Conseil National de l'Ordre des Médecins, déc 2005.
- 24- LAPEYRE N., LE FEUVRE N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des affaires sociales n° 1, janvier mars 2005, p 59-81.
- 25- LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France (généralités) : situation au 1^{er} janvier 2007. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Etude n°40, Juin 2007.
- 26- LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2007. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Etude n°40, Juin 2007.
- 27- LEVASSEUR G., SCHWEYER F-X. Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne. URCAM ; Les dossiers de l'URCAM Bretagne, numéro spécial, n°22, déc 2004.
- 28- LIPINSKA M. Histoires de femmes médecins. Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1900.

- 29- MARTIN A., TROMBERT-PAVIOT B. Comment les médecins généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine, recherche en soins primaires, février 2008, p. 89-93
- 30- NICOT H. B. Urbain- rural : de quoi parle-t-on ? SIRIUS, Université Paris XII, BHN document de travail, juin 2005, 11 p.
- 31- PRESSE DEBUS A. Etre femme et médecin généraliste en Basse Normandie. Thèse de doctorat en médecine, Caen : Université de Caen, 2006.
- 32- SAINT-LEGER I. Femmes médecins généralistes libérales du Finistère en 2005 : Conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée. Thèse de doctorat en médecine, Brest : Université de Brest, 2005.
- 33- SCHULTZE C. La femme médecin au XIX^e siècle. Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1888.
- 34- SLIMAN G., AUDIC Y., PERIGOIS E. Attentes – projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. BVA, mars 2007.
- 35- THOMAS L, PRESTI J. Conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle et familiale des femmes médecins généralistes de la Somme en 2005. Thèse de doctorat en médecine, Amiens : Université d'Amiens, 2006.
- 36- URCAM. Démographie des médecins libéraux en 2008 : Les disparités régionales persistent. Etudes des URCAM, Sept 2000 : 8 p.
- 37- Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin. La médecine générale libérale en Limousin : aspects démographiques, caractéristiques de l'activité, évolutions, projets professionnels et projections. Enquête auprès des médecins en exercice. URML du Limousin, Rapport n°190, Janvier 2008, 91p.

38- Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Vague d'enquête 1. ORS, URML, Février 2008, 16p.

39- Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Etude de la féminisation de la profession médicale et son impact : approche quantitative et qualitative (Enquête auprès des médecins en exercice). CAREPS, rapport n°418A, octobre 2003, 119p.

40- Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Trois études sur la féminisation de la profession médicale : synthèse. CAREPS, janvier 2005, 44p.

41- VANDERSCHELDEN M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007. DRESS ; Etudes et Résultats, n°616, déc. 2007, 8 p.

42- YVON B., LEHR-DRYLEWICZ A-M., BERTRAND P. Féminisation de la médecine générale : Faits et implications, une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine, Fev. 2005 : p. 83-88.

43- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). La médecine Générale, Rapport 2006-2007, Tome 1, 179p.

Sites Internet consultés :

- 44- www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/agnodice.htm (site consulté le 15/01/08)
- 45- www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/trotula.htm (site consulté le 15/01/08)
- 46- www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/bourgeois_louise.html (site consulté le 15/01/08)
- 47- www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/bres_mad.htm (site consulté le 15/01/08)
- 48- www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/klumpke_augusta.html (site consulté le 15/01/08)
- 49- www.ecosante.fr (site consulté le 20/01/08)
- 50- http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/definitions/html/unite-urbaine.htm (site consulté le 23/03/08)
- 51- www.irdes.fr/EspaceRecherche/RapportsArticles.html (site consulté le 20/12/07)
- 52- www.insee.fr (site consulté le 15/12/07)
- 53- www.conseil-national.medecin.fr (site consulté le 23/12/08)
- 54- www.santé.gouv.fr (site consulté en février 2008)
- 55- www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/femmesmed.htm (site consulté en janvier 2008)
- 56- www.fnors.fr (site consulté le 12/02/08)
- 57- www.limousin.assurance-maladie.fr/cartosante (site consulté le 30/11/07)
- 58- www.urmlra.org/upload/editor/URMLRA_Bilan_Mesures_incitatives_2007_04_30_1200909381740.pdf (site consulté le 01/07/08)
- 59- www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte/vous-etes-praticienne-ou-auxiliaire-medicale.php?&page=1 (site consulté le 3/06/2008)
- 60- www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/nl_4.htm (site consulté le 03/06/08)

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

Liste des figures :

Fig. 1 : Gustave Klimt. La médecine, hygie

Fig. 2 : La Pythie de Delphes

Fig. 3 : Hippocrate, 460-377 avant JC

Fig. 4 : Agnodice, femmes médecin devant l'aéropage. Médaillon, Université Descartes, Paris

Fig. 5 : Médora

Fig. 6 : La Trotula

Fig. 7 : Sainte Hildegarde

Fig. 8 : Léonard de VINCI, dessin d'un embryon dans l'utérus v. 1510 1512, crayon et encre
30.1 x 21.4 cm, Windsor, Royal Library

Fig. 9 : Louise Bourgeois

Fig. 10 : Le Quinquina, écorce de la comtesse

Fig. 11 : Le Code Civil 1804

Fig. 12 : Madame du Coudray. From Aloïs Delacoux's, Biographie des sages-femmes
célèbres, anciennes, modernes et contemporaines (Paris: Trinquart, 1834)

Fig. 13 : 1816, naissance du premier stéthoscope par Théophile LAENNEC, dessin caricatural

Fig. 14 : Affiche publicitaire du début du XXème siècle

Fig. 15 : Madeleine BRES, spécialiste de l'allaitement, auteur d'une thèse sur ce thème en
1875.

Fig. 16 : Augusta Déjerine-Klumpke.

Fig. 17 : Effectifs des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre de 1979 à 2006

Fig. 18 : Pyramide des âges de l'ensemble des médecins en activité régulière - (Métropole)

Fig. 19 : Evolution du numerus clausus et du nombre de diplômés entre 1971 et 2004

Fig. 20 : Evolution du numerus clausus et du nombre de diplômés entre 1971 et 2004

Fig. 21 : Densité départementale de médecins généralistes en activité régulière
pour 100 000 habitants (métropole)

Fig. 22 : Evolution de la répartition hommes/femmes des médecins libéraux français en
activité globale entre 1984 et 2006.

Fig. 23 : Pyramide des âges en Médecine Générale au 01/01/2007 (source : CNOM)

Fig. 24 : Proportion de femmes médecins en activité globale, selon l'âge et la répartition généraliste/spécialiste de chaque tranche d'âge

Fig. 25 : Proportion de femmes médecins remplaçantes, selon l'âge et la répartition généraliste/spécialiste de chaque tranche d'âge.

Fig. 26 : Evolution de la part des femmes chez les omnipraticiens et spécialistes libéraux de 1983 à 2005

Fig. 27 : Spécialités choisies par les femmes parmi les 1000 premiers étudiants classés à l'ENC en 2005.

Fig. 28 : Densité départementale des omnipraticiens libéraux au 1^{er} janvier 2005 (source CNAMTS)

Fig. 29 : Densité régionale en généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2006 (taux pour 100 000 habitants)

Fig. 30 : Part des 55 ans ou plus chez les généralistes au 1^{er} janvier 2006 (taux pour 100 000 habitants)

Fig. 31 : Densité médicale en MG pour 100 000 hab. par canton en 2007 (Limousin)

Fig. 32 : Localisation des médecins généralistes libéraux en activité en Limousin en 2007

Fig. 33 : Pyramide des âges des femmes de la Haute-Vienne ayant une activité régulière en Médecine Générale, tous lieux d'exercice confondus

Liste des tableaux :

Tab. 1 : Taux de participation des femmes médecins généralistes libérales du limousin installées en secteur rural ou semi rural selon le département

Tab. 2 : Répartition par tranche d'âge des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural et semi rural

Tab. 3 : Répartition par tranche d'âge des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural et semi rural

Tab. 5 : Répartition des femmes MG du Limousin installées en milieu rural ou semi rural, célibataires au moment de leur installation, selon les tranches d'âge

Tab. 6 : Effectif des conjoints des femmes MG du Limousin selon leur profession.

Tab. 8 : Répartition du nombre d'enfants par femmes MG du Limousin installées en milieu rural et semi rural

Tab. 9 : Répartition par tranche d'âge des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon l'impact ressenti du revenu des indemnités maternité

Tab. 10 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon la taille de leur commune d'origine

Tab. 11 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon le temps écoulé entre la thèse et leur installation

Tab. 12 : Répartition des femmes MG du Limousin selon le temps écoulé entre la thèse et leur installation

Tab. 13 : Répartition des effectifs des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon leur origine géographique

Tab. 14 : Proportion des femmes médecins généralistes ayant effectué des remplacements ruraux avant leur installation.

Tab. 15 : Répartition du type d'installation envisagée et réalisée par les femmes MG exerçant en milieu rural ou semi rural en Limousin

Tab. 16 : Répartition du type d'association envisagée et réalisée par les femmes MG exerçant en milieu rural ou semi rural en Limousin

Tab. 17 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant seules en milieu rural ou semi rural selon les tranches d'âge

Tab. 18 : Répartition du mode d'installation des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon l'aspect financier

Tab. 19 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon le bénéfice ou non d'aides à l'installation

Tab. 20 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon leur mode d'exercice

Tab. 21 : Répartition entre mode d'exercice allopathique exclusif ou mixte de l'activité des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural

Tab. 22 : Répartition de l'activité complémentaire exercée par les femmes MG du Limousin installées en milieu rural ou semi rural

Tab. 23 : Répartition du mode de consultation des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural

Tab. 24 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon le nombre de demi journées de travail hebdomadaires

Tab. 25 : Répartition du nombre de demi journées de travail hebdomadaire des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon les tranches d'âge

Tab. 26 : Table des données de la répartition du nombre de demi journées de travail hebdomadaire des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon les tranches d'âge (n=80)

Tab 27 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon le nombre d'actes hebdomadaires

Tab. 28 : Répartition du nombre d'actes hebdomadaires des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon les tranches d'âge

Tab. 29 : Répartition du nombre d'actes hebdomadaires réalisés par les femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon les tranches d'âge

Tab. 30 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon le nombre de visites hebdomadaires réalisées

Tab. 31 : Répartition des femmes MG exerçant en milieu rural ou semi rural selon la fréquence du recours aux remplaçants pour les gardes de WE

Tab. 32 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural et semi rural selon la durée de leurs congés annuels

Tab. 33 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon la fréquence du recours à un remplaçant pour leurs congés

Tab. 34 : Répartition des critères professionnels ayant motivé l'installation des femmes MG en milieu rural ou semi rural selon l'adhésion aux items

Tab. 35 : Répartition du nombre de semaines de congés annuels des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural et semi rural en fonction de la fréquence du recours à un remplaçant

Tab. 36 : Répartition des critères personnels ayant motivé l'installation rurale ou semi rurale des femmes MG selon l'adhésion aux items

Tab. 37 : Répartition selon l'âge des femmes MG du Limousin concernant l'adhésion au critère d'opportunité d'association

Tab. 38 : Répartition selon l'âge de l'adhésion des femmes MG du Limousin au critère de proximité d'un cabinet d'IDE ou d'un SSIAD

Tab. 39 : Répartition des critères professionnels environnementaux ayant favorisé l'installation des femmes MG en milieu rural ou semi rural selon l'adhésion aux items

Tab. 40 : Répartition selon l'âge de l'adhésion des femmes MG du Limousin au critère des mesures incitatives

Tab. 41 : Répartition des critères professionnels ayant pu être un frein à l'installation rurale ou semi rurale des femmes MG selon l'adhésion aux items

Tab. 42 : Répartition des critères professionnels ayant pu être un frein à l'installation rurale ou semi rurale des femmes MG selon l'adhésion aux items

Tab. 43 : Répartition selon l'âge de l'adhésion des femmes MG du Limousin au critère ayant attiré à la charge de travail

Tab. 44 : Répartition selon l'âge de l'adhésion des femmes MG du Limousin au critère ayant attiré à la PDS

Tab. 45 : Répartition selon l'âge de l'adhésion des femmes MG du Limousin au critère ayant attiré à la plus grande disponibilité du médecin

Tab. 46 : Répartition selon l'âge de l'adhésion des femmes MG du Limousin au critère concernant les relations interprofessionnelles

Tab. 47 : Répartition des femmes MG du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural selon l'adhésion ou non au fait de refaire le même choix d'installation

ANNEXES

A- Questionnaire

Chère Consoeur,

Je me permets de solliciter votre aide en vue de la réalisation d'une thèse de Médecine Générale.

Notre profession se féminise : les étudiantes en médecine sont plus nombreuses que les garçons. Les installations en secteur rural et semi rural ne compensent plus les départs :

Quels sont les critères qui ont pu motiver votre installation ?

Merci de remplir ce questionnaire dont les données resteront anonymes et de le retourner, à l'aide de l'enveloppe timbrée jointe avant le 14 Mars 2008 à :

Aurélie CHEMILLE, 4 place des 3 coins 24800 THIVIERS 06.18.57.69.47

aurelie-chemille@wanadoo.fr

Dans l'attente d'une réponse de votre part, veuillez agréer, chère consoeur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

CRITERES D'INSTALLATION en SECTEUR LIBERAL RURAL ou SEMI-RURAL des FEMMES MEDECINS GENERALISTES EXERCANT en LIMOUSIN

1- Quel âge avez-vous ?

< 35 ans entre 35 et 45 ans entre 45 et 55 ans > 55 ans

2- Combien d'années après avoir passé votre thèse vous êtes-vous installée ?

<1 an 1 - 3 ans 4 - 6 ans 7 - 10 ans > 10 ans

3- De quelle faculté êtes-vous originaire ?

Limoges Autre : précisez la région :.....

4- Etes-vous originaire d'une commune de :

> 100.000 hab. 100.000 – 50.000 hab. 50.000 - 5.000 hab. 5.000 – 2000 hab. < 2000 hab.

5- Avez-vous effectué des remplacements avant de vous installer ? OUI NON

Si OUI, aviez-vous effectué des remplacements en secteur rural ?

Jamais Parfois Souvent Toujours

6- Quel était votre statut matrimonial lors de votre installation?

Célibataire Mariée ou vivant en concubinage
Séparée, divorcée Veuve

7- Lors de votre installation, aviez-vous des enfants ?

0 1 2 3 4 >4

8- Combien d'enfants avez-vous eu après votre installation ?

0 1 2 3 4 >4

9- Est ce que les indemnités maternité en médecine libérale ont eu - ou auront - un impact sur le nombre de vos grossesses, passées et/ou à venir ?

OUI NON SANS OBJET

Remarques éventuelles :

10- Quelle est ou était la profession de votre conjoint ?

médecin	autre prof libérale	salarié
fonctionnaire	agriculteur	para-médical
commerçant, artisan	sans emploi	autre

11- les revenus de votre conjoint vous permettent-ils de ne pas vous inquiéter de la rentabilité de votre cabinet ?

OUI NON SANS OBJET

12- Considérez-vous que votre conjoint a facilité votre installation en secteur rural ou semi-rural ?

OUI NON SANS OBJET

13- Quel type d'installation envisagez-vous préférentiellement à la fin de vos études ?

seule
cabinet de groupe : associés hommes
 associées femmes
 associés indifférents

14- Quel type d'installation avez-vous effectivement réalisé ?

seule
cabinet de groupe : associés hommes
 associées femmes
 associés indifférents

15- Si ce n'est pas votre première installation, où exercez-vous et dans quelles conditions (groupe, exercice isolé) :

16- Avez-vous, lors de votre installation actuelle: (possibilité de cocher plusieurs cases)

acheté votre clientèle	créé un nouveau cabinet
intégré un groupe	autre

17- Cette installation était-elle réfléchie de longue date ou secondaire à une opportunité :

Plutôt réfléchie Plutôt une opportunité

18- Avez vous bénéficié d'aides à l'installation de la part d'une collectivité locale (local, exonération de charges..) OUI NON

Remarques éventuelles :

19- Quels critères professionnels ont motivé votre installation rurale ou semi-rurale ?
 Pour chaque critère, vous diriez que vous êtes plutôt :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Liberté d'activité				
Vocation				
Goût pour relations humaines				
Variété d'exercice				
Exercice différent (pompiers...)				
Image forte du médecin de famille				
Plus de responsabilités				
Intérêt financier				
Spécificité de la clientèle				
Opportunité d'association				
Hasard				
<u>Autre :</u>				

20- Quels sont les critères professionnels environnementaux qui ont contribué à votre installation rurale ou semi-rurale ? Pour chaque critère, vous diriez que vous êtes plutôt :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Proximité cabinet IDE ou SSIAD				
Proximité hôpital local				
Proximité kinésithérapeute				
Proximité cabinet de radiologie				
Proximité labo de bio. médicale				
Mesures incitatives (local...)				
Eloignement de tout				
<u>Autre :</u>				

21- Quels sont les critères professionnels qui auraient pu être un frein à votre installation rurale ou semi-rurale ? Pour chaque critère, vous diriez que vous êtes plutôt :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Charge de travail				
Difficulté à trouver un remplaçant				
Permanence des soins				
Relations intra/inter professionnelles				
A priori de la population locale				
Plus de responsabilité				
La charge des visites				
Difficulté d'accès aux spécialistes				
Difficulté d'accès aux équipements				
Une plus grande disponibilité				
<u>Autre :</u>				

26- Concernant la permanence des soins :

Vous arrive-t-il de prendre un remplaçant pour effectuer vos gardes de WE :

Jamais Parfois Souvent Toujours

Vous arrive-t-il de prendre un remplaçant pour effectuer vos gardes de nuit :

Jamais Parfois Souvent Toujours

Remarques éventuelles :

27- Concernant vos congés :

- Combien prenez-vous de semaines de vacances par an ?

moins de 3 3-5 6-9 >9

- Prenez vous un remplaçant pendant vos vacances ?

Jamais Parfois Souvent Toujours

- Si vous aviez la possibilité d'avoir un remplaçant régulier, prendriez vous plus de vacances ?

OUI

NON

28- Quelles évolutions possibles voyez-vous pour votre propre exercice professionnel ?

29- Si vous reveniez quelques années en arrière, feriez-vous le même choix d'installation ? OUI NON

Si NON, quel serait ce choix :

A nouveau tous mes remerciements pour votre précieuse collaboration.

B- Clichés sur la femme médecin (55)

Des articles concernant les femmes médecins, les revues scientifiques et médicales en publient. Mais c'est surtout la situation à l'étranger qui est présentée régulièrement dans cette presse. Jamais l'existence d'étudiantes en France n'est évoquée. Tous se posent des problèmes théoriques sans faire allusion à la réalité française. Au moment de la première soutenance, celle d'Elizabeth Garrett, aucune revue ne commente l'événement, sauf cet entrefilet : "La Faculté de médecine de Paris vient de recevoir une doctoresse Miss Garrett ". Les rares évocations tardives apparaissent dans les rubriques variétés. C'est dans la presse et les ouvrages qui en sont issus que l'on peut voir comment se construit une image "cliché" de la femme médecin.

"(...) Cet accoutrement, (tablier plein de sang) ces salles infectes, ces débris humains, ces rudes travaux, font un contraste repoussant avec ces formes féminines.(...) Ces jeunes femmes perdent toutes leurs grâces, tout leur charme, tout l'attrait de leur sexe. Ce ne sont plus ni des femmes ni des hommes."

Ensuite la nature physique de la femme :

"Et quand elles seront enceintes comment s'approcheront-elles de leurs malades avec leur gros ventre ?

L'étude et la pratique de la médecine exigent des qualités viriles :

Pour être médecin il faut avoir une intelligence ouverte et prompte, une instruction solide et variée, un caractère sérieux et ferme, un grand sang froid, un mélange de bonté et d'énergie, un empire complet sur toutes ses sensations, une vigueur morale, et au besoin, une force musculaire. (...) Ne sont-elles pas au contraire de la nature féminine."

Le Journal de médecine et de chirurgie pratique en appelle à la morale sociale :

"Les journaux de médecine s'escriment à l'envi au sujet de la femme médecin (...). Tout en étant d'avis, comme la plupart de nos confrères, que les femmes ne doivent pas exercer la profession médicale ; nous avons d'autres raisons. On dit les femmes incapables d'études

répugnantes et pénibles qui nous sont imposées ; leur sensibilité plus grande les en écarte et leur intelligence ne serait pas assez vaste (...) Cela n'est pas juste, car l'expérience est faite. (...) Quelle objection nous reste donc ? La seule vraiment grave. (...) L'exercice de la profession est absolument incompatible avec sa vie de femme."

"La femme médecin renoncera au mariage, soit ! Elle fera taire son cœur, ses sens (...) étouffant tous ses instincts (...) elle parviendra à faire d'elle-même un être qui ne sera plus une femme (...) l'être moral aura subi une transformation absolue (...) Restera l'être physique."

En juin 1875 :

"La femme ne peut prétendre à parcourir sérieusement la carrière médicale (...) qu'à la condition de cesser d'être femme : de par les lois physiologiques, la femme médecin est un être douteux, hermaphrodite ou sans sexe, en tout cas un monstre. Libre maintenant à celles que tentera cette distinction de chercher à l'acquérir."

La Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie parle, elle, de "monstre androgyne".
Petit à petit, c'est la peur de la concurrence féminine qui mène le débat.

Le Journal de médecine et de chirurgie pratique précise de peur que les femmes médecins croient le contraire : "Ajoutons à notre tour qu'il est facile de prévoir qu'en France les femmes seraient exposées à un insuccès absolu au point de vue du résultat définitif."

En 1884, au moment du débat sur l'admission des femmes à l'internat, Manouvrier, journaliste à la Revue rose, qui prend publiquement position pour l'admission des femmes, évoque cette concurrence que craignent les opposants. "Il (l'opposant) dirait qu'il y a pour la corporation, du danger à laisser les femmes acquérir autant ou plus d'habileté qu'un médecin mâle dans les accouchements, dans les maladies des femmes et des enfants, belle source d'honoraires qu'on serait fâché de voir diminuer. »

La sentence de la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratique est sans appel. Clairvoyant sur le projet de Duruy, qui prévoit l'ouverture d'une école de médecine pour les femmes qui ne pourraient exercer ensuite qu'en pays colonisés, Dechambre fulmine.

"Aujourd'hui (...) voilà qu'un ancien ministre de l'Instruction publique entreprend de les recruter pour la profession médicale. (...) il s'agit bel et bien de pousser les femmes à l'amphithéâtre et dans les hôpitaux et d'en faire des praticiennes. Le projet, il est vrai a été conçu à l'intention des turques par une très grande dames, (princesse Eugénie) mais il s'étend aux algériennes et bientôt au monde entier. (...)

Même si ce projet est limité puisque l'école ne délivrera pas de diplôme, elles pourront le passer à la faculté de médecine et pourront exercer où elles veulent et pas seulement dans les pays colonisés. (...) il n'y a donc pas à s'y tromper, on tend, par ce premier pas, à généraliser chez le beau sexe l'étude et la pratique de la médecine.

(...)A la rigueur, néanmoins, on peut concevoir l'utilité temporaire de femmes médecins dans ces contrées ; mais ni pour un temps, ni pour toujours, nous ne saurions admettre que le besoin s'en fasse sentir en France."

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
I. LES FEMMES DANS L'HISTOIRE DE LA MEDECINE	14
A. <u>De la période primitive à l'Antiquité</u>	14
1. LA MEDECINE PRIMITIVE	14
2. LA MEDECINE ARCHAÏQUE	15
3. LA MEDECINE HIPPOCRATIQUE	16
4. LA MEDECINE GRECO-ROMAINE	18
B. <u>Le Moyen-Age</u>	19
C. <u>De la Renaissance à la Révolution</u>	22
D. <u>Le XIXème siècle</u>	28
E. <u>Le XXème siècle</u>	33
II. DEMOGRAPHIE MEDICALE	36
A. <u>Données nationales</u>	37
1. EFFECTIF MEDICAL	37
2. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION MEDICALE	38
3. EVOLUTION ET PROJECTION DES DENSITES SELON LE NUMERUS CLAUSUS	39
4. INEGALITES GEOGRAPHIQUES	42
5. FEMINISATION DE LA PROFESSION	44
B. <u>Données en Limousin</u>	49

C. <u>Données de la faculté de Médecine de Limoges</u>	55
III. METHODE	56
A. <u>La population étudiée</u>	56
B. <u>La méthode</u>	57
IV. RESULTATS	58
A. <u>Répondants/Non Répondants</u>	58
B. <u>Analyse du questionnaire</u>	60
1- LEUR IDENTITE	60
<u>a- L'âge</u>	60
<u>b- La situation matrimoniale</u>	61
<u>c- Le conjoint</u>	62
<u>d- Les enfants</u>	63
<u>e- Les grossesses et l'impact des congés maternité</u>	64
<u>f- La taille de la commune d'origine</u>	65
2- LEURS ETUDES	66
<u>a- La thèse et l'installation</u>	66
<u>b- La faculté d'origine</u>	66
<u>c- Les remplacements</u>	67
3- L'INSTALLATION	68

a- <u>L'installation envisagée et réalisée</u>	68
b- <u>Opportunité ou réfléchie</u>	70
c- <u>L'aspect financier</u>	70
d- <u>Les aides à l'installation</u>	71
4- LEUR ACTIVITE PROFESSIONNELLE	72
a- <u>Le mode d'exercice</u>	72
b- <u>Mode d'Exercice Particulier (MEP)</u>	72
c- <u>Le mode de consultation</u>	74
d- <u>Le temps de travail et l'activité : demi-journées, actes, visites :</u>	75
□ <i>nombre de demi-journées de travail hebdomadaires</i>	75
□ <i>nombre d'actes hebdomadaires</i>	77
□ <i>nombre de visites hebdomadaires</i>	79
e- <u>La permanence des soins</u>	79
f- <u>Les congés et les remplacements</u>	81
5- LES CRITERES D'INSTALLATION	83
a- <u>Les critères professionnels</u>	83
b- <u>Les critères personnels</u>	85
c- <u>Les critères environnementaux</u>	86
d- <u>Les freins à l'installation</u>	89
6- LES EVOLUTIONS POSSIBLES	93
7- DES REGRETS ?	94
V. ANALYSE ET DISCUSSION	95
<u>A. Validité de l'étude</u>	95

1- VALIDITE INTERNE	95
2- VALIDITE EXTERNE	95
<u>B. Analyse du questionnaire</u>	96
1- L'AGE	96
2- LES GARDES	97
3- LA FAMILLE DU MEDECIN	98
4- LE MODE D'EXERCICE	100
5- LE CHOIX DU LIEU D'INSTALLATION	101
6- LES MEP	103
7- L'ACTIVITE	104
8- REGARDS SUR L'INSTALLATION REALISEE	105
9- MESURES INCITATIVES MISES EN PLACE POUR L'INSTALATION DES MEDECINS EN ZONE SOUS MEDICALISEE	106
a- <u>Des mesures incitatives ciblées</u>	106
*- <u>La mise en place d'aides conventionnelles</u>	106
*- <u>Les aides des collectivités locales</u>	107
*- <u>Les aides fiscales</u>	108
*- <u>Assurer la cohérence et la visibilité des aides</u>	109
b- <u>Adapter le mode d'exercice médical</u>	110
*- <u>Incitation à l'exercice regroupé</u>	110
*- <u>Création du statut de « collaborateur associé »</u>	110
*- <u>Développer la coopération entre les professionnels</u>	111
<u>de santé médicaux et paramédicaux</u>	111
*- <u>Faciliter la conciliation entre vie professionnelle et familiale</u>	111

c- <u>Rapprochement avec les données tirées de notre échantillon</u> ;	112
CONCLUSION	114
GLOSSAIRE	116
BIBLIOGRAPHIE	117
INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX	123
ANNEXES	128
A- <u>Questionnaire</u>	128
B- <u>Clichés sur la Femme Médecin</u>	134

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie, ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 3126

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

VEYRIRAS épouse CHEMILLE (Aurélie). – Critères d'installation en secteur libéral rural ou semi rural des Femmes Médecins Généralistes installées en Limousin. - 142 f. ; 16 ill. ; 64 tabl. ; 30 cm (Thèse : Méd. ; Limoges ; 2008)

RESUME :

Depuis toujours, les femmes ont cherché leur place dans l'Histoire de la Médecine. La féminisation est croissante et à l'horizon 2020, les Femmes Médecin Généralistes seront majoritaires en France.

Notre étude est descriptive. Elle explore les facteurs ayant pu favoriser l'installation des Femmes Médecins Généralistes du Limousin exerçant en milieu rural ou semi rural et pratiquant une Médecine Générale libérale allopathique exclusive ou mixte.

Des critères d'installation comme la qualité de vie sont plébiscités. D'autres comme le goût pour les relations humaines, la vocation, la liberté d'activité et la variété de l'exercice médical en milieu rural et semi rural sont mis en avant dans notre étude. L'impact des mesures incitatives à l'installation reste encore très marginal et la réalisation très délicate du fait des conditions restrictives d'attribution.

Les femmes Médecins Généralistes de notre échantillon sont majoritairement satisfaites de leur installation mais aspirent à une meilleure organisation du temps de travail et à une réorganisation de la Permanence des Soins. Elles envisagent leur avenir au sein de maisons médicales pluridisciplinaires qui permettraient de palier un peu au manque de médecin à venir.

MOTS CLES :

- Médecine Générale Libérale
- Femmes
- Rural / Semi Rural
- Installation
- Etude descriptive
- Limousin

JURY :

Présidente : Madame le Professeur TEISSIER-CLEMENT
Juges : Monsieur le Professeur BONNAUD
Monsieur le Professeur VERGNENEGRE
Monsieur le Docteur BUCHON
Monsieur le Docteur BUISSON
Madame le Docteur PREVOST
