

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

**Étude comparative des conditions
de vie et d'exercice des médecins généralistes
libéraux installés en Limousin, selon leur sexe.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 6 novembre 2015

par

Carine GOULET

née le 9 janvier 1985, à Périgueux

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur BUCHON Président
Mme le Professeur TESSIER-CLEMENT Juge
Mme le Professeur PREVOST, *Directeur de thèse* Juge
Mme le Professeur DUMOITIER Juge
M. le Docteur ALLAFORT Membre invité

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

**Étude comparative des conditions
de vie et d'exercice des médecins généralistes
libéraux installés en Limousin, selon leur sexe.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 6 novembre 2015

par

Carine GOULET

née le 9 janvier 1985, à Périgueux

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur BUCHON Président
Mme le Professeur TESSIER-CLEMENT Juge
Mme le Professeur PREVOST, *Directeur de thèse* Juge
Mme le Professeur DUMOITIER Juge
M. le Docteur ALLAFORT Membre invité

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES
pour la REDACTION des DEDICACES

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATO-VERNEROLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CAIRE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE

CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRAVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE

GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur

MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service de l'UNITE ONCO-THORACIQUE et CUTANEE
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service

VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
----------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

TCHALLA Achille	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

PROFESSEURS ASSOCIES

DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
-------------------------	---

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités Emérite

Le 09 septembre 2014

Remerciements

A Monsieur le Professeur BUCHON

Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Voyez ici, Monsieur, mes plus sincères remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Professeur PREVOST

Professeur Associé de Médecine Générale

Vous m'avez proposé ce sujet et accepté de diriger ce travail. Merci pour vos précieux conseils et votre disponibilité.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance et de mon plus profond respect.

A Madame le Professeur DUMOITIER

Professeur Associé de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury et ainsi juger mon travail.

Veuillez recevoir, Madame, mes sincères remerciements et ma plus profonde gratitude.

A Madame le Professeur TESSIER-CLEMENT

Endocrinologie, Diabétologie, Maladies métaboliques

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Vous m'avez fait l'honneur d'être membre de mon jury. Soyez assurée de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur ALLAFORT

Docteur en médecine

Pour avoir accepté spontanément et avec gentillesse de juger ce travail.

Pour tous les bons moments passés au cours de mes remplacements, merci pour tes conseils et ta bonne humeur.

Sois assuré de mon profond respect.

Je dédie ce travail :

A mon père, mon étoile

*Parti trop tôt, j'espère que tu es fier de moi et du chemin parcouru.
Tu seras à jamais dans mon cœur.*

A ma mère

*Merci pour tout ce que tu as fait pour moi depuis le début de ma vie,
Merci pour ton éducation, ton soutien au quotidien et tout ton amour.*

A Arnaud, mon frère

*Pour ton soutien, tes conseils et cette belle complicité,
Merci pour tous les bons moments passés ensemble.*

A Jean-François

Pour ta gentillesse, ton soutien et ton amour.

A toute ma famille

Vous m'avez vue évoluer au fil des ans, merci pour ces moments précieux que l'on passe ensemble.

A mes amis

Merci à Céline et Martine pour leur soutien et leur aide dans la réalisation de ce travail, merci pour tous les bons moments passés ensemble.

A l'ensemble des médecins du groupe médical de Terrasson

Pour votre accueil et votre gentillesse.

Pour votre confiance, vos conseils en tant que remplaçante et future collaboratrice.

Une pensée pour les secrétaires (Agnès, Annie et Myriam) toujours aussi présentes et dévouées, merci pour votre bonne humeur.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Table des matières

Introduction	16
1. Généralités.....	19
1.1. La démographie médicale en France.....	19
1.1.1 Effectif médical	19
1.1.2 Vieillessement de la population médicale.....	20
1.1.3 Inégalités territoriales.....	22
a) Disparités régionales	22
b) Disparités infra régionales.....	26
c) Disparités infra départementales entre zones urbaines /zones rurales.....	28
1.1.4 Féminisation de la profession médicale	29
1.2. La région Limousin	31
1.2.1 Données générales et situation géographique	31
1.2.2 Démographie médicale	31
2. Matériel et méthode.....	34
2.1 Procédure de l'enquête.....	34
2.2 Elaboration du questionnaire	35
2.3 Diffusion et analyse du questionnaire	35
3. Résultats	36
3.1 Participation.....	36
3.2 Résultats	37
3.2.1 Caractéristiques personnelles des médecins	37
a) Age	37
b) Situation matrimoniale	38
c) Conjoint.....	38
d) Enfants	40
3.2.2 Situation professionnelle des médecins	44
a) Installation.....	44
b) Milieu d'exercice	45
c) Mode d'exercice	47
d) Mode d'exercice particulier (MEP).....	49
3.2.3 Activité professionnelle des médecins	51
a) Temps de travail et activité : demi- journées, actes, visites	51
b) Permanence des soins	60
c) Congés annuels, remplacements	64

3.2.4 Organisation et gestion du cabinet.....	68
a) Secrétariat médical	68
b) Informatique.....	69
c) Comptabilité	70
3.2.5 Formation médicale continue, loisirs	71
a) Formation médicale continue	71
b) Loisirs et activités extra professionnelles	72
3.2.6 Satisfaction personnelle et professionnelle	73
3.2.7 Des regrets ?	73
4. Discussion	75
4.1 Etude	75
4.1.1 Choix de l'étude	75
4.1.2 Validité interne de l'étude.....	75
4.1.3 Taux de participation / Validité externe	76
4.2 Echantillon	76
4.2.1 Caractéristiques personnelles des médecins	76
a) Age	76
b) Sexe	77
c) Statut matrimonial, activité du conjoint	77
d) Enfant	79
4.2.2 Situation professionnelle des médecins	81
a) Age d'installation.....	81
b) Milieu et mode d'exercice.....	81
c) Mode d'exercice particulier (MEP).....	82
4.2.3 Activité professionnelle des médecins	83
a) Temps de travail et activité : demi- journées, actes, visites	83
b) Permanence des soins	85
c) Congés annuels, remplacements	88
4.2.4 Organisation et gestion du cabinet.....	89
a) Secrétariat médical	89
b) Informatique	89
c) Comptabilité	89
4.2.5 Formation médicale continue, loisirs	90
a) Formation médicale continue	90
b) Loisirs et activités extra professionnelles	91
4.2.6 Satisfaction personnelle et professionnelle	91
4.2.7 Des regrets ?	93

Conclusion	94
Références bibliographiques	97
Table des annexes	99
Table des figures.....	107
Table des tableaux	109

Introduction

Comment les médecins généralistes libéraux appréhendent-ils leur vie professionnelle et familiale ?

Leur qualité de vie est-elle si différente selon s'il s'agit d'un homme ou bien d'une femme ?

La pratique de la médecine générale connaît un renouveau depuis quelques années. Son enseignement est plus structuré, plus dynamique et enthousiaste : le rôle du médecin généraliste est plus que jamais une réalité.

Parallèlement, les médecins de premier recours s'expriment de plus en plus sur les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique. La profession médicale se transforme : d'un modèle masculin basé sur le paradigme traditionnel de disponibilité permanente, on assiste aujourd'hui à l'arrivée de jeunes générations qui souhaitent privilégier leur qualité de vie.

L'accomplissement personnel représente aujourd'hui la priorité de tout un chacun.

Au cours des 20 prochaines années, le corps médical connaîtra trois évolutions majeures :

- La diminution des effectifs.
- Un vieillissement.
- Une féminisation.

La féminisation des praticiens et, en particulier ceux de médecine générale va s'accroître au cours des prochaines années avec une parité atteinte en 2020 puis suivie d'une inversion du rapport Homme / Femme avec une population médicale essentiellement féminine.

Cette féminisation pourrait modifier l'organisation du système de soins français.

Le milieu médical s'interroge sur son avenir.

La féminisation, le vieillissement des médecins et l'augmentation de la demande de soins due au vieillissement de la population suscitent des inquiétudes quant au maintien de l'offre de soins.

Des questions se posent notamment concernant l'émergence d'un nouveau mode d'exercice « typiquement féminin », sous-entendu avec moins d'engagement professionnel en raison des contraintes familiales « propres aux femmes ».

Dans une société qui reconnaît encore à la gente féminine un rôle essentiel dans l'éducation des enfants et l'accomplissement des tâches ménagères, les femmes restent largement soumises à des contraintes de temps et de disponibilité, lesquelles sont parfois difficilement compatibles avec les exigences de l'exercice médical libéral.

Des études sur le temps de travail des médecins montrent que les femmes travaillent en moyenne 6 heures de moins par semaine que leurs confrères masculins.

Elles sont moins nombreuses à faire des gardes (66% contre 82% des hommes).

Elles font moins de visites à domicile et également moins de consultations au cabinet mais la durée de consultation est plus longue (19 minutes contre 17 minutes en moyenne chez les hommes).

Le mode d'exercice des hommes et des femmes médecins généralistes était jusqu'à maintenant relativement différent. Les médecins généralistes femmes travaillaient moins que leur confrère masculin mais cette féminisation de la médecine a très probablement déjà contribué aussi à des changements concernant les habitudes des hommes médecins quant à leurs conditions de vie et d'exercice.

Nous avons souhaité, à travers une enquête descriptive et comparative conduite auprès des médecins généralistes libéraux installés en Région Limousin analyser les conditions de vie et d'exercice de ces médecins et ainsi, mettre en évidence d'éventuelles similitudes ou spécificités d'exercice entre hommes et femmes médecins.

L'objectif principal de cette étude est de décrire et de comparer la qualité de vie et les conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux installés en Limousin selon leur sexe.

Les objectifs secondaires étant de :

- Définir et préciser les caractéristiques générales personnelles et professionnelles du médecin généraliste libéral du Limousin.
- Déterminer l'influence de la féminisation de la médecine générale sur la pratique des hommes médecins.

1. Généralités

1.1 La démographie médicale en France

1.1.1 Effectif médical

Au 1^{er} Janvier 2014, 276 354 médecins étaient inscrits au Tableau de l'ordre, soit + 1,6% de plus qu'en plus 2013. (1)

Parmi eux, 215 531 sont en activité totale et 60 823 retraités.

Les médecins généralistes en activité régulière sont au nombre de 90 630.

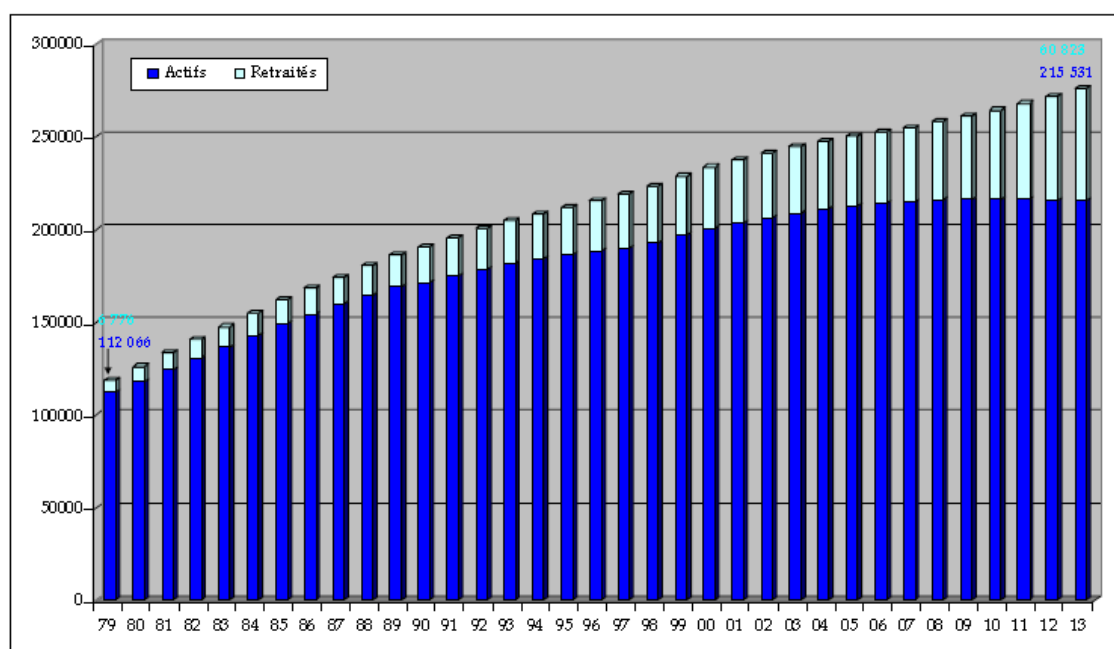


Figure 1 : Effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 1979 à 2014.

Depuis 1979, l'augmentation du nombre de médecin en activité est de 92,3% passant ainsi de 112 066 à 215 531 (Figure1).

Parallèlement, la population des médecins retraités ne cesse de croître.

Ces huit dernières années, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 62,5% de leur effectif tandis que le nombre d'actif sur la même période n'a augmenté que de 1,2% (Figure 2).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Actifs	212972	213995	215028	216017	216450	216145	216142	215865	215531
Retraités	37433	38751	40070	42136	44928	48321	51930	56105	60823
Total	250405	252746	255098	258153	261378	264466	268072	271970	276354

Figure 2 : Les effectifs actifs/retraités de 2006 à 2014.

1.1.2 Vieillissement de la population

L'âge moyen des médecins en activité au 1^{er} janvier 2014 est de 51,6 ans.

53 ans pour les hommes contre 49 ans en moyenne pour les femmes.

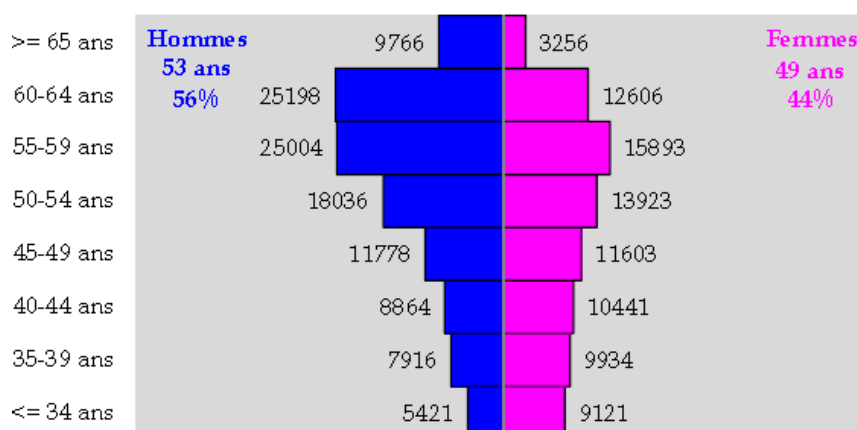


Figure 3 : Pyramide des âges des médecins en activité régulière – France entière.

Comme en témoigne la Figure 3, la démographie médicale est caractérisée par un vieillissement marqué.

On remarque effectivement un rétrécissement de la base de cette pyramide des âges des médecins en activité régulière.

L'effectif des moins de 40 ans étant bien inférieur à celui des 50 et plus.

Les femmes représentent 44% des effectifs contre 40% en 2009, elles sont majoritaires dans les tranches d'âges inférieures à 49 ans.

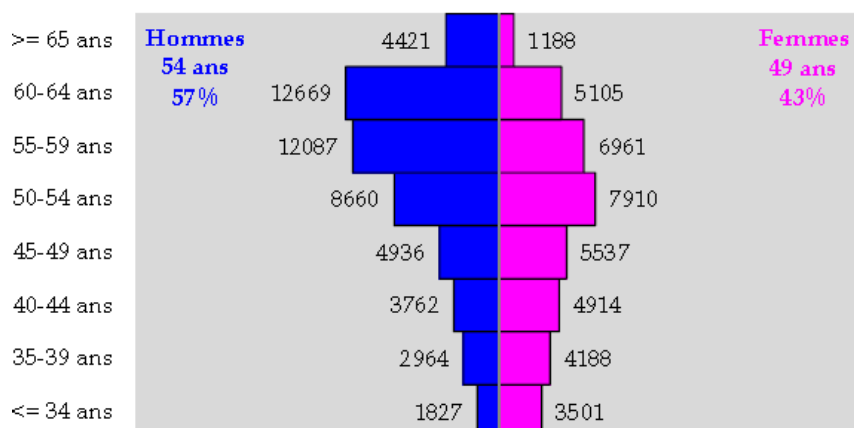


Figure 4 : Pyramide des âges des spécialités en médecine générale – France entière.

Cette tendance se confirme également chez les médecins généralistes, âgés en moyenne de 51 ans. Ils sont représentés par 57% d'hommes.

25,8% sont âgés de 60 ans et plus alors que les moins de 40 ans représentent 13,8% de l'ensemble des effectifs.

Les femmes représentant 43% des effectifs et étant plus nombreuses dans les tranches d'âges inférieures à 49 ans. (Figure 4)

Selon les projections de la DRESS, jusqu'en 2015 la proportion des médecins âgés de 50 à 59 ans resterait importante avec une augmentation progressive du taux de médecins âgés de 60 ans et plus (> 20% en 2015).

Mais à partir de 2025, la population médicale serait majoritairement composée de médecins de moins de 45 ans après les départs en retraite des plus âgés.

Ainsi, l'âge moyen diminuerait régulièrement jusqu' à 44,5 ans en 2030. (2)

1.1.3 Inégalités territoriales

La répartition des médecins sur le territoire n'est jusqu'à aujourd'hui pas réglementée en France. On reconnaît là un grand principe de la médecine libérale : la liberté d'installation.

La loi de santé nouvellement votée à l'Assemblée Nationale pourrait modifier le paysage.

Les comparaisons internationales font apparaître que la France (297,8 médecins pour 100 000 habitants en moyenne au 1^{er} Janvier 2014) reste un pays globalement bien doté avec un taux légèrement inférieur à l'Allemagne mais largement supérieur au Royaume-Unis, aux Etats-Unis et aux Pays-Bas. (3)

Parallèlement à ceci, la répartition géographique et disciplinaire reste inégale sur l'ensemble du territoire français avec notamment, de sérieuses inégalités d'accès aux soins dans les différentes régions.

a) Disparités régionales.

Depuis longtemps, il s'oppose une France du Sud avec une forte densité médicale et une France du Nord moins dotée.

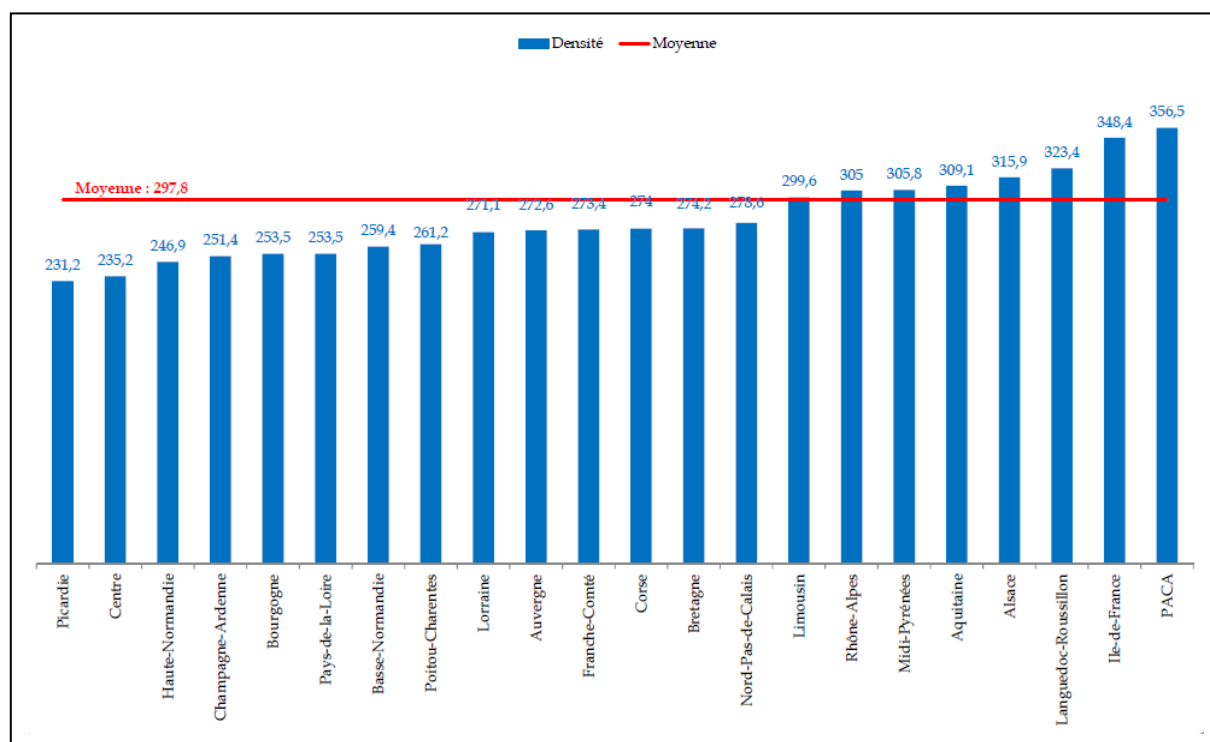


Figure 5 : Densité régionale en activité régulière.

Pour l'ensemble des médecins, 8 régions sur 22 sont en dessus de la moyenne nationale (Figure 5).

La Picardie se révèle être la région ayant la plus faible densité avec 231,2 médecins pour 100 000 habitants.

La région Limousin a une densité très légèrement supérieure à la moyenne nationale avec 299,6 médecins pour 100 000 habitants.

Les régions Ile de France, PACA (Provence Alpes Cote d'Azur) restent des régions où les densités sont les plus importantes et nettement supérieures à la moyenne nationale.

L'analyse de la variation des densités régionales au cours des dernières années a permis de projeter certaines données afin d'identifier le devenir de la densité médicale en 2020.

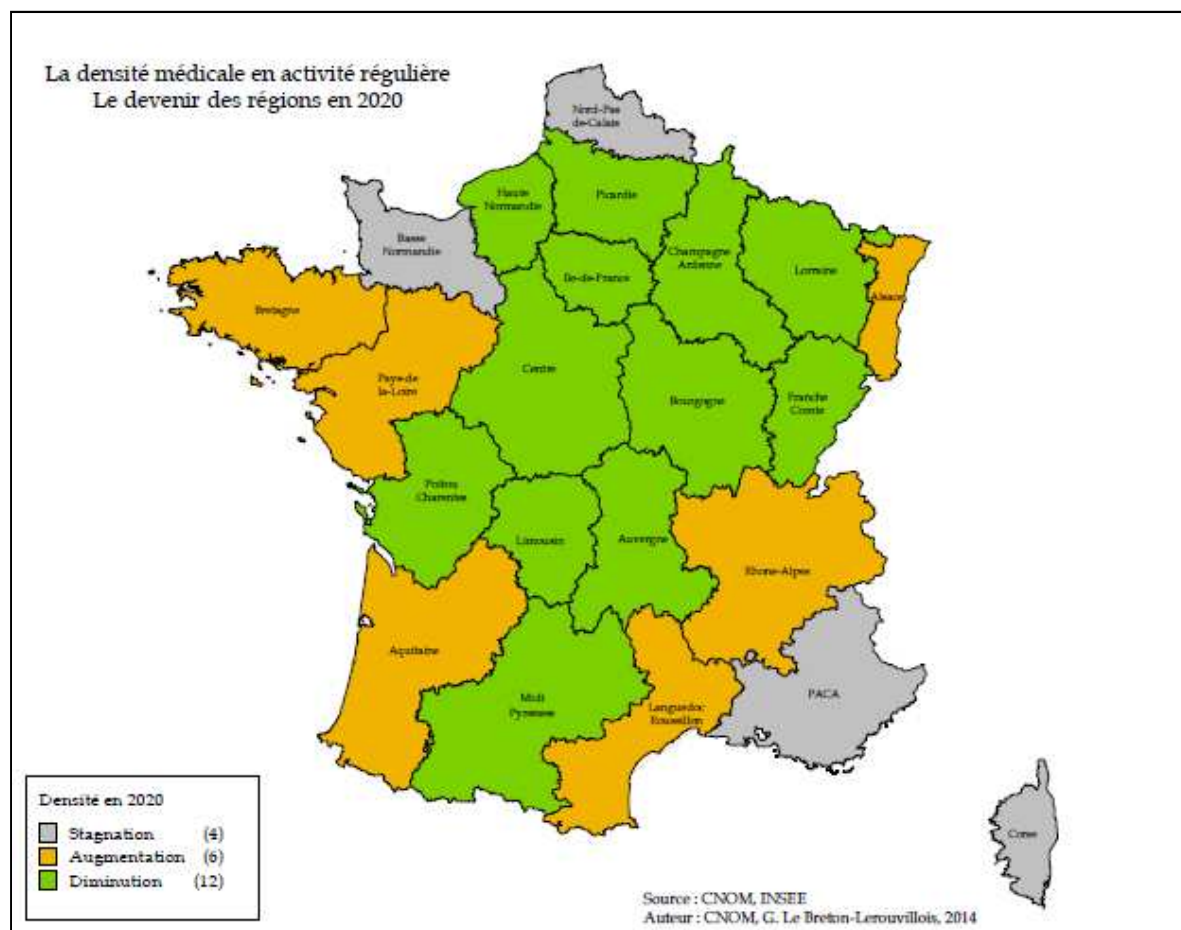


Figure 6 : Densité médicale en activité régulière. Le devenir des régions en 2020.

Les régions Nord pas de Calais, Basse Normandie, PACA et Corse ont une forte probabilité de voir stagner leur densité médicale. (Figure 6)

Les régions de la côte Atlantique ont une forte probabilité de voir augmenter leur densité médicale tandis qu'une région sur deux (représentées en vert sur la carte) dont la région Limousin ont une forte probabilité de voir diminuer leur densité médicale en 2020.

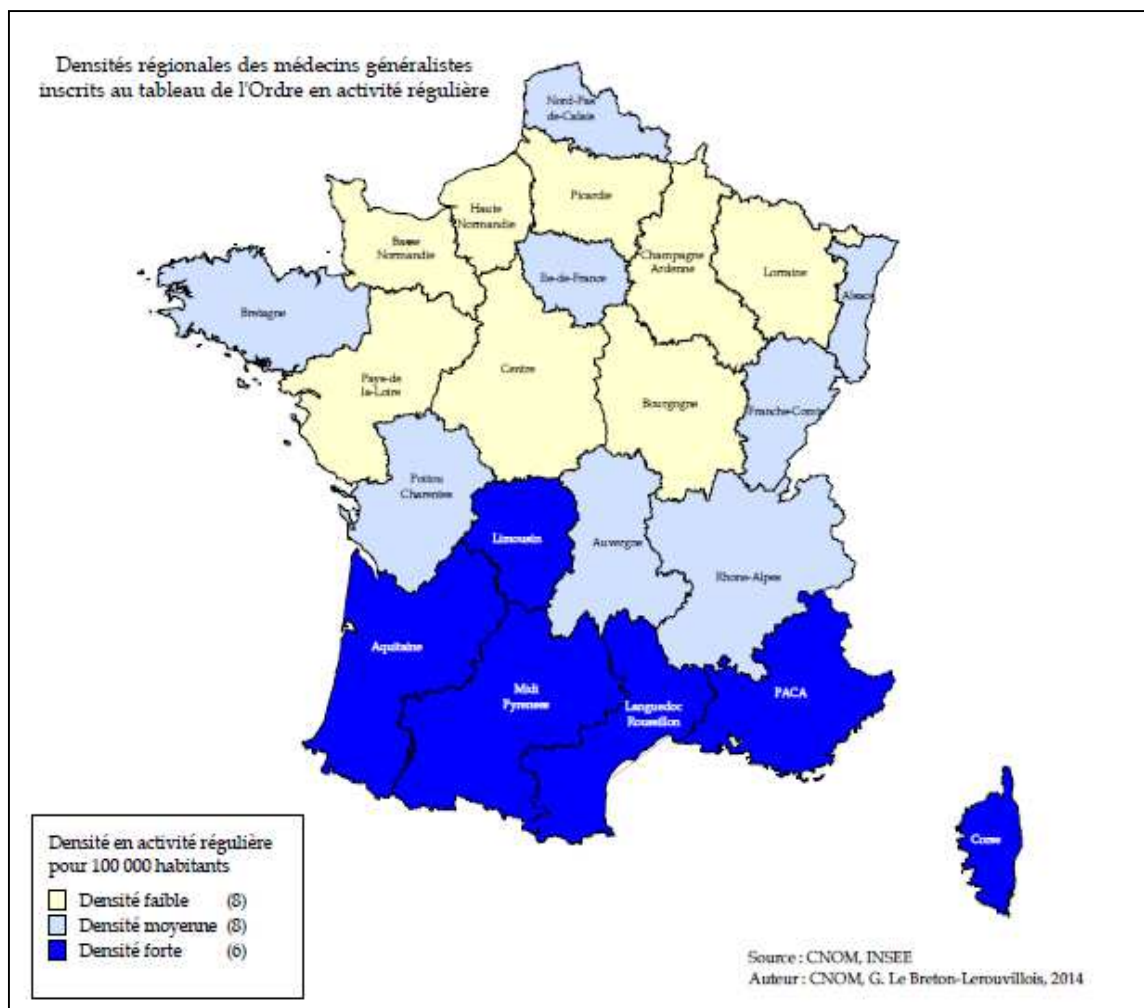


Figure7 : Densités régionales des médecins généralistes inscrits au Tableau de l'Ordre, en activité régulière.

Concernant les médecins généralistes, en moyenne, la densité régionale est de 134,5 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants. (Figure 7)

Huit régions ont une densité qui se situe dans la moyenne de l'intervalle de confiance compris entre 129 et 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Six régions ont une densité supérieure à la moyenne de l'intervalle de confiance. Les régions PACA (157,4/100 000 habitants), Limousin (151,4/100 000 habitants) et Languedoc-Roussillon (149,8/100 000 habitants) ont les plus fortes densités de médecins généralistes.

Huit régions ont une densité faible inférieure à 129 médecins pour 100 000 habitants. Les régions Centre (111,6/100 000 habitants), Picardie (116,9/100 000 habitants) et Haute-Normandie (120,1/100 000 habitants) recensent les plus faibles densités de médecins généralistes.

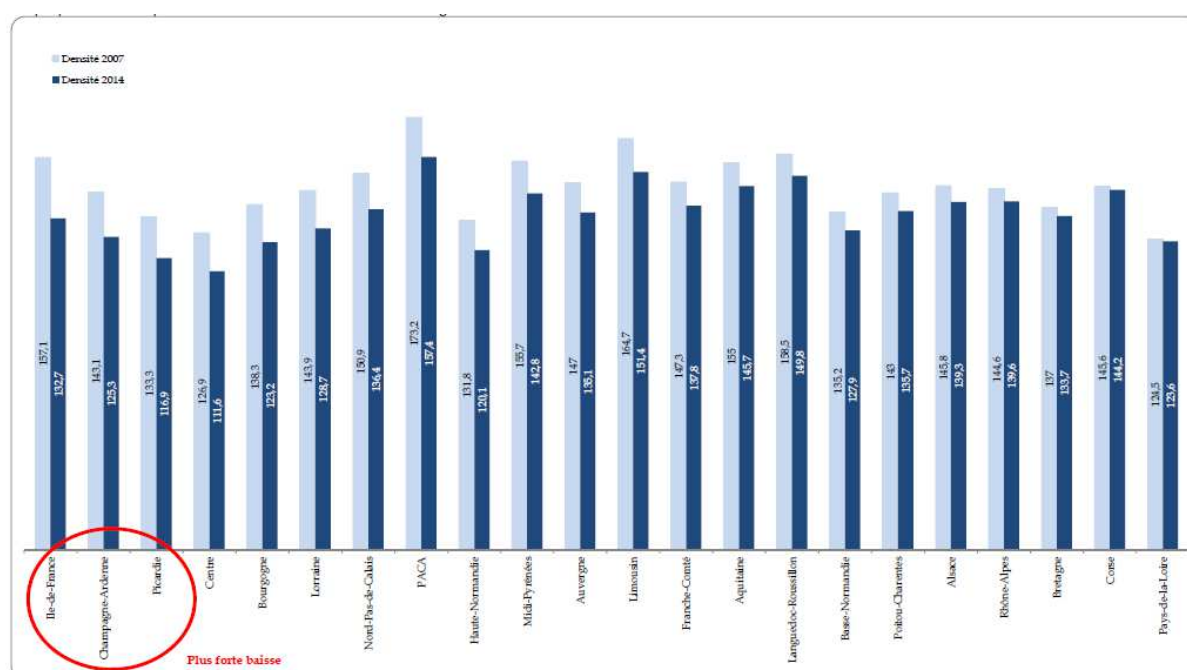


Figure 8 : Comparaison des densités 2007/2014 à l'échelle régionale

L'intégralité des régions françaises enregistrent une baisse de la densité des médecins généralistes (Figure 8).

La région Ile de France enregistre la plus forte diminution.

Concernant la région Limousin la densité était de 164,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2007. En 2014, elle n'est plus que de 151,4.

b) Disparités infra régionales.

Nous remarquons des disparités au sein des mêmes régions.

En moyenne la densité départementale des médecins généralistes en activité régulière est de 132 pour 100 000 habitants.

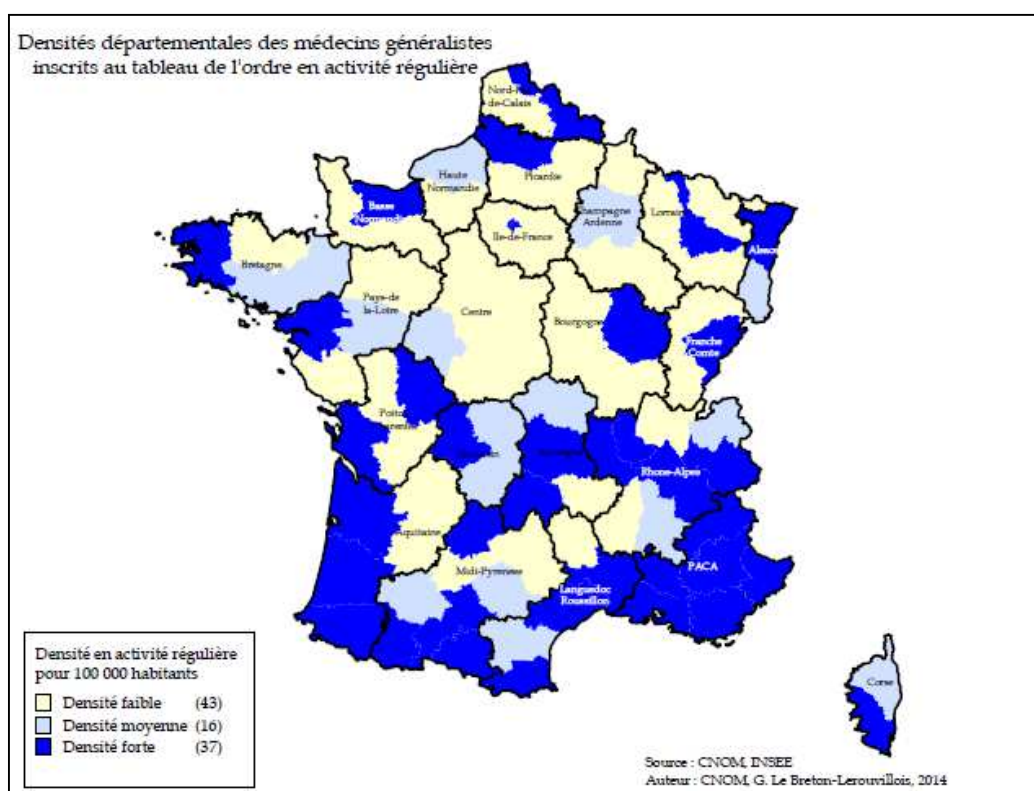


Figure 9 : Densité départementale des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière.

Environ 45% des départements français ont une densité inférieure à la moyenne. (Figure 9)

Avec une densité de 98,1 Médecins généralistes pour 100 000 habitants le département de l'Eure comptabilise la plus faible densité départementale. Le département de Paris, lui, recense la plus forte densité avec 200,3 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

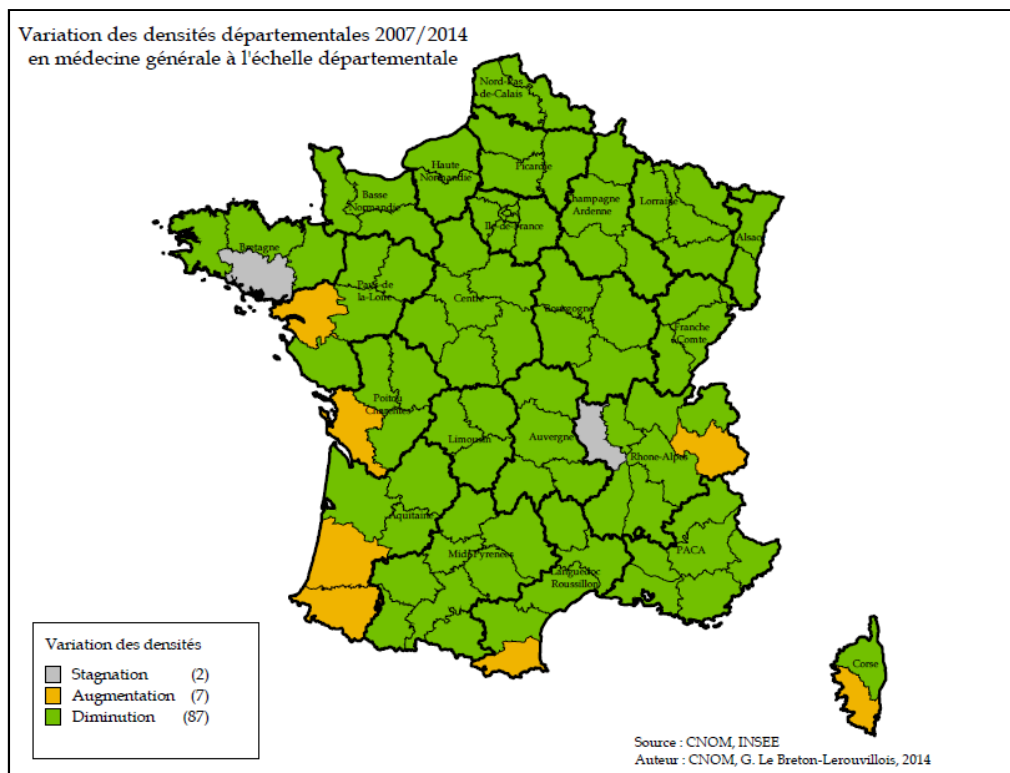


Figure 10 : Variation des densités départementales 2007/2014 en médecine générale à l'échelle départementale.

Seuls 7 départements enregistrent une hausse de leur densité départementale en médecine générale entre 2007 et 2014.(Figure 10)

Il s'agit des départements des Pyrénées Orientales, Charente Maritime, Pyrénées Atlantiques, Landes, Loire Atlantique, Savoie et Corse du Sud.

Concernant les trois départements de la région Limousin : la Corrèze, la Haute-Vienne et la Creuse, on assiste à une diminution de cette densité départementale des médecins généralistes.

c) Disparités infra-départementales entre zones urbaines et zones rurales.

Le déséquilibre au sein même des départements entraîne une répartition inégale des médecins entre zones rurales et zones urbaines.

En 2006, 54% des médecins exerçant en France métropolitaine travaillaient dans un pôle urbain pourvu d'un centre hospitalier universitaire (CHU), 31% dans un pôle urbain sans CHU, 7% en couronne péri urbaine et 8% dans un espace à dominante rurale.

L'offre de soins se concentre donc dans les grandes agglomérations.

Selon le scénario tendanciel, ce phénomène perdurerait en 2030 où moins de 6% des médecins exerceraient dans les espaces à dominante rurale.

Selon qu'ils soient généralistes ou spécialistes les médecins ne se répartissent pas de la même façon dans les différentes zones d'exercice. En 2006, 46% des médecins généralistes exerçaient dans un pôle urbain doté d'un CHU, 11% dans une commune mono ou multi polarisée et 13% dans un espace rural. En 2030, le nombre de médecins généralistes diminuerait dans presque tous les types de zones.(2)

Une étude cantonale a été réalisée sur une population d'omnipraticiens libéraux actifs qui se sont installés sur la période 1998-2000. L'analyse statistique des caractéristiques des cantons a permis d'identifier les facteurs qui conditionnent le choix d'installation de ces praticiens. Selon l'étude, le choix du lieu d'installation de ces médecins se fait en fonction du contexte socio économique et démographique, du niveau d'équipement des cantons (distances d'accès aux services, école...) et non en fonction du revenu d'activité. (4)

Ce phénomène se retrouve également en région Limousin où selon une étude menée sur les critères d'installation en secteur libéral rural ou semi rural des femmes médecins généralistes exerçant en Limousin, celles-ci plébiscitent un choix du lieu d'installation multifactoriel et non pas simplement lié à un motif purement financier. (5)

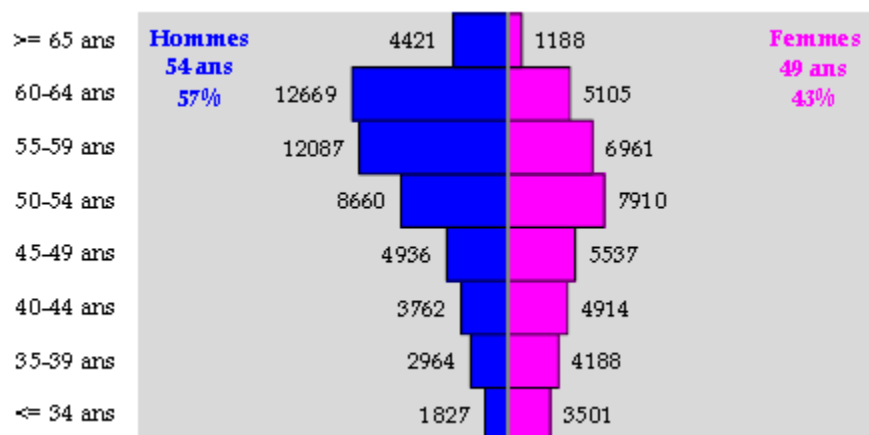
1.1.4 Féminisation de la profession médicale

La féminisation du corps médical est un phénomène qui se retrouve dans la plupart des pays occidentaux.

En France, malgré la présence de quelques rares femmes médecins au XIX siècle, le processus de féminisation de la médecine s'est véritablement amorcé vers les années 1960 lors de l'explosion démographique française.

En 2014, les femmes représentent 44% des effectifs parmi les médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière contre 38% en 2007.(1)

D'après les prévisions de la DRESS, en 2030, tout âge confondu les femmes devraient représenter 53,8% des médecins dont 56,4% des généralistes. (2)



Pyramide des âges des spécialités en médecine générale – France entière

La lecture de la pyramide des âges des spécialistes en médecine générale (Figure 4) nous apprend que les femmes représentent environ 43% de l'effectif et sont âgées en moyenne de 49 ans.

Elles sont majoritaires dans les générations les plus jeunes âges (inférieur à 49 ans).

Cette pyramide met également en évidence la cassure de l'effectif médical dans les tranches d'âges inférieures à 50 ans, signe d'un moindre renouvellement des médecins généralistes.

La féminisation touche tous les secteurs de l'activité médicale. Bien que la proportion de femme médecin reste minoritaire parmi les omnipraticiens et les spécialistes libéraux, leur part ne cesse de croître au fil du temps.

Il est important de noter que si les spécialités ont toujours été plus féminisées que la médecine générale, l'écart tend aujourd'hui à se réduire.

Cette féminisation du corps médical est donc une réalité à laquelle les politiques pourraient avoir à faire face. Être médecin, ce n'est pas pour elles "faire comme un homme" c'est pratiquer un métier de femme. Elles choisissent certains modes d'exercice, aménagent leurs horaires. Ainsi, même sans pour autant moins travailler les femmes médecins aspirent à travailler différemment. Les hommes pour leur part infléchissent leur pratique dans le même sens. (6)

Force est de constater que la médecine se féminise. Le Conseil National de l'Ordre des médecins a réalisé une enquête auprès des jeunes et futurs médecins afin de 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 BENSSAUDE.(7)

1.2 La région Limousin

1.2.1 Données générales et situation géographique

Le Limousin est une région de France composée de trois départements :

- La Haute Vienne
- La Corrèze
- La Creuse



Elle est située en totalité dans le Massif Central, dans la partie Nord Ouest de ce dernier. Avec 17000 km², le Limousin couvre 3% de l'espace national et compte 741 000 habitants au 1^{er} Janvier 2013. Il s'agit de la deuxième région la moins peuplée de France métropolitaine. (8)

1.2.2 Démographie médicale

En Limousin plusieurs sources sont disponibles afin d'étudier la démographie médicale : le fichier de L'URPS des Médecins libéraux, ceux des conseils départementaux de l'Ordre des médecins, les données de l'Assurance Maladie (AMELI).

Au 1^{er} janvier 2013, selon le Ministère de la santé et l'ARS du Limousin (STATIS 2014) la région comptait 914 médecins généralistes exerçant en libéral exclusif ou mixte. (9)

Ceci correspond à une densité de 122 pour 100 000 habitants soit une densité supérieure à la moyenne nationale étant elle de 106 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Si la Haute Vienne connaît une densité largement supérieure à la moyenne nationale (139/100 000 habitants), les départements de la Creuse et de la Corrèze ont eux une densité proche de la moyenne nationale voire même inférieure en ce qui concerne le département de la Creuse dont la densité de médecins généralistes libéraux n'est que de 99 pour 100 000 habitants.

Il est important de rappeler que les chiffres doivent tenir compte des spécificités régionales en particulier de l'importante proportion de personnes âgées en Limousin, population plus consommatrice de soins en particulier de visites à domiciles.

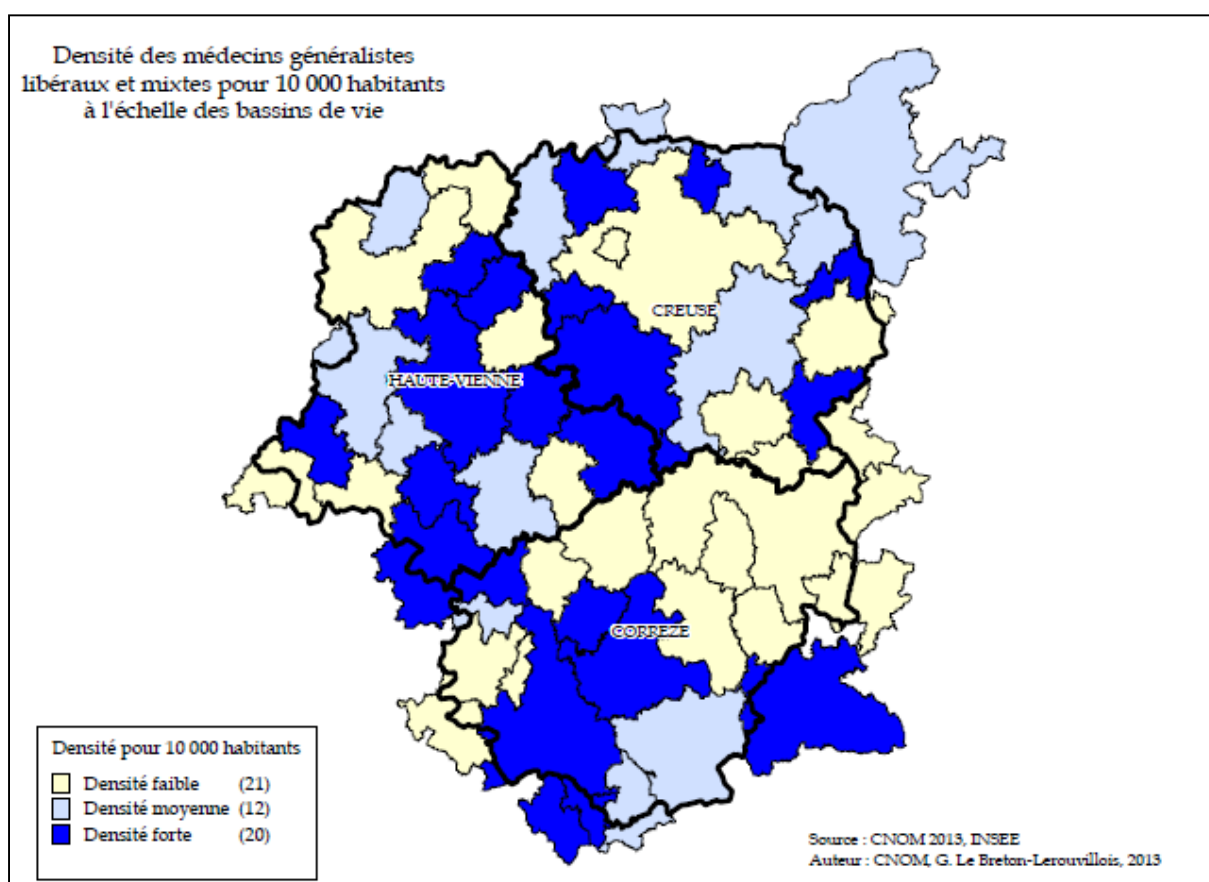


Figure 11 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie.

Derrière une moyenne régionale, se cache une très grande hétérogénéité des situations. La Figure 11 met en évidence qu'un certain nombre de bassins de vie ou de cantons connaissent en réalité des densités médicales inférieures à la moyenne nationale.

C'est le cas de la Haute Corrèze, d'une majeure partie de la Creuse et de la zone limitrophe du Périgord.

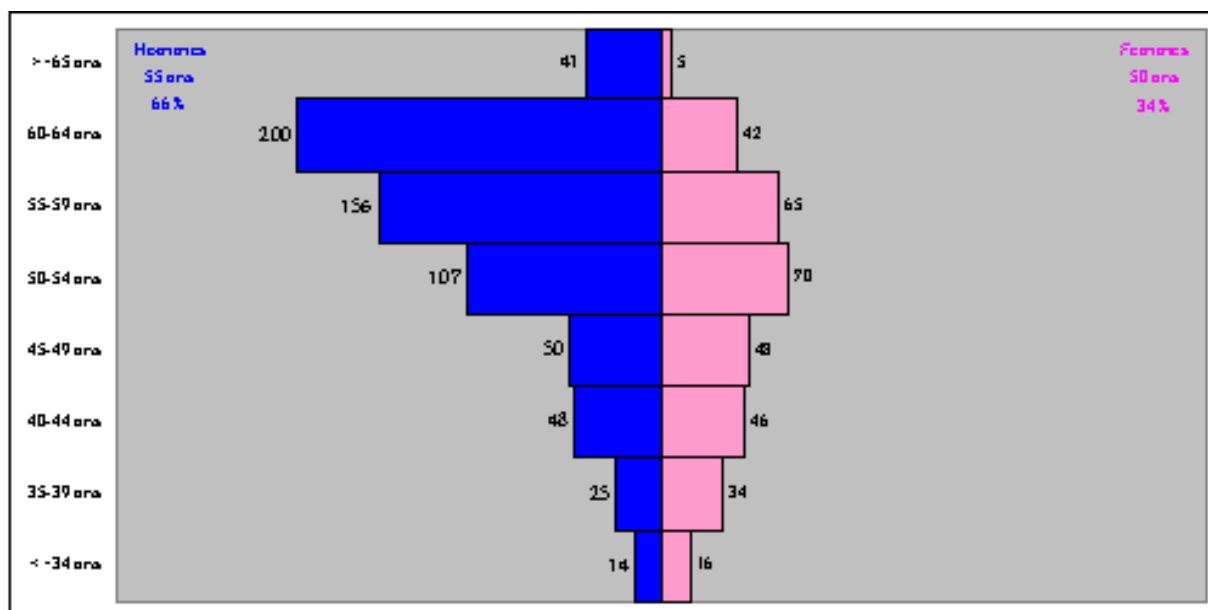


Figure 12 : Pyramide des âges des médecins généralistes – région Limousin.

Agés en moyenne de 53 ans, les hommes représentent 66% des médecins généralistes libéraux et mixtes du Limousin, pour 34% de femmes.(Figure 12)

Parmi les jeunes médecins de moins de 40 ans les femmes représentent 56% des effectifs. (Données du CNOM) (10)

2. Matériel et méthode

L'étude réalisée est une enquête descriptive et comparative utilisant un questionnaire proposé aux médecins généralistes installés de la région Limousin.

2.1. Procédure de l'enquête

La liste des médecins a été établie à l'aide du site internet de l'Assurance maladie Ameli.fr, permettant de rechercher des médecins selon les critères suivants :

- "médecine générale"
- "région Limousin"
- "sexe masculin ou féminin"

Les données recueillies ont parfois été vérifiées ou complétées à l'aide du site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Les critères d'inclusion retenus sont :

- l'installation en cabinet de médecine générale libérale, en région Limousin
- la pratique majoritaire de la médecine générale.

Les médecins peuvent également avoir une part d'activité salariée.

Les critères d'exclusion retenus sont : - un exercice salarié exclusif

- une activité de remplaçant exclusive
- le statut de retraité.

790 médecins correspondent aux critères retenus :

- 516 hommes
- 274 femmes

Les hommes étant deux fois plus nombreux que les femmes et afin d'obtenir une taille d'échantillon relativement similaire de chaque sexe un tirage aléatoire a été réalisé.

Nous avons sélectionné par ordre alphabétique sur la liste obtenue, une femme sur deux et un homme sur trois.

Ainsi, 137 femmes et 172 hommes ont constitué la population cible soit 309 médecins généralistes au total.

2.2. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) comporte 34 questions fermées et une question ouverte concernant le désir ou non de changement de profession.

Celui-ci a été conçu afin d'être complété en 5 à 10 minutes.

Les questions posées sont regroupées en 2 parties :

- Les premières concernent la vie personnelle (sexe, âge, situation familiale, enfant, profession du conjoint, loisirs...)
- Les questions suivantes concernent la vie professionnelle (milieu d'installation, organisation de l'activité et du cabinet, participation à la permanence des soins et à la formation médicale continue).

2.3. Diffusion et analyse du questionnaire

Un email d'information concernant cette étude à tout d'abord été envoyé au Conseil de l'Ordre des Médecins de la région Limousin leur demandant de bien vouloir le transmettre aux médecins généralistes libéraux de leur région afin de les tenir informés de cette enquête.

Le questionnaire a ensuite été envoyé par courrier avec une enveloppe pré affranchie pour le retour.

Un délai de réponse d'un mois, jusqu'au 28 Février 2015 a été fixé.

La saisie et l'analyse des questionnaires ont été réalisées de façon personnelle à l'aide d'un tableau Excel.

Les comparaisons statistiques ont été réalisées à l'aide du test du « Khi-2 » et du test exact de Fisher pour les variables qualitatives.

Le seuil de significativité des données est fixé par p inférieur à 0,05.

Ces tests ont été réalisés via le site internet de statistiques de l'Université de Jussieu (marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/).

3. Résultats

3.1. Participation

Sur les 309 questionnaires envoyés, 179 nous ont été retournés.

Parmi les répondants, 78 questionnaires sur 86 sont exploitables pour les médecins femmes (1 questionnaire a été retourné vierge, 7 d'entre elles n'exercent pas la médecine générale : Angiologue, Echographiste) et 90 sur 93 pour les médecins hommes (1 homme est à la retraite depuis le 1^{er} Janvier 2015, 2 hommes exercent une MEP à part entière).

Notre étude va donc exploiter 168 questionnaires au total.

Le taux de réponse exploitable est de 54,3% : 52,3% pour les hommes et 56,9% pour les femmes.

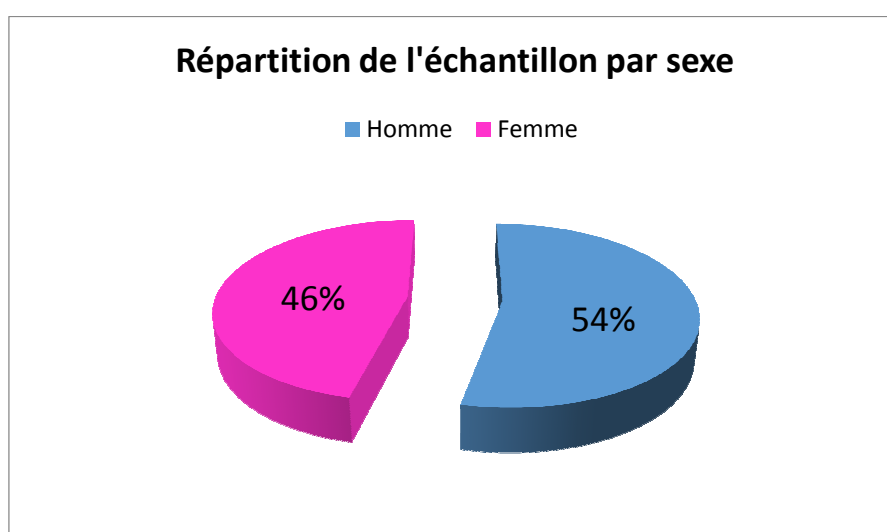


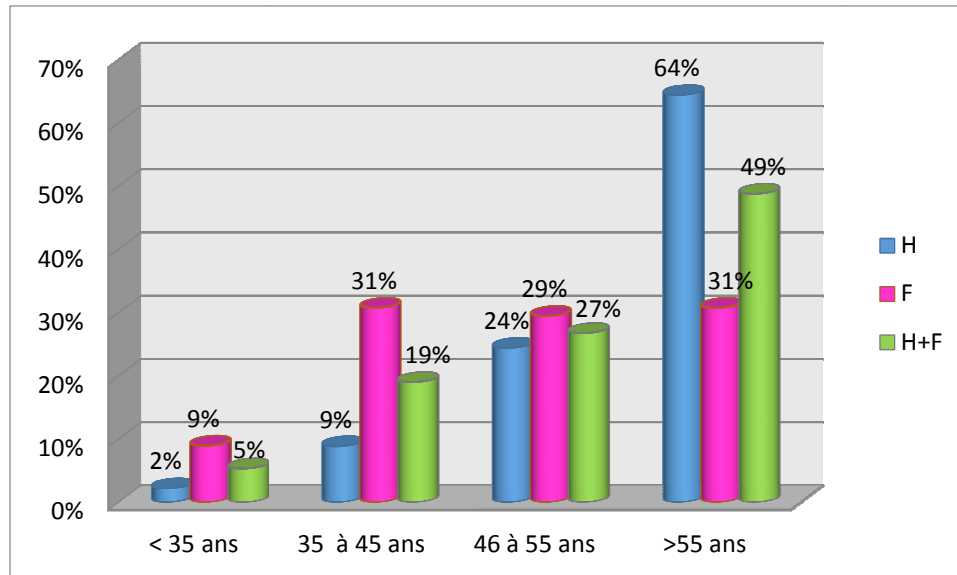
Figure 13 : Répartition de l'échantillon par sexe.

Notre échantillon de MG est composé de 46% de femmes ($n = 78$) et de 54% d'hommes ($n = 90$). (Figure 13)

3.2. Résultats.

3.2.1. Caractéristiques personnelles des médecins.

a) Age



$p = 0,00001$

Figure 14 : Répartition des MG de l'échantillon selon le sexe et par tranche d'âge.

Au niveau de l'ensemble des MG répondants :

- 5% ont moins de 35 ans (2% des hommes et 9% des femmes).
- 19% sont âgés de 35 à 45 ans (9% des hommes et 31% des femmes).
- 27% sont âgés de 46 à 55 ans (24% des hommes et 29% des femmes).
- 49% ont plus de 55 ans soit presque la moitié des MG de notre échantillon (64% des hommes et 31% des femmes).

Les femmes sont majoritaires dans les tranches d'âges inférieures à 55 ans.

Les hommes sont majoritaires pour la tranche d'âge supérieure à 55 ans. (Figure 14)

b) Situation matrimoniale

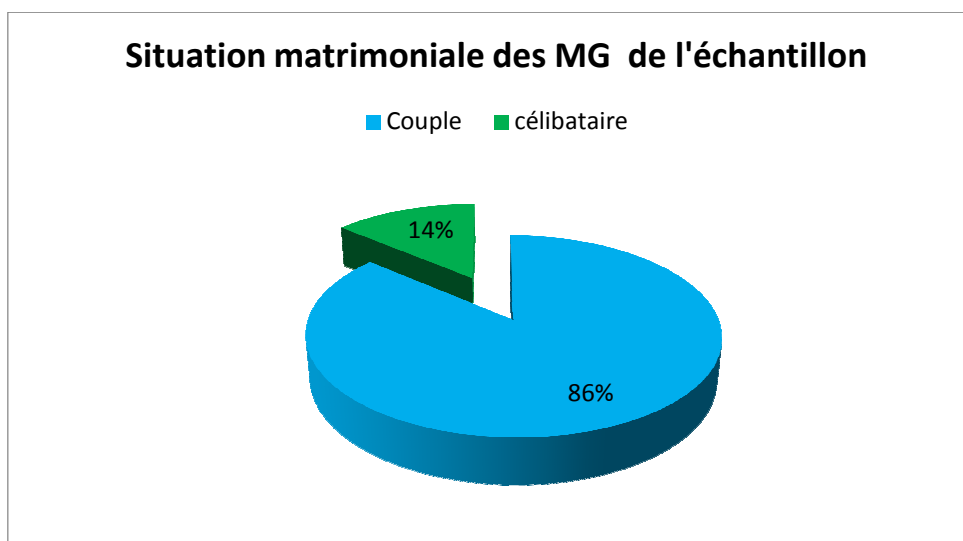
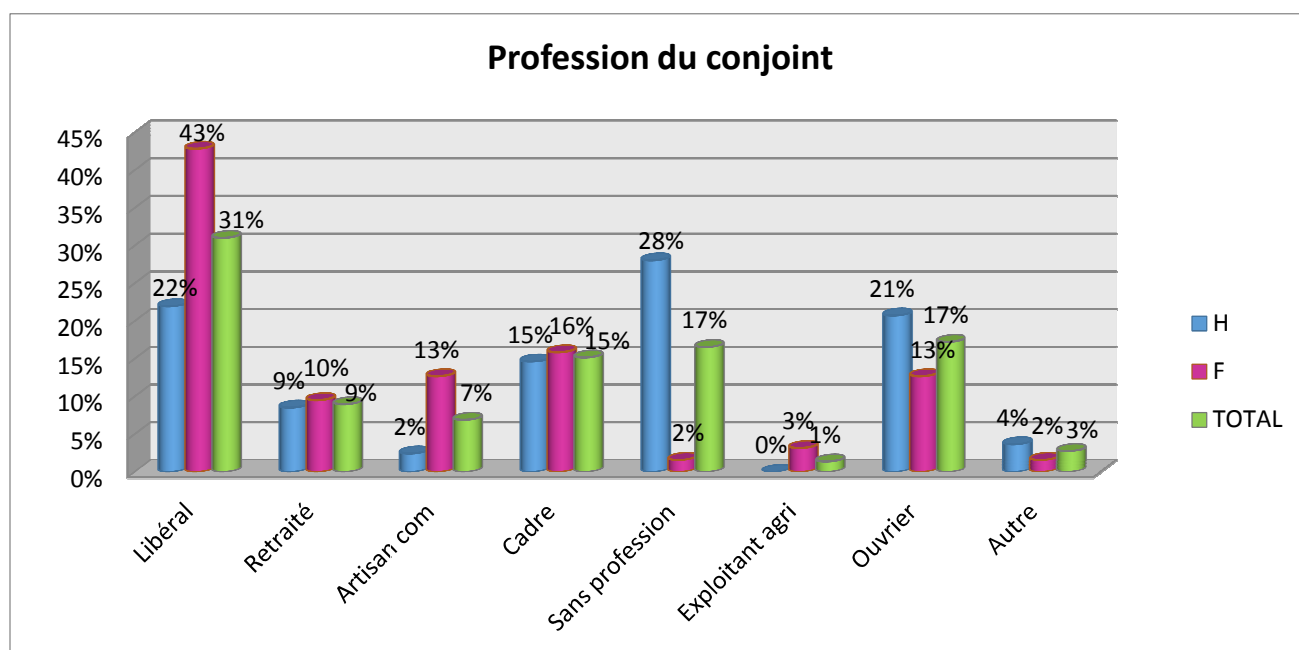


Figure 15: Situation matrimoniale des MG, sexe confondu.

86% des MG de l'échantillon sont mariés ou vivent en couple : 91% des hommes et 81% des femmes.

c) Conjoint



$p = 0,03$

Figure 16 : Répartition des professions des conjoints selon le sexe du MG.

- 43% des conjoints des femmes MG exercent une profession libérale (dont celle de médecin). Les conjoints exerçant les professions de cadre, d'artisan chef d'entreprise sont également assez représentés (16% et 13%).

- 28% des conjoints des hommes MG n'ont pas de profession. Le pourcentage de conjoint salarié /ouvrier est plus élevé pour les MG hommes que pour les MG femmes : 21% contre 13%. (Figure 16).

Tableau 1 : Répartition des professions des compagnes selon l'âge du MG homme

Profession du conjoint	H < 55 ans	H > 55 ans
Libéral	21%	19%
Retraité	0%	13%
Artisan, commerçant	4%	2%
Cadre	25%	9%
Sans profession	18%	33%
Exploitant agri	0%	0%
Ouvrier	32%	24%
Autre	0%	0%
Effectifs	n=28	n=54

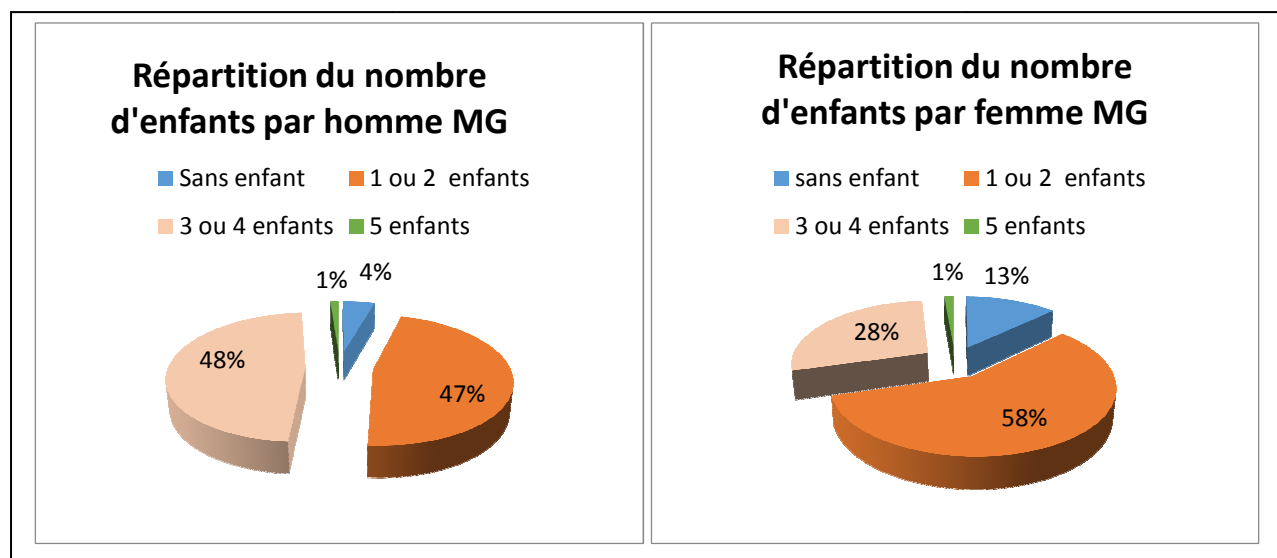
p = 0,07

- 32% des compagnes des **hommes MG âgés de moins de 55 ans** exercent une activité d'ouvrier, employée, 25% ont une activité de cadre et 21% exercent une profession libérale.

- 33% des compagnes des **hommes MG âgés de plus de 55 ans** sont sans profession (versus 18% des compagnes des hommes de moins de 55 ans), 24% sont ouvrières et 19% exercent une profession libérale. (Tableau 1)

d) Enfants

- 91,6% des MG de l'échantillon ont des enfants (95% des hommes et 87,1% des femmes)



$p = 0,02$

Figures 17 et 18 : Répartition du nombre d'enfants des MG selon le sexe.

- 47% des hommes MG et 58% des femmes MG ont entre 1 à 2 enfants.
- 48% des hommes MG et 28% des femmes MG ont entre 3 et 4 enfants.
- 13% des femmes MG n'ont pas d'enfant contre 4% pour les hommes.

(Figure 17 et 18)

Tableau 2 : Répartition du nombre d'enfants en fonction de l'âge du MG

	MG < 55 ans	MG > 55 ans
Sans enfant	12%	5%
1 ou 2 enfants	59%	45%
3 ou 4 enfants	28%	49%
5 enfants	1%	1%
Effectifs	n=85	n=83

$p = 0,017$

Tableau 3 : Répartition du nombre d'enfants selon l'âge et le sexe du MG

	H < 55 ans	H > 55 ans		F < 55 ans	F > 55 ans
Sans enfant	13%	0%	Sans enfant	11%	17%
1 ou 2 enfants	55%	42%	1 ou 2 enfants	61%	50%
3 ou 4 enfants	32%	56%	3 ou 4 enfants	26%	33%
5 enfants	0%	2%	5 enfants	2%	0%
Effectifs	n= 31	n= 59	Effectifs	n = 54	n=24

p = 0,006

p = 0,69

- 59% des **MG âgés de moins de 55 ans** ont entre 1 à 2 enfants (55% des hommes, 61% des femmes), 28% ont entre 3 et 4 enfants (32% des hommes, 26% des femmes)

- 49% des **MG de plus de 55 ans** ont entre 3 et 4 enfants (56% des hommes, 33% des femmes), 45% ont entre 1 et 2 enfants (42% des hommes , 50% des femmes)

(Tableaux 2 et 3)

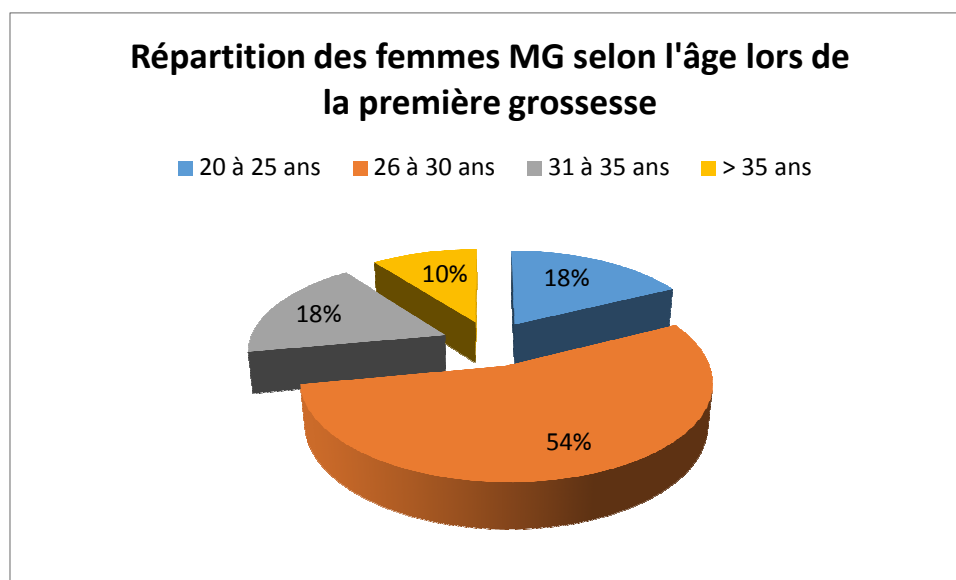


Figure 19 : Répartition des femmes MG selon l'âge lors de la première grossesse.

- 18% des femmes MG ont eu leur premier enfant entre 20 et 25 ans.
- 54% entre 26 et 30 ans
- 18% entre 31 et 35 ans
- 10% des femmes MG ont eu leur premier enfant après 35 ans. (Figure 19)

Tableau 4 : Répartition des femmes MG selon leur âge et l'âge de leur première grossesse

Age 1ère γ	< 55 ans	> 55 ans
20 à 25 ans	15%	25%
26 à 30 ans	58%	45%
31 à 35 ans	17%	20%
> 35 ans	10%	10%

p = 0 ,66

- 15% des femmes MG âgées de moins de 55 ans ont eu leur premier enfant entre 20 et 25 ans versus 25% des femmes de plus de 55 ans.

- 58% des femmes MG âgées de moins de 55 ans ont eu leur premier enfant entre 26 et 30 ans versus 45% des femmes de plus de 55 ans.

- 17% des femmes MG de moins de 55 ans avaient entre 31 et 35 ans lors de leur première grossesse versus 20% des femmes âgées de plus 55 ans,

- 10% avaient plus de 35 ans lors de la première grossesse chez les moins de 55 ans comme chez les plus de 55 ans. (Tableau 4)

- Au moment de leur première grossesse, 59% d'entre elles exerçaient en secteur libéral, 23% étaient étudiantes et 1% étaient salariées.

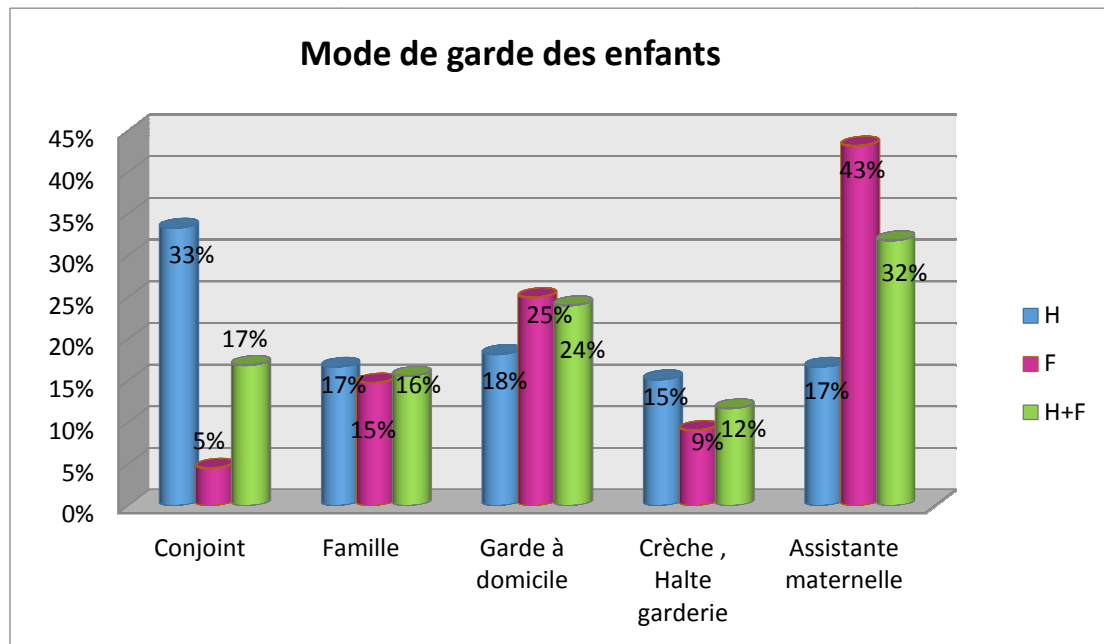


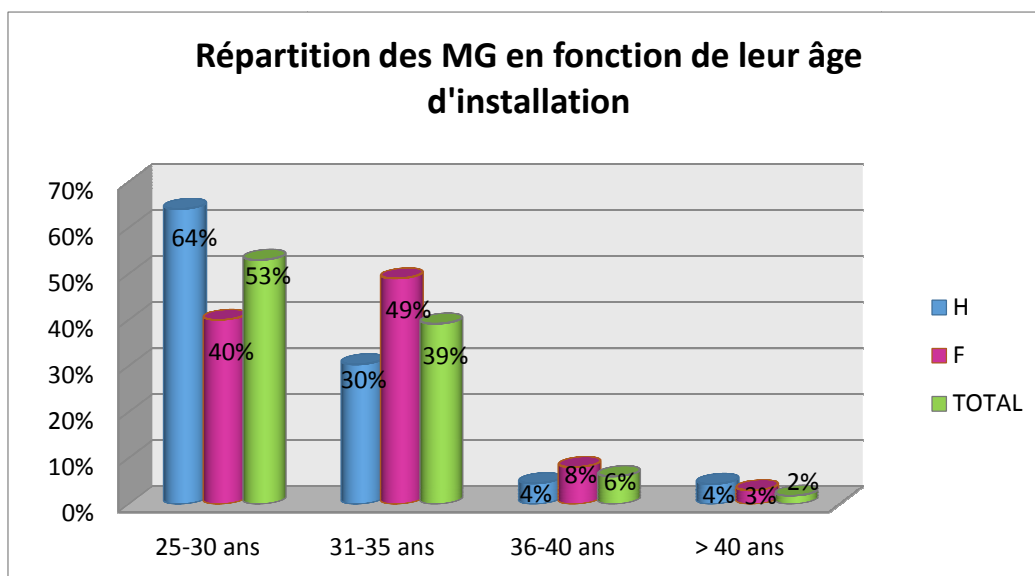
Figure 20 : Mode de garde des enfants.

- 32% des MG ont eu recours à une assistante maternelle pour la garde de leurs enfants : (43% des femmes MG ont utilisé ce mode de garde contre 17% des hommes).
- 24% des MG ont eu recours à un mode de garde à domicile (18% des hommes et 25% des femmes.)
- 33% des hommes et 5% des femmes déclarent que leurs enfants ont été gardés par leur conjoint. (Figure 20)

En ce qui concerne le temps passé en famille, 67% des médecins le déclarent insuffisant.

3. 2.2 Situation professionnelle des MG.

a) Installation



$p = 0,014$

Figure 21 : Répartition des MG en fonction de leur âge d'installation.

- 53% des MG (64% des hommes et 40% des femmes) se sont installés entre 25 et 30 ans.
- 39% des MG (30% des hommes et 49% des femmes) se sont installés entre 31 et 35 ans.
- 92% des MG (94% des hommes et 89% des femmes) se sont installés avant 36 ans.
- 6% des MG (4% des hommes et 8% des femmes) se sont installés entre 36 et 40 ans
- 2% des MG (4% des hommes et 3% des femmes) se sont installés après 40 ans.

(Figure 21)

Tableau 5 : Répartition des hommes MG selon leur âge et l'âge d'installation

Age d'installation	H <55ans	H >55ans
25-30 ans	52%	69%
31-35 ans	35%	29%
36-40 ans	10%	2%
> 40 ans	3%	0%
Effectifs	n= 31	n = 58

p = 0,072

- 69% des hommes MG âgés de plus de 55 ans se sont installés entre 25 et 30 ans versus 52% des hommes MG de moins de 55 ans

- 29% des hommes MG de plus de 55 ans se sont installés entre 31 et 35 ans versus 35% des hommes de moins de 55 ans.

- 2% des hommes MG de plus de 55 ans se sont installés entre 36 et 40 ans versus 10% des hommes MG de moins de 55 ans. (Tableau 5)

b) Milieu d'exercice

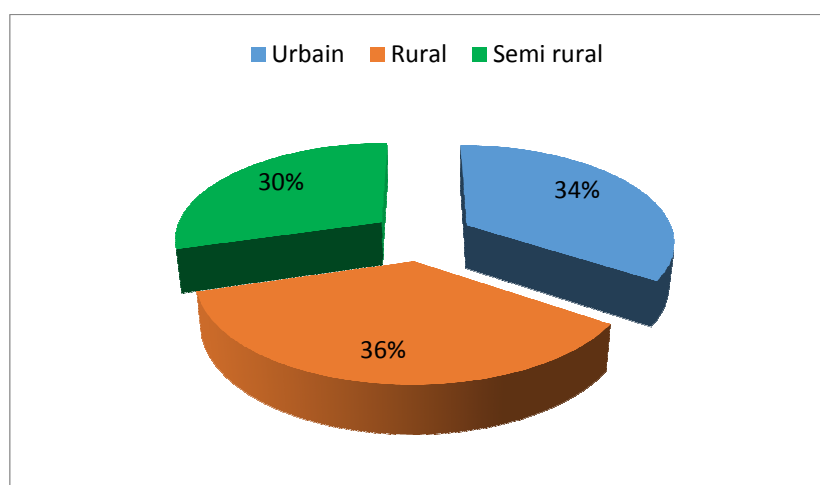


Figure 22 : Répartition des MG selon le milieu d'exercice.

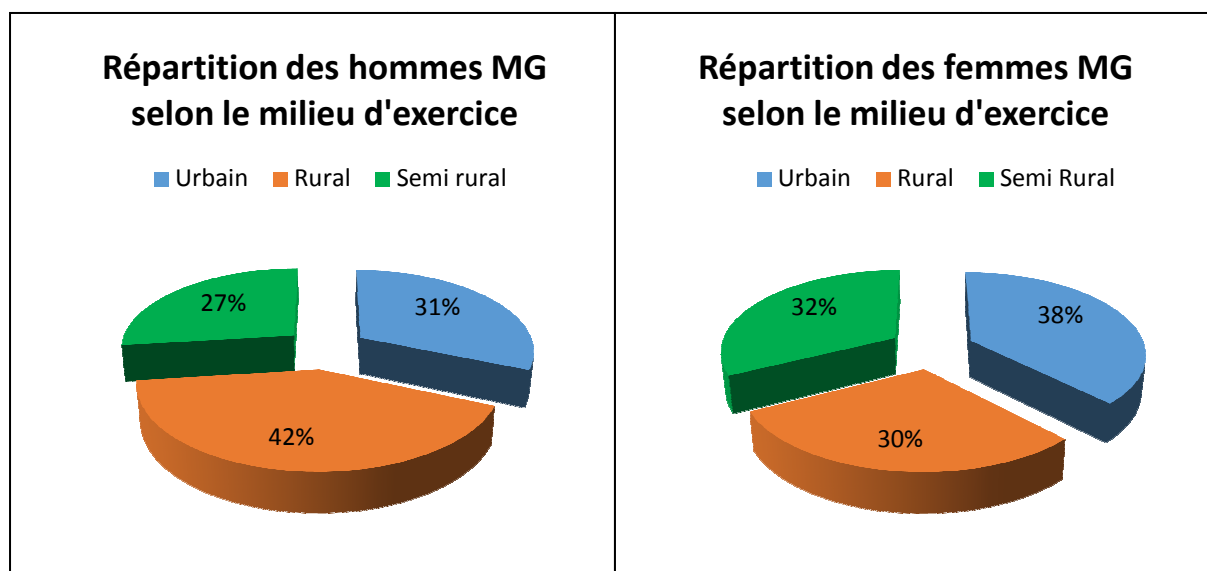


Figure 23 : Répartition des MG selon le milieu d'exercice et selon le sexe.

- 36% des MG de l'échantillon exercent en milieu rural (42% des hommes et 30% des femmes).
- 30% des MG exercent en milieu semi rural (27% des hommes et 32% des femmes).
- 34% des MG exercent en milieu urbain (31% des hommes et 38% des femmes).

(Figures 22 et 23)

Tableau 6 : Répartition des MG selon leur milieu d'exercice et selon l'âge

	MG < 55 ans	MG > 55 ans
Urbain	35%	35%
Rural	31%	41%
Semi rural	34%	23%

$p = 0,21$

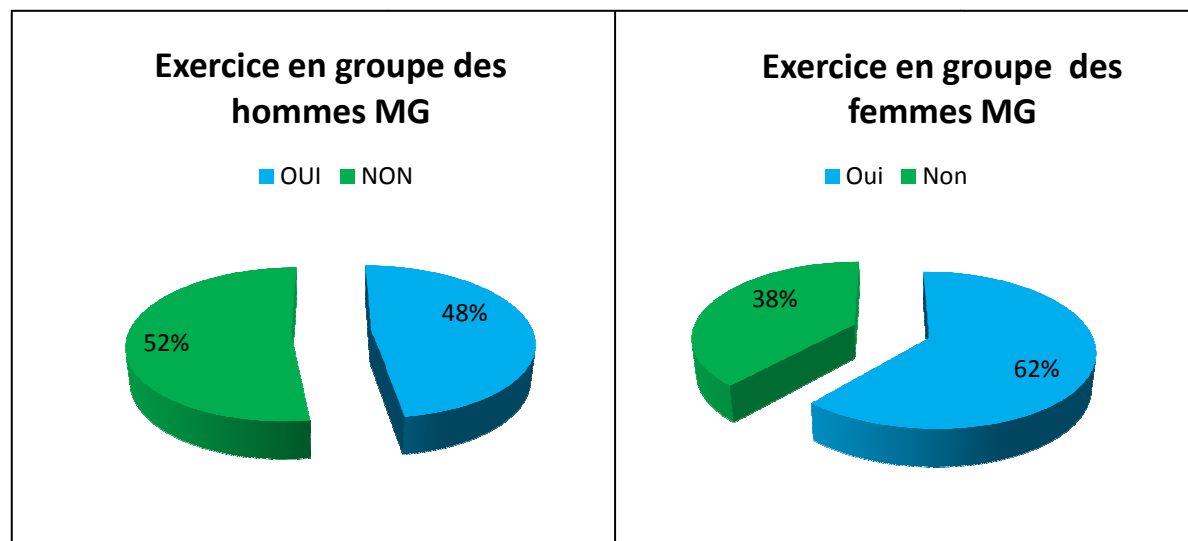
- 35% des MG exercent en milieu urbain (moins de 55 ans comme plus de 55 ans).
- 31% des MG de moins de 55 ans exercent en milieu rural versus 41% des plus de 55 ans.
- 34% des MG de moins de 55 ans exercent en milieu semi rural versus 23% des MG de plus de 55 ans. (Tableau 6)

c) Mode d'exercice

- 80% des MG de l'échantillon exercent une activité libérale exclusive (77,7% des hommes MG et 83,3% des femmes) et 20% ont une activité salariée complémentaire : celle-ci représente en majorité moins de 10% de leur activité globale.



Figure 24 : Répartition des MG exerçant en groupe.



$p = 0,07$

Figure 25 : Répartition des MG exerçant en groupe selon le sexe.

- 54% des MG de l'échantillon exercent en groupe. (48% des hommes contre 62% des femmes).

- 46% des MG exercent seul (52% des hommes contre 38% des femmes MG).

(Figures 24 et 25)

Tableau 7 : Répartition des MG en fonction de l'âge et du mode d'exercice

	MG < 55 ans	MG > 55 ans
En groupe	69%	39%
Seul	31%	61%
EFFECTIFS	n = 88	n = 79

p = 0,00009

- 69% des MG âgés de moins de 55 ans exercent en groupe, 31% exercent seuls.

- 39% des MG âgés de plus de 55 ans exercent en groupe, 61% exercent seuls (Tableau 7).

Tableau 8 : Mode d'exercice en groupe ou seul des MG en fonction de l'âge et du sexe

	F < 55 ans	F > 55 ans		H < 55 ans	H > 55 ans
En groupe	70%	43%	En groupe	68%	38%
Seul	30%	57%	Seul	32%	62%
EFFECTIFS	n = 57	n = 21	EFFECTIFS	n = 31	n = 58

p = 0,02

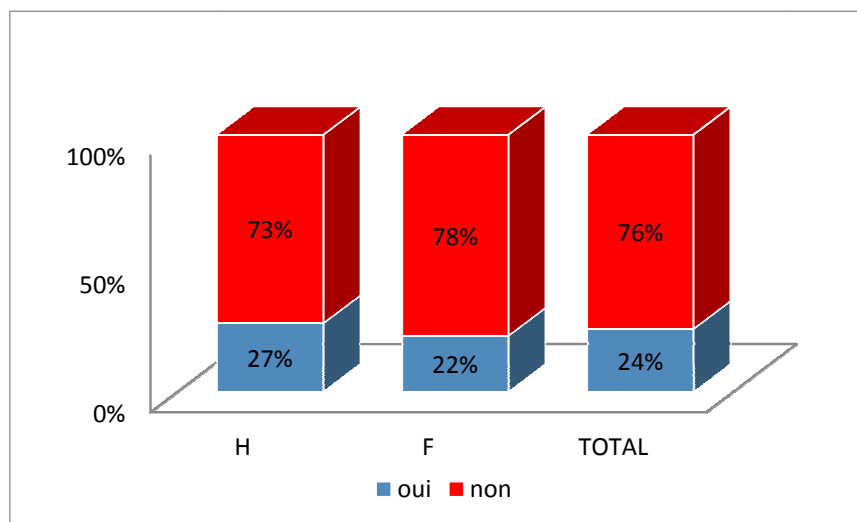
p = 0,007

- 70% des femmes MG de moins de 55 ans exercent en groupe versus 43% des plus de 55 ans.

- 68% des hommes MG de moins de 55 ans exercent en groupe versus 38% des plus de 55 ans. (Tableau 8)

d) Mode d'exercice particulier (MEP)

76% des MG de notre échantillon (73% des hommes et 78% des femmes) ont un exercice allopathique exclusif.



$p = 0,46$

Figure 26 : Répartition entre mode d'exercice allopathique exclusif ou mixte de l'activité des MG selon le sexe.

27% des hommes MG et 22% des femmes exercent une activité complémentaire (MEP). (Figure 26)

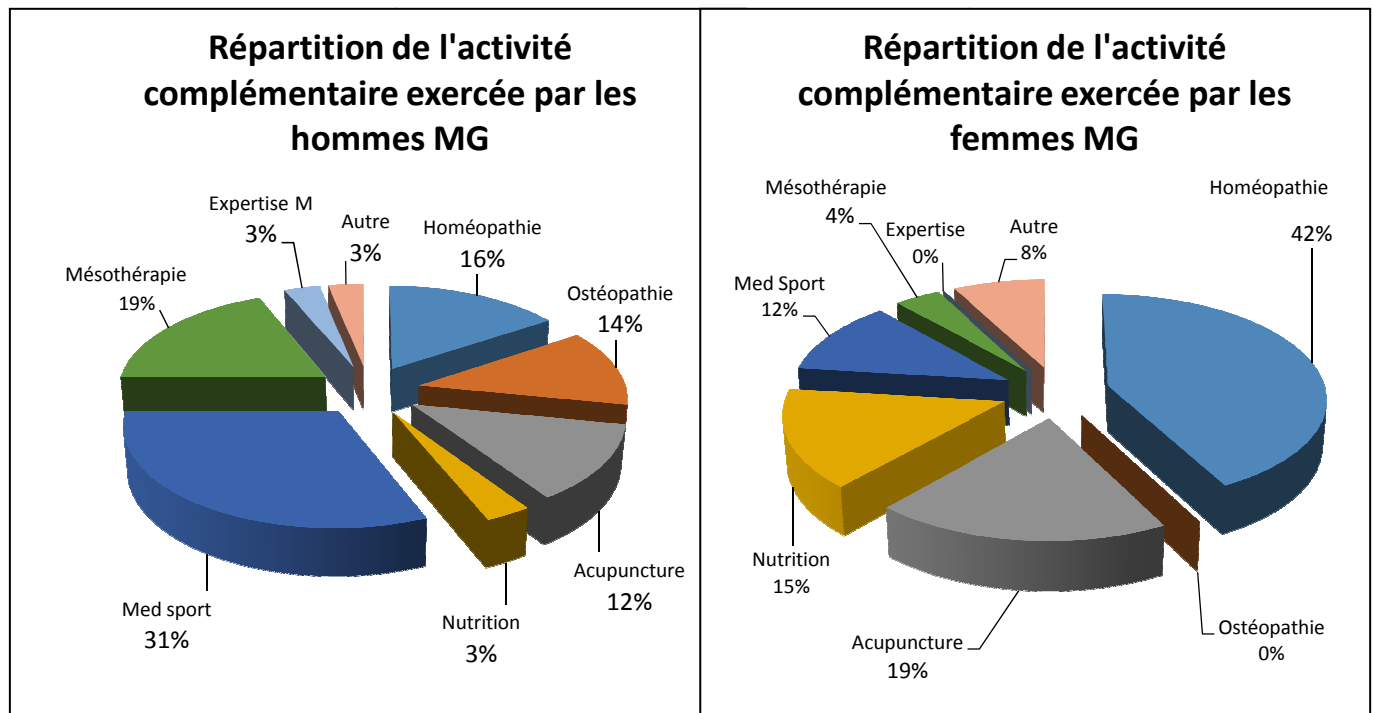
Tableau 9 : Répartition des MG selon leur âge et le mode d'exercice allopathique exclusif ou mixte.

MEP	MG < 55 ans	MG > 55 ans
Oui	20%	32%
Non	80%	68%

$p = 0,10$

32% des MG âgés de plus de 55 ans et 20% des MG âgés de moins de 55 ans exercent une activité complémentaire (MEP). (Tableau 9)

Les activités complémentaires sont décrites dans les tableaux suivants :



$p = 0,01$

Figure 27: Répartition de l'activité complémentaire exercée selon le sexe.

Parmi les MG exerçant une MEP :

- 42% des femmes MG exercent l'homéopathie contre 16% des hommes qui préfèrent la pratique de la médecine du sport (31%).

- Respectivement 19% et 14% des hommes MG exercent la mésothérapie et l'ostéopathie contre 4% des femmes pour la mésothérapie. Aucune femme de notre échantillon n'exerce l'ostéopathie.

- 15% des femmes MG pratiquent une activité complémentaire telle que la nutrition contre 3% des hommes. (Figure 27)

3.2.3 L'activité professionnelle

a) Le temps de travail et l'activité : demi-journées, actes, visites

* Nombre de demi-journées de travail hebdomadaire.

Les MG de notre échantillon travaillent en moyenne 9,3 demi-journées par semaine.

- 9,8 demi-journées pour les hommes MG contre 8,6 demi-journées pour les femmes.

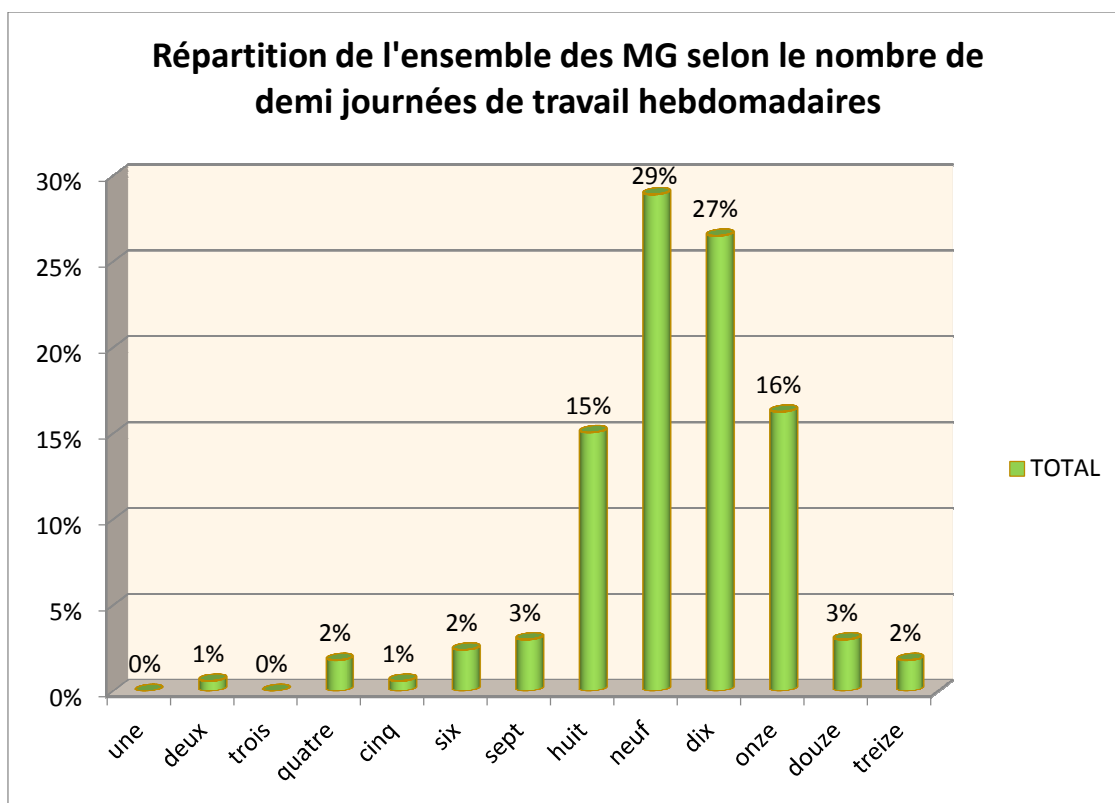


Figure 28 : Répartition de l'ensemble des MG selon le nombre de demi-journées travaillées

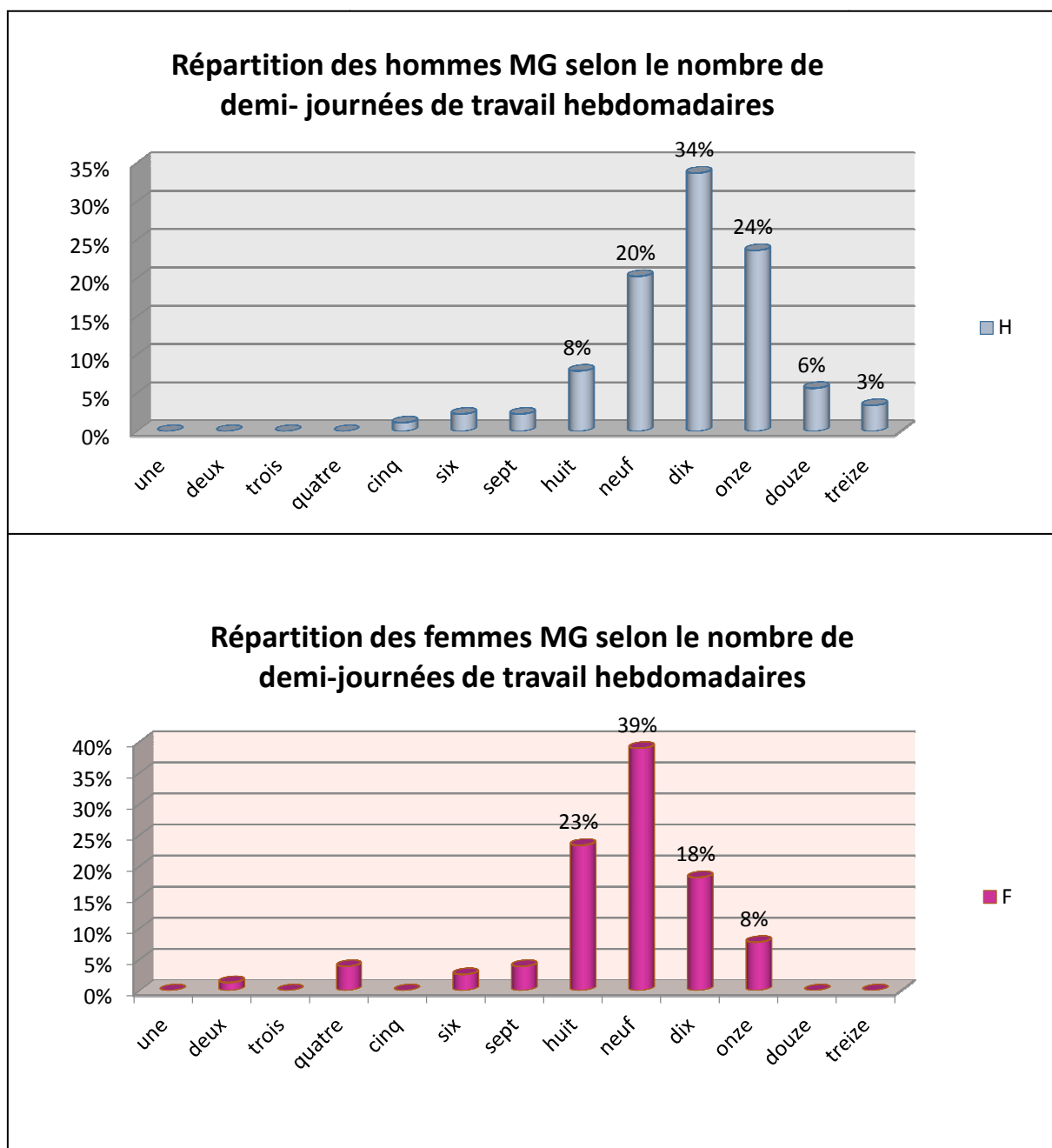


Figure 29: Répartition des MG selon le nombre de demi-journées travaillées et selon le sexe

- 15% des MG exercent 8 demi-journées/semaine (8% des hommes et 23% des femmes).
- 29% des MG exercent 9 demi journées/semaine (20% des hommes et 39% des femmes).
- 27% exercent 10 demi journées/semaine (34% des hommes et 18% des femmes).
- 16% des MG de l'échantillon travaillent 11 demi-journées par semaine (24% des hommes et 8% des femmes). (Figures 28 et 29)

Tableau 10 : Répartition des MG selon le nombre de demi journées travaillées et selon l'âge

Nombre de demi-journées travaillées par semaine selon l'âge		
	MG < 55 ans	MG > 55 ans
Une	0%	0%
Deux	1,22%	1,22%
Trois	0%	0%
Quatre	2,44%	1,22%
Cinq	0%	1,22%
Six	0%	2,44%
Sept	3,66%	2,44%
Huit	19,51%	9,76%
Neuf	39,00%	20,73%
Dix	24,39%	30,49%
Onze	9,76%	20,73%
Douze	0%	6,10%
Treize	0%	3,66%
EFFECTIFS	n = 82	n = 82

p = 0,0124

- 39% des **MG âgés de moins de 55 ans** travaillent 9 demi-journées par semaine contre 20,7% des MG de plus de 55 ans.

- 30,49% **des MG âgés de plus de 55 ans** travaillent dix demi-journées par semaine versus 24,39% des moins de 55 ans. (Tableau 10)

* Nombre d'actes quotidiens

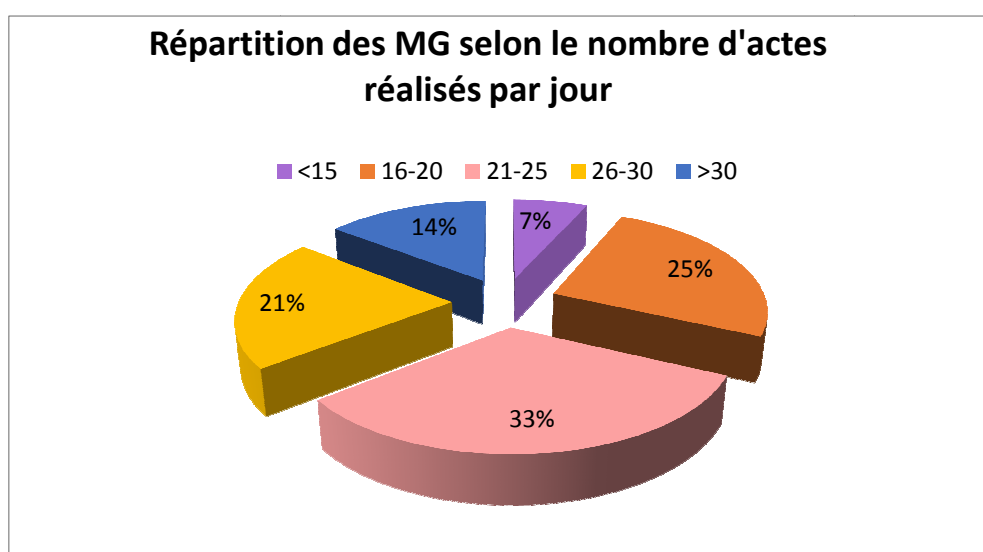
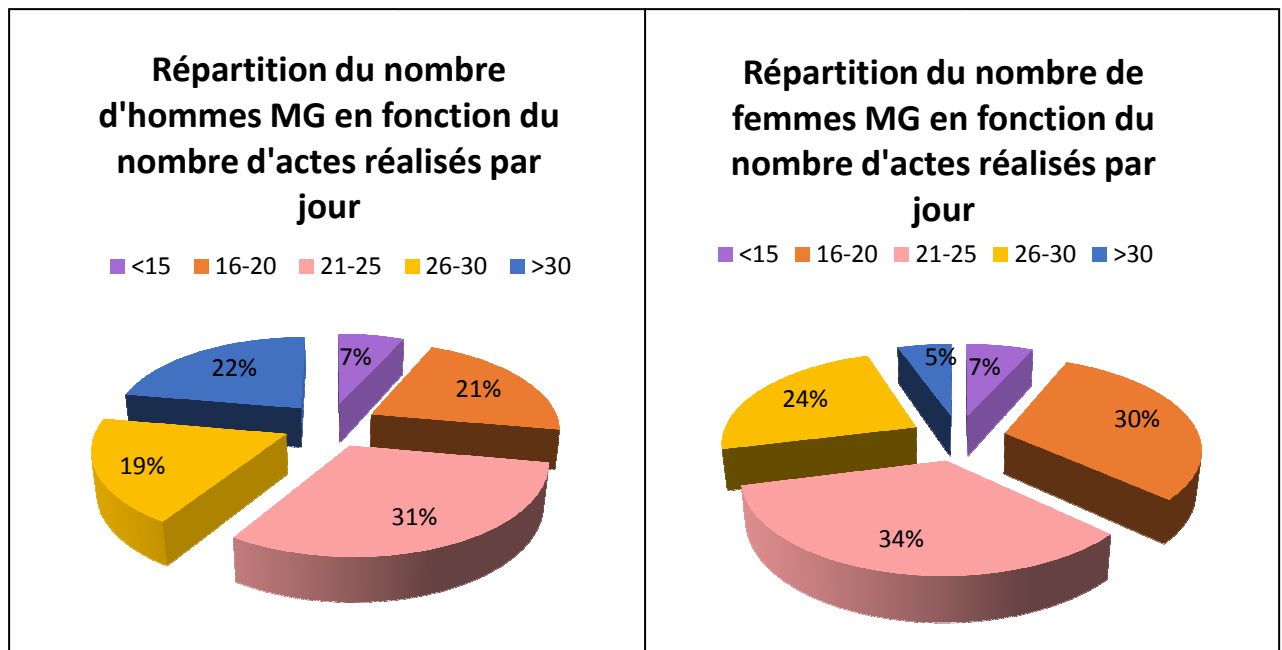


Figure 30 : Répartition des MG selon le nombre d'actes quotidiens réalisés.



$p = 0,03$

Figure 31 : Répartition des MG selon le nombre d'actes quotidiens réalisés et le sexe.

- 7% des MG de l'échantillon réalisent moins de 15 actes / jour (7% des hommes et 7% des femmes).
- 25% des MG réalisent entre 16 et 20 actes par jour (21% des hommes et 30% des femmes).
- 33% des MG de l'échantillon effectuent entre 21 et 25 actes par jour (31% des hommes et 34% des femmes).
- 21% des MG réalisent entre 26 et 30 actes / jour (19% des hommes et 24% des femmes).
- 14% des MG effectuent plus de 30 actes / jour (22% des hommes et 5% des femmes).

(Figures 30 et 31)

* Proportion des actes réalisés sur rendez-vous (RDV).

Tableau 11 : Répartition des MG selon la part d'actes effectués sur RDV et selon le sexe.

Proportion d'actes sur RDV (%)	HOMMES	FEMMES	TOTAL
0	2,25%	1,30%	1,81%
10	10,11%	2,60%	6,63%
20	7,86%	1,30%	4,82%
30	4,49%	2,60%	3,61%
40	2,25%	0%	1,20%
50	2,25%	7,79%	4,82%
60	3,37%	2,60%	3,01%
70	5,62%	1,30%	3,61%
75	0%	1,30%	0,60%
80	3,37%	6,49%	4,82%
90	7,86%	5,19%	6,63%
95	12,36%	6,49%	9,64%
100	38,20%	61,04%	48,79%
EFFECTIFS	n = 89	n = 77	n = 166

p = 0,16

- 48,79% des MG de l'échantillon consultent exclusivement sur RDV : 38,2% des hommes et 61,04% des femmes. (Tableau 11)

Tableau 12 : Répartition des MG selon la part d'actes effectués sur RDV et selon le sexe.

en milieu rural

Proportion d'actes sur RDV (%)	HOMMES	FEMMES
0	2,63%	0%
10	21,05%	4,35%
20	5,26%	0%
30	5,26%	8,69%
40	0%	0%
50	5,26%	4,35%
60	5,26%	4,35%
70	2,63%	0%
75	0%	0%
80	2,63%	8,69%
90	10,52%	4,35%
95	5,26%	4,35%
100	34,21%	60,87%
EFFECTIFS	n = 38	n = 23

p = 0,99

En milieu rural, 34,21% des hommes et 60,87% des femmes consultent exclusivement sur RDV (Tableau 12)

Tableau 13 : Répartition des MG selon la part d'actes effectués sur RDV selon le sexe ,
en milieu urbain

Proportion actes sur RDV en%	HOMMES	FEMMES
0	0%	0%
10	0%	3,33%
20	14,81%	0%
30	0%	0%
40	3,7%	0%
50	0%	6,67%
60	0%	3,33%
70	11,11%	3,33%
75	0%	0%
80	0%	3,33%
90	11,11%	3,33%
95	18,52%	10%
100	40,74%	66,67%
EFFECTIFS	n = 27	n = 30

p = 0,28

En milieu urbain, 40,74% des hommes et 66,67% des femmes consultent exclusivement sur RDV.

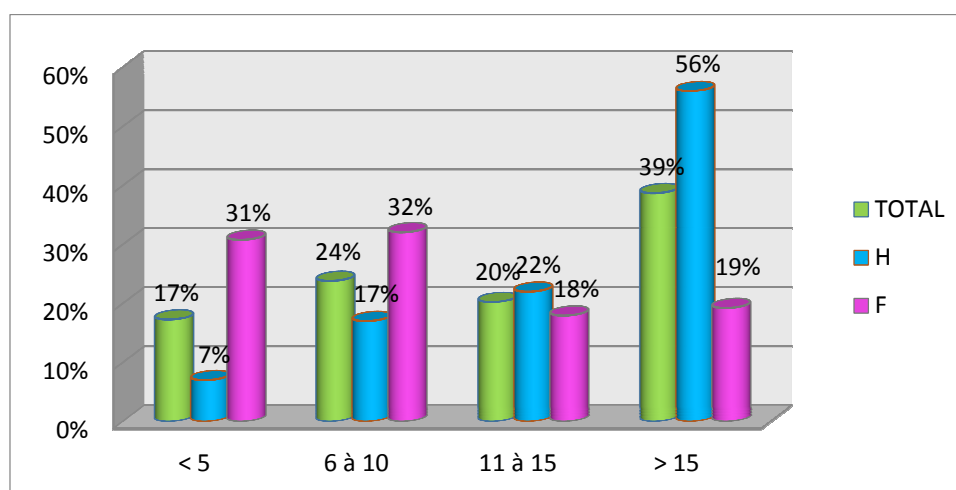
Tableau 14 : Répartition des MG selon la part d'actes effectués sur RDV selon le sexe ,
en milieu semi-rural

Proportion actes sur RDV en%	HOMMES	FEMMES
0	4,17%	4,17%
10	4,17%	0%
20	4,17%	4,17%
30	8,33%	0%
40	4,17%	0%
50	0%	12,5%
60	4,17%	0%
70	4,17%	0%
75	0%	4,17%
80	8,33%	8,33%
90	0%	8,33%
95	16,67%	4,17%
100	41,67%	54,17%
EFFECTIFS	n = 24	n = 24

p = 0,091

En milieu semi-rural, 41,67% des hommes et 54,17% des femmes consultent exclusivement sur RDV.

* Nombre de visites effectuées par semaine



p = 1,39^{E-7}

Figure 32 : Répartition des MG en fonction du nombre de visites hebdomadaires réalisées selon le sexe du MG.

- 17% des MG de l'échantillon réalisent moins de 5 visites à domicile par semaine (7% des hommes et 31% des femmes).

- 24% réalisent entre 6 à 10 visites par semaine (17% des hommes et 32% des femmes).

- 20% réalisent 11 à 15 visites par semaine (22% des hommes et 18% des femmes).

- 39% effectuent plus de 15 visites à domicile par semaine (56% des hommes et 19% des femmes) (Figure 32).

Tableaux 15 - 16 et 17 : Répartition des MG selon le nombre de visites effectuées / semaine, selon le sexe des MG et en fonction de chaque milieu d'exercice :

Tableau 15 : en milieu rural

Visites/semaine	H	F
< 5	3%	9%
6 à 10	5%	26%
11 à 15	24%	26%
> 15	68%	39%
EFFECTIFS	n = 38	n = 23

$p = 6,9^{E-6}$

En milieu rural :

- 9% des femmes effectuent moins de 5 visites/semaine versus 3% des hommes,
- 26% des femmes effectuent 6 à 10 visites/semaine versus 5% des hommes,
- 26% des femmes effectuent 11 à 15 visites/semaine versus 24% des hommes,
- 39% des femmes effectuent plus de 15 visites/semaine versus 68% des hommes.

Tableau 16 : en milieu semi-rural

Visites/semaine	H	F
< 5	0%	32%
6 à 10	12%	40%
11 à 15	28%	12%
> 15	60%	16%
EFFECTIFS	n = 25	n = 25

$p = 1,2^{E-19}$

En milieu semi-rural :

- 32% des femmes effectuent moins de 5 visites/semaine versus aucun des hommes,

- 40% des femmes effectuent 6 à 10 visites/semaine versus 12% des hommes,
- 12% des femmes effectuent 11 à 15 visites/semaine versus 28% des hommes,
- 16% des femmes effectuent plus de 15 visites/semaine versus 60% des hommes.

Tableau 17 : en milieu urbain

Visites/semaine	H	F
< 5	15%	45%
6 à 10	37%	31%
11 à 15	15%	17%
> 15	33%	7%
EFFECTIFS	n = 27	n = 29

$$p = 1,75^{E-7}$$

En milieu urbain :

- 45% des femmes effectuent moins de 5 visites/semaine versus 15% des hommes,
- 31% des femmes effectuent 6 à 10 visites/semaine versus 37% des hommes,
- 17% des femmes effectuent 11 à 15 visites/semaine versus 15% des hommes,
- 7% des femmes effectuent plus de 15 visites/semaine versus 33% des hommes.

b) La permanence des soins (PDSA)

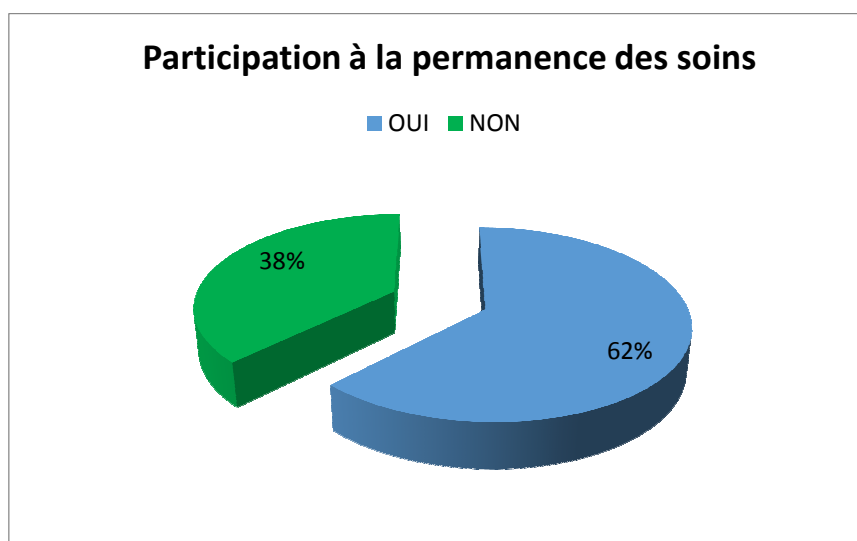
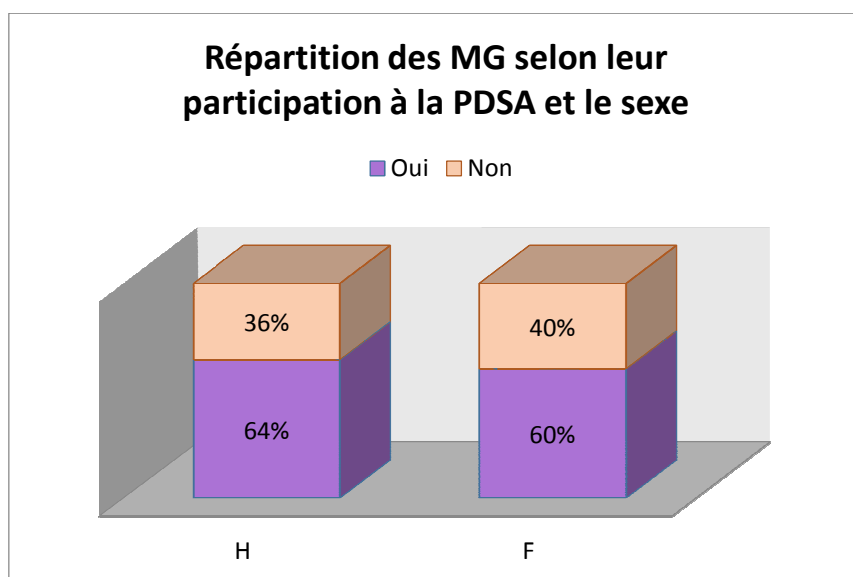


Figure 33 : Répartition de l'échantillon selon leur participation à la PDSA.

Les MG du Limousin participent majoritairement à la permanence des soins (PDSA).

- 62% des MG de l'échantillon déclarent effectuer des gardes de PDSA (Figure 33)



$p = 0,57$

Figure 34 : Répartition des MG selon leur participation à la PDSA et selon le sexe.

- 64% des hommes et 60% des femmes participent à la PDSA. (Figure 34)

* Effecteur fixe, Effecteur mobile, régulation médicale

Tableau 18 : Répartition des MG selon le mode de participation à la PDSA et selon le sexe

PDSA	H	F	TOTAL
Effecteur mobile	50%	32%	42%
Effecteur fixe	83%	83%	83%
Régulation libérale	10%	19%	14%

- 42% des MG de l'échantillon effectuent des gardes de PDSA en tant qu'effecteur mobile (50% des hommes et 32% des femmes).

- 83% des MG de l'échantillon effectuent des gardes de PDSA en tant qu'effecteur fixe (83% des hommes et 83% des femmes).

- 14% des MG pratiquent une activité de Régulation médicale libérale (10% des hommes et 19% des femmes).

* Nombre de garde de nuit effectuée par mois

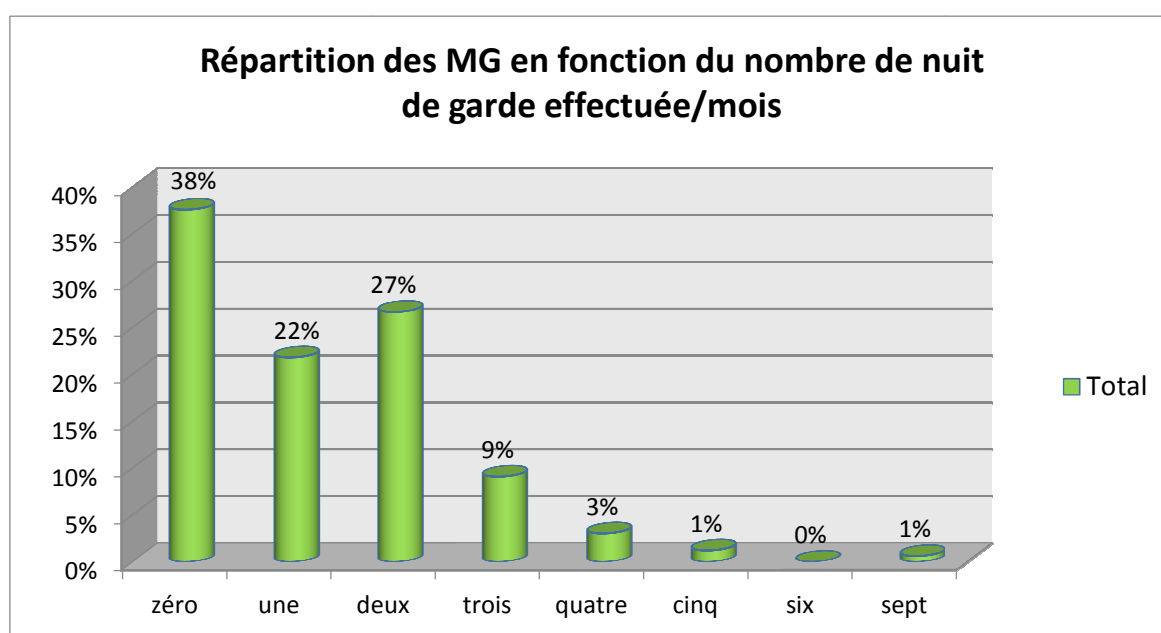


Figure 35 : Répartition des MG en fonction du nombre de garde de nuit effectuée/mois.

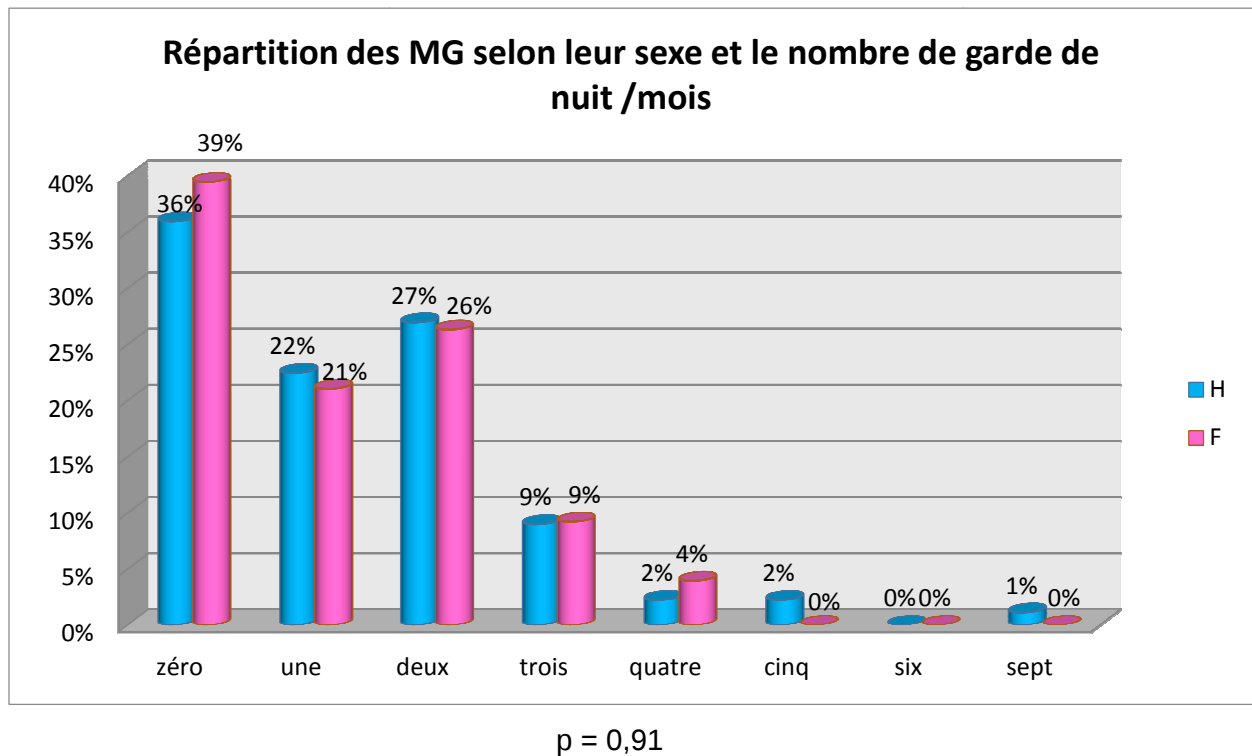


Figure 36 : Répartition des MG en fonction du nombre de garde de nuit effectuée / mois et selon le sexe.

Les médecins de l'échantillon effectuent, en moyenne, 2 gardes de nuit / mois (1,9 par mois pour les femmes MG contre 2 gardes par mois en moyenne pour les hommes)

- 38% des MG de notre échantillon n'effectuent aucune garde de nuit / mois (36% des hommes et 39% des femmes)

- 22% d'entre eux en réalisent 1 par mois (22% des hommes et 21% des femmes),

- 27% des MG en réalisent 2 par mois (27% des hommes et 26% des femmes),

- 9% des MG en réalisent 3 par mois (9% des hommes et 9% des femmes),

- 3% des MG en réalisent 4 par mois (2% des hommes et 4% des femmes).

(Figures 35 et 36)

* Nombre de week-end de garde effectué par trimestre

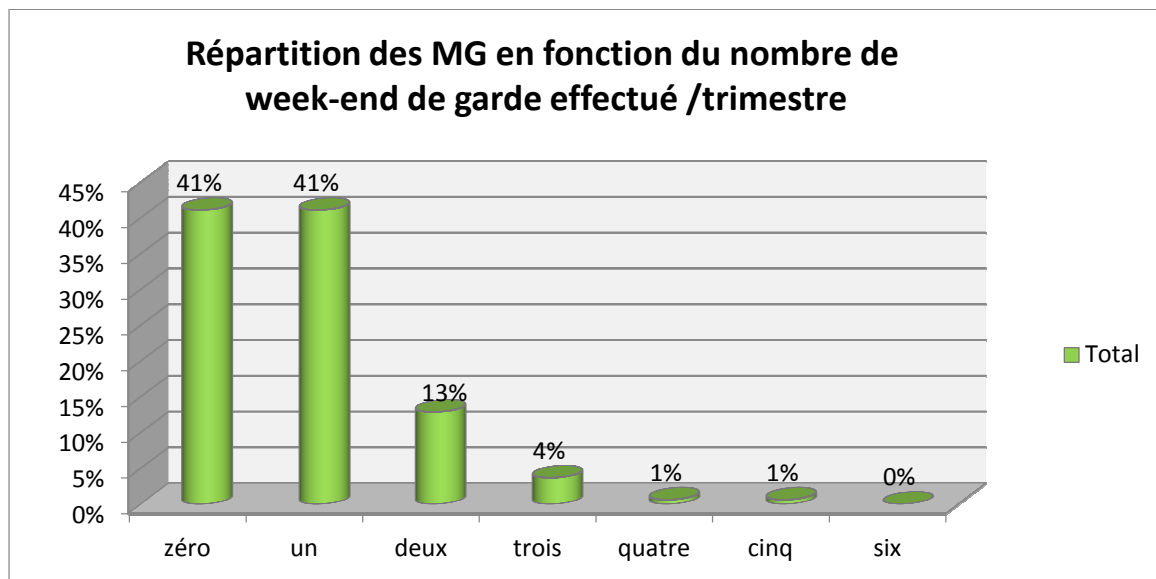
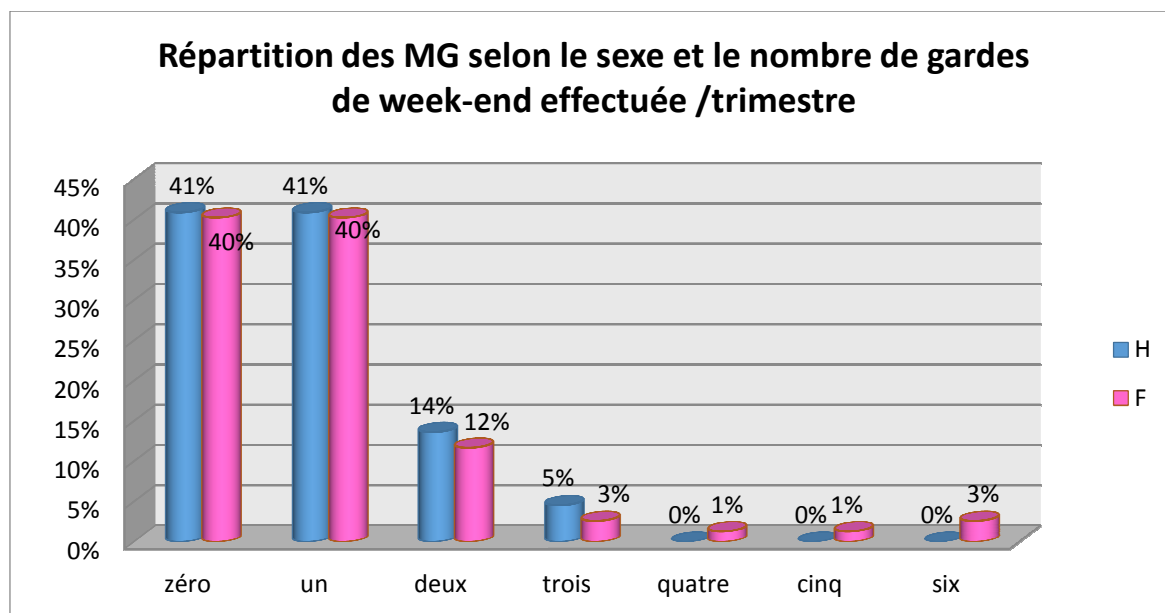


Figure 37 : Répartition des MG selon le nombre de week-end de garde / trimestre.



$p = 0,64$

Figure 38 : Répartition des MG selon le nombre de week-end de garde / trimestre et selon le sexe.

En moyenne, les médecins de notre échantillon effectuent 1,4 week-end de garde par trimestre (1,3 pour les hommes versus 1,6 pour les femmes MG).

- 41% des MG de l'échantillon effectuent moins d'un week-end de garde par trimestre (41% des hommes et 40% des femmes),
- 41% des MG de l'échantillon effectuent un week-end de garde par trimestre (41% des hommes et 40% des femmes),
- 13% des MG effectuent 2 week-ends de garde par trimestre (14% des hommes et 12% des femmes),
- 4% des MG effectuent 3 week-ends de garde par trimestre (5% des hommes et 3% des femmes) (Figures 37 et 38).

c) Les congés annuels, les remplacements

* Les congés

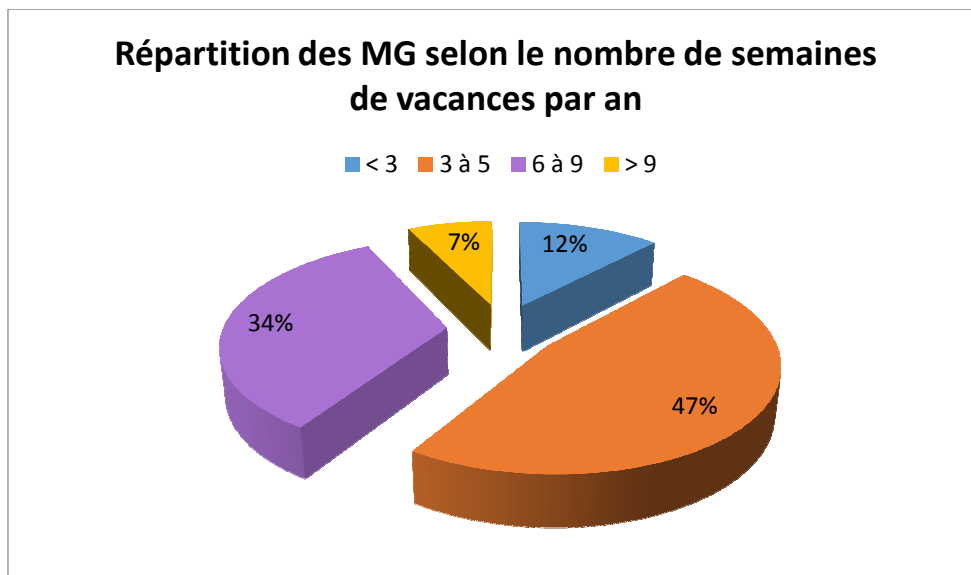
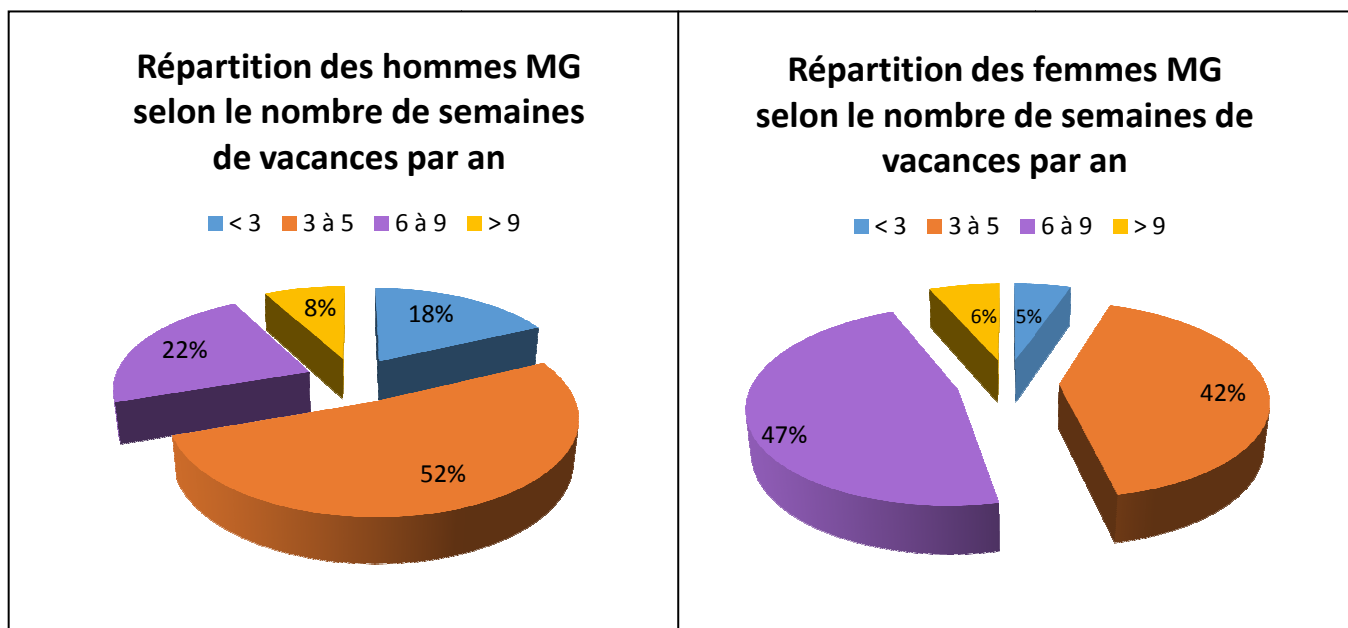


Figure 39 : Répartition des MG selon le nombre de semaines de vacances / an.



p = 0,002

Figures 40 et 41 : Répartition des MG selon le nombre de vacances par an et selon le sexe.

- 12% des MG de l'échantillon prennent moins de 3 semaines de vacances par an (18% des hommes et 5% des femmes).
 - 47% prennent entre 3 et 5 semaines de vacances par an (52% des hommes et 42% des femmes).
 - 34% prennent entre 6 à 9 semaines par an (22% des hommes et 47% des femmes).
 - 7% en prennent plus de 9 par an (8% des hommes et 6% des femmes).
- (Figures 39, 40 et 41)

Tableau 19 : Répartition des MG selon le nombre de vacances par an et selon leur âge

Vacances (nb de semaines / an)	MG < 55 ans	MG > 55 ans
< 3	6%	19%
3 à 5	37%	58%
6 à 9	52%	15%
> 9	5%	10%
EFFECTIFS	n = 84	n = 81

p = 0,000001

- 58% des MG âgés de plus de 55 ans prennent entre 3 et 5 semaines de vacances par an contre 37% des MG de moins de 55 ans.

- 52% des MG de moins de 55 ans prennent entre 6 et 9 semaines de vacances par an contre 15% des MG de plus de 55 ans.

Tableau 20 : Répartition des MG selon le nombre de semaines de vacances par an, le sexe et l'âge

Vacances (nb de semaines / an)	F < 55 ans	F > 55 ans		H < 55 ans	H > 55 ans
< 3	2%	21%	< 3	13%	21%
3 à 5	34%	58%	3 à 5	42%	57%
6 à 9	57%	25%	6 à 9	45%	10%
> 9	8%	4%	> 9	0%	12%
EFFECTIFS	n = 53	n = 24	EFFECTIFS	n = 31	n = 58
p = 0,016			p = 0,001		

- 58% des femmes MG âgées de plus de 55 ans prennent entre 3 et 5 semaines de vacances par an contre 34% des femmes de moins de 55 ans.

- 57% des femmes de moins de 55 ans prennent 6 à 9 semaines de vacances par an contre 25% des plus de 55 ans.

- 57% des hommes MG âgés de plus de 55 ans prennent entre 3 et 5 semaines de vacances par an contre 42% des hommes MG de moins de 55 ans.

- 45% des hommes MG de moins de 55 ans prennent entre 6 et 9 semaines de vacances par an contre 10% des plus de 55 ans.

* Les remplacements.

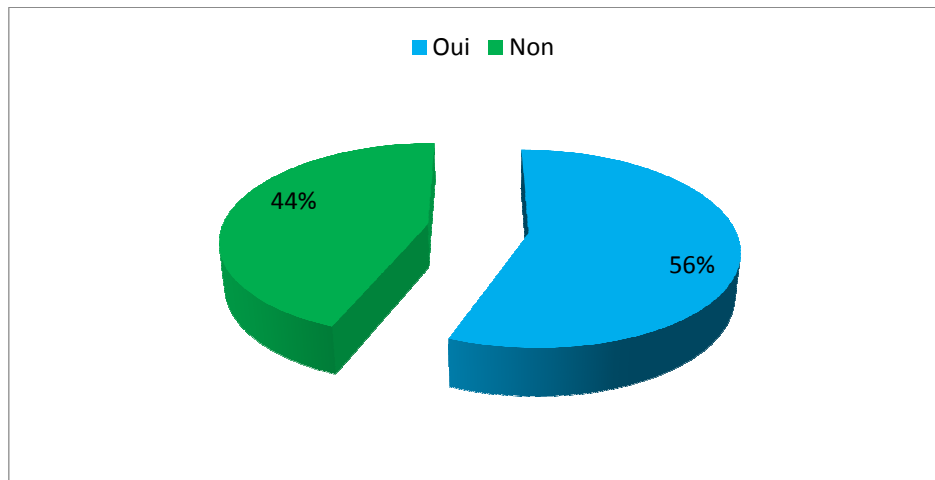
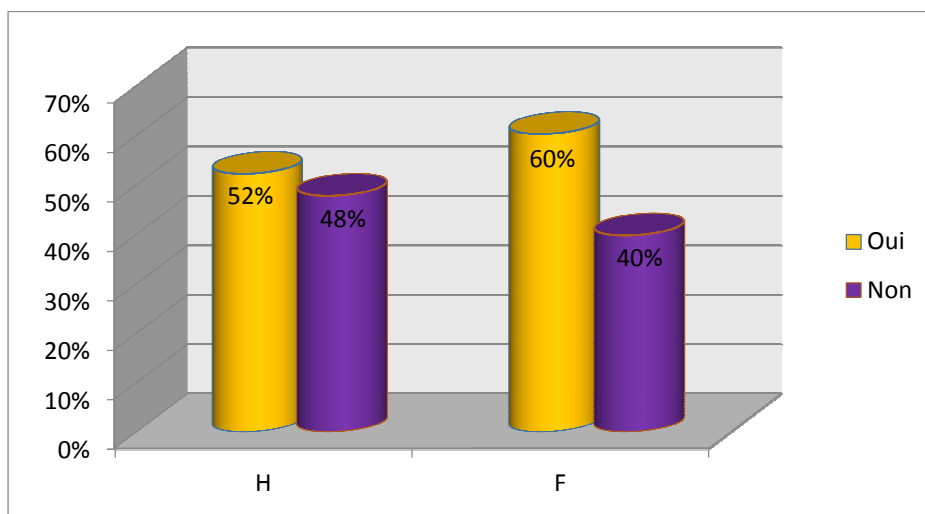


Figure 42 : Répartition de l'échantillon en fonction du recours à un remplaçant au cours des congés.



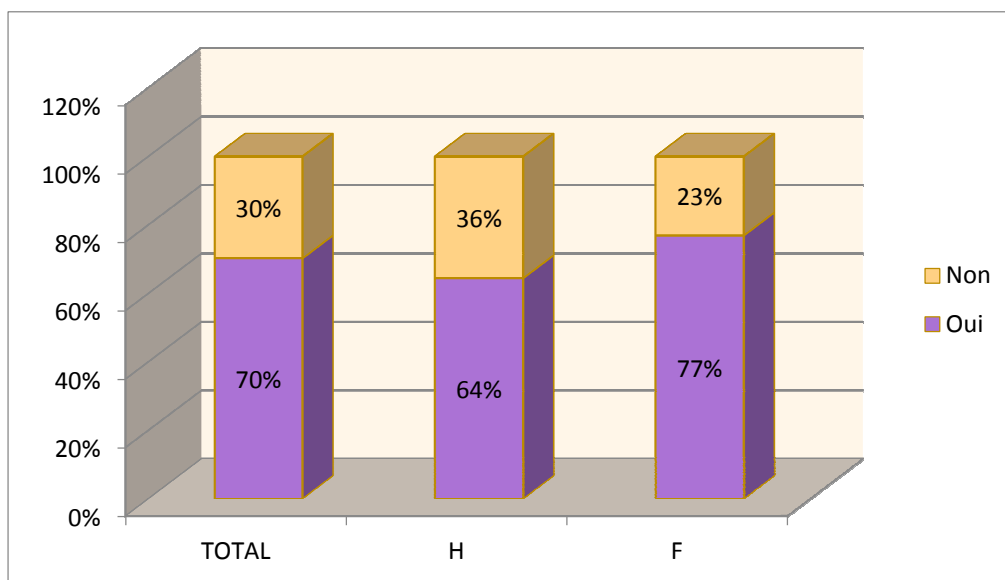
$p = 0,29$

Figure 43 : Recours à un remplaçant en fonction du sexe.

- 56% des MG de notre échantillon (52% des hommes et 60% des femmes) ont recours à un remplaçant lors de leurs absences. (Figures 42 et 43)

3.2.4. Organisation et Gestion du Cabinet

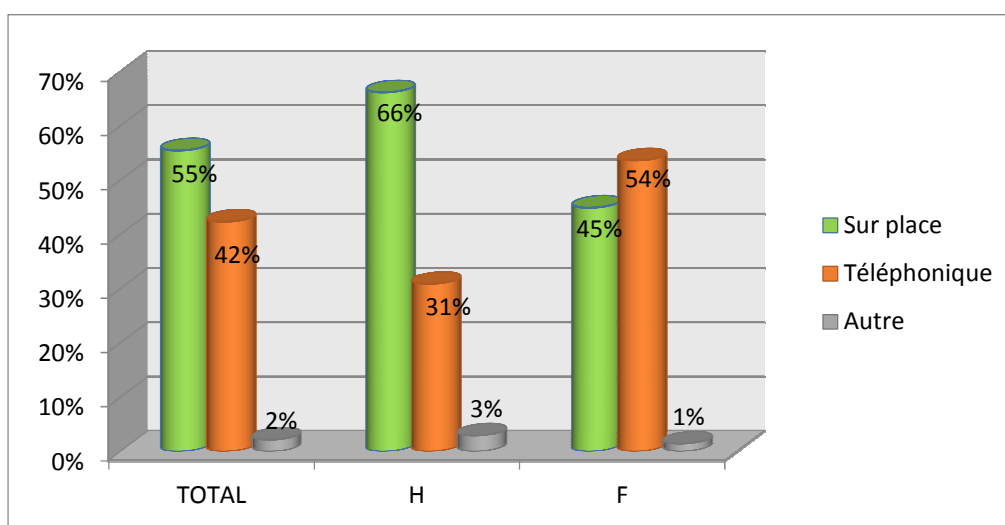
a) Le secrétariat médical



$p = 0,07$

Figure 44 : Recours à un secrétariat médical en fonction du sexe.

- 70% des médecins de l'échantillon ont recours à un secrétariat médical (64% des hommes et 77% des femmes) (Figure 44).



$p = 0,01$

Figure 45 : Type de secrétariat selon le sexe du médecin.

- 55% des MG de notre échantillon (66% des hommes et 45% des femmes) disposent d'un secrétariat sur place.

- 42% ont recours à une plateforme ou à un secrétariat téléphonique (31% des hommes et 54% des femmes). (Figure 45)

- Les médecins ayant répondu "Autre" à cette question font référence à leur conjoint ou bien à une employée de maison.

b) L'informatique

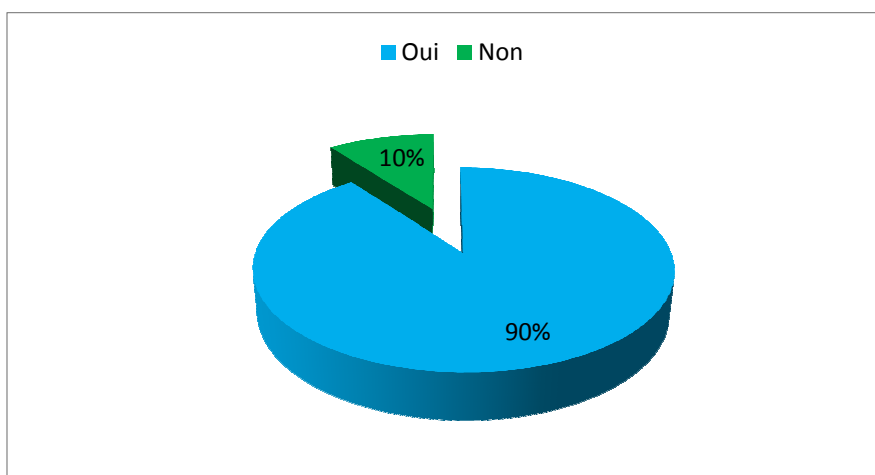
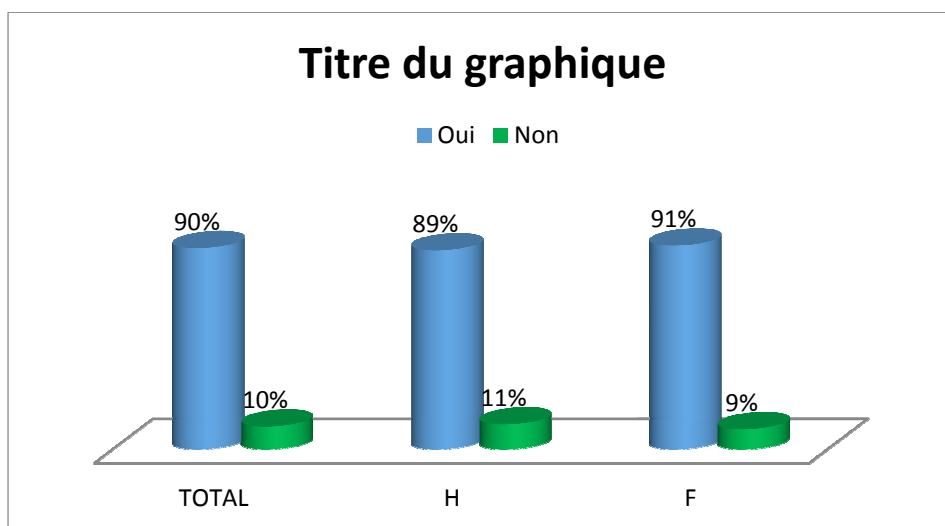


Figure 46 : Répartition des MG selon l'utilisation ou non de l'informatique.



$p = 0,64$

Figure 47 : Utilisation de l'informatique selon le sexe.

- 90% des MG de notre échantillon utilisent l'ordinateur de façon courante dans leur activité professionnelle. (89% des hommes et 91% des femmes) (Figures 46 et 47).

c) La comptabilité

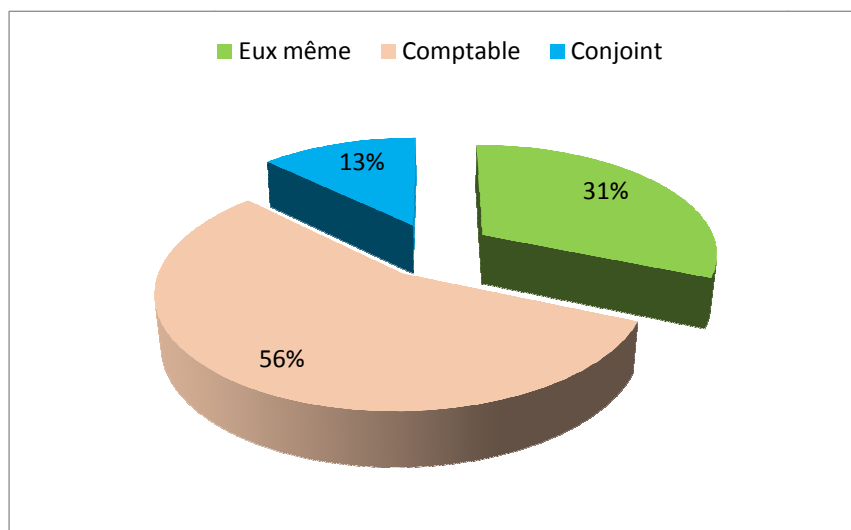
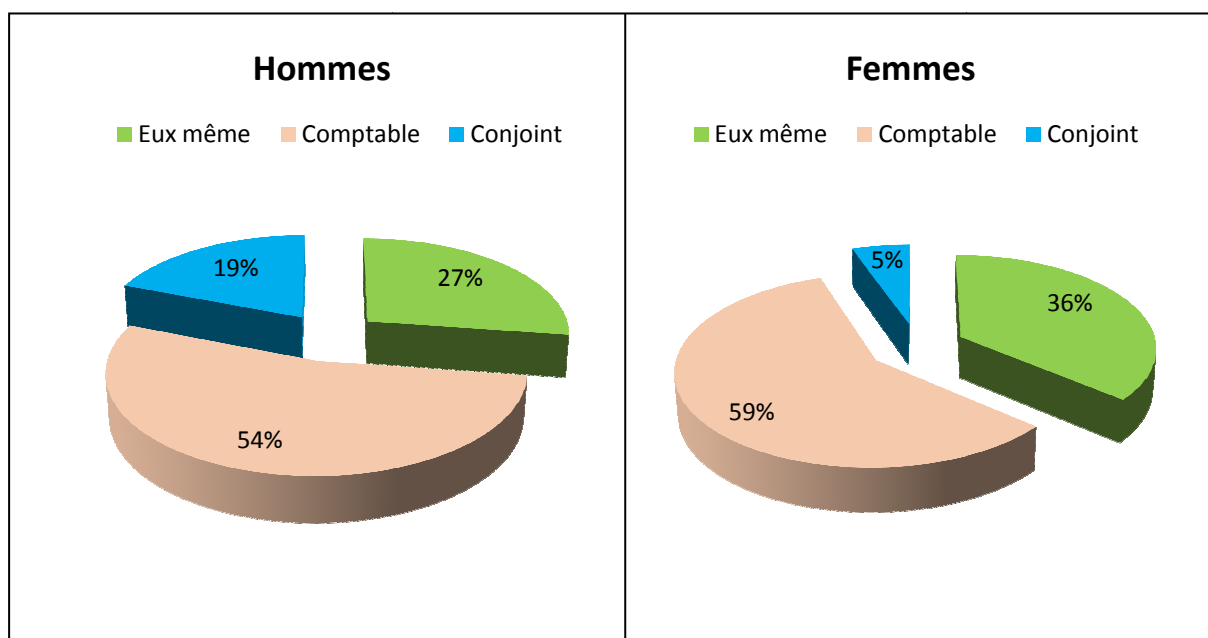


Figure 48 : Répartition des MG selon le type de comptabilité utilisée.



$p = 0,009$

Figures 49 et 50 : Répartition des MG selon le type de comptabilité utilisée et selon le sexe.

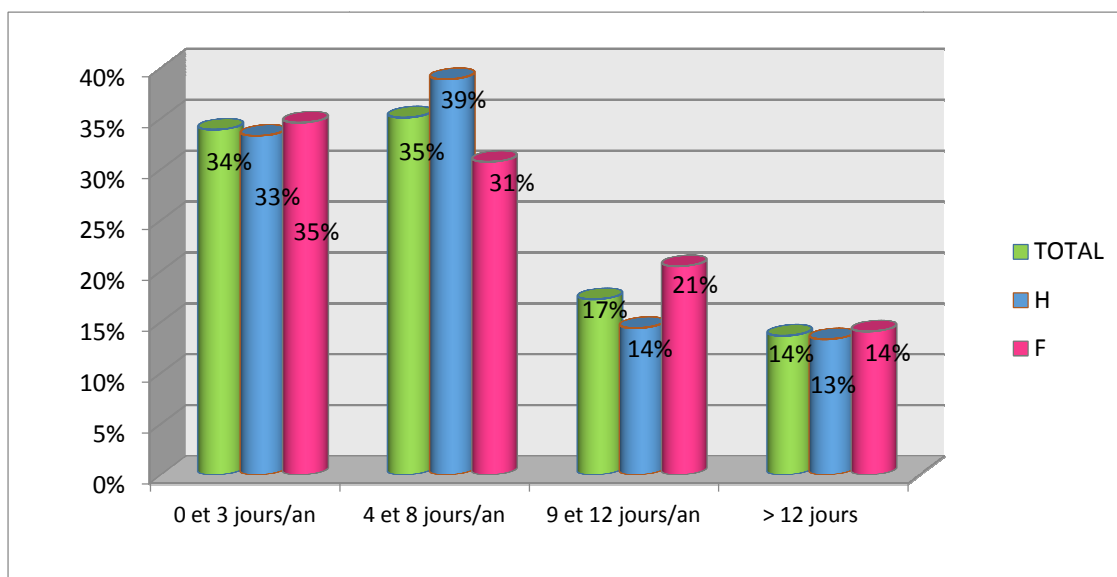
- 56% des MG de notre échantillon ont recours à un comptable dans le cadre de leur exercice professionnel (54% des hommes et 59% des femmes).

- 31% des MG de notre échantillon effectuent eux-mêmes leur comptabilité (27% des hommes et 36% des femmes).

- 13% des MG de l'échantillon confient leur comptabilité à leur conjoint (19% des hommes et 5% des femmes) (Figures 48 ,49 et 50).

3.2.5 Formation Médicale Continue (FMC) et Loisirs

a) La formation médicale continue



$p = 0,63$

Figure 51 : Temps consacré à la FMC par les MG selon le sexe.

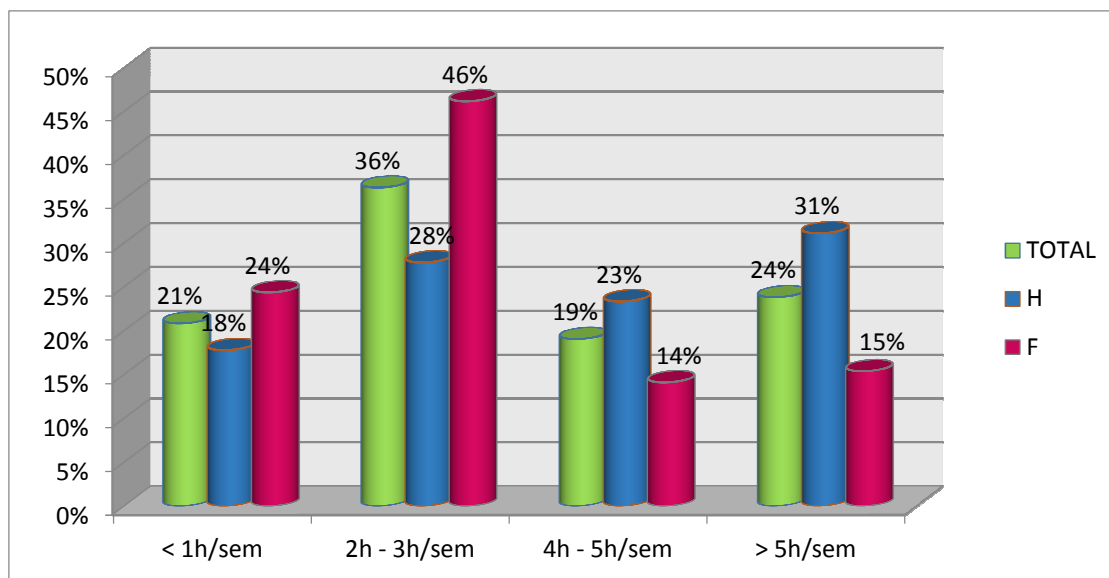
- 34% des MG consacrent de 0 à 3 journées par an à leur formation (33% des hommes et 35% des femmes).

- 35% des MG consacrent entre 4 et 8 journées par an à leur formation (39% des hommes et 31% des femmes).

- 17% des MG y consacrent 9 à 12 journées par an (14% des hommes et 21% des femmes).

- 14% des MG consacrent plus de 12 journées par an à leur formation (13% des hommes et 14% des femmes) (Figure 51).

b) Les loisirs et activités extra professionnelles.



$p = 0,011$

Figure 52 : Temps consacré aux loisirs par le MG selon le sexe.

- 21% des MG de l'échantillon consacrent moins d'une heure par semaine à leurs loisirs ou activités extra professionnelles (18% des hommes et 24% des femmes MG).

- 36% des MG consacrent entre 2 et 3h par semaine à leurs loisirs (28% des hommes et 46% des femmes).

- 19% des MG consacrent entre 4 et 5 h par semaine à leurs loisirs et activités professionnelles (23% des hommes et 14% des femmes).

- 24% y consacrent plus de 5 h par semaine (31% des hommes et 15% des femmes).

(Figure 52)

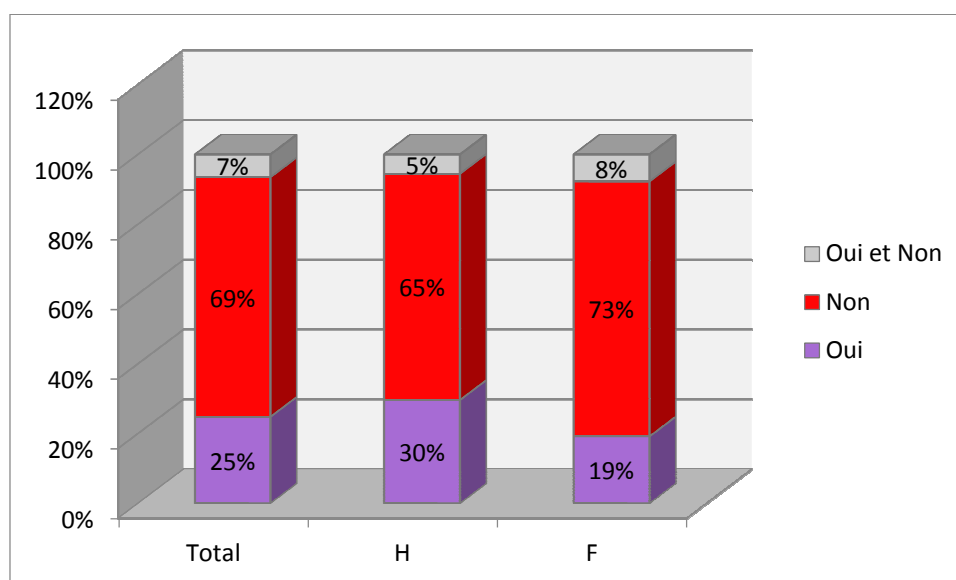
3.2.6. Satisfaction personnelle et professionnelle

Les MG de l'échantillon en moyenne se déclarent satisfait de leur vie professionnelle actuelle avec un score de 6,6/10 (6,7/10 pour les hommes et 6,6/ 10 pour les femmes) sur l'échelle de satisfaction professionnelle actuelle.

Quant à l'appréciation de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, les MG attribuent un score de 5,9/10 sur l'échelle de satisfaction (5,6/10 pour les hommes et 6,3 pour les femmes).

3.2.7 Des regrets ?

Afin d'affiner la notion de satisfaction des MG interrogés vis-à-vis de leur métier, nous leur avons demandé : *Si vous pouviez revenir en arrière, choisiriez-vous la même profession médecin généraliste ?*



$p = 0,27$

Figure 53 : Répartition des MG du Limousin selon leur sexe et leur désir de changement de profession.

- Au sein de notre échantillon plus de 2/3 des MG (69%) feraient le même choix de profession (65% des hommes et 73% des femmes).

- 25% des MG répondants déclarent avoir des regrets et leur désir, si ils avaient le choix, de ne pas exercer le même métier. (30% des hommes et 19% des femmes).

- 7% sont indécis (5% des hommes et 8% des femmes) (Figure 53).

Après analyse de cette dernière question il ressort chez la majeure partie des MG une satisfaction professionnelle en particulier liée au côté relationnel de leur métier.

Beaucoup évoquent une relation médecin-patient particulière en médecine générale avec une prise en charge globale de leur patient et un suivi de celui-ci tout au long de son parcours de vie.

La pratique très variée et diversifiée est également souvent évoquée avec l'impression de se "sentir utile".

Certains médecins généralistes soulignent également la liberté d'exercice et la libre organisation de leur temps de travail.

Parmi les raisons évoquées pour un changement d'orientation, nous retrouvons en priorité la notion de charge administrative de plus en plus chronophage mais également le manque de considération et de reconnaissance de la profession par les pouvoirs publics, par les caisses d'assurance maladie et par certains confrères d'autres spécialités.

Les médecins évoquent également, une rémunération insatisfaisante et inadaptée par rapport aux contraintes de temps et à la charge de travail effectuée.

Certains mentionnent le manque de respect des patients devenus trop exigeants.

Les souhaits les plus souvent exprimés par les MG concernent les regroupements en association ou maisons pluridisciplinaires avec une meilleure organisation du temps de travail, une diminution des charges administratives et une revalorisation de leur métier.

Enfin, certains n'excluent pas de basculer vers un exercice salarié si les conditions d'exercice continuent de se détériorer.

4. Discussion

4.1. Etude

4.1.1 Choix de l'étude

La profession médicale se transforme : d'un modèle masculin basé sur le paradigme traditionnel de disponibilité permanente, on assiste aujourd'hui à une féminisation de la profession ainsi qu'à l'arrivée de jeunes générations souhaitant privilégier leur qualité de vie.

Les médecins généralistes s'expriment de plus en plus sur les difficultés rencontrées dans leur pratique. L'accomplissement de la vie privée, la préservation du temps de loisir, de contact avec la famille et au final le désir de profiter d'une vie de plus en plus longue, deviennent des lignes de conduite pour tous. Tout un chacun tente d'améliorer sa qualité de vie professionnelle.

Nous voulions donc, par cette étude descriptive et comparative, analyser les conditions de vie et d'exercice des médecins généralistes libéraux installés en région Limousin, les comparer et ainsi, mettre en évidence d'éventuelles similitudes ou spécificités d'exercice entre hommes et femmes médecins.

4.1.2 Validité interne de l'étude

Biais de l'étude :

L'étude a été réalisée grâce à un questionnaire auto administré ce qui implique une participation volontaire des médecins. Un biais de non réponse est possible car seuls les médecins généralistes intéressés ou souhaitant partager leur expérience ont pu répondre.

On note un biais déclaratif : les MG ont répondu eux-mêmes au questionnaire, et non par l'intermédiaire d'un enquêteur ce qui introduit un biais de déclaration. Le recueil est subjectif par la différence de compréhension que chaque médecin peut avoir du libellé des différentes questions.

Un biais de mémoire est possible sur les questions quantitatives telles que le nombre d'actes, de visites, ou de gardes effectués. Pour être plus prêt de la réalité nous aurions pu effectuer un audit de pratique.

Le questionnaire ne mentionne pas le département d'exercice : la représentativité de notre échantillon en terme de localisation géographique départementale n'a pas pu être étudiée et nous ne pouvons pas analyser nos résultats selon les départements d'exercice.

La définition des milieux d'installation n'étant pas précisée dans le questionnaire, chaque médecin s'est donc défini lui-même comme rural, semi rural ou urbain.

Le questionnaire composé en majorité de questions dites "fermées" est assez facile à exploiter en terme de recueil de données. Mais deux questions dites "ouvertes " permettent d'obtenir un ressenti des MG sur leur vie professionnelle et personnelle. L'analyse de ces deux dernières questions est plus subjective.

Le questionnaire a été rempli préalablement par quelques médecins afin de tester sa faisabilité.

4.1.3 Taux de participation / Validité externe

Ne disposant pas de l'intégralité des adresses électroniques des médecins, nous avons choisi une enquête postale. Nous aurions pu interroger l'ensemble de la population source soit près de 800 médecins généralistes pour avoir plus de réponses significatives mais le coût financier postal non négligeable nous a conduit à construire un échantillon.

Le tirage aléatoire d'un médecin femme sur 2 et d'un médecin homme sur 3 permet de dire que notre population cible de 309 praticiens est représentative de la population source.

Notre étude ayant bénéficié d'un bon taux de réponse exploitable de 54,3% (52,3% pour les hommes et 56,9% pour les femmes), l'échantillon de 168 MG est suffisant pour être représentatif de la population cible et de la population source.

4.2. Echantillon

Notre étude exploite les réponses de 168 questionnaires représentant 78 femmes et 90 hommes.

4.2.1 Caractéristiques personnelles des médecins

a) Age

La tranche d'âge des plus de 55 ans représente, à elle seule, presque la moitié des MG répondants (soit 49% : 64% des hommes contre 31% des femmes).

- Les femmes sont majoritaires dans les tranches d'âges inférieures à 55 ans.

Les femmes MG de notre échantillon sont donc plus jeunes que leurs confrères masculins. ($p = 0,000013$)

Ce vieillissement de la population médicale se retrouve également dans les chiffres nationaux avec un rétrécissement de la base de la pyramide des âges. Les femmes MG deviennent majoritaires pour les tranches d'âges inférieures à 49 ans.

Le questionnaire demandait au MG interrogé de se situer dans une tranche d'âge de 10 ans et non son âge exact. Les données récoltées ne nous permettent donc pas de calculer la moyenne d'âge des médecins de l'échantillon et donc d'en tirer des conclusions plus précises. Si un autre travail devait être mené, il est important d'avoir l'âge précis des médecins quitte à les reclasser ensuite par tranche d'âge de 5 ou 10 ans pour l'analyse statistique.

b) Sexe

Notre échantillon comprend 54% d'hommes contre 46% de femmes. Cette prédominance des hommes est nettement inférieure aux données retrouvées pour la région Limousin en 2013 où la population médicale était composée de 66% d'hommes contre 34% de femmes MG (10). Notre échantillon est donc sur représenté en femmes MG par rapport à la population source ce qui démontrerait l'intérêt particulier de ces dernières pour notre enquête. Cette sur représentation féminine n'a aucune incidence sur nos résultats car l'objectif de notre travail est de comparer l'activité des hommes à celle des femmes.

Ce qui est important pour notre enquête est que le nombre de MG femmes répondants soit suffisamment important pour être représentatif des femmes MG du Limousin. Il en va de même pour les MG hommes.

c) Statut matrimonial - Activité du conjoint

86% des MG de l'échantillon vivent en couple (91% des hommes et 81% des femmes). On pourrait en conclure que l'activité de médecine générale en cabinet libéral ne favorise pas la vie de couple des MG femmes.

Les femmes médecins ont-elles plus de difficultés à trouver du temps ou de la place dans leur vie pour s'épanouir à la fois sur le plan professionnel, sur le plan personnel et familial ?

L'étude de la DREES réalisée entre 1990 et 2004 note que 83% des médecins actifs déclarent vivre en couple (89% des médecins hommes et 73% des médecins femmes, proportions variant très peu avec l'âge ou dans le temps). (11)

Nous n'avons pas retrouvé de chiffres nationaux concernant le statut matrimonial spécifique des MG permettant ainsi, de confirmer ou infirmer les résultats obtenus. Pour obtenir des réponses précises, il faudrait interroger ces femmes sur les raisons de leur célibat (célibataires endurcies, divorces ou séparations, veuvage....).

74% des conjoints des MG exercent une activité professionnelle.

Les résultats varient sensiblement selon le sexe du MG : 88% des compagnons des MG féminins sont en activité, alors que seulement 63% des compagnes des MG masculins exercent une activité professionnelle ($p = 0,03$). Les conjoints retraités sont équivalents dans les deux populations. Il semblerait que le modèle traditionnel du MG homme avec une compagne sans activité professionnelle déclarée reste d'actualité. Tend-il à disparaître ?

Si l'on compare l'activité professionnelle des compagnes des hommes MG les plus jeunes à celle de leurs confrères plus âgés (plus de 55 ans) il semblerait que ce modèle traditionnel ait tendance à disparaître chez les plus jeunes, avec des compagnes exerçant de plus en plus fréquemment une activité professionnelle ($p = 0,07$).

Concernant l'activité exercée par les conjoints :

Les compagnons des femmes MG exercent plus souvent une profession libérale (dont celle de médecin) que les compagnes des hommes MG (43% contre 22%).

Les compagnes des MG hommes ont plus souvent une activité de salarié ou d'ouvrier que les compagnons des MG femmes (21% contre 13%).

Le statut professionnel des conjoints varie suivant le sexe du MG.

28% des compagnes des hommes MG sont sans profession déclarée.

L'étude de la DREES réalisée entre 1990 et 2004 montre que 25% des médecins libéraux généralistes avaient un conjoint « sans profession » (29% des hommes *versus* 3,9% des femmes) et 8% déclaraient que leur conjoint les aidait sans être salarié dans le cadre de leur activité professionnelle (11% des médecins hommes, 0,1% des médecins femmes) (11).

Notre travail en région Limousin confirme ces données nationales.

d) Enfants

91,6% des MG de notre échantillon ont des enfants (95,5% des hommes contre 87,1% des femmes).

Selon l'INSEE, l'indicateur conjoncturel de fécondité était de 1,97 en 2007 puis a dépassé le seuil des 2 enfants par femme en 2008 pour enfin atteindre un taux de 2,08 en 2014.

La majorité de nos répondantes (58%) ont entre 1 et 2 enfants cependant le taux moyen d'enfant par femmes MG ne peut être calculé, le questionnaire ne permettant pas d'obtenir le nombre exact d'enfant par femme. Là encore si un autre travail devait être entrepris, il est important de demander le nombre exact d'enfant.

Plus de la moitié des femmes MG de l'échantillon ont eu leur premier enfant entre 26 et 30 ans.

Selon l'INSEE, l'âge moyen au premier enfant s'établit à 30,3 ans au niveau national et à 29,6 ans pour le Limousin en 2014 (12). Le questionnaire ne demandait pas l'âge exact lors de la première grossesse mais proposait aux femmes MG interrogées diverses tranches d'âges par conséquent les données récoltées ne nous permettent pas de calculer précisément la moyenne d'âge lors de la première grossesse.

Si nous comparons les femmes MG de notre échantillon âgées de moins de 55 ans à celle de plus de 55 ans nous remarquons qu'il n'y a pas de différence significative quant à l'âge de première grossesse ($p = 0,66$) entre les deux générations.

Les hommes MG ont un nombre moyen d'enfants plus élevé que leurs consœurs ($p = 0,02$) : 48% ont entre 3 et 4 enfants contre 28% des femmes MG.

La différence relevée par rapport aux hommes est-elle due aux contraintes familiales et domestiques que les femmes doivent gérer en même temps que les contraintes professionnelles ? S'agit-il d'une différence générationnelle ?

Si nous analysons notre échantillon selon 2 groupes : MG âgés de moins de 55 ans et MG de plus de 55 ans nous remarquons en effet qu'il existe une différence significative concernant le nombre d'enfants : les MG de moins de 55 ans ont moins d'enfants que leurs confrères plus âgés ($p = 0,017$).

Les différences de statut professionnel des conjoints des MG interviennent probablement dans le choix des couples quant aux nombres d'enfants.

Pour le mode de garde des enfants, la majorité de notre échantillon, tout sexe confondu a opté pour la garde par une assistante maternelle (32%).

Etant donné les horaires de travail irréguliers, les gardes et les urgences à gérer, la garde à domicile (24%) et la garde des enfants par le conjoint (17%) sont également bien représentées.

Il existe une très nette différence selon le sexe du MG ($p = 0,000\ 003$). La majorité des hommes MG (33%) déclarent que leurs enfants sont gardés par leur conjoint contre 5% de leurs consœurs qui privilégient la garde à domicile (25%) et l'assistante maternelle (43%).

Ceci pourrait s'expliquer par la différence de statut professionnel retrouvée chez les conjoints des MG, où la proportion de conjoints sans activité professionnelle, donc plus disponible, est plus élevée pour les hommes MG.

Selon une étude réalisée par la DRESS en 2013 concernant le mode de garde et d'accueil des jeunes enfants, lorsque les deux parents travaillent à temps complet, le recours à un mode de garde extérieur à la famille reste la solution la plus fréquente : 38% des enfants sont confiés à titre principal à une assistante maternelle et 21% à un établissement d'accueil du jeune enfant (crèche, halte garderie).

Les modes d'accueil utilisés dépendent également de la catégorie socioprofessionnelle et du niveau de vie des parents, lui-même lié à l'activité de ces derniers.

Garder ses enfants est plus fréquent dans les familles les plus modestes, où l'arbitrage financier entre revenu d'activité et coût de la garde peut jouer en faveur d'un arrêt d'activité. Toutefois, même dans les familles les plus aisées, garder ses enfants en semaine est une situation relativement courante : 29% des enfants de moins de 3 ans appartenant aux familles relevant du dernier quintile de niveau de vie passent la majeure partie de la semaine avec leurs parents. Le mode d'accueil extra-parental varie fortement selon le niveau de vie.

Dans les familles aisées, les enfants dont les parents n'assurent pas la garde sont majoritairement confiés à une assistante maternelle. En bas de l'échelle des revenus, c'est l'inverse : les enfants non gardés à titre principal par leurs parents sont plus souvent confiés à une crèche ou halte garderie qu'à une assistante maternelle.

Les ménages les plus aisés, les cadres et professions intellectuelles supérieures se distinguent par un recours plus élevé aux gardes à domicile. Onéreuse, cette dernière solution permet de couvrir des horaires d'accueil plus importants. (13)

4.2.2 Situation professionnelle des médecins

a) Age d'installation.

Les hommes MG s'installent plus tôt que leurs consœurs : 64% d'entre eux se sont installés entre 25 et 30 ans contre 40% des femmes MG de notre échantillon. ($p = 0,014$)

Parmi les hommes MG de l'échantillon, les plus jeunes (moins de 55 ans) ont tendance à s'installer plus tard que leurs confrères plus âgés mais ceci sans différence significative franche ($p = 0,072$) : 69% des hommes MG de plus de 55 ans se sont installés entre 25 et 30 ans versus 52% des hommes MG de moins de 55 ans.

- 35% des hommes MG de moins de 55 ans se sont installés entre 31 et 35 ans contre 29% des hommes de plus de 55 ans.

La différence concernant l'âge d'installation entre hommes et femmes MG se retrouve également dans une étude réalisée en 2008 par L'URML du Limousin en association avec l'ORS, mettant en évidence que les hommes médecins étaient plus rapides à s'installer que les femmes (77% s'étant installés dans l'année qui a suivi la soutenance de leur thèse ce qui n'était le cas que de 56% des femmes). (14)

Les données du CNOM montrent également une nette surreprésentation féminine parmi les médecins généralistes remplaçants (60,3% de femmes).

Ce choix de statut de médecin remplaçant pourrait expliquer un âge plus tardif d'installation chez les femmes MG privilégiant ainsi leur vie de famille. Ce statut pourrait leur permettre également plus de disponibilité afin d'avoir des enfants avant de s'installer. (1)

b) Milieu d'exercice et mode d'exercice

La répartition des femmes MG est quasiment identique entre les trois milieux d'exercice avec une proportion légèrement supérieure pour celles exerçant en milieu urbain (38%). Les hommes, quant à eux, sont plus nombreux que les femmes à exercer en milieu rural (42% contre 30%) mais nous ne retrouvons pas de différence significative concernant le milieu d'exercice selon le sexe ($p = 0,29$). Nous avons quand même l'impression que les femmes MG s'installent plus volontiers en secteur urbain mais notre enquête manque de puissance pour l'affirmer de façon significative. Existe-t-il une différence générationnelle ? Les MG les plus jeunes préfèrent-ils un exercice en milieu urbain au détriment du milieu rural ?

L'analyse de notre échantillon selon l'âge ne met pas en évidence de différence significative concernant le milieu d'exercice ($p = 0,21$) mais les statistiques nationales montrent bien une désertification des zones rurales au profit du secteur urbain.

54% des MG soit plus de la moitié des répondants exercent en groupe. Les hommes MG sont plus nombreux à exercer seul (52%) que leurs consœurs (38%), peut être en relation avec leur milieu d'exercice (milieu rural) et leur âge.

L'étude réalisée par l'URML du Limousin en 2008 confirme cette tendance puisque près de la moitié des répondants (48%) exercent seuls, tandis que près d'un tiers (31%) exercent dans des cabinets de groupe de 2 médecins (14%) ou 3 médecins (17%). Les hommes y sont également un peu plus nombreux que les femmes à exercer seuls (respectivement 50% et 43%). (14)

Notre étude ne retrouve pas de différence significative sur le mode d'exercice selon le sexe (seul ou en groupe $p = 0,07$) mais peut-être manque-t-elle la encore de puissance.

Il existe cependant une différence de génération : les médecins âgés de plus de 55 ans sont plus nombreux à exercer seul, les jeunes générations préférant un exercice en groupe ($p = 0,00009$) et ceci se vérifie aussi bien chez l'homme que chez la femme MG.

c) Mode d'exercice particulier de la médecine (MEP)

Près d'un généraliste sur 4 de notre échantillon (24%) reconnaît pratiquer un MEP tel que l'homéopathie, l'acupuncture.

Il s'agit d'une pratique complémentaire à un exercice traditionnel allopathique. Les MG exerçants de façon exclusive une MEP ont été exclus de nos résultats.

Nous ne retrouvons pas de différence significative dans la pratique ou non d'une MEP selon le sexe ($p = 0,46$). Cependant nous remarquons une différence significative dans le type de discipline exercée ($p = 0,01$) : les femmes MG optent pour des activités complémentaires telles que l'homéopathie (42%), l'acupuncture (19%), la nutrition (15%) tandis que leurs confrères masculins s'orientent vers des pratiques telles que la médecine du sport (31%), la mésothérapie (19%) ou l'ostéopathie 14%).

Les résultats de notre étude sont relativement similaires aux données nationales décrites par le CNOM au 1er janvier 2014 (1). Ainsi parmi les 90 630 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière, 22 985 médecins généralistes ont déclaré, à leur conseil départemental, une formation complémentaire ; soit 25,4% d'entre eux.

A noter que nos résultats sont légèrement inférieurs à ceux retrouvés pour la région Limousin soit 34%. Ces médecins généralistes, en activité régulière ayant déclaré à leur conseil départemental une autre formation diplômante, sont âgés en moyenne de 53,7 ans. Les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 8,6% des effectifs tandis que les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 29,2% des effectifs. Dans le cas de notre étude, nous ne retrouvons pas de différence significative selon l'âge ($p = 0,10$) dans la pratique ou non d'une activité complémentaire.

4.2.3 Activité professionnelle des médecins

a) Temps de travail et activité : demi-journées, actes, visites

Nombre de demi-journées travaillées par semaine

Les MG de notre échantillon travaillent en moyenne 9,3 demi-journées par semaine.

Globalement, les hommes MG travaillent une demi-journée de plus par semaine que les femmes MG ($p = 0,0002$).

Nous retrouvons également une différence de génération : les MG les plus jeunes (moins de 55 ans) travaillent une demi-journée de moins que leurs confrères plus âgés, tout sexe confondu ($p = 0,0124$).

Dans son travail de thèse, en 2008, Guillaume HILTBRAND constate que les médecins généralistes travaillant en Rhône-Alpes ont 1,5 demi-journées de libre dans la semaine en moyenne (15). Ces journées permettent aux femmes, et aux hommes, d'avoir plus de temps libre que leurs confrères des générations précédentes (16).

Les femmes intègrent davantage les contraintes de l'interface travail / famille et délaissent les modes d'exercices chronophages ou impliquant une organisation temporelle imprévisible.

La féminisation a permis d'entrevoir une nouvelle facette de cette profession: la malléabilité avec une adaptation des horaires « à la carte » et le choix de demi-journées libres dans la semaine (17).

Nombre d'actes effectués par jour, mode de consultation, visites

Près d'un tiers des MG de l'échantillon (33%) réalisent en moyenne entre 21 et 25 actes par jour. Un quart (25%) réalisent entre 16 et 20 actes quotidiens.

Les hommes MG de notre échantillon ont une charge de travail quotidienne plus importante que leurs consœurs ($p = 0,03$) : 22% d'entre eux déclarent effectuer plus de 30 actes par jour contre 5% des femmes qui en majorité effectuent en moyenne entre 21 et 25 actes quotidiens (34%).

Près de la moitié des MG de l'échantillon (48%) consultent exclusivement sur RDV : 61% des femmes versus 35% des hommes, malgré ces chiffres élevés nous ne retrouvons pas de différence significative selon le sexe ($p = 0,16$).

Selon une étude réalisée en 2008 par B Dormont et AL Samson et intitulée: *Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations* : on remarque que l'activité des femmes médecins est inférieure de 33% à celles des hommes. (18)

Ce résultat confirme des analyses plus descriptives effectuées par Fivaz et Le Laidier (2001) sur les généralistes français : en moyenne, les femmes médecins s'absentent un jour de plus par semaine que les hommes et réalisent moins d'actes par jour.

Cette moindre activité des femmes reste à analyser : exprime-t-elle une « préférence » plus marquée des femmes en faveur du loisir ? Ou encore leur durée de consultation est-elle plus longue ? (19)

Il aurait été intéressant lors de l'élaboration de notre questionnaire de demander le temps de consultation moyen de chaque MG afin de comparer cette activité.

Aux Etats-Unis, Rizzo et Zeckhauser (2007) ont étudié ces questions à l'aide de données concernant de jeunes médecins. Ils obtiennent le même écart de revenu entre les hommes et les femmes : 33% en 1990 cependant ils remarquent que les hommes MG réagissent différemment lors d'une baisse de leur revenu : sans augmenter leur durée totale de travail, ils raccourcissent la durée de consultation et modifient la structure des soins fournis en faveur d'une plus grande proportion de procédures plus rémunératrices (20).

Les visites à domicile :

- 39% des MG de l'échantillon effectuent plus de 15 visites hebdomadaires. On remarque cependant une nette différence selon le sexe : les hommes MG effectuent plus de visite à domicile que leurs consœurs. Plus de la moitié d'entre eux (56%) déclarent effectuer

un nombre de visite hebdomadaire supérieur à 15 contre seulement 19% des femmes (près de 2/3 d'entre elles effectuent moins de 10 visites à domicile par semaine) ($p = 1,39^{E-7}$).

Ceci pourrait s'expliquer par une proportion d'hommes MG exerçant en milieu rural plus élevée avec une patientèle en général plus âgée, plus dépendante, plus éloignée du cabinet médical, plus consommatrice de soins, et donc de visites à domicile.

S'agit-il d'un phénomène lié au sexe ou bien en rapport direct avec le milieu d'exercice ? Si nous comparons le nombre de visites effectuées par semaine en fonction du milieu d'exercice et selon le sexe du MG, notre étude démontre que les hommes MG effectuent plus de visites à domicile que leurs consœurs et ce quel que soit le milieu d'exercice. (Milieu urbain $p = 1,75^{E-7}$; Milieu Semi rural : $1,2^{E-19}$; Milieu Rural : $6,9^{E-6}$)

b) Permanence des soins

On distingue deux types de gardes : la permanence des soins ambulatoire (PDSA) en semaine (les nuits) et les gardes de week-end. Ne sont pas considérées bien sûr les gardes effectuées par les médecins remplaçants lors des congés.

La majorité des MG de l'échantillon participent à la PDSA (62%). 38% n'y participent pas suite à des problèmes de santé ou bien car trop âgés ou bien par choix (surtout en secteur urbain).

Les femmes MG participent autant que leurs confrères masculins à la PDSA. On ne retrouve pas de différence significative selon le sexe du MG ($p = 0,57$).

- Il existe 3 modes de participation à la PDSA :
 - Effecteur fixe
 - Effecteur mobile
 - Régulateur libéral.

Les MG peuvent faire les 3 modes de participation au cours de leur activité professionnelle ce qui explique que nous obtenions des totaux supérieurs à 100%.

Parmi les MG participant à la PDSA, la moitié des hommes MG sont effecteurs mobiles contre 1/3 des femmes.

Les femmes effectuent autant de gardes que leurs confrères masculins mais elles participent plus à la régulation médicale en Centre 15 et moins en tant qu'effecteur mobile

que leurs confrères masculins. Elles participent autant que leurs confrères masculins comme effecteur fixe.

Les médecins de l'échantillon réalisent, en moyenne, 2 gardes de nuit par mois (1,9 garde par mois pour les femmes MG contre 2 gardes par mois en moyenne pour les hommes)

Une grande majorité de l'échantillon (41%) n'effectue aucune garde de week-end au cours d'un trimestre.

En moyenne un MG effectue 1,4 week-end de garde par trimestre (1,3 pour les hommes versus 1,6 pour les femmes MG).

On ne retrouve pas de différence significative entre les 2 sexes concernant les gardes de nuit ($p = 0,91$) et les gardes de week-end ($p = 0,64$).

Une ambiguïté dans nos résultats est cependant possible, certains MG ayant pu indiquer le nombre de journées de week-end effectuées (Samedi ou Dimanche) et non le nombre de week-end.

La PDSA reste aujourd'hui un sujet essentiel : elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés la nuit, les week-ends, les jours fériés et pendant certains ponts.

Longtemps assurée par un tour de garde des médecins libéraux qui constituait pour eux une obligation déontologique, la PDSA s'est trouvée profondément bouleversée lorsque, à la suite d'une grève des gardes, la décision a été prise en 2002 de fonder dorénavant le système sur le volontariat. (21)

Selon une enquête publiée en janvier 2014 par le CNOM sur la PDSA en médecine générale, le pourcentage des MG volontaires reste supérieur à 60% dans les 2/3 des départements alors que c'était le cas dans 73% des départements en 2012. Ces chiffres démontrent encore un engagement important des MG dans la PDSA. Cette baisse est cependant inquiétante pour l'avenir car outre la recherche d'une meilleure qualité de vie à l'instar de l'ensemble de la société, l'implication des médecins reste fragilisée par une activité souvent intense en dehors des horaires de permanence des soins, par une démographie médicale déclinante, par une pyramide des âges inversée. (22)

Des modèles expérimentaux de réorganisation de la PDSA ont ainsi vu le jour. C'est le cas notamment pour le département de la Haute-Vienne où depuis le 1er septembre 2010, une nouvelle organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire les nuits, les week-ends et les jours fériés, c'est-à-dire aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux a été mise en place. Expérimentée sur une période de 5 ans, la nouvelle

organisation de la PDSA s'adresse à toute personne dont les problèmes de santé ne mettent pas en jeu leur pronostic vital, mais qui ne peuvent cependant pas attendre l'ouverture des cabinets médicaux.

Elle doit répondre à un double objectif :

- Préserver un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire départemental et un système de garde de qualité,
- Diminuer les contraintes qui pèsent sur les médecins en réduisant la fréquence des gardes.

Le dispositif antérieur était organisé en 28 secteurs et les consultations ainsi que les visites à domicile étaient assurées par le même médecin.

Le nouveau dispositif est organisé autour d'une régulation libérale au Centre 15 : un médecin régulateur libéral réceptionne l'ensemble des appels et, en fonction du besoin évalué par téléphone, propose au patient soit des conseils médicaux, soit une consultation médicale, soit une visite à domicile, soit l'envoi direct d'une ambulance pour une hospitalisation.

2 niveaux de garde sont ainsi organisés sur le département :

- 12 secteurs de garde proposent des lieux fixes de consultation,
- d'autres médecins répartis sur 6 secteurs d'intervention effectuent des visites à domicile quand la situation du patient l'exige.

Le premier bilan qui en ressort est positif montrant :

- une forte mobilisation des médecins permettant de couvrir plus de 99% des plages de garde,
- une participation importante des médecins libéraux installés avec parfois la participation des médecins remplaçants,
- le rôle pivot du centre 15 régulateur des appels,
- un dimensionnement équilibré des secteurs,
- l'absence d'incidence notable sur les autres dispositifs de garde (transports sanitaires, services d'urgence). (23)

c) Congés annuels, remplacements

Congés :

La très grande majorité des MG de notre échantillon prend des vacances, le plus souvent en les fractionnant.

Les femmes MG s'absentent plus longtemps que leurs confrères masculins ($p = 0,002$).

Plus de la moitié des hommes MG (52%) prennent entre 3 et 5 semaines de vacances par an (versus 42% des femmes MG) tandis que près de la moitié de leurs consœurs s'absentent en majorité entre 6 à 9 semaines par an. (47% des femmes MG versus 22% des hommes).

L'évolution selon l'âge du MG est également très différente : les MG les plus jeunes prennent plus de congés que leurs confrères de plus de 55 ans ($p = 0,000001$). Il existe donc une différence significative selon le sexe mais également générationnelle.

Cette tendance se retrouvait déjà en 2007, dans une étude réalisée par l'URML d'Aquitaine, souhaitant mettre en évidence d'éventuelles spécificités d'exercice entre hommes et femmes médecins et retrouvant que les femmes médecins généralistes s'absentaient un peu plus longtemps et plus fréquemment que leurs confrères hommes : 60% d'entre elles prenaient au moins cinq semaines de congés (versus 50% des hommes) et de préférence pendant les vacances scolaires.(24)

Remplacements :

56% des MG de notre échantillon ont recours à un remplaçant lors de leur absence (52% des hommes et 60% des femmes).

Il est important de préciser que certains ayant répondu NON à cette question ont déclaré ne pas pouvoir le faire en raison des difficultés à trouver un remplaçant, en particulier pour les MG exerçant en milieu rural.

Les femmes ont plus souvent recours à un remplaçant que les hommes, mais sans différence significative nette entre les 2 sexes ($p = 0,29$).

Ceci pourrait s'expliquer par une proportion d'homme, exerçant en milieu rural ou seul, plus importante, accentuant ainsi les difficultés pour eux à trouver un remplaçant compte tenu d'une charge de travail trop lourde ou d'un éloignement géographique.

4.2.4 Organisation et gestion du cabinet

a) Secrétariat médical

Les femmes MG ont plus recours à un secrétariat médical et plutôt téléphonique alors que les hommes MG disposent plus souvent d'un secrétariat sur place (66% contre 31% des femmes MG) ($p = 0,014$).

Cette répartition peut s'expliquer par un nombre de MG de sexe masculin plus important en milieu rural avec une charge de travail plus importante et par conséquent, la volonté pour faciliter leur exercice de déléguer à une secrétaire la gestion des plannings de consultations et des diverses sollicitations téléphoniques.

Les femmes MG de notre échantillon sont plus nombreuses à déclarer avoir recours à un secrétariat que leurs confrères masculins, cependant afin d'affiner nos résultats il aurait été intéressant de poser la question "Qui répond au téléphone ?" : les compagnes des MG hommes ne travaillant pas ne font-elle pas office de secrétaire en répondant aux sollicitations téléphoniques de leur conjoint ?

b) Informatique

Près de 9 généralistes sur 10 (90%) de notre échantillon utilisent l'ordinateur de façon courante dans leur activité professionnelle (89% des hommes et 91% des femmes).

On ne retrouve pas de différence significative selon le sexe ($p = 0,64$).

c) Comptabilité

Les hommes et femmes MG de l'échantillon n'effectuent pas de la même façon leur comptabilité ($p = 0,009$).

1 médecin généraliste sur 2, homme ou femme, a recours à un expert comptable.

Cependant les femmes MG sont plus nombreuses que leurs confrères masculins à déclarer faire leur comptabilité elles-mêmes : 36% des femmes contre 27% des hommes MG.

Le recours au conjoint est nettement plus fréquent chez l'homme MG que chez la femme : 19% des hommes MG déclarent que c'est leur conjoint qui effectue la comptabilité contre seulement 5% des femmes.

Les femmes MG effectuent plus fréquemment leur comptabilité plutôt que de la confier à leur conjoint.

Est-ce parce qu'un certain nombre de "femmes conjoints" des hommes MG déclarées sans profession ont plus de temps pour faire le secrétariat, la comptabilité et le reste ?

L'étude réalisée par la DRESS en 2012 intitulée *"l'emploi du temps des médecins généralistes"* confirme que l'aide des conjoints dans ce domaine reste fréquente: 40% des médecins déclarent que leur conjoint « les aide dans leurs activités professionnelles (secrétariat, comptabilité, gestion...) ». Cette situation est plus fréquente parmi les médecins exerçant en zone rurale (54% contre 35% parmi ceux qui exercent en zone urbaine) et lorsqu'ils exercent seuls (52% contre 32% pour ceux installés en groupe). (25)

Il est observé également des variations selon l'âge, l'aide du conjoint étant moins courante pour les médecins les plus jeunes (30% des moins de 45ans contre 43% des 45 ans ou plus).

4.2.5 Formation médicale continue, loisirs

a) Formation médicale continue (FMC)

Les médecins généralistes ont l'obligation déontologique de suivre des formations médicales continues (FMC) et de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), qui relèvent depuis la loi du 21 juillet 2009 *"Hôpital, patients, santé et territoire"* du développement professionnel continu (DPC).

Plus d'un tiers des MG de notre échantillon (34%) déclare consacrer entre 0 et 3 journées par an à la FMC (33% des hommes MG versus 35% des femmes). 35% de l'échantillon consacrent entre 4 et 8 journées par an à leur formation (39% des hommes, 31% des femmes).

On ne retrouve pas de différence significative entre hommes et femmes ($p = 0,63$).

Nos résultats sont différents de ceux retrouvés dans l'étude réalisée par la DRESS décrite précédemment : les médecins y consacrent en moyenne 13 demi-journées par an, dont une partie peut avoir lieu au sein de leur cabinet. 10% y ont consacré au maximum une demi-journée (ou soirée) dans l'année, et 10% trente demi-journées ou plus. En outre, les médecins généralistes déclarent consacrer en moyenne 2 heures au cours de la semaine à la lecture de journaux ou d'articles médicaux (25).

b) Loisirs et activités extra professionnelles

Les hommes MG consacrent plus de temps à leurs loisirs que les femmes MG ($p = 0,011$).

Plus de la moitié des hommes MG de l'échantillon (54%) y consacre plus de 4 h par semaine, 23% y consacrent entre 4 et 5 h par semaine et 31% plus de 5h par semaine.

Leurs consœurs, qui travaillent pourtant une demi-journée de moins, ont moins de temps libre (46% d'entre elles consacrent 2 à 3 h par semaine à leurs loisirs).

Les femmes MG accorderaient-elle plus de temps à la gestion de leur vie de famille et de leur maison (les tâches ménagères étant difficilement assimilables à des loisirs) ?

L'INSEE a réalisé une étude sur le temps consacré aux activités quotidiennes. On remarque que l'importance des activités de loisirs chez les actifs occupés est croissante avec le diplôme, la catégorie sociale et le temps de travail. En effet, cette étude montre que les personnes travaillant beaucoup cumulent activités professionnelles, sociales, sportives et culturelles en réduisant leur temps d'activité dites passive (sommeil, télévision). La pratique de loisirs culturels est déterminée par les diplômes, le revenu et le lieu d'habitation, les villes offrant plus de possibilités de sorties culturelles et les milieux semi-urbains et ruraux étant plus favorables aux loisirs de plein air. (26)

4.2.6 Satisfaction personnelle et professionnelle

Les MG de l'échantillon, tout sexe confondu, se déclarent satisfaits de leur vie professionnelle actuelle attribuant un score de 6,6/10 (6,7/10 pour les hommes et 6,6/ 10 pour les femmes) sur l'échelle de satisfaction professionnelle actuelle.

Parmi les raisons de cette satisfaction beaucoup évoquent une relation médecin-patient particulière en médecine générale avec une prise en charge globale de leur patient et un suivi de celui-ci tout au long de son parcours de vie.

La pratique très variée et diversifiée est également souvent mentionnée avec l'impression de se "sentir utile".

Certains médecins généralistes soulignent également la liberté d'exercice et d'organisation du temps de travail.

Dans son travail de thèse réalisé en 2010 et intitulé *SATISFACTION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLES DEPUIS PLUS DE 10 ANS : UNE ETUDE QUALITATIVE*, Aude LAVERRIERE démontre que cette satisfaction professionnelle des médecins généralistes est fortement liée à la notion de plaisir d'exercer ce métier. Le plaisir se retrouve à travers la passion des relations humaines, de la relation médecin-malade, d'un métier riche de sa diversité, de sa pluridisciplinarité et de son renouveau perpétuel. Il apparaît aussi fortement lié au confort d'exercice et à l'indépendance qu'apporte une profession libérale. (27)

Les femmes MG de notre échantillon estiment avoir un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle que leurs confrères masculins, attribuant une score de 6,3/10 sur l'échelle de satisfaction versus 5,6/10 pour les hommes. Nos résultats sont discordants avec l'étude réalisée par l'URML de Rhône-Alpes en 2005 concernant la féminisation de la profession médicale : des femmes dont l'orientation professionnelle a été, plus souvent que pour les hommes, dictée par des contraintes externes, ce choix étant influencé par le souhait de garantir une qualité de vie et soumis à certaines contraintes telles que l'éducation des enfants ou la carrière du conjoint.

Cette étude met en évidence un décalage fréquent entre les aspirations initiales et la réalité actuelle et un équilibre bien difficile entre vie professionnelle et vie familiale. De même, le regret de ne pas avoir su trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (35%) n'est pas plus fréquent dans un sexe que dans l'autre. Les femmes y sont cependant plus nombreuses que les hommes à parler d'une vie professionnelle sacrifiée et souvent aussi, d'avoir le sentiment d'avoir perdu sur les deux tableaux (33% proportion particulièrement élevée chez les femmes généralistes). (28)

Le contraste avec notre étude réalisée 10 ans après ne serait il pas le témoin d'une évolution des mœurs et des attentes des médecins avec de jeunes générations, plus féminisées accordant une place plus importante à leur vie personnelle et adaptant au mieux leur activité professionnelle afin d'obtenir un meilleur équilibre ?

4.2.7 Des regrets ?

Plus de 2/3 des MG (69%) feraient le même choix de profession (65% des hommes et 73% des femmes MG).

Les hommes MG sont plus nombreux que les femmes à déclarer avoir des regrets et à exprimer leur désir de changement de profession (30% contre 19% des femmes MG) mais sans différence significative entre les 2 sexes ($p = 0,27$).

Parmi les raisons évoquées pour un changement d'orientation, nous retrouvons en priorité la notion de charge administrative de plus en plus chronophage mais également le manque de considération et de reconnaissance de la profession par les pouvoirs publics, les caisses d'assurance maladie et certains confrères d'autres spécialités.

Les médecins évoquent également, une rémunération insatisfaisante et inadaptée par rapport aux contraintes de temps et à la charge de travail effectuée.

Certains mentionnent le manque de respect des patients devenus trop exigeants.

Dans notre enquête les hommes MG sont plus nombreux que leurs consœurs à exprimer leur souhait de changement de profession. Est-ce dû à un âge plus avancé ou à un mode d'exercice différent de celui des femmes ?

Dans son travail de thèse réalisé, en 2013, et intitulé "*Orientation socio-professionnelle des médecins généralistes: l'exemple de la promotion 1995-1996 de première année de troisième cycle de médecine générale dans l'inter-région Sud Ouest* ", Pierre-Jean BAUDOT démontre que près de 29,4% des médecins ayant changé de parcours professionnel, ont quitté la MG libérale pour une activité salariée et qu'il s'agit le plus souvent de femmes médecins. Les disciplines salariées plébiscitées ont été les urgences, la gériatrie, et un emploi de médecin-conseil CPAM. Les motifs invoqués sont les suivants : la lassitude, une gestion comptable ou administrative lourde, un manque de travail en équipe, une mésentente entre associés, mais également le souhait de privilégier la vie de famille en s'imposant un rythme de travail moins restrictif. (29)

Les raisons évoquées dans ce travail quant au changement d'une activité libérale au profit d'une activité salariée sont identiques à celles évoquées dans la thèse d'Emilie Passerieux en 2014, étudiant l'évolution socio-professionnelle des médecins généralistes en prenant l'exemple des étudiants en première année de résidanat en 1986 pour les régions du Limousin et de l'Aquitaine.

Conclusion

Notre enquête, a permis grâce à un taux de participation (54,3%) et une représentativité fort acceptable d'étudier les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des MG libéraux installés en Région Limousin.

La profession de MG accueille de plus en plus de femmes et cette évolution est constante depuis plusieurs années. Quels en sont les impacts sur la médecine générale libérale ?

Nous avons choisi de comparer les conditions de vie et d'exercice entre les hommes et femmes MG libéraux installés en Limousin afin de définir les caractéristiques personnelles et professionnelles propres à chacun mais également de déterminer l'influence de cette féminisation de la médecine générale sur la pratique des hommes MG.

Près de la moitié des MG (49%) sont âgés de plus de 55 ans, les femmes MG sont cependant plus jeunes que leurs homologues masculins.

La majorité des MG vit en couple (89%), plus fréquemment les hommes MG.

L'activité professionnelle du conjoint est sensiblement différente selon le sexe du médecin : les conjoints des femmes MG exercent plus fréquemment une activité professionnelle que les compagnes des hommes MG.

Les hommes MG ont un nombre moyen d'enfants plus élevé que leurs consœurs (48% ont entre 3 et 4 enfants), cette différence étant probablement liée à des contraintes familiales et domestiques gérées par les femmes en même temps que leurs contraintes professionnelles mais également à un problème générationnel, les MG les plus jeunes, sexe confondu, ayant moins d'enfants.

Les femmes MG s'installent plus tardivement que les hommes probablement pour des raisons familiales et personnelles.

L'installation en cabinet de groupe est majoritaire sans lien avec le sexe mais prépondérante chez les jeunes générations de MG.

Les MG de l'échantillon travaillent en moyenne 9,3 demi-journées par semaine. Les hommes MG travaillent une demi-journée de plus par semaine que leurs consœurs avec une charge de travail quotidienne plus importante que celles-ci (22% d'entre eux déclarent effectuer plus de 30 actes par jour contre 5% des femmes).

Les hommes MG effectuent plus de visites à domicile que les femmes MG et ce quel que soit le milieu d'exercice.

La majorité des MG de l'échantillon participent à la PDSA (62%) réalisant en moyenne 2 gardes de nuit par mois et 1,4 gardes de week-end par trimestre. Les femmes MG y participent autant que leurs confrères masculins

Les MG de notre échantillon prennent des vacances, le plus souvent en les fractionnant. Les femmes MG s'absentent plus longtemps que leurs confrères masculins, (47% d'entre elles prennent entre 6 à 9 semaines de vacances par an). Notre étude démontre également une différence entre les générations, les jeunes médecins prennent plus de congés que leurs confrères plus âgés.

Concernant l'organisation du cabinet, 90% des MG utilisent de façon courante l'informatique.

Les femmes MG ont plus souvent recours à un secrétariat médical et plutôt téléphonique tandis que les hommes MG disposent plus souvent d'un secrétariat sur place.

Les hommes et femmes MG de l'échantillon n'effectuent pas de la même façon leur comptabilité : 1 médecin généraliste sur 2, homme ou femme, a recours à un expert comptable.

Cependant les femmes MG sont plus nombreuses que leurs confrères masculins à déclarer faire leur comptabilité elles-mêmes (36% des femmes contre 27% des hommes) et le recours au conjoint est nettement plus fréquent chez l'homme MG que chez la femme probablement lié au fait que les compagnes des hommes MG sont le plus souvent sans profession donc plus disponible pour aider leur mari dans leur activité.

Les hommes MG consacrent plus de temps à leurs loisirs que leurs consœurs, elles qui travaillent pourtant une demi-journée de moins, ont moins de temps libre (46% d'entre elles consacrent 2 à 3 h par semaine à leurs loisirs).

Les MG de l'échantillon, tout sexe confondu, se déclarent satisfaits de leur vie professionnelle actuelle : beaucoup évoquent une relation médecin-patient particulière avec une prise en charge globale du patient et un suivi de celui-ci tout au long de son parcours de vie.

Parmi les raisons évoquées pour un changement d'orientation, nous retrouvons en priorité la notion de charge administrative importante, le manque de considération et de reconnaissance de la profession par les pouvoirs publics, les caisses d'assurance maladie et certains confrères d'autres spécialités. Les médecins évoquent également, une rémunération insatisfaisante et inadaptée par rapport aux contraintes de temps et à la charge de travail effectuée. Certains mentionnent le manque de respect des patients devenus trop exigeants.

Les femmes MG estiment avoir un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle que leurs confrères masculins. Ce contraste ne serait-il pas le témoin d'une évolution des mœurs et des attentes des médecins avec de jeunes générations, plus féminisées accordant une place plus importante à leur vie personnelle et adaptant au mieux leur activité professionnelle afin d'obtenir un meilleur équilibre ?

Notre étude montre qu'il perdure des différences quant aux conditions de vie et d'exercice entre hommes et femmes MG. Cependant le modèle traditionnel du médecin entièrement disponible et dévoué à sa patientèle aurait tendance à disparaître. Les habitudes changent, cela ne signifie pas travailler moins, mais travailler mieux. Le temps consacré au travail doit être efficace, et ne doit pas empiéter sur le temps personnel. Déléguer ce qui est possible, s'organiser avec les confrères, éduquer les patients, diversifier son activité, se former et garder du temps pour soi et sa famille. De nombreux hommes MG modifient leurs pratiques. Ce constat est particulièrement visible chez les jeunes générations.

Références bibliographiques

- (1) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Atlas de la démographie en France. Situation au 1^{er} janvier 2014.
- (2) ATTAL TOUBERT K. VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES Etudes et résultats N°12 février 2009.
- (3) OBSERVATOIRE DES INEGALITES : Les professions médicales mal réparties sur le territoire. 23 Octobre 2012.
- (4) COUFIGNALA.LUCAS-GABRIELLI V. MOUSQUE S J : Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001. Bulletin d'information en économie de santé. Décembre 2002.
- (5) VEYRIRAS CHEMILLE A. Critères d'installation en secteur libéral rural ou semi rural des femmes médecins généralistes exerçant en Limousin. Année 2008.
- (6) LAPEYRE N., LE FEUVRE N. « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé ». Revue française des affaires sociales. 2005.
- (7) KAHN.BENSSAUDE I. La féminisation: une chance à saisir. Conseil national de l'Ordre des médecins. Décembre 2005.
- (8) INSEE. <http://www.insee.fr/fr/regions/limousin/>
- (9) ARS Limousin. STATIS 2013.
- (10) LEBRETON.LEROUVILLOIS. CNOM. La démographie médicale en région Limousin. Situation en 2013.
- (11) BREUIL-GENIER P.SICART D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. DREES, Études et résultats. 2005:430.
- (12) INSEE. Indicateurs généraux de population par département et région.
- (13) LEGENDRE E, VILLAUME S. Mode de garde et d'accueil des jeunes enfants en 2013 DRESS Etudes et Résultats n° 896 - octobre 2014
- (14) URML. ORS du Limousin. La médecine générale libérale en Limousin : Aspects démographiques, caractéristiques de l'activité, évolution, projets professionnels et projection. Rapport N° 190 Janvier 2008.
- (15) HILTBRAND G. Etude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur lieu d'exercice. Thèse Médecine. 2008, Lyon I.

- (16) LAPEYRE N., LE FEUVRE N. « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé ». Revue Française des Affaires sociales. 2005 ; 59-82.
- (17) HARDY-DUBERNET AC. « Femmes en médecine: vers un nouveau partage des Professions ? ». Revue Française des Affaires sociales. 2005; 35-58.
- (18) DORMONT B, SAMSON AL : Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre génération. ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 414, 2008
- (19) FIVAZ C. et LE LAIDIER S. (2001), « Une semaine d'activité des généralistes libéraux », CNAMTS, Point Stat no 33.
- (20) RIZZO J. et ZECKHAUSER R. (2007), « Pushing Incomes to Reference Points : Why do Male Doctors Earn More ? », Journal of Economic Behavior and Organization, vol. 63, no 3, pp. 514-536.
- (21) COUR DES COMPTES, Rapport sécurité sociale, la permanence des soins chapitre XII septembre 2013.
- (22) CNOM. L'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013.
- (23) ARS Limousin, permanence des soins ambulatoires en Haute Vienne ORULIM
- (24) URML Aquitaine. Hommes, femmes. Quelles différences dans les conditions d'exercice des médecins en Aquitaine ? 2007.
- (25) JAKOUBOVITCH S, BOURNOT M C, CERCIER E, TUFFREAU F, L'emploi du temps des médecins généralistes. DRESS Etudes et résultats n° 797 - mars 2012
- (26) DUMONTIER F, GUILLEMOT D, MEDA D. L'évolution des temps sociaux au travers des enquêtes. Emploi du temps. Economie et Statistique [Internet]. 2002 ;(n° 352-353).
- (27) LAVERRIERE A. Satisfaction professionnelle des médecins généralistes installés depuis plus de 10 ans : une étude qualitative Année 2010 N°2010-05
- (28) FERLEY J, DA SILVA E. Trois études sur la féminisation de la profession médicale. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes; 2005.
- (29) BAUDOT P J. Orientation socio -professionnelle des médecins généralistes : l'exemple de la promotion 1995-1996 de première année de troisième cycle de médecine générale dans l'inter-région Sud-Ouest. Année 2013.

Table des annexes

Annexe 1. Questionnaire	100
Annexe 2. Commentaires libres.....	104

Annexe 1

ETUDE COMPARATIVE DES CONDITIONS DE VIE ET D'EXERCICE DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLES EN LIMOUSIN, SELON LEUR SEXE .

Cher(e) confrère ,

Je me permets de solliciter votre aide dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine générale explorant les conditions de vie et d'exercice des médecins généralistes installés en région Limousin selon leur sexe .

Merci de remplir ce questionnaire dont les données resteront anonymes et de le retourner à l'aide de l'enveloppe timbrée jointe avant le 28 Février 2015

Mlle GOULET Carine,
Le jarrypigier ; 24620 PEYZAC LE MOUSTIER
06 27 14 07 89. carineg24@hotmail.fr

Dans l'attente d'une réponse de votre part , veuillez agréer , cher(e) confrère l'expression de mes sentiments les meilleurs .

SITUATION PERSONNELLE

1) Quel est votre sexe ? Masculin Féminin

2) Quel âge avez-vous ?

< 35 ans entre 35 et 45 ans entre 46 et 55 ans > 55 ans

3) Vivez- vous en couple ? : OUI NON

Si OUI quelle est la profession de votre conjoint ?

- Artisan , commerçant(e) ou chef d'entreprise
- Cadres
- Profession libérale .
- Agriculteur , exploitant
- Employé(e) , ouvrier(e) .
- Retraité(e)
- Sans Profession .

4) Avez-vous des enfants ? OUI NON

a) Si Oui combien ?

1 – 2 3 – 4 5 et plus .

b) Si vous êtes une femme : à la naissance de votre premier enfant :

Quel âge aviez-vous ?

20- 25ans 26-30 ans 31-35ans > 35 ans

Vous travailliez :

En salariat En libéral Étudiant(e) Autres (Précisez) :.....

c) Quel est ou a été leur mode de garde ?

- Conjoint
- Famille
- Garde d'enfant à domicile
- Crèche ou halte garderie
- Assistante maternelle

d) Le temps passé avec vos enfants vous paraît-il adapté et conforme à votre idée de la vie de famille ?

OUI , temps suffisant

NON , temps insuffisant

SITUATION PROFESSIONNELLE

a) Votre installation

1) Quelle est l'année de votre première installation ? :

2) Quel âge aviez-vous lors de votre première installation ?

25 -30 ans

31 -35 ans

36 -40 ans

> 40 ans

3) Vous êtes installée en milieu :

- Urbain
- Rural
- Semi rural

4) Exercez –vous une activité libérale exclusive : OUI NON

Si NON Quelle est la part de salariat : 10 % 25 % 50% > 75%

5) Vous exercez :

- Seul (e)
- En groupe (Précisez) : Nombre d'associés Masculins :
Féminins :

b) Organisation de votre exercice

1) Exercez-vous une MEP ? : OUI NON

Si OUI , a) Quelle activité complémentaire exercez –vous ?

- Homéopathie
- Ostéopathie
- Acupuncture
- Nutrition
- Médecine du sport

b) Quelle part de votre activité celle-ci représente-t-elle ?

10%

25 %

50%

75 %

100%

14) Combien de jour ou soirée par an consacrez-vous à la FMC ?

0 - 3

4 – 8

9 – 12

> 12

15) Combien de temps par semaine consacrez-vous en moyenne à vos loisirs et activités extra professionnelles ?

< 1 h /sem

2h - 3 h/sem

4h – 5 h/sem

> 5 h/ sem

CONCLUSION

1) Donnez une note de satisfaction à votre vie professionnelle actuelle :/ 10

(0 : totalement insatisfait(e) 10 : Parfaitement satisfait(e))

2) Donnez une note de satisfaction à votre équilibre vie professionnelle / vie personnelle :/10

(0 : totalement insatisfait(e) 10 : parfaite satisfait(e))

3) Si pouviez revenir en arrière, choisiriez-vous la même profession, médecin généraliste ?

OUI

NON

Si OUI pourquoi ?
.....
.....
.....
.....

Si NON, pourquoi ?
.....
.....
.....
.....

En vous remerciant pour votre précieuse collaboration

Annexe 2

Commentaires libres (extraits de quelques questionnaires)

A la question : " Si vous pouviez revenir en arrière, choisiriez-vous la même profession, médecin généraliste ?"

Homme de plus 55 ans

"NON, l'emprise du métier sur la vie familiale et sociale est beaucoup trop importante"

Homme de plus de 55 ans

"NON, vie de servitude et non choix .Ce n'est pas un métier libéral mais salarié déguisé par la CPAM et la société"

Homme de plus de 55 ans

"OUI, car c'est la médecine la plus variée , intéressante et attachante"

Homme âgé entre 46 et 55 ans

" OUI : qualité et intérêt de la relation médecin-patient, prise en charge globale du patient, variation de notre activité "

Homme âgé entre 46 et 55 ans

"NON, discipline mal valorisée, trop de contrainte administrative"

Homme âgé entre 35 et 45 ans

"OUI, malgré la mauvaise image de la médecine générale elle reste à mes yeux LA MEDECINE telle que je la conçois où je soigne des patients et non des organes ..."

Homme âgé entre 35 et 45 ans

"NON, métier absolument dévalorisé , épuisant physiquement et mentalement, pouvoir d'achat ridicule au regard du temps passé , administratif écrasant, sacrifices personnels et familiaux incompatibles avec un début de semblant de bien être"

Homme âgé entre 46 et 55 ans

"OUI, je ne me vois vraiment pas faire autre chose !"

Homme âgé de plus de 55 ans

"OUI, parce qu'il s'agit d'une profession où la relation humaine est importante et que j'aime ce côté relationnel. Par ailleurs soigner les gens leur apporter du soulagement, bien sur quand cela est possible me plait bien"

Homme âgé entre 35 et 45 ans

"NON, trop de contraintes de temps , pression et stress au travail.."

Femme âgée entre 46 et 55 ans

"OUI, contact avec l'être humain, variété des pathologies, accompagnement de la personne de l'enfance à la vieillesse, richesse des rapports humains"

Femme âgée entre 46 et 55 ans

" NON, trop de tracasseries administratives , patients de plus en plus agressifs et irrespectueux"

Femme âgée entre 35 et 45 ans

"NON, c'est le manque de respect et de reconnaissance auprès des patients et de nos confrères spécialistes qui me gênent le plus"

Femme âgée de moins de 35 ans

"OUI, car j'aime la médecine générale, le contact et le relationnel avec les patients, travail varié, motif de consultation différent d'un patient à l'autre"

Femme âgée de moins de 35 ans :

"NON, trop de harcèlement, trop de travail de responsabilité et de stress, mais je ne choisirai pour rien au monde une autre spécialité : médecine générale ou pas médecin du tout !"

Femme âgée de plus de 55 ans

"NON, c'est satisfaisant mais on en fait vite le tour, je pense que ce n'était pas ma voie"

Femme âgée de plus de 55 ans

"OUI, ce métier correspond tout à fait à ce que j'ai choisi au départ : varié, stimulant, passionnant, l'équilibre avec la vie privée n'est pas toujours facile à trouver car cela demande beaucoup d'heure de présence, c'est à organiser"

Femme âgée de plus de 55 ans

"OUI j'adore mon travail, surtout le côté relationnel avec les patients"

Femme âgée de moins de 35 ans

"OUI, activité très variée (gériatrie , pédiatrie), indépendance de l'exercice"

Femme âgée de plus de 55 ans

"OUI, je ne sais faire que ça et je m'éclate !"

Table des figures

Figure 1 : Effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 1979 à 2014	19
Figure 2 : Les effectifs actifs/retraités de 2006 à 2014.....	20
Figure 3 : Pyramide des âges des médecins en activité régulière – France entière.....	20
Figure 4 : Pyramide des âges des spécialités en médecine générale – France entière	21
Figure 5 : Densité régionale en activité régulière	22
Figure 6 : Densité médicale en activité régulière. Le devenir des régions en 2020	23
Figure 7 : Densités régionales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre, en activité régulière.	24
Figure 8 : Comparaison des densités 2007/2014 à l'échelle régionale.....	25
Figure 9 : Densité départementale des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière	26
Figure 10 : Variation des densités départementales 2007/2014 en médecine générale à l'échelle départementale	27
Figure 11 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants, à l'échelle des bassins de vie	32
Figure 12 : Pyramide des âges des médecins généralistes – Région Limousin	33
Figure 13 : Répartition de l'échantillon par sexe	36
Figure 14: Répartition des MG de l'échantillon selon le sexe et par tranche d'âge.....	37
Figure 15 : Situation matrimoniale des MG, sexe confondu	38
Figure 16 : Répartition des professions des conjoints selon le sexe	38
Figures 17 et 18 : Répartition du nombre d'enfants des MG selon le sexe	40
Figure 19 : Répartition des femmes MG selon l'âge lors de la première grossesse	41
Figure 20 : Mode de garde des enfants	43
Figure 21 : Répartition des MG en fonction de leur âge d'installation.....	44
Figure 22 : Répartition des MG selon le milieu d'exercice.....	45
Figure 23 : Répartition des MG selon le milieu d'exercice et selon le sexe	46
Figure 24 : Répartition des MG exerçant en groupe	47
Figure 25: Répartition des MG exerçant en groupe, selon le sexe.....	47
Figure 26 : Répartition entre mode d'exercice allopathique exclusif ou mixte de l'activité des MG selon le sexe.....	49
Figure 27 : Répartition de l'activité complémentaire exercée selon le sexe	50
Figure 28 : Répartition de l'ensemble des MG selon le nombre de demi-journées travaillées .	51
Figure 29: Répartition des MG selon le nombre de demi-journées travaillées et selon le sexe	52
Figure 30 : Répartition des MG selon le nombre d'actes quotidiens réalisés	53
Figure 31 : Répartition des MG selon le nombre d'actes quotidiens réalisés et le sexe	54
Figure 32 : Répartition des MG en fonction du nombre de visites hebdomadaires réalisées et selon le sexe	57
Figure 33 : Répartition de l'échantillon selon leur participation à la PDSA	60
Figure 34 : Répartition des MG selon leur participation à la PDSA et selon le sexe.....	60
Figure 35 : Répartition des MG en fonction du nombre de garde de nuit effectuée / mois	61
Figure 36 : Répartition des MG en fonction du nombre de garde de nuit effectuée / mois et selon le sexe	62
Figure 37 : Répartition des MG selon le nombre de week-end de garde / trimestre.....	63

Figure 38 : Répartition des MG selon le nombre de week-end de garde/ trimestre et selon le sexe	63
Figure 39 : Répartition des MG selon le nombre de semaine de vacances / an.....	64
Figures 40 et 41 : Répartition des MG selon le nombre de vacances par an et selon le sexe	65
Figure 42 : Répartition de l'échantillon en fonction du recours à un remplaçant au cours des congés.....	67
Figure 43 : Recours à un remplaçant en fonction du sexe	67
Figure 44 : Recours à un secrétariat médical en fonction du sexe	68
Figure 45 : Type de secrétariat selon le sexe du médecin	68
Figure 46 : Répartition des MG selon l'utilisation ou non de l'informatique.....	69
Figure 47 : Utilisation de l'informatique selon le sexe	69
Figure 48 .Répartition des MG selon le type de comptabilité utilisée	70
Figures 49 et 50: Répartition des MG selon le type de comptabilité utilisée et selon le sexe	70
Figure 51 : Temps consacré à la FMC par les MG selon le sexe	71
Figure 52 : Temps consacré aux loisirs par le MG selon le sexe	72
Figure 53 : Répartition des MG du Limousin selon leur sexe et leur désir de changement de profession.....	73

Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition des professions des compagnes selon l'âge du MG homme.....	39
Tableau 2 : Répartition du nombre d'enfants en fonction de l'âge du MG	40
Tableau 3 : Répartition du nombre d'enfants selon l'âge et le sexe du MG	41
Tableau 4 : Répartition des femmes MG selon leur âge et l'âge de leur première grossesse.....	42
Tableau 5 : Répartition des hommes MG selon leur âge et l'âge d'installation.....	45
Tableau 6 : Répartition des MG selon leur milieu d'exercice et selon l'âge	46
Tableau 7 : Répartition des MG en fonction de l'âge et du mode d'exercice	48
Tableau 8 : Mode d'exercice en groupe ou seul des MG en fonction de l'âge et du sexe	48
Tableau 9 : Répartition des MG selon leur âge et le mode d'exercice allopathique exclusif ou mixte.....	49
Tableau 10 : Répartition des MG selon le nombre de demi-journées travaillées et selon l'âge ..	53
Tableau 11: Répartition des MG selon la part d'actes effectués sur RDV et selon le sexe....	55
Tableau 12 : Répartition des MG selon la part d'actes effectués sur RDV selon le sexe, en milieu rural.....	55
Tableau 13 : Répartition des MG selon la part d'actes effectués sur RDV selon le sexe, en milieu urbain	56
Tableau 14 : Répartition des MG selon la part d'actes effectués sur RDV selon le sexe, en milieu semi rural	57
Tableaux 15 - 16 et 17 : Répartition des MG selon le nombre de visites effectuées par semaine, selon le sexe des MG et en fonction de chaque milieu d'exercice	58 - 59
Tableau 18 : Répartition des MG selon le mode de participation à la PDSA et le sexe.....	61
Tableau 19 : Répartition des MG selon le nombre de vacances par an et selon leur âge	65
Tableau 20 : Répartition des MG selon le nombre de vacances par an, le sexe et l'âge.....	66

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, puisse-je avoir un sort contraire.

Étude comparative des conditions de vie et d'exercice des médecins généralistes libéraux installés en Limousin, selon leur sexe.

Résumé :

La qualité de vie et les conditions d'exercice des femmes médecins généralistes MG libérales installées en Limousin sont-elles différentes de celles de leurs confrères masculins ? Une enquête descriptive et comparative analyse les réponses de 78 MG femmes et de 90 MG hommes début 2015. Cet échantillon est représentatif de la population cible. Il perdure des différences quant aux conditions de vie et d'exercice entre hommes et femmes MG. Les femmes sont plus jeunes, vivent moins souvent en couple. L'activité professionnelle du conjoint diffère selon le sexe : les femmes MG ont plus souvent un conjoint actif. Les femmes MG ont moins d'enfants et s'installent plus tardivement que les hommes. L'installation en cabinet de groupe est majoritaire sans lien avec le sexe mais prépondérante chez les moins de 55 ans. Elles travaillent 8,6 demi-journées par semaine contre 9,8 pour les hommes, effectuent moins de visites à domicile et ce quel que soit le milieu d'exercice, participent comme 2/3 des MG à la PDSA mais de manière différente (plus souvent régulateur, moins souvent en visite) avec 2 nuits par mois et 1,4 week-end par trimestre. Elles prennent plus de vacances comme les médecins les plus jeunes d'ailleurs, ne prennent pas moins de remplaçants, ont plus souvent recours à un secrétariat médical et plutôt téléphonique, font plus souvent leur comptabilité elles-mêmes en demandant moins l'aide du conjoint, participent autant à la FMC. Les MG de l'échantillon se déclarent satisfaits de leur vie professionnelle actuelle avec un score moyen de 6,6/10. Plus de 2/3 d'entre eux feraient le même choix de profession (65% des hommes et 73% des femmes). Les hommes MG des jeunes générations modifient aussi leurs pratiques.

Mots-clés : Médecins généralistes libéraux, Limousin, hommes, femmes, activité professionnelle, conditions de vie.

Abstract :

Are the quality of life and working conditions of female general practitioner (GP) in liberal living in the Limousin different from those of their male colleagues? A descriptive and comparative survey analyses answers from 78 female GPs and 90 male GPs at the beginning of 2015. This sample represents the target population. Differences between male and female GPs living and working conditions persist. Women are younger and less often in couples. The professional activity of the spouse differs according to gender: female GPs have more often an active spouse. Female GPs have fewer children and settle down later than men. Not related to gender, working in a group practice represents a majority but predominant under the age of 55. They work 8,6 half days a week compared with 9,8 for males. Regardless of their practice context, they make fewer home visits, and participate in after hours ambulatory care as two thirds of GPs but in a different way (more often as regulating doctors, less often on a visit) with 2 nights a month and 1,4 weekend a quarter. They take more holidays such as the younger doctors, don't take less locums, have more often recourse to a Medical Office and rather telephonic, perform their accounting themselves by asking for less help from their spouse and participate as much as men in CME. GPs in the sample, express their satisfaction with their current professional life with an average score of 6,6/10. More than two thirds of them would make the same professional choice (65% of men and 73% of women). Male GPs of the young generations change their practices too.

Keywords : General practitioners in liberal, Limousin, male, female, professional activity, living condition

GP: General Practitioner

CME: Continuing Medical Education