

Etude



Etude de la féminisation  
de la profession médicale  
et de son impact  
Approche quantitative et qualitative  
Enquête auprès des médecins en exercice

*Une étude de  
l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes*



Réalisation de l'étude : CAREPS Rapport n° 418.A



**ETUDE DE LA FEMINISATION  
DE LA PROFESSION MEDICALE  
ET DE SON IMPACT  
APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE  
Enquête auprès des médecins en exercice**

**Une étude de  
l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes  
conduite dans le cadre de la Commission Démographie**



URMLRA  
20, rue Barrier  
69006 Lyon

Tél : 04 72 74 02 75  
Fax : 04 72 74 00 23  
Mail : [urmlra@urmlra.org](mailto:urmlra@urmlra.org)  
[www.urmlra.org](http://www.urmlra.org)

**Comité de Pilotage :**

*Patrick ROMESTAING, Président de la Commission Démographie*

*Paul BERLIER (gynécologue, Loire) ; Pierre BERTHET (radiologue, Isère) ; Jacques CATON (orthopédiste, Rhône) ; Isabelle DUSSEY (anatomopathologiste, Haute-Savoie) ; Eric EGLINGER (généraliste, Loire) ; Marc JALON (généraliste, Rhône) ; Florence KALT-BINDER (généraliste, Haute-Savoie) ; Bernard MEYER (anesthésiste, Ardèche) ; Emile OLAYA (généraliste, Ardèche) ; Nicole PUECH (généraliste, Ain) ; Marcelle RECHE (généraliste, Loire) ; Jean STAGNARA (pédiatre, Rhône) ; Jean-Pierre TELMON (généraliste, Drôme)*

**Une étude réalisée par le**



**Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire**

*Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA  
avec la collaboration de Thomas GULIAN*

**Frappe du rapport**

*Murielle FABBIAN*

**Logistique de l'enquête postale**

*Catherine PETEL*

Nous tenons à remercier pour leur disponibilité et leur collaboration à cette étude les 807 médecins qui ont renvoyé leur questionnaire.

**CAREPS**

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE

Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : [contact@careps.org](mailto:contact@careps.org)



**ETUDE DE LA FEMINISATION DE LA PROFESSION MEDICALE ET DE SON IMPACT  
APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE  
Enquête auprès des médecins en exercice**

**Une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes  
dans le cadre de sa commission Démographie  
Comité de Pilotage animé par :  
*Patrick ROMESTAING, Président de la Commission***

**Etude réalisée par le CAREPS  
Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
*Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA***

**Rapport N°418.A - Octobre 2003**

## **EDITORIAL**

L'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes a entamé, depuis six ans, une vaste étude sur la démographie des professions de santé.

Après une étude exhaustive de la bibliographie internationale sur les problèmes de démographie médicale dans les pays occidentaux, la mise au point d'une modélisation de l'offre de médecins basée sur les données d'activité de consommation permettant des simulations de changement de pratiques, l'URML Rhône-Alpes a étudié la démographie des différentes spécialités : chirurgiens orthopédistes, gastro-entérologues, pédiatres, anesthésistes réanimateurs, gynécologues obstétriciens, dermatologues...

Dans le cadre de ses études, l'URML Rhône-Alpes a souhaité savoir quels étaient l'impact et les conséquences de la féminisation des professions de santé sur l'exercice médical, mais aussi son impact sur l'offre de soins.

Cette étude réalisée en collaboration avec le CAREPS, à la fois qualitative et quantitative, repose sur trois axes dont :

- une enquête postale auprès d'un échantillon aléatoire de 1.500 médecins en exercice hommes et femmes, généralistes et spécialistes, d'exercice libéral ou hospitalier
- un essai de reconstitution du cursus de cohortes d'anciens étudiants
- une enquête auprès d'une promotion d'étudiants en sixième année DCEM4.

Seule la première approche a, pour l'instant, été réalisée mais est néanmoins très riche de renseignements.

**CAREPS**

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE  
Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : [contact@careps.org](mailto:contact@careps.org)

En effet, au cours des vingt prochaines années, le corps médical va connaître une raréfaction de l'offre due au numerus clausus mais également au vieillissement du corps médical et à sa féminisation. En effet, en 2001 36% des médecins en exercice étaient des femmes, elles n'étaient que de 24% en 1984, cette proportion étant de 39% en Rhône-Alpes en 2003.

Tous âges confondus, les femmes représenteront à l'horizon de 2020 50% des médecins en exercice. La féminisation de la profession médicale est donc une réalité avec laquelle vont devoir compter les institutions professionnelles, les décideurs et les tutelles.

Cette étude montre que, tant qualitativement que quantitativement l'activité « moyenne » des femmes médecins n'est pas équivalente à celle des médecins de sexe masculin. Sans provocation aucune, on ne peut considérer comme valide sur le plan quantitatif l'équation « un médecin femme = un médecin homme ».

La projection démographique sur lesquels devraient s'appuyer ceux qui ont en charge la planification de la santé, n'aura de sens que si ces particularismes sont pris en compte notamment sur le numerus clausus. Ne pas le faire serait inconséquent, car l'activité des femmes n'est pas égale à celle des hommes, ceci n'étant pas un jugement de valeur mais simplement une constatation dont il faut tenir compte. Les femmes sont plus souvent salariées que les hommes (48% contre 30%), avec une activité à temps partiel beaucoup plus importante (38% des femmes salariées ont une activité à temps partiel contre 6% des hommes) et un volume d'activité globalement moins important, en ce qui concerne l'activité libérale ou les urgences.

Chez les spécialistes libéraux, certaines disciplines sont largement privilégiées par les femmes : gynécologie médicale 90%, endocrinologie 65%, dermatologie 64%, pédiatrie 54% au contraire d'autres spécialités comme la cardiologie et la gastro-entérologie 12%, l'ORL 11% et la chirurgie 3%.

Cette féminisation, réalité incontournable, constitue un enrichissement de la prise en charge médicale de la population, dans les domaines du soin et de la prévention mais encore faudrait-il que l'on sache en anticiper l'impact et en tenir compte dans les modélisations de l'offre de soin à venir.

Jacques CATON  
Président de l'URML

Patrick ROMESTAING  
Président de la Commission Démographie

**CAREPS**

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE  
Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : [contact@careps.org](mailto:contact@careps.org)

## RESUME

Au cours des 20 prochaines années, le corps médical connaîtra trois évolutions majeures : la diminution de ses effectifs (qui va commencer à se faire sentir dans les toutes prochaines années), son vieillissement et sa féminisation (ces deux derniers processus étant déjà largement perceptibles). En 2001, 36% des médecins en exercice étaient des femmes alors qu'elles ne représentaient que 24% des effectifs en 1984. En Rhône-Alpes, cette proportion est de 39% en 2003. Le mouvement s'amplifie donc et, chez les médecins de moins de 35 ans, cette proportion est de 56%. Tous âges confondus, les femmes représenteront à l'horizon 2020 50% des médecins en exercice. La féminisation touche tous les secteurs de l'activité médicale bien que de manière non homogène. Elle est moins forte en libéral (29%) qu'en exercice salarié (40% en milieu hospitalier, 66% en exercice salarié non hospitalier) et, au sein du secteur libéral, elle est légèrement plus faible chez les généralistes (27%) que chez les spécialistes (32%). En 2020, on estime que 43% des médecins exerçant en libéral seront des femmes.

La féminisation de la profession médicale est donc une réalité avec laquelle devront compter aussi bien les institutions professionnelles que les décideurs ayant en charge l'organisation des soins. En effet, malgré les évolutions intervenues dans les représentations et les comportements, les femmes médecins demeurent, bien plus que leurs confrères, placées dans l'obligation d'arbitrer au quotidien entre les contraintes de la vie familiale et celles d'une pratique professionnelle exigeante. Il en résulte que, sur un certain nombre de points, l'exercice féminin de la médecine se distingue de l'exercice masculin (choix privilégié de certains modes d'exercice et de certaines filières, du milieu urbain ou périurbain, volant d'activité plus faible, aménagement des horaires, interruptions plus fréquentes d'activité...). Tant qualitativement que quantitativement, l'activité "moyenne" des femmes médecins n'est donc pas équivalente à celles des médecins de sexe masculin. Cette "non équivalence" doit être mesurée, caractérisée et prise en compte dans toute projection se rapportant à la démographie médicale.

L'union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a souhaité, par le biais de sa commission Démographie, faire le point sur les caractéristiques de l'exercice professionnel féminin, tant au niveau purement quantitatif qu'à un niveau plus qualitatif (modes d'exercice, environnement du cabinet, vie familiale, facteurs ayant orienté le choix du mode d'exercice, renoncements...).

Cette étude, confiée au Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS) a reposé sur 3 approches :

1/ enquête postale auprès d'un échantillon aléatoire de 1 500 médecins en exercice, hommes et femmes (1000 libéraux et 500 salariés), 2/ enquête auprès des services de scolarité d'une faculté de médecine lyonnaise et des instances ordinales départementales et nationales (essai de reconstitution du cursus de "cohorte" d'anciens étudiants), 3/ enquête auprès d'une promotion d'étudiants en 6<sup>ème</sup> année (DCEM4) cherchant à appréhender la manière dont ils projettent leur exercice professionnel. Seule la première approche est présentée dans ce résumé.

Après relance, le taux de réponse a été de 54% (807, soit 5% de l'ensemble des médecins en exercice de Rhône-Alpes). Ce taux, plus élevé chez les femmes que chez les hommes, peut être considéré comme très satisfaisant considérant la relative lourdeur du questionnaire. Pour l'analyse, les données ont été pondérées en tenant compte des fractions de sondage et des taux de réponses hétérogènes, de manière à restituer à chaque "filière" professionnelle son poids réel.

### CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE

Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : [contact@careps.org](mailto:contact@careps.org)

Les principaux enseignements tirés de l'enquête peuvent être regroupés en 9 axes :

1. Assez peu de différences entre les deux sexes en matière d'études médicales et de formations complémentaires : un peu plus de CES chez les femmes et un peu moins d'anciens internes (mais les différences sont relativement minimales), les délais de thèse et de premier exercice professionnel sont également souvent un peu plus longs mais l'obtention de diplômes complémentaires médicaux ou non médicaux est aussi fréquente que chez les hommes.
2. Certaines orientations professionnelles privilégiées par les femmes et, par conséquent, un taux de féminisation hétérogène : l'exercice salarié (exclusif) est choisi par les femmes presque à égalité avec l'exercice libéral alors que seuls 30% des hommes ont fait ce choix. Le taux de féminisation atteint 50%. La moitié du temps -et bien plus souvent que chez les hommes- les emplois salariés occupés par les femmes sont extra-hospitaliers (santé scolaire, PMI, médecine du travail...). Les emplois salariés féminins sont souvent occupés par des généralistes (40% contre moins de 20% chez les hommes). L'exercice libéral est moins féminisé, en particulier la médecine générale (31%). La proportion de spécialistes diffère peu dans les deux sexes. Chez les omnipraticiens libéraux, les femmes privilégient davantage que les hommes les exercices particuliers de la médecine (homéopathie...) : 19% contre 11%. Chez les spécialistes libéraux, certaines disciplines sont largement privilégiées par les femmes : gynécologie médicale (taux de féminisation = 90%), endocrinologie (65%), dermatologie (64%), pédiatrie (54%).
3. Des conditions différentes de l'exercice libéral : on retrouve moins de femmes généralistes à la campagne, moins de femmes spécialistes en milieu typiquement urbain et davantage en milieu périurbain ou dans des petites villes, moins de femmes exerçant en libéral dans des établissements de soins privés (exclusivement ou en complément de l'activité en cabinet), davantage de femmes spécialistes exerçant une activité salariée complémentaire (souvent dans un cadre non pérenne).
4. Une activité médicale libérale globalement moins importante chez les femmes : la différence entre les sexes concerne aussi bien les salariées (38% sont à temps partiel contre 6% des hommes) que les libérales. Chez ces dernières, les différences se situent au niveau du nombre d'heures hebdomadaires de travail (différence de 12 heures chez les généralistes, de 13 heures chez les spécialistes, de plus, chez les généralistes de sexe féminin, une tendance à la réduction est notée chez les moins de 45 ans), du nombre de demi-journées de travail (écart de 1.7 demi-journée par semaine chez les généralistes, 1.4 chez les spécialistes), du nombre de consultations au cabinet chez les généralistes (83 par semaine contre 101, constat non vérifié chez les spécialistes), ou du nombre de semaines d'interruption de l'activité (1 semaine de plus par an pour les femmes, généralistes comme spécialistes). Les femmes généralistes font également moins de visites à domicile : elles sont moins nombreuses à en faire (68% contre 87% des hommes) et celles qui en font en font moins (7 par semaine contre 12 chez les hommes).
5. Une implication beaucoup moins grande dans les gardes libérales : les femmes généralistes sont moins nombreuses à en faire (66% contre 82% des hommes) et celles qui en font en font moins (15 nuits/an contre 29, 3 W.E./an contre 6). Chez les spécialistes, l'écart est encore plus grand mais difficilement interprétable en raison des spécificités différentes de l'exercice.
6. Une activité professionnelle plus souvent interrompue : plus d'une femme sur deux (contre 7% seulement des hommes) a interrompu au moins une fois son activité professionnelle pendant plus de 3 mois, une sur trois l'a interrompu à plusieurs reprises. Huit fois sur dix, ces arrêts sont liés à la maternité.
7. Une moindre implication des femmes en matière de formation médicale continue et d'échanges professionnels : on relève chez elles moins de ½ journées d'EPU (un tiers de moins) en médecine générale, constat non retrouvé chez les spécialistes libéraux et les salariés). On dénombre également moins de congrès.
8. Des femmes dont l'orientation professionnelle a été, plus souvent que pour les hommes, dictée par des contraintes externes : 28% des femmes (contre 18% des hommes) parlent de choix influencé par des contraintes externes, ce qui est particulièrement net chez les femmes salariées. Plus souvent que pour les hommes ce choix est influencé par le souhait de garantir une qualité de vie et est soumis à certaines contraintes : éducation des enfants (a pesé fortement dans le choix de 57% des femmes), autres contraintes familiales (31%), carrière du conjoint (41%)...
9. Un décalage fréquent entre les aspirations initiales et la réalité actuelle et un équilibre bien difficile entre vie professionnelle et vie familiale : le constat est fréquemment dressé d'un décalage par rapport aux aspirations initiales (40%) mais pas plus souvent chez les femmes que chez les hommes, hormis chez les femmes salariées. 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

#### CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE

Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : contact@careps.org



que dans l'autre. Les femmes sont cependant plus nombreuses que les hommes à parler d'une vie professionnelle sacrifiée (plutôt sacrifiée ou tout à fait sacrifiée : 70%, proportion particulièrement élevée chez les salariées) et souvent aussi, le sentiment d'avoir perdu sur les deux tableaux (33%, proportion particulièrement élevée chez les femmes généralistes).

**En conclusion :**

L'enquête confirme le fait que l'avenir de la profession est fortement impacté par sa féminisation (de même qu'il l'est par son vieillissement et par la réduction d'effectifs qui se profile).

L'impact de la féminisation est multiple et joue tout à la fois sur le type d'activités médicales choisies et sur le volume d'activité. En l'occurrence, sans provocation aucune, on ne peut considérer comme valide -sur le plan quantitatif, s'entend-, l'équation "1 médecin femme = 1 médecin homme. Les projections démographiques sur lesquelles doivent (ou devraient) s'appuyer ceux qui ont en charge la planification de la santé n'ont de sens que si les particularismes de l'exercice de la médecine au féminin sont intégrés dans les modèles projectifs. A l'heure où l'on sait qu'à l'horizon 2020, 50% des médecins en exercice seront des femmes, ne pas intégrer cette donnée dans les critères définissant le numerus clausus serait proprement inconséquent. On a pu mesurer, dans la présente enquête, quelles sont les difficultés rencontrées par les femmes dans l'exercice de la profession médicale et les renoncements qui, souvent, ont été les leurs pour tenter -quand elles y parviennent- de concilier ce qu'elles sont en droit de revendiquer : un épanouissement personnel, familial et professionnel. Compte-tenu de ces difficultés, et compte-tenu de l'évolution des mentalités allant plutôt dans le sens d'une volonté de réduction de l'activité (dont on a pu mesurer certains prémices dans cette enquête et qu'une approche en milieu étudiant devrait permettre de mieux cerner), il paraît difficile d'imaginer que l'attitude des femmes médecins puisse être différente dans le futur de ce qu'elle est aujourd'hui (en termes de filières ou de types d'exercice privilégiés, de volume d'activité, d'organisation du travail, etc.).

La féminisation de la profession médicale est déjà entrée dans les faits et constitue une réalité incontournable pour les décennies à venir. Elle peut représenter un enrichissement de la prise en charge médicale de la population dans les domaines du soin et de la prévention pour peu que l'on sache en anticiper l'impact.

**CAREPS**

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE

Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : [contact@careps.org](mailto:contact@careps.org)

# SOMMAIRE

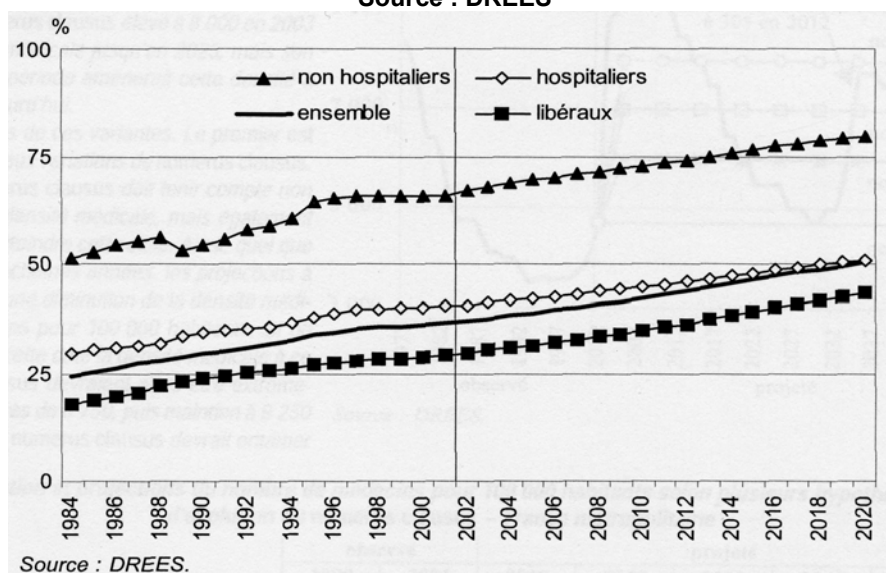
<b>INTRODUCTION</b>	<b>p. 1</b>
<b>OBJECTIFS</b>	<b>p. 4</b>
<b>METHODE</b>	<b>p. 6</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>p. 10</b>
I - Adhésion à l'étude, taux de réponse et représentativité de l'échantillon	p. 11
II - Orientation professionnelle et cursus	p. 13
III - Caractéristiques de l'exercice professionnel	p. 27
IV - Vie privée et engagements publics	p. 57
V - Adéquation entre vie privée et vie professionnelle	p. 63
VI - Commentaires libres	p. 87
<b>SYNTHESE GENERALE</b>	<b>p. 91</b>
<b>CONCLUSIONS</b>	<b>p. 99</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>p. 106</b>

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

En 2001, 36% des médecins en exercice étaient des femmes alors qu'elles ne constituaient que 24% des effectifs en 1984<sup>(1)</sup>. En Rhône-Alpes, cette proportion est de 39%<sup>(2)</sup> en 2003. Le mouvement s'amplifie donc et, chez les médecins en exercice de 34 ans et moins, cette proportion est de 56%<sup>(3)</sup>. Tous âges confondus, les femmes représenteront à l'horizon 2020 50% des médecins en exercice<sup>(1)</sup>. La féminisation touche tous les secteurs de l'activité médicale bien que de manière non homogène. Elle est moins forte en libéral (29%) qu'en exercice salarié (40% en milieu hospitalier, 66% en exercice salarié non hospitalier)<sup>(1)</sup> et, au sein du secteur libéral, elle est légèrement plus faible chez les généralistes (27%) que chez les spécialistes (32%)<sup>(4)</sup>. En 2020, on estime que 43% des médecins exerçant en libéral seront des femmes<sup>(1)</sup>.

**Figure I**  
**Part des femmes parmi les médecins en exercice - France métropolitaine**  
Source : DREES



**Figure II**  
**Evolution et projection du nombre de médecins - France métropolitaine - hypothèse d'un maintien du numerus clausus à 4 700 et de comportements inchangés de choix de carrière**  
Source : DREES

Au 1 <sup>er</sup> janvier	Observé			Projeté				Évolution 2020/2001
	1984	1990	2001	2005	2010	2015	2020	
<b>Médecins</b>	<b>140 300</b>	<b>173 100</b>	<b>196 000</b>	<b>196 100</b>	<b>189 800</b>	<b>176 100</b>	<b>158 400</b>	<b>-19 %</b>
Hommes	105 983	121 852	124 575	119 900	109 900	94 400	78 400	-37 %
Femmes	34 317	51 248	71 425	76 200	79 900	81 700	80 000	12 %
<b>% femmes en exercice</b>	<b>24,5</b>	<b>29,6</b>	<b>36,4</b>	<b>38,8</b>	<b>42,1</b>	<b>46,4</b>	<b>50,5</b>	<b>+ 14,1 pts</b>
libéral	17,8	23,9	29,1	31,5	34,7	39,1	43,4	+ 14,3 pts
salarié hospitalier	29,6	34,2	40,5	42,1	44,7	47,9	50,9	+ 10,4 pts
salarié non hospitalier	51,3	54,2	65,8	69,4	72,7	76,4	79,6	+ 13,8 pts
Population française*	54,9	56,6	59,1	60,0	61,1	62,0	62,7	6 %
<b>Densité médicale**</b>	<b>256</b>	<b>306</b>	<b>332</b>	<b>327</b>	<b>311</b>	<b>284</b>	<b>253</b>	<b>-24 %</b>

\* En millions d'habitants.  
Sources : DREES, INSEE.

\*\* Médecins pour 100 000 habitants.

La féminisation de la profession médicale est donc une réalité avec laquelle devront compter aussi bien les instances professionnelles que les décideurs ayant en charge l'organisation des soins. En effet, malgré les évolutions intervenues dans les représentations et les comportements, les femmes médecins demeurent, bien plus que leurs confrères, placées dans l'obligation d'arbitrer au quotidien entre les contraintes de la vie familiale et celles d'une pratique professionnelle exigeante. Il en résulte que, sur un certain nombre de points, l'exercice féminin de la médecine se distingue de l'exercice masculin<sup>(4)</sup> (choix privilégié de certains modes d'exercice et de certaines filières, choix privilégié de l'exercice en milieu urbain ou périurbain, volant d'activité plus faible<sup>(5)</sup>, aménagement des horaires, interruptions plus fréquentes d'activité...). Tant qualitativement que quantitativement, l'activité "moyenne" des femmes médecins n'est donc pas équivalente à celles des médecins de sexe masculin. Cette "non équivalence" doit être mesurée, caractérisée et prise en compte dans toute projection se rapportant à la démographie médicale.

L'union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a souhaité, par le biais de sa commission Démographie, faire le point sur les caractéristiques de l'exercice professionnel féminin, tant au niveau purement quantitatif qu'à un niveau plus qualitatif (modes d'exercice, environnement du cabinet, vie familiale, facteurs ayant orienté le choix du mode d'exercice, renoncements...).

Cette étude, confiée au Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS), permettra d'étayer les réflexions de la commission Démographie et les conclusions que celle-ci en tirera pourront être portées devant les instances nationales, en particulier celles qui sont appelées à faire entendre leur voix dans les décisions concernant la planification de la santé.

Il n'entrait pas dans la mission confiée au CAREPS de dresser une compilation des différentes statistiques produites sur la question. Les chiffres essentiels ont été rappelés ici mais ce rapport mériterait certainement d'être accompagné d'une documentation faisant le point sur les données chiffrées existantes.

Trois approches ont été développées par le CAREPS :

- 1/ enquête auprès d'un échantillon de médecins en exercice (hommes et femmes),
- 2/ enquête auprès des services de scolarité d'une faculté de médecine lyonnaise et des conseils de l'Ordre, au niveau départemental et national (suivi de "cohortes"),
- 3/ enquête auprès d'une promotion d'étudiants en 6<sup>ème</sup> année (DCEM4).

Seule la première approche est présentée dans ce rapport (N°418.A).

Les deux autres sont présentées dans un rapport distinct (N°418.B).

- (1) La démographie médicale à l'horizon 2020. Ministère de l'emploi et de la solidarité. DREES. Etudes et Résultats N°161, mars 2002.
- (2) Fichier ADELI des professionnels de santé. DRASS Rhône-Alpes, données de mars 2003.
- (3) Proportion de femmes selon l'âge - répartition généralistes-spécialistes, données au 01-01-2001. Ordre National des Médecins.
- (4) Les effectifs et la durée de travail des médecins au 1<sup>er</sup> janvier 1999. Ministère de l'emploi et de la solidarité. DREES. Etudes et Résultats N°44, décembre 1999.
- (5) Enquête emploi. INSEE 1999.

## **OBJECTIFS**

## OBJECTIFS

### **Objectif général**

- Etablir un état des lieux sur la féminisation de la profession médicale permettant d'appréhender son impact et les perspectives qu'elle ouvre.

### **Objectifs opérationnels**

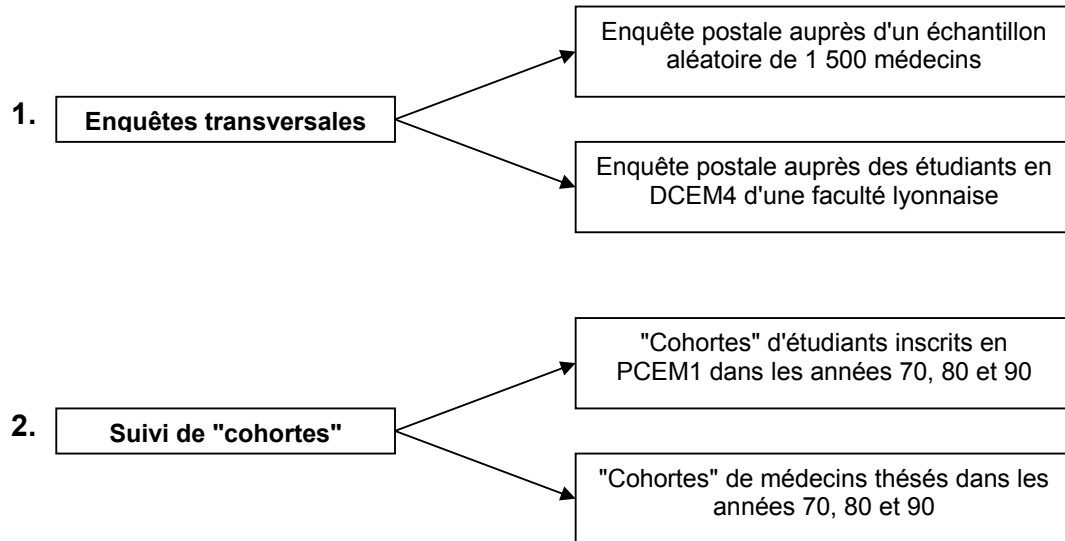
- Mesurer les caractéristiques du mode d'exercice de la médecine selon qu'elle est pratiquée par des hommes ou des femmes.
- Mesurer le volant d'activité produite par les médecins libéraux des deux sexes à l'aide d'indicateurs sélectionnés.
- Identifier les spécificités de l'exercice médical féminin dont un impact peut être attendu sur l'organisation des soins.
- Tenter de reconstituer certains éléments du cursus universitaire et professionnel des médecins hommes et femmes.
- Etudier un éventuel effet "génération" dans les attitudes et pratiques (par comparaison entre les classes d'âge et par interrogation d'étudiants).
- Analyser les difficultés rencontrées par les médecins, hommes et femmes, pour trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, les renoncements éventuellement consentis.
- Etudier les différents éléments analysés en fonction de la "filière" professionnelle (généralistes libéraux, spécialistes libéraux, médecins salariés).

## **METHODE**



# METHODE

## I - SCHEMA GENERAL



## II - DETAIL DE LA METHODE

Seule sera présentée ici la méthode se rapportant à l'enquête postale auprès des médecins en exercice (objet du présent rapport).

- Enquête postale portant un échantillon aléatoire de 1 500 médecins, soit environ 9% de l'ensemble des médecins identifiés en Rhône-Alpes par le fichier ADELI de l'administration de la santé.
- Tirage aléatoire d'un nombre de praticiens identique dans chacune des 3 filières :
  - 500 généralistes libéraux, soit 8.1% de l'ensemble,
  - 500 spécialistes libéraux, soit 10.6% de l'ensemble,
  - 500 médecins salariés exclusifs (généralistes ou spécialistes), soit 7.7% de l'ensemble.

La fraction de sondage étant hétérogène au sein des trois strates, une pondération a été effectuée a posteriori (en intégrant par ailleurs les taux de réponse).

- Elaboration d'un questionnaire en collaboration avec les membres de la commission Démographie de l'URML Rhône-Alpes (57 questions fermées correspondant en fait à 120 variables statistiques ; possibilité d'apporter quelques commentaires libres en fin de questionnaire).
- Envoi du questionnaire en mars 2003 aux 1 500 médecins tirés au sort, accompagné d'un courrier d'information et d'une enveloppe T pour le retour.
- Pointage des retours par l'intermédiaire d'un numéro d'anonymat permettant de repérer les non-répondants.
- Remplacement aléatoire des médecins correspondant à des erreurs de fichier (salarié dans le fichier libéral, spécialiste dans le fichier généraliste, médecin retraité ou décédé, erreur d'adresse non corrigible...). Ces erreurs de fichiers ont cependant été rares.
- Relance postale auprès des non-répondants après un délai de 3 semaines (avril 2003) avec renvoi d'un nouveau questionnaire et d'une enveloppe retour.
- Taux de réponse après relance : 54% (voir partie résultats), 807 questionnaires analysés sur les 1 500 envoyés. Les répondants représentent 5% de l'ensemble des médecins en exercice de Rhône-Alpes.
- Saisie des questionnaires retournés par la cellule informatique du CAREPS (mai-juin 2003), logiciel SPSS.
- Analyse statistique (logiciel SPSS) :
  - ✓ Pondération des données en tenant compte des fractions de sondage et des taux de réponse hétérogènes de manière à restituer à chaque "filière" professionnelle (généralistes libéraux, spécialistes libéraux, salariés) son poids réel dans le total des répondants (voir partie résultats).
  - ✓ Croisement des données en fonction du sexe au sein de chaque "filière", croisements complémentaires de certaines variables en fonction de l'âge ( $\leq 45$  ans/45 ans et +) et du fait d'avoir ou non des enfants.
  - ✓ Tests statistiques usuels : pour les comparaisons de pourcentages :  $\chi^2$  (avec correction éventuelle de Yates ou probabilité exacte de Fisher en cas de petits effectifs), pour les comparaisons de moyennes : test de Student ou analyse de variances. Tous les tests ont été réalisés sur les effectifs pondérés.
  - ✓ Utilisation dans les tableaux et figures d'abréviations standards : MG (omnipraticiens libéraux), SPE (spécialistes libéraux), SAL (médecins salariés, généralistes ou spécialistes).

- ✓ Pour alléger les tableaux, les intervalles de confiance à 95% entourant les pourcentages ou moyennes calculés sur l'échantillon des répondants n'ont pas été indiqués. On doit cependant garder en mémoire le fait que les chiffres fournis ne sont qu'une estimation ponctuelle de la vraie valeur, laquelle fluctue dans un intervalle variable selon l'effectif et la gamme de pourcentage. Le tableau suivant fournit une illustration de quelques intervalles de confiance se rapportant à ce rapport.

**Exemples d'intervalles de confiance à 95% selon l'effectif et la gamme de pourcentage**

<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Intervalle de confiance à 95%</b>
<u>800</u> (total répondants)	15% ou 85% 40% ou 60%	+/- 2% +/- 3%
<u>400</u> (total H ou total F)	15% ou 85% 40% ou 60%	+/- 4% +/- 5%
<u>275</u> (total pour 1 filière)	15% ou 85% 40% ou 60%	+/- 4% +/- 6%
<u>140</u> (sexe par filière)	15% ou 85% 40% ou 60%	+/- 6% +/- 8%
<u>70</u> (âge par sexe par filière)	15% ou 85% 40% ou 60%	+/- 8% +/- 12%

## **RESULTATS**

## RESULTATS

### I - ADHESION A L'ETUDE, TAUX DE REPONSE ET REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

Après relance, le taux de réponse a été de 54% (807 questionnaires retournés sur 1500), ce qui est certainement très honorable compte tenu de la lourdeur du questionnaire (57 questions correspondant à 120 variables). Ce taux est relativement homogène au sein des trois sous ensembles étudiés : généralistes libéraux : 57%, spécialistes libéraux : 50%, médecins salariés : 54%.

Au total, l'étude porte sur près de 5% de l'ensemble des médecins en exercice de Rhône-Alpes (807 sur 17 423).

Comme on pouvait le penser, une enquête sur la féminisation de la profession a conduit à un meilleur taux de réponse de la part des femmes (64%) que des hommes (47%). Cet écart est retrouvé, pratiquement au même niveau, dans les trois sous-ensembles.

Par rapport au fichier initial, l'échantillon offre donc une représentativité très satisfaisante en termes de caractéristiques d'exercice mais non en termes de sexe. Les femmes y sont en effet largement surreprésentées puisqu'elles constituent, toutes catégories confondues, 39% du fichier de médecins (de 31% à 34% chez les libéraux et 50% chez les salariés) alors qu'elles constituent 64% de l'échantillon de répondants (de 61% à 67% selon le groupe).

Nota : dans les tableaux et figures du rapport, les catégories "généralistes" (MG) et "spécialistes" (SPE) doivent s'entendre comme généralistes et spécialistes libéraux et la catégorie "salariés" doit s'entendre comme salariés exclusifs (généralistes et spécialistes confondus).

**Tableau I**  
**Structure de l'échantillon et taux de réponse en fonction du sexe**  
 -calcul réalisé sur les dossiers renseignés : 100%-  
 fichier DRASS ADELI

Médecins	Région R-A (1)		Sollicités (2)		Répondants (3)	
	N	%	N	%(2/1)	N	%(3/2)
<b>Généralistes</b>	<b>6175</b>	<b>35.4</b>	<b>500</b>	<b>8.1</b>	<b>284</b>	<b>56.8</b>
Hommes	4248	68.8	352	8.3	188	53.4
Femmes	1927	31.2	148	7.7	96	64.9
<b>Spécialistes</b>	<b>4729</b>	<b>27.1</b>	<b>500</b>	<b>10.6</b>	<b>252</b>	<b>50.4</b>
Hommes	3131	66.2	302	9.6	132	43.7
Femmes	1598	33.8	198	12.4	120	60.6
<b>Salariés</b>	<b>6519</b>	<b>37.4</b>	<b>500</b>	<b>7.7</b>	<b>271</b>	<b>54.2</b>
Hommes	3240	49.7	256	7.9	108	42.2
Femmes	3279	50.3	244	7.4	163	66.8
<b>Ensemble</b>	<b>17423</b>	<b>100.0</b>	<b>1500</b>	<b>8.6</b>	<b>807</b>	<b>53.8</b>
Hommes	10619	60.9	910	8.6	428	47.0
Femmes	6804	39.1	590	8.7	379	64.2

L'excellente représentativité de l'échantillon de répondants en matière de "filiale" (généralistes libéraux / spécialistes libéraux / salariés) est attestée par le tableau suivant.

**Tableau II**  
**Comparaison entre l'échantillon de répondants et l'ensemble des médecins rhônalpins**  
**en termes de filières (%)**  
*fichier DRASS ADELI*

<b>Médecins</b>	<b>Région Rhône-Alpes</b>	<b>Répondants</b>
Généralistes	35.4	35.2
Spécialistes	27.1	31.2
Salariés	37.4	33.6
Ensemble	100.0	100.0

Malgré la proximité des deux distributions, une pondération a été effectuée, par souci de rigueur, afin que le total étudié soit parfaitement représentatif de la population médicale rhônalpine sur la base des trois catégories professionnelles considérées (ainsi, chacune de ces trois catégories pèsera-t-elle son "juste poids").

## II – ORIENTATION PROFESSIONNELLE ET CURSUS

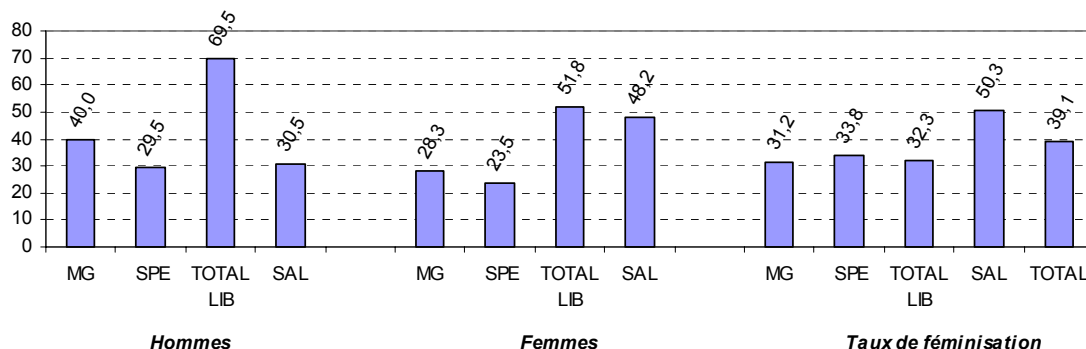
### II.1- Filières professionnelles choisies

A la lecture des figures suivantes, construites à partir des données régionales de l'administration de la santé (fichier ADELI de la DRASS Rhône-Alpes) et des réponses recueillies dans l'enquête, plusieurs constats s'imposent :

- les femmes s'orientent plus volontiers que les hommes vers un exercice salarié (exclusif) de la médecine.
- Elles sont moins nombreuses à choisir l'exercice libéral, et tout particulièrement la médecine générale.
- Globalement, la proportion de spécialistes est identique dans les deux sexes, mais en libéral elle est légèrement plus élevée chez les femmes et au contraire sensiblement plus basse chez elles en exercice salarié.
- Chez les omnipraticiens libéraux, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir opté pour un exercice particulier (homéopathie, acupuncture...) pratiqué de manière prédominante.
- En libéral, les femmes exerçant comme spécialistes sont plus nombreuses que les hommes à avoir un volant parallèle d'activité salariée. Ce constat n'est pas vérifié chez les généralistes.

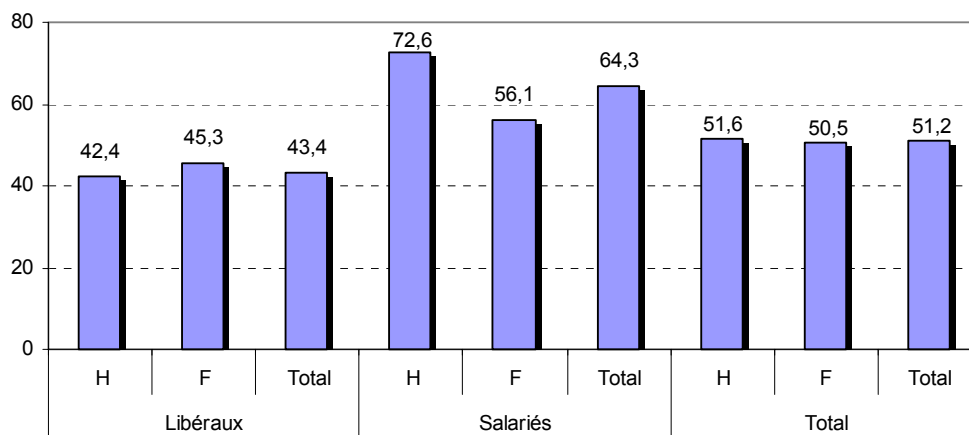
- a) **Les femmes s'orientent plus volontiers que les hommes vers un exercice salarié (exclusif) de la médecine** : au niveau régional, 48% des femmes exercent à titre salarié contre 30% des hommes (fig.1). Les chiffres retrouvés dans l'enquête sont très proches (fig.4). Les femmes représentent 50% (fig.1) des postes médicaux salariés (exclusifs).
- b) **Elles sont moins nombreuses à choisir l'exercice libéral, et tout particulièrement la médecine générale** (fig.1 : 28% d'entre elles contre 40% des hommes choisissent cette voie), le différentiel est un peu moins net chez les **spécialistes libéraux** (23% des femmes contre 29% des hommes). La féminisation est donc moindre en libéral : 31% chez les généralistes et 34% chez les spécialistes.

**Figure 1**  
Types d'activités choisies par les médecins en fonction du sexe et taux de féminisation de chaque filière -%- Source DRASS R.A. - ADELI



- c) **Globalement, la proportion de spécialistes est identique dans les deux sexes** (fig.2 : 51,6% chez les hommes et 50,5% chez les femmes), mais les choses diffèrent selon que l'on considère l'exercice libéral ou salarié de la médecine. En libéral, la proportion de spécialistes est légèrement plus élevée dans le sexe féminin (45% contre 42%) tandis que les **femmes salariées exercent beaucoup moins souvent que les hommes comme spécialistes** (56% contre 73%). L'écart entre les deux sexes indique que les emplois salariés occupés par les hommes et par les femmes sont probablement souvent assez différents.

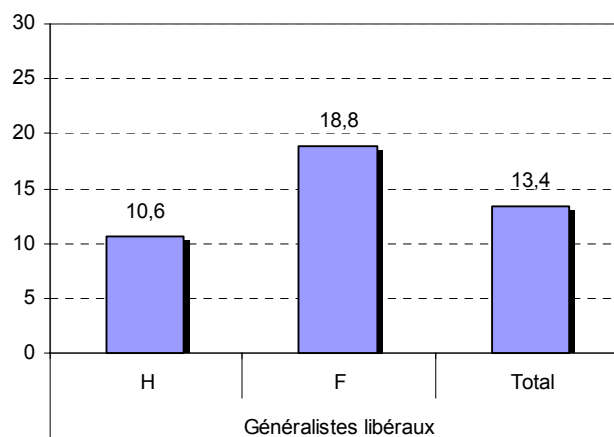
**Figure 2**  
Proportion de médecins spécialistes en fonction du sexe et du type d'activité-%-  
Source DRASS R.A. - ADELI



- d) **Chez les omnipraticiens libéraux, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir opté pour un exercice particulier** (homéopathie, acupuncture...) pratiqué de manière prédominante (fig.3 : 19% contre 10%).

**Figure 3**  
Proportion de généralistes libéraux pratiquant un exercice particulier de la médecine (MEP) prédominant -%-

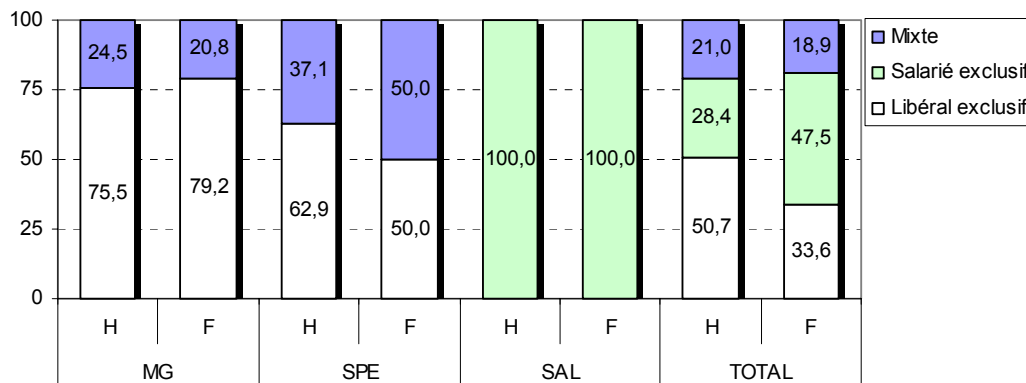
-calcul réalisé sur 284 dossiers renseignés de généralistes : 100%-





e) En libéral, les femmes exerçant comme spécialistes sont plus nombreuses que les hommes à avoir un volant parallèle d'activité salariée (fig.4 : 50% contre 37% ;  $p < 0.05$ ), ce constat n'est pas vérifié chez les généralistes

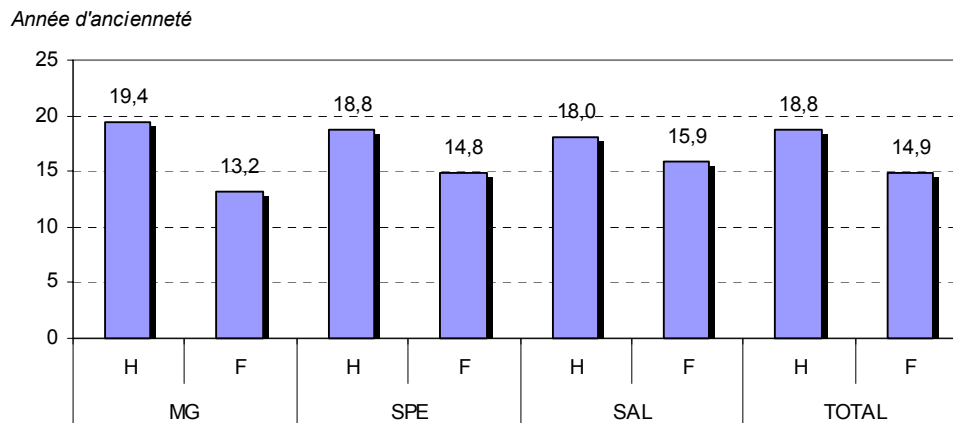
**Figure 4**  
Statut professionnel des médecins en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%  
-calcul réalisé sur 807 dossiers renseignés : 100%-



## II.2- Ancienneté d'installation

En moyenne, les femmes médecins interrogées ont commencé leur activité professionnelle (hors éventuels remplacements) plus récemment que les hommes (14.9 ans contre 18.8 ;  $p < 0.001$ ), avec un écart moyen de près de 4 ans. Cet écart est particulièrement net chez les généralistes libéraux (plus de 6 ans).

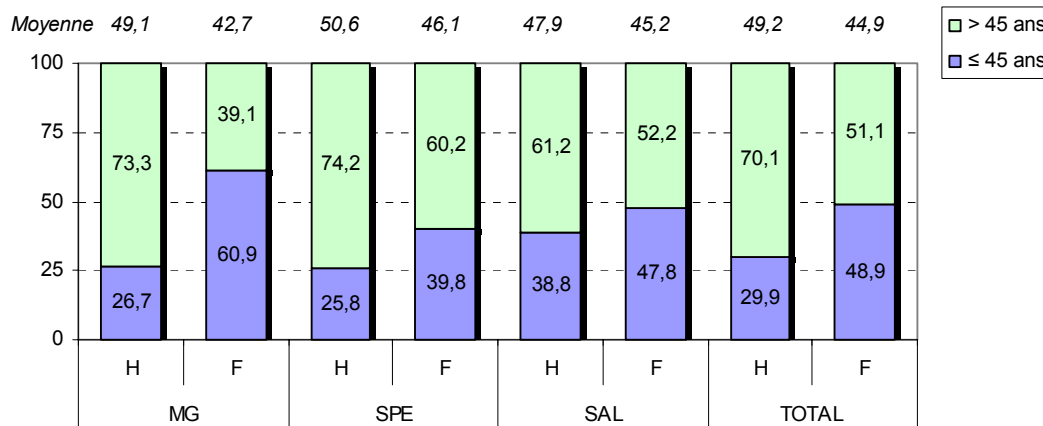
**Figure 5**  
Ancienneté moyenne du début de l'exercice professionnel  
-calcul réalisé sur 784 dossiers renseignés : 97.2%-



Cette constatation tient à ce que les femmes médecins actuellement en exercice sont en moyenne plus jeunes que les hommes. De plus, en médecine générale libérale en tous cas, le début de leur exercice professionnel est en moyenne un peu plus tardif que chez les hommes (voir paragraphe II.4).

La différence d'âge entre hommes et femmes est patente, ce qui est la conséquence de l'accentuation de la féminisation de la profession médicale au cours des dernières décennies (on rappelle que la proportion de femmes médecins est passée en l'espace de 16 ans, de 1984 à 2001, de 24% à 36%). En moyenne, **les femmes médecins sont donc sensiblement plus jeunes que les hommes : 44.9 ans contre 49.2 ans** ( $p < 0.001$ ) ; 49% d'entre elles ont moins de 46 ans, ce qui n'est le cas que de 30% des hommes. **Cet écart est particulièrement net chez les généralistes libéraux** avec un  $\Delta$  moyen voisin de 6.5 ans (moyenne : 42.7 ans pour les femmes contre 49.1 ans pour les hommes ;  $p < 0.001$ ), il existe également chez les spécialistes libéraux (où le  $\Delta$  moyen est de 4.5 ans : 46.1 ans contre 50.6 ans), il est par contre plus faible chez les salariés (avec un  $\Delta$  moyen voisin de 2.5 ans : 45.2 ans contre 47.9 ans ;  $p < 0.05$ ).

**Figure 6**  
**Age des médecins en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -% et moyenne-**  
 -calcul réalisé sur 780 dossiers renseignés : 96.7%-



### II.3- Etudes médicales et formations complémentaires

#### a) **Durée du cursus universitaire jusqu'à la thèse**

Cette durée a été calculée par différence entre la date de thèse et la date de première inscription en PCEM1.

Toutes catégories confondues, la durée moyenne de ce cursus est identique dans les deux sexes (10.6 ans en moyenne chez les femmes et 10.4 ans chez les hommes). De plus, elle ne varie pratiquement pas d'une "filière" à l'autre. Cependant, cette égalité de la durée moyenne du cursus recouvre une réalité différente selon le sexe. Ainsi, chez les généralistes libéraux, la proportion de médecins ayant rapidement passé leur thèse (dans les 7 à 8 années suivant le début des études) est-elle deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (33% contre 16% ;  $p < 0.001$ ). En fait, presque la moitié des femmes généralistes ont passé leur thèse 9-10 ans après le début de leurs études. Les thèses "tardives" (plus

de 10 ans après l'inscription en PCEM1) sont par contre en proportion pratiquement identique dans les deux sexes.

**Tableau 1**  
**Durée du cursus universitaire jusqu'à l'obtention de la thèse**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 775 dossiers renseignés : 96.0%-

Durée (années)	Spécialité						TOTAL	
	MG		SPE		SAL		M	F
	M	F	M	F	M	F		
7-8	33,5	16,1	18,4	16,5	18,6	14,8	25,4	15,6
9-10	34,6	47,3	18,4	25,2	27,5	33,5	28,3	34,8
11-12	22,2	22,6	39,2	37,4	25,5	34,2	27,6	32,1
13 et +	9,7	14,0	24,0	20,9	28,4	17,4	18,7	17,5
<i>Effectif</i>	<i>185</i>	<i>93</i>	<i>125</i>	<i>115</i>	<i>102</i>	<i>155</i>	<i>412</i>	<i>363</i>
<b>Moyenne</b>	<b>9,8</b>	<b>10,3</b>	<b>11,0</b>	<b>10,9</b>	<b>10,7</b>	<b>10,6</b>	<b>10,4</b>	<b>10,6</b>

La moindre proportion de généralistes de sexe féminin ayant passé leur thèse dans un délai n'excédant pas 7 ou 8 ans après leur première inscription en PCEM1 peut être liée à l'âge des médecins interrogés : les femmes, en moyenne plus jeunes que les hommes, sont donc plus nombreuses à avoir connu le nouveau "régime" des études médicales (résidanat en médecine générale) d'une durée de 8 ans alors que l'ancien régime n'était que de 7 ans. La prise en compte du "régime" sous lequel les études ont été réalisées ne change cependant pas les résultats chez les généralistes libéraux (les seuls pour lesquels cette comparaison ait un sens car, chez les spécialistes, les écarts peuvent être dus aux spécificités des cursus propres à chaque spécialité). **Les femmes sont moins nombreuses que les hommes (24% contre 36% ; p=0.03) à avoir passé leur thèse durant l'année qui suit la fin du "cursus" normal d'études (7 ou 8 ans selon la date de 1<sup>ère</sup> inscription : avant/après 1977).** Il est toutefois impossible de déterminer si c'est parce qu'elles ont redoublé plus souvent, qu'elles ont interrompu plus souvent leurs études ou qu'elles ont attendu davantage avant de passer leur thèse (avec une possible maternité avant ou durant la préparation de la thèse).

**Tableau 2**  
**Durée du cursus universitaire des généralistes libéraux jusqu'à l'obtention de la thèse (prise en compte du changement intervenu dans la durée des études médicales : 7 ou 8 ans).**  
**Etude en fonction du sexe -%-**

Délai PCEM1 - thèse	Hommes	Femmes
Cursus normal + 1 an	36.2	24.4
Cursus normal + 2 ans	14.1	27.8
Cursus normal + 3 ans	22.6	21.1
Cursus normal + 4 ans ou plus	27.1	26.7
Effectifs	177	90

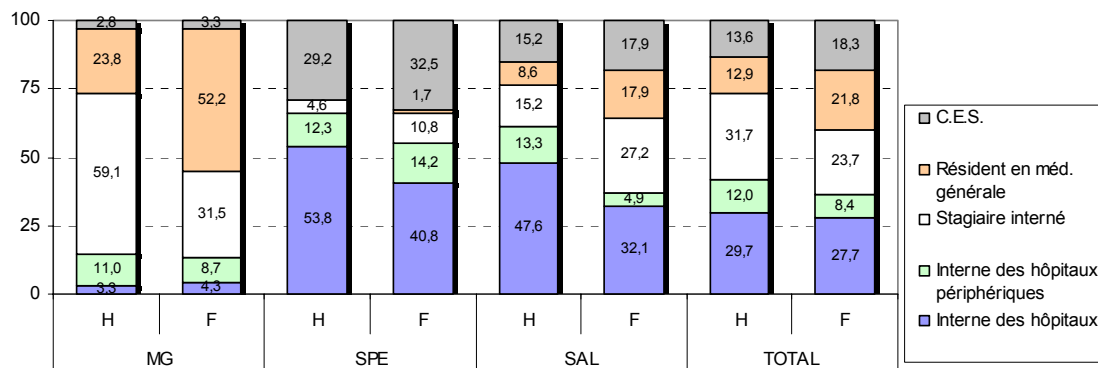
## b) Coursus universitaire après le 2<sup>ème</sup> cycle

A l'issue du second cycle des études médicales, le cursus suivi par les hommes et les femmes diffère relativement peu :

- **la proportion d'internes** (internes des hôpitaux ou internes des hôpitaux périphériques) **est un peu plus faible chez les femmes** : 36% contre 42% des hommes ( $p=0.10$ , NS),
- **la proportion de certificats d'études spécialisées (CES) est un peu plus élevée chez les femmes** (18% contre 14% ;  $p=0.07$ ),
- **la proportion de médecins ayant suivi le cursus de base des études médicales** (stage interné ou résidanat en médecine générale selon le cas) **est pratiquement identique dans les deux sexes** (45% chez les femmes et 44% chez les hommes).

Chez les généralistes, la proportion d'anciens internes est également identique dans les deux sexes, de même qu'est identique la proportion de médecins ayant suivi le "cursus de base". Le fait de retrouver davantage de résidents en médecine générale chez les femmes et de stagiaires internes chez les hommes n'est que la conséquence du plus jeune âge moyen des femmes médecins.

**Figure 7**  
**Cursus suivi à l'issue du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 790 dossiers renseignés : 97.9%-

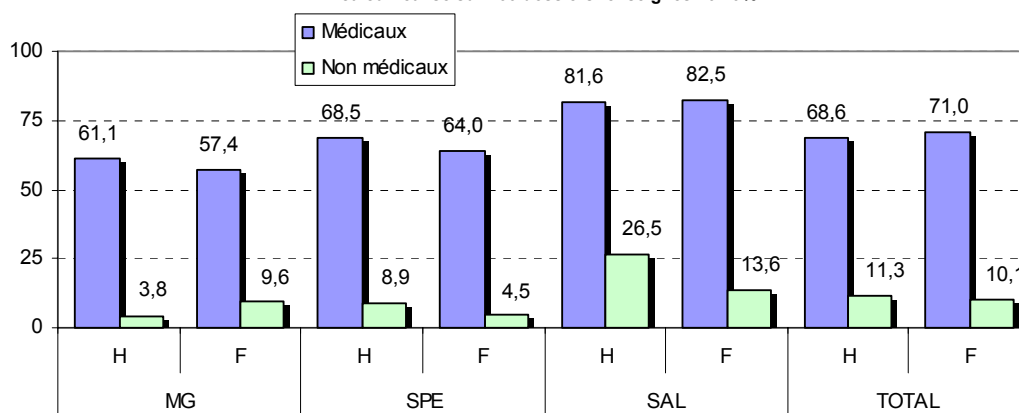


### c) Diplômes complémentaires

La proportion de médecins ayant obtenu un diplôme médical complémentaire (AEU, DU, capacité...) est identique dans les deux sexes : 71% chez les femmes et 69% chez les hommes. Cette égalité entre les deux sexes est vérifiée au sein des trois "filières" considérées.

De même, la proportion de médecins ayant obtenu un diplôme non médical complémentaire (droit, statistiques, etc.) est-elle globalement identique dans les deux sexes (10% et 11%). Cependant, les femmes exerçant la médecine générale en libéral sont plus nombreuses que les hommes à avoir suivi de telles formations (10% contre 4%) alors que le phénomène inverse est observé chez les médecins salariés.

**Figure 8**  
**Proportion de médecins ayant obtenu des diplômes complémentaires en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
-calcul réalisé sur 766 dossiers renseignés : 94.9%



### II.4- Délai de début de l'activité professionnelle

Le délai séparant le début des études médicales du début de l'activité professionnelle doit être étudié en tenant compte de l'âge en raison du changement intervenu dans la durée des études médicales. A quelques exceptions près, les médecins ayant étudié sous le nouveau régime (durée de 8 ans) sont ceux qui ont au maximum 43 ans. Cet âge charnière a donc été retenu. **Chez les médecins "nouveau régime", la précocité du premier exercice professionnel (hors éventuels remplacements) est identique dans les deux sexes** (12.2 ans chez les hommes et 12.0 ans chez les femmes), de même apparaît-elle identique (aucune différence significative) dans les trois catégories professionnelles concernées.

**Chez les médecins "ancien régime", l'installation est bien entendu plus précoce mais, de plus, elle apparaît **significativement plus précoce chez les hommes que chez les femmes** (avec toutefois un écart modéré de 6 mois : 11.3 ans contre 11.9 ans ;  $p < 0.05$ ). L'étude au sein des trois catégories professionnelles montre que **cet écart n'est significatif que chez les généralistes libéraux** où il atteint presque 18 mois (10.6 ans chez les hommes contre 12.0 ans chez les femmes ;  $p < 0.01$ ).**

**Tableau 3**  
**Délai moyen entre début des études médicales et début de l'activité professionnelle en fonction du sexe, de l'âge et de la catégorie professionnelle**

	≤43 ans (nouveau régime)								> 43 ans (ancien régime)							
	MG		Spécialistes		Salariés		Total		MG		Spécialistes		Salariés		Total	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Délai moyen (années)	12.0	11.8	13.9	13.4	11.7	11.5	12.2	12.0	10.6	12.0	12.9	13.0	10.5	11.1	11.3	11.9
Effectifs	33	47	17	34	36	68	86	149	142	40	87	64	67	99	296	204

**Ainsi donc, le décalage entre les deux sexes relevé chez les médecins les plus âgés (essentiellement chez les généralistes libéraux) ne semble plus exister chez les plus jeunes.**

De même, lorsqu'on étudie l'écart entre l'année de thèse et l'année de premier exercice professionnel (hors remplacements éventuels), une différence significative n'est relevée que chez les généralistes libéraux de plus de 43 ans (ancien régime) pour qui ce délai était de 1.1 an chez les hommes et de 2.1 ans chez les femmes ( $p < 0.05$ ).

**Tableau 4**  
**Délai moyen entre thèse et début de l'activité professionnelle en fonction du sexe, de l'âge et de la catégorie professionnelle**

	≤43 ans (nouveau régime)								> 43 ans (ancien régime)							
	MG		Spécialistes		Salariés		Total		MG		Spécialistes		Salariés		Total	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Délai moyen (années)	0.8	1.0	1.9	2.5	0.1	0.2	0.7	0.9	1.1	2.1	2.0	2.2	0.2	0.8	1.2	1.5
Effectifs	33	48	18	34	36	68	87	150	144	41	90	65	70	101	305	208

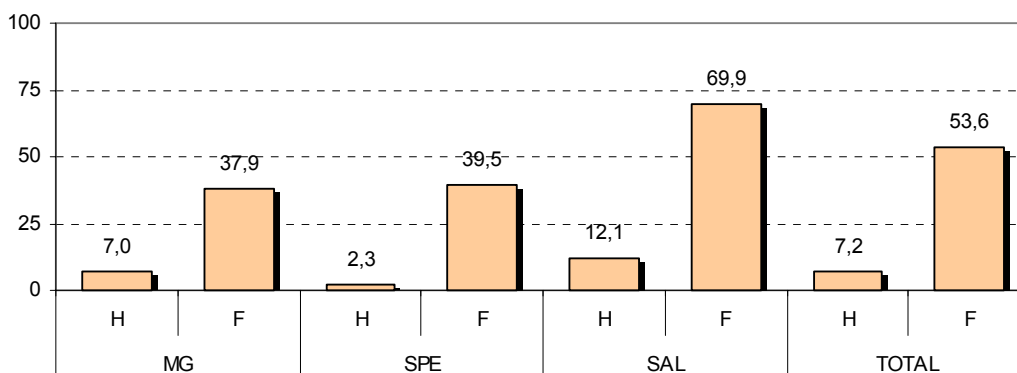
## II.5- Interruptions de l'activité professionnelle

Plus de la moitié des femmes médecins ont interrompu au moins une fois leur activité professionnelle pendant plus de 90 jours (3 mois) d'affilés. Cela n'est le cas que de 7% des hommes.

Ces interruptions sont particulièrement fréquentes chez les femmes médecins salariées (70% contre 38% à 39% en libéral). Chez les hommes également un écart existe entre médecine salariée et médecine libérale mais, même en médecine salariée, la proportion reste modérée (12%).

**Figure 9**  
Proportion de médecins ayant interrompu leur activité professionnelle plus de 90 jours d'affilée en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-

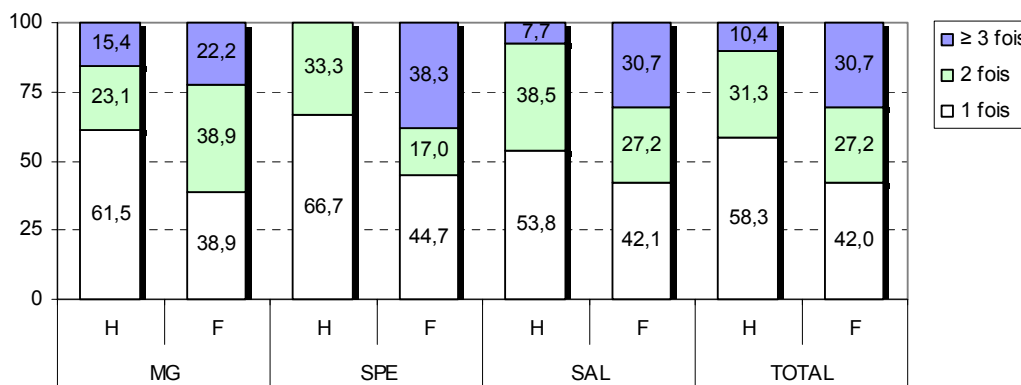
-calcul réalisé sur 802 dossiers renseignés : 99.4%-



Non seulement les femmes médecins sont plus nombreuses à avoir interrompu leur activité professionnelle que leurs confrères mais, de plus, lorsque cela est le cas, **les interruptions sont plus fréquentes** : 31% des femmes qui ont interrompu leur activité professionnelle l'ont fait au moins 3 fois, ce qui n'est le cas que de 10% des hommes qui ont interrompu leur activité ( $p < 0.001$ ). Ce constat est vérifié dans les trois catégories professionnelles étudiées.

**Figure 10**  
Nombre d'interruptions de l'activité professionnelle pour des périodes de plus de 90 jours -%-

-calcul réalisé sur 234 médecins ayant interrompu au moins 1 fois leur activité professionnelle-



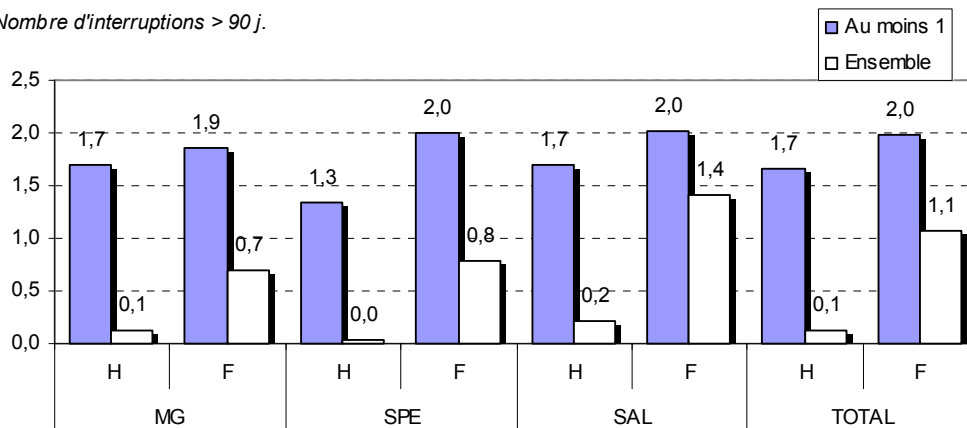
La figure suivante fournit le nombre moyen d'interruptions relevées dans les deux sexes, d'une part chez l'ensemble des médecins, d'autre part chez ceux qui se sont arrêtés au moins une fois. Le nombre d'interruptions relevé chez l'ensemble des médecins fait apparaître des écarts considérables entre les deux sexes (dans un rapport minimum de 1 à 7). Ainsi, une femme médecin, toutes catégories confondues, s'est arrêtée en moyenne 1.1 fois ; un homme médecin 0.1 fois. De plus, une femme médecin qui a interrompu son activité l'a fait en moyenne 2 fois, un homme médecin 1.7 fois seulement (calcul réalisé chez les seuls médecins ayant interrompu leur activité).

Figure 11

**Nombre moyen d'interruptions de l'activité professionnelle pour des périodes > 90 jours en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**

-Calcul réalisé d'une part sur l'ensemble des médecins (802 dossiers renseignés soit 99.4%) et, d'autre part, chez les médecins ayant connu au moins une interruption de longue durée (234 dossiers renseignés soit 100%)-

Nombre d'interruptions > 90 j.



Le tableau synthétique suivant permet de rassembler différentes informations. On y relève qu'en moyenne, la durée d'une interruption (dans le cas où elle a dépassé 90 jours) est de 37 semaines chez les femmes et de 41 semaines chez les hommes. Si l'on considère l'ensemble des médecins, **la durée totale des interruptions de longue durée (>90 jours) pour 10 ans de carrière est 12.5 fois plus élevée chez les femmes (20 semaines en moyenne) que chez les hommes (1.6 semaines).**

Tableau 5

**Interruptions de longues durées (>90 jours) selon le sexe : proportion, nombre moyen, durée moyenne**

	Hommes	Femmes
% de médecins ayant interrompu leur activité plus de 90 jours	7.2%	53.6%
Nombre moyen d'interruptions de plus de 90 jours	1.7	2.0
Nombre moyen d'interruptions de plus de 90 jours	0.1	1.1
Nombre moyen d'interruptions pour 10 ans de carrière	1.0	1.4
Nombre moyen d'interruptions pour 10 ans de carrière	0.06	0.72
Durée moyenne d'une interruption (en semaine)	41.3	36.9
Durée totale des interruptions pour 10 ans de carrière (en semaines)	28.8	43.7
Durée totale des interruptions pour 10 ans de carrière (en semaines)	1.6	20.0

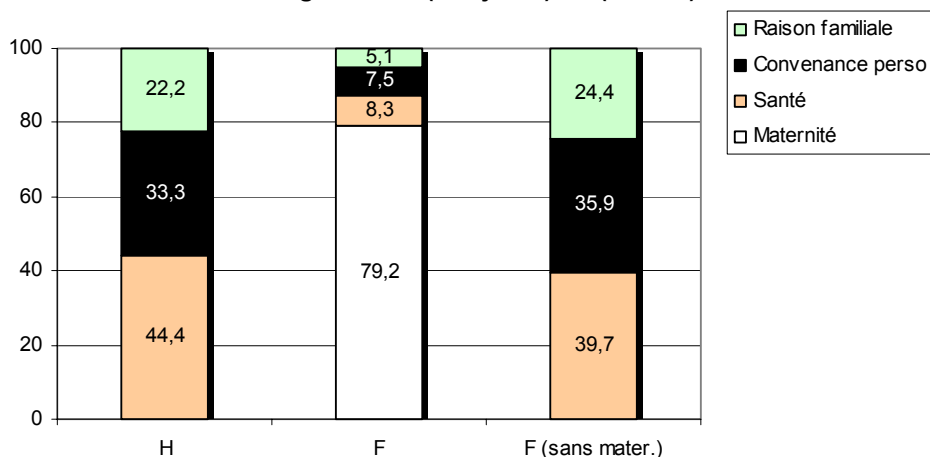
Calcul réalisé sur l'ensemble des médecins (807)

Calcul réalisé sur les médecins ayant eu au moins une interruption de plus de 90 jours (226)



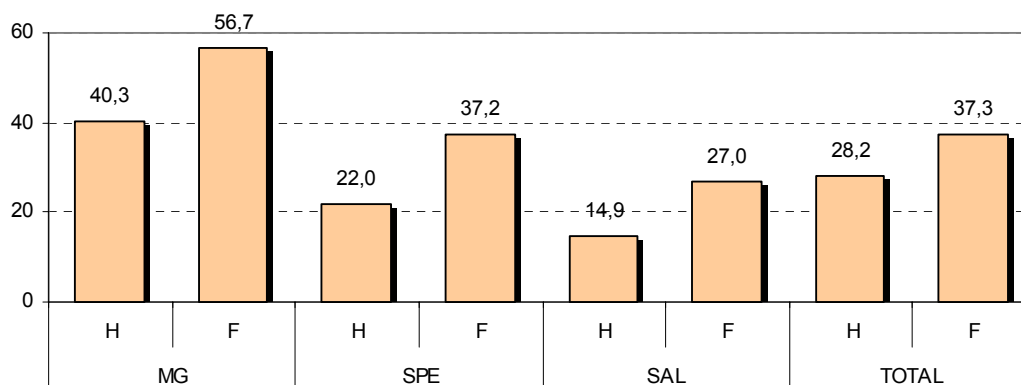
**Chez les femmes, 4 interruptions de longue durée sur 5 sont liées à la maternité.** Si l'on exclut cette cause, les autres motifs sont représentés avec une fréquence voisine dans les deux sexes : santé (environ 40% des autres motifs), convenance personnelle (environ 35%) et raisons familiales (un peu moins de 25%).

**Figure 12**  
**Principale(s) raison(s) des interruptions de l'activité professionnelle de longue durée (>90 jours) -%-( N=226)**



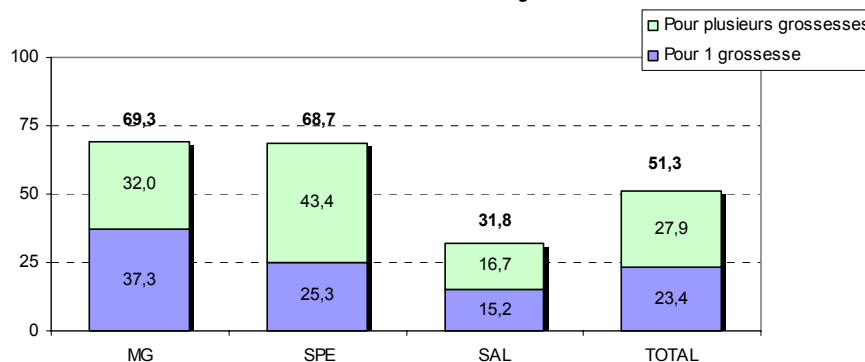
Par ailleurs, il est arrivé à de nombreux médecins d'avoir vraiment souhaité interrompre leur activité sans pouvoir le faire. **La proportion de médecins ainsi "empêchés" de s'arrêter est importante chez les femmes (37%)** mais n'est pas du tout négligeable chez les hommes (28% ;  $p < 0.01$ ). **C'est chez les généralistes que cette proportion est la plus forte (57% des femmes et 40% des hommes)**, c'est d'ailleurs dans cette catégorie que l'écart entre les deux sexes est le plus faible.

**Figure 13**  
**Proportion de médecins ayant vraiment souhaité au moins une fois interrompre leur activité sans pouvoir le faire**  
 -calcul réalisé sur 755 dossiers renseignés : 93.6%-



**Les contraintes qu'impose aux femmes, tout particulièrement en libéral, la profession médicale sont attestées par le fait que 51% des femmes médecins qui ont été enceintes affirment avoir du, au moins une fois, écourter le repos réglementaire pré et post natal, plus d'une fois sur deux, cela est arrivé à plusieurs reprises. Cette proportion atteint 69% chez les femmes exerçant la médecine libérale (généralistes comme spécialistes).**

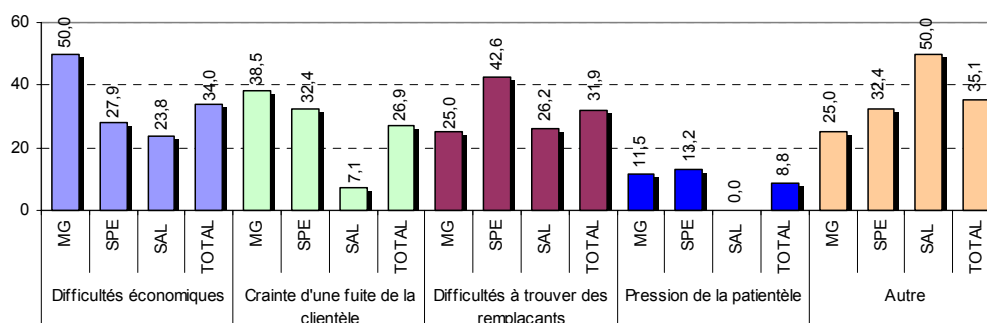
**Figure 14**  
**Proportion de femmes médecins ayant du, pour une grossesse au moins, écourter le délai réglementaire de repos pré et post natal en fonction de la catégorie professionnelle**  
 -calcul réalisé sur 308 dossiers renseignés : 94.2%-



Les raisons mises en avant par les femmes médecins qui ont du écourter les délais réglementaires pré ou post-nataux sont essentiellement les difficultés économiques (34%), les difficultés à trouver des remplaçants (32%), la crainte d'une fuite de la clientèle (27%), la pression de la patientèle (9%). Des raisons "autres" sont également souvent citées (35%). La fréquence de ces motifs varie cependant sensiblement selon la catégorie professionnelle :

- les femmes généralistes libérales mettent surtout en avant les difficultés économiques (50%, soit presque deux fois plus souvent que dans les deux autres catégories professionnelles) et les craintes d'une fuite de la clientèle (38%),
- les femmes spécialistes libérales pointent surtout les difficultés à trouver des remplaçants (43%), la crainte d'une fuite de la clientèle (32%) et des raisons "autres" (32%),
- les femmes médecins salariées pointent essentiellement des motifs "autres" (50%) mais les difficultés économiques et des difficultés à se faire remplacer ne sont pas des motifs exceptionnels (25% environ).

**Figure 15**  
**Raisons pour lesquelles certaines femmes médecins ont du écourter le délai réglementaire de repos pré et post natal en fonction de la catégorie professionnelle -%**  
 -calcul réalisé sur 158 femmes médecins placées dans cette situation-



## Orientation professionnelle et Cursus, les principaux éléments du constat :

- **Une féminisation déjà largement engagée** : 39% des médecins rhônalpins (36% au niveau national en 2001).
- Des femmes qui s'orientent davantage que les hommes vers un **exercice salariée** (48% choisissent ce mode d'exercice contre 30% des hommes). A l'heure actuelle 50% des emplois médicaux salariés sont féminins.
- Des femmes **moins attirées que les hommes par la médecine libérale et, surtout, la médecine générale libérale** (28% seulement d'entre elles ont choisi cette voie contre 40% des hommes et elles ne représentent que 31% des effectifs).
- **Un taux de spécialisation identique dans les deux sexes** (de l'ordre de 51%), **légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes en libéral** (45% contre 42%), mais par contre **sensiblement plus faible chez les femmes exerçant une activité salariée** (56% contre 73% chez les hommes).
- Des femmes qui, en médecine générale libérale, choisissent **deux fois plus souvent que les hommes un exercice particulier prédominant** (homéopathie...) : 19% contre 11%.
- Des femmes médecins plus récemment en activité que leurs confrères, corollaire d'un **âge moyen plus bas** ( $\Delta = 4$  ans et jusqu'à 6 ans chez les généralistes libéraux) et d'une montée en charge de la féminisation relativement récente.
- Une **soutenance de thèse un peu plus tardive** (écart d'environ 1 an) chez les femmes que chez les hommes exerçant en médecine générale libérale (seule catégorie suffisamment homogène pour qu'une telle comparaison ait un sens).
- **Un peu moins d'anciens internes** chez les femmes (36% contre 42%) et **un peu plus de CES** (18% contre 14%).
- Des diplômes médicaux complémentaires (AEU, DU, capacités...) obtenus en proportion identique chez les hommes (69%) et chez les femmes (71%), cette égalité étant retrouvée au sein des trois catégories professionnelles.
- Un **début d'activité professionnelle légèrement plus tardif chez les femmes** que chez les hommes de la classe d'âge la plus avancée (>43 ans) : respectivement 11.9 ans et 11.3 ans après le début des études, cet écart entre les deux sexes, relevé presque exclusivement chez les généralistes libéraux, **n'est plus retrouvé dans la plus jeune génération** ( $\leq 43$  ans).
- De **fréquentes interruptions de longue durée** (> 3 mois) de l'activité professionnelle chez les femmes médecins (54% contre 7% des hommes) et presque 60% de celles qui se sont arrêtées l'ont fait à plusieurs reprises. Rapporté à l'ensemble des médecins, le nombre moyen d'arrêts de longue durée est plus de 10 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Huit fois sur dix, les arrêts féminins sont liés à la maternité. Les autres motifs sont identiques dans les deux sexes : santé, convenance personnelle, raisons familiales.

- Des **souhaits d'interruptions temporaires de l'activité empêchés par les contraintes professionnelles** plus souvent décrits par les femmes (37%) que par les hommes (28%). De tels souhaits "contrariés" sont pointés par presque 60% des femmes généralistes libérales.
- Des femmes médecins très régulièrement contraintes **d'écourter des délais pré ou post nataux** (50% globalement, à plusieurs reprises dans la moitié des cas, et 69% chez les libérales, généralistes comme spécialistes). Les raisons mises en avant étant essentiellement des raisons économiques, la crainte d'une fuite de la clientèle, les difficultés à se faire remplacer, plus rarement sont signalées en libéral les pressions de la patientèle.

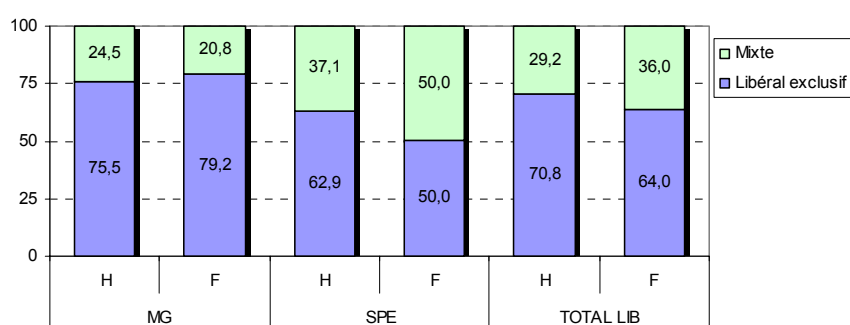
### III - CARACTERISTIQUES DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

#### III.1- Caractéristiques de l'exercice libéral

##### a) Activité salariée complémentaire de l'exercice libéral

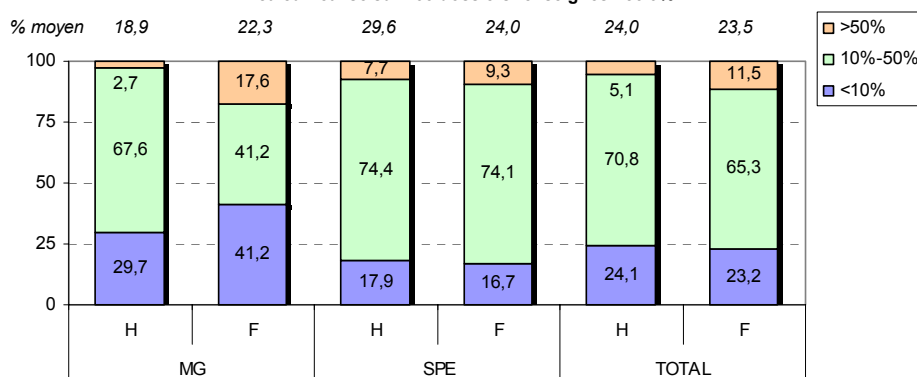
Un médecin libéral sur 3 exerce une activité salariée complémentaire, en proportion statistiquement comparable dans les deux sexes (36% des femmes et 29% des hommes). C'est le cas de près d'un généraliste sur 4 (sans hétérogénéité entre les deux sexes) et d'une proportion sensiblement plus importante de spécialistes. **Les femmes spécialistes libérales sont plus nombreuses que les hommes à exercer une activité salariée complémentaire (50% contre 37% ;  $p < 0.05$ ).**

**Figure 16**  
**Proportion de médecins libéraux ayant une activité salariée complémentaire en fonction du sexe et de la spécialité -%-**  
 -calcul réalisé sur 505 dossiers renseignés : 100%-



Chez ces médecins exerçant une activité mixte, la part moyenne de l'activité salariée ne diffère pas significativement entre les deux sexes (23% du temps de travail chez les femmes et 24% chez les hommes). On remarquera, chez les généralistes, une proportion relativement importante de femmes exerçant à titre salarié pour plus de 50% de leur activité (18%, soit 4% de l'ensemble des femmes généralistes, contre 3% des hommes, soit 0.7% de l'ensemble des hommes généralistes). A l'opposé, on notera, chez ces mêmes femmes généralistes, une proportion très importante d'exercice salarié très ponctuel (moins de 10% du temps de travail). Chez les spécialistes, la part moyenne de l'activité salariée est par contre légèrement plus élevée, quoique de manière non significative, chez les hommes que chez les femmes (30% du temps de travail contre 24%).

**Figure 17**  
**Part de l'activité salariée parmi l'activité totale des médecins libéraux ayant une activité mixte en fonction du sexe et de la spécialité -% et moyenne-**  
 -calcul réalisé sur 135 dossiers renseignés : 83.9%-

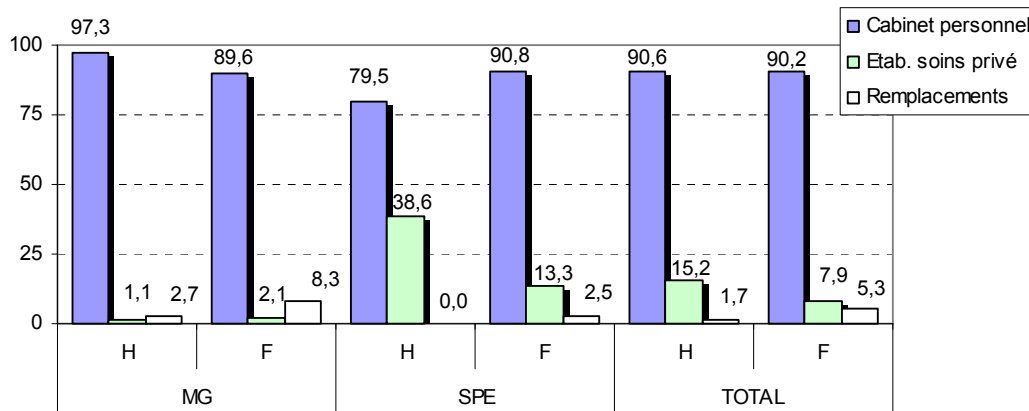


## b) Cabinets de ville / établissement de soins privés

Globalement, généralistes et spécialistes confondus, la proportion de médecins libéraux exerçant dans leur cabinet personnel (exercice exclusif ou partagé) est identique dans les deux sexes (90%). Par contre, les hommes sont plus nombreux que les femmes à exercer dans des établissements de soins privés (15% contre 8% ;  $p < 0.01$ ). Enfin, on compte davantage de femmes que d'hommes ayant une activité exclusive de remplaçant (5% contre 2% ;  $p = 0.03$ ), peut-être du fait d'un âge plus jeune en moyenne. Chez les généralistes notamment, la proportion de médecins n'effectuant que des remplacements est beaucoup plus importante chez les femmes que chez les hommes (8% contre 3% ;  $p < 0.05$ ).

**Chez les spécialistes, c'est la proportion de médecins exerçant dans des établissements de soins privés -exclusivement ou en complément de l'activité en cabinet- qui diffère entre les deux sexes : elle est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes (39% contre 13%).**

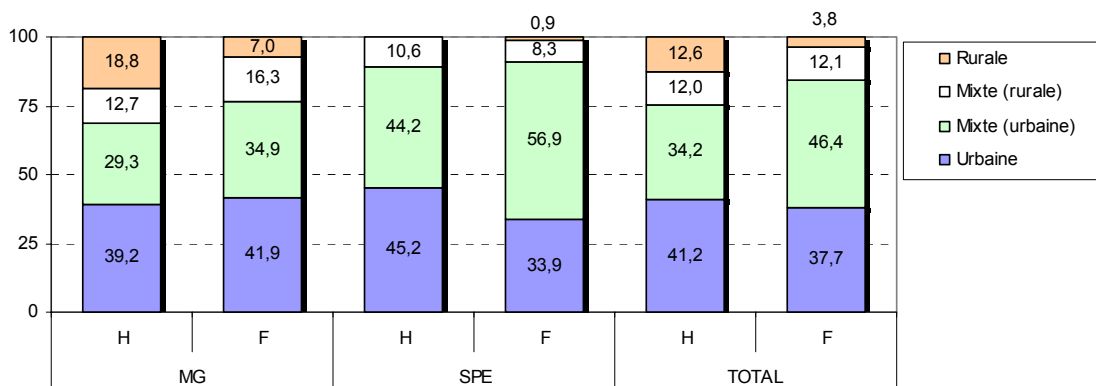
**Figure 18**  
**Type d'exercice des médecins libéraux**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 505 dossiers renseignés : 100%-



### c) Patientèle urbaine / patientèle rurale

**Chez les généralistes, les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à avoir une patientèle franchement rurale** (respectivement 19% et 7% ;  $p < 0.01$ ). Même l'adjonction des clientèles "mixtes à prédominance rurale" ne parvient à gommer tout à fait la différence entre les deux sexes (31% chez les hommes et 23% chez les femmes, NS). La moindre féminisation de la profession en milieu rural est donc confirmée. Chez les spécialistes, où l'activité est plus diffuse et qui sont presque toujours implantés en milieu urbain ou périurbain, le même constat ne peut être dressé. On remarquera par contre que **les femmes spécialistes sont moins nombreuses que les hommes à avoir une clientèle typiquement urbaine**, chez elles, il s'agit plus volontiers d'une clientèle "mixte à prédominance urbaine", semblant correspondre à des installations plus fréquentes dans des petites villes ou dans des zones périurbaines (probablement du fait de la spécialité choisie, mais peut-être aussi, dans certains cas, parce que, en moyenne plus jeunes, elles pouvaient plus difficilement s'installer dans des centres villes, déjà bien pourvus).

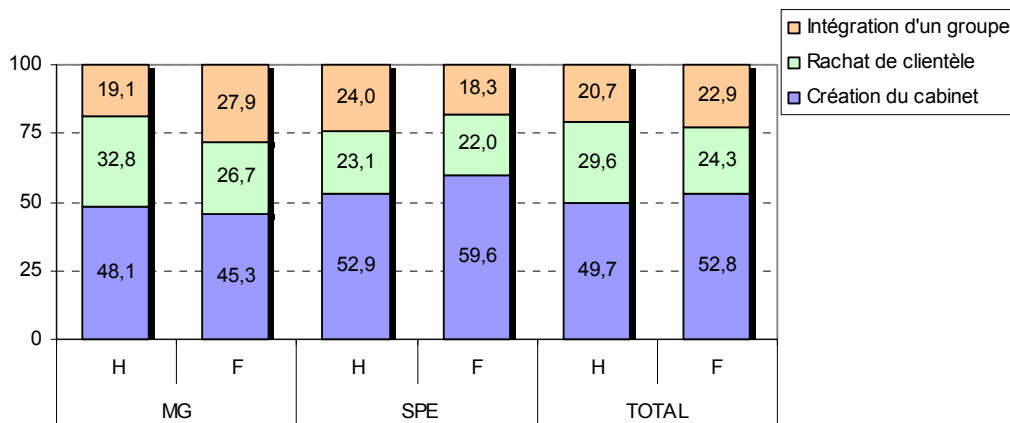
**Figure 19**  
**Caractéristique de la patientèle des médecins libéraux**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 454 dossiers renseignés : 99.3%-



#### d) Modalités d'installation

Pas plus chez les généralistes que chez les spécialistes, on ne relève d'hétérogénéité globale significative quant aux modalités d'installation. On notera cependant, chez les généralistes, une proportion légèrement plus élevée -et non significative- de femmes qui, pour leur première installation, ont intégré un groupe médical pré-existant tandis que, chez les spécialistes, les femmes apparaissent légèrement plus nombreuses à avoir créé leur propre cabinet.

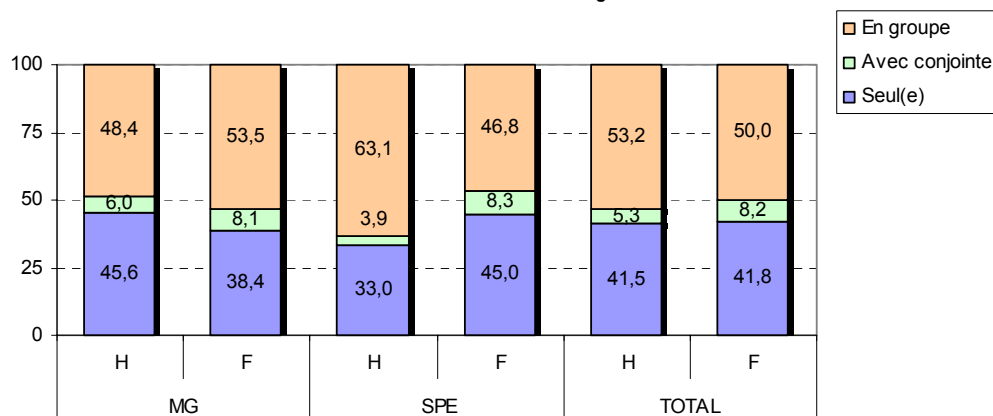
**Figure 20**  
**Modalités des débuts de l'activité libérale**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 456 dossiers renseignés : 99.8%-



#### e) Exercice isolé ou collectif

Chez les généralistes, les modalités d'exercice ne diffèrent pas significativement en fonction du sexe : 55 à 60% exercent en cabinet de groupe (dont 6 à 8% avec le conjoint). Par contre, **chez les spécialistes, les hommes apparaissent plus nombreux que les femmes à exercer au sein d'un groupe médical** (67% contre 55% ;  $p < 0.05$ , dont 4 à 8% avec le conjoint). La plus grande proportion d'exercice "isolé" peut cependant n'être lié qu'au type de spécialité exercée ou à la localisation du cabinet (on a vu que les femmes spécialistes libérales semblaient exercer davantage dans des petites villes ou en zone périurbaine où il est peut-être plus difficile de faire vivre un cabinet de groupe).

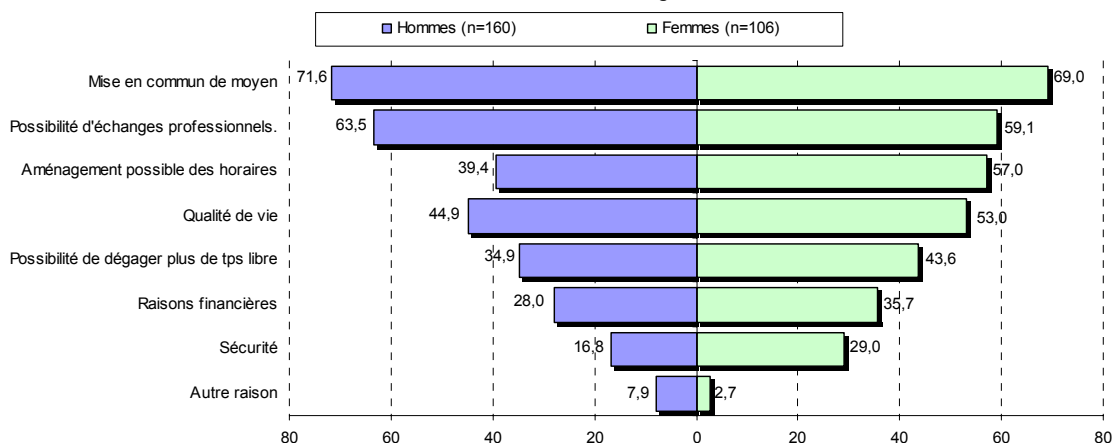
**Figure 21**  
**Mode d'exercice de l'activité libérale en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 454 dossiers renseignés : 99.3%-





Les motifs d'exercice en groupe avancés par les hommes et par les femmes la plupart du temps ne diffèrent pas entre les deux sexes : mise en commun de moyens (70%), possibilité d'échanges professionnels (62%), qualité de vie (48%), possibilité de dégager du temps libre (38%), raisons financières (31%). Deux motifs cependant distinguent les réponses des hommes et des femmes et apparaissent davantage cités par ces dernières : l'aménagement possible des horaires (cité par 57% des femmes et seulement 39% des hommes ;  $p < 0.01$ ) et la sécurité (citée par 29% des femmes et seulement 17% des hommes ;  $p < 0.05$ ).

**Figure 22**  
Raisons principales ayant conduit les médecins libéraux au choix d'un exercice en cabinet de groupe en fonction du sexe -%-  
-calcul réalisé sur 266 dossiers renseignés : 100%-



L'étude en fonction de la catégorie professionnelle montre que, chez les spécialistes exerçant en cabinet de groupe, les raisons avancées ne diffèrent pas significativement entre les deux sexes. Par contre, les femmes généralistes exerçant en cabinet de groupe sont significativement plus nombreuses que leurs homologues de sexe masculin à indiquer comme raisons l'aménagement des horaires (74%), la qualité de la vie (64%), la possibilité de dégager du temps libre (58%) et la sécurité (26%).

**Tableau 6**  
Raisons principales ayant conduit les médecins libéraux au choix d'un exercice en cabinet de groupe en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-  
-calcul réalisé sur 266 dossiers renseignés : 100%-

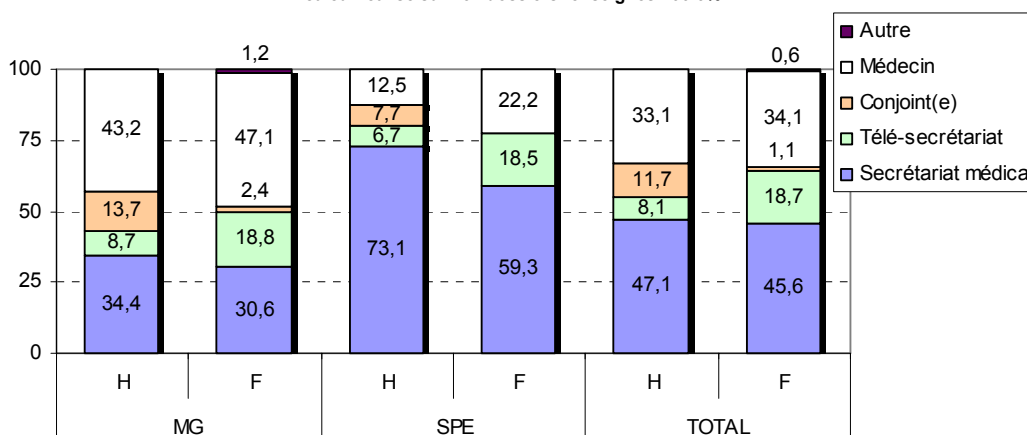
	MG		SPE		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F
Mise en commun de moyens	66.7	56.6	79.7	81.7	71.6	69.0
Possibilité d'échanges professionnels	67.7	56.6	56.5	61.7	63.5	59.1
Aménagement possible des horaires	47.5	73.6	26.1	40.0	39.4	57.0
Qualité de vie	47.5	64.2	40.6	41.7	44.9	53.0
Possibilité de dégager plus de temps libre	39.4	58.5	27.5	28.3	34.9	43.6
Raisons financières	22.2	28.3	37.7	43.3	28.0	35.7
Sécurité	12.1	26.4	24.6	31.7	16.8	29.0
Autre raison	9.1	3.8	5.8	1.7	7.9	2.7
<i>Effectif</i>	100	53	60	52	160	106
<i>Effectif non pondéré</i>	99	53	69	60	168	113

## f) Secrétariat

**Chez les généralistes**, les médecins assurant eux mêmes leur secrétariat est identique dans les deux sexes (de l'ordre de 45%). **Le télé-secrétariat apparaît deux fois plus développé chez les femmes que chez les hommes** (19% contre 9%) et il ne s'agit pas d'un effet de l'âge puisque l'écart entre les deux sexes est aussi important chez les médecins de moins de 45 ans (22% chez les femmes et 11% chez les hommes). Par ailleurs, de manière bien peu surprenante, il apparaît que, si le secrétariat d'un médecin homme est assuré dans 14% des cas par le conjoint, cela n'est le cas que pour 2% des médecins femmes. Il semblerait cependant que cette pratique tende à diminuer : 16% des généralistes de sexe masculin âgés de 45 ans et plus ont leur secrétariat assuré par leur conjointe, cela n'est le cas que de 7% dans la tranche d'âge inférieure (cf. annexes).

**Chez les spécialistes, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à assurer elles-mêmes leur secrétariat** (22% contre 12%) et **elles ont moins souvent recours à une secrétaire médicale** (59% contre 73% ;  $p < 0.05$ ). De même que leurs consoeurs généralistes, elles utilisent davantage que les hommes le **télé-secrétariat** (18% contre 8%).

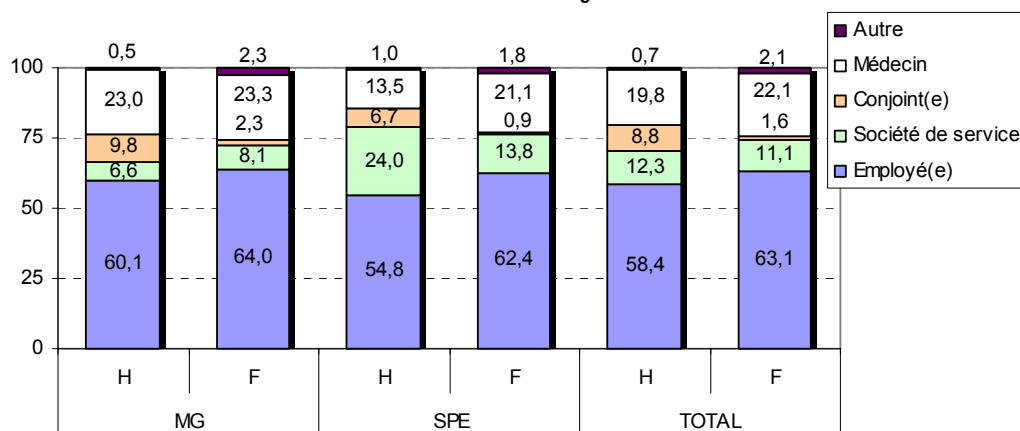
**Figure 23**  
**Organisation du secrétariat des médecins libéraux**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 454 dossiers renseignés : 99.3%-



### g) Entretien du cabinet

Qu'il s'agisse de généralistes ou de spécialistes, on ne relève pas de différence significative à ce niveau entre les deux sexes : dans 70% à 75% des cas, l'entretien est assuré par un(e) employé(e) ou une société de service, quelquefois par le conjoint (9% chez les hommes et 2% chez les femmes) et, dans 20% des cas, il est assuré par le médecin lui-même. A cet égard, on relèvera un effet générationnel chez les femmes généralistes libérales (cf. annexes) qui sont 33% à assurer elles-mêmes l'entretien du cabinet lorsqu'elles ont plus de 45 ans et 15% seulement à le faire dans la tranche d'âge inférieure ( $p=0.05$ ).

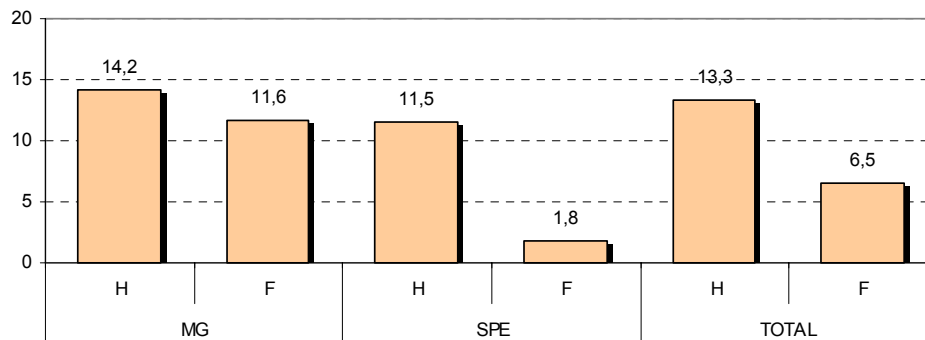
**Figure 24**  
**Entretien du cabinet des médecins libéraux**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 456 dossiers renseignés : 99.8%-



### h) Cabinets sur le lieu d'habitation

Chez 13% des généralistes libéraux, le cabinet médical est installé sur le lieu d'habitation, sans différence entre les deux sexes. Chez leurs confrères spécialistes, ce cas de figure est retrouvé avec une égale fréquence chez les hommes (11%) mais est tout à fait exceptionnel chez les femmes (2%).

**Figure 25**  
**Proportion de médecins libéraux dont le cabinet est sur le lieu d'habitation**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 456 dossiers renseignés : 99.8%-



Les hommes placés dans cette situation apparaissent plus nombreux que les femmes à considérer que cela entraîne souvent une confusion entre vie privée et vie professionnelle (31% contre 17%, non significatif en raison de la faiblesse des effectifs).

### III.2- Amplitude, caractéristiques et difficultés de l'activité libérale

#### a) Amplitude de l'activité

L'amplitude de l'activité des médecins libéraux de sexe féminin est plus faible que celle de leurs homologues masculins, aussi bien en ce qui concerne le nombre d'heures hebdomadaires d'exercice qu'en ce qui concerne le nombre hebdomadaire de demi-journées travaillées et le nombre de semaines de vacances ainsi que, chez les généralistes seulement, le nombre de consultations.

#### - Nombre d'heures de travail par semaine

- Chez les généralistes, le nombre d'heures travaillées hebdomadairement est de 29% plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 53.8 heures contre 41.6 heures ;  $p < 0.001$ ). Pratiquement 70% des généralistes libéraux de sexe masculin déclarent travailler plus de 50 heures, ce qui n'est le cas que de 40% des femmes.
- Chez les spécialistes, le rapport est encore plus important (+34%) : 49.2 heures chez les hommes et 36.6 heures chez les femmes ;  $p < 0.001$ . Plus de 50% des hommes spécialistes libéraux travaillent plus de 50 heures par semaine, ce qui est le cas de 14% des femmes.

Figure 26

Nombre moyen d'heures hebdomadaires effectuées par les médecins libéraux en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle

-calcul réalisé sur 475 dossiers renseignés : 94.1%-

Nombre d'heures hebdomadaires

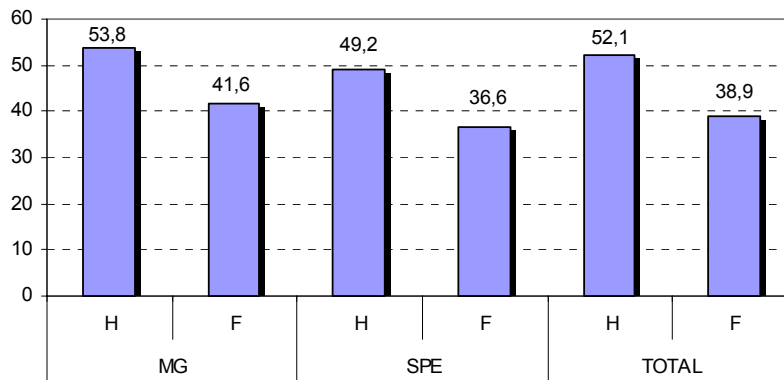
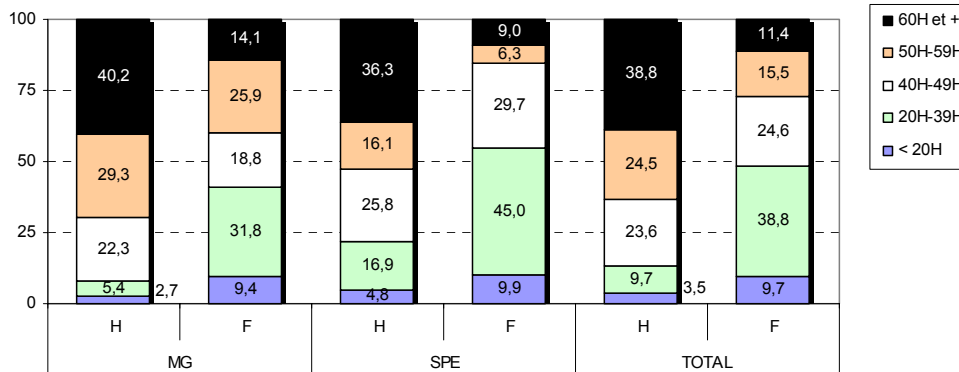


Figure 27

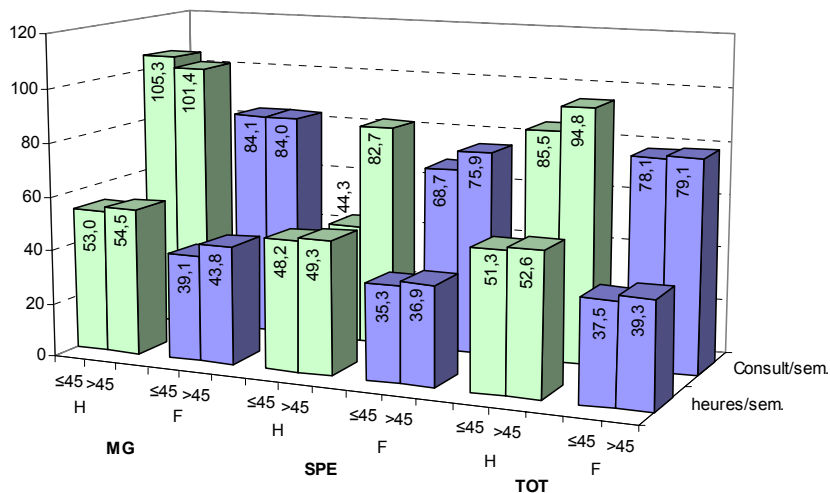
Nombre d'heures hebdomadaires effectuées par les médecins libéraux en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-

-calcul réalisé sur 475 dossiers renseignés : 94.1%-



- **Un effet âge est retrouvé chez les femmes généralistes** : 43.8 heures hebdomadaires en moyenne chez les plus de 45 ans contre 39.1 heures chez les plus jeunes ( $p < 0.05$ ). **Cet effet âge n'est pas retrouvé chez les hommes généralistes ni chez les spécialistes**, quel que soit leur sexe.

**Figure 28**  
**Nombre moyen d'heures hebdomadaires et de consultations hebdomadaires effectuées par les médecins libéraux en fonction du sexe, de l'âge et de la catégorie professionnelle**

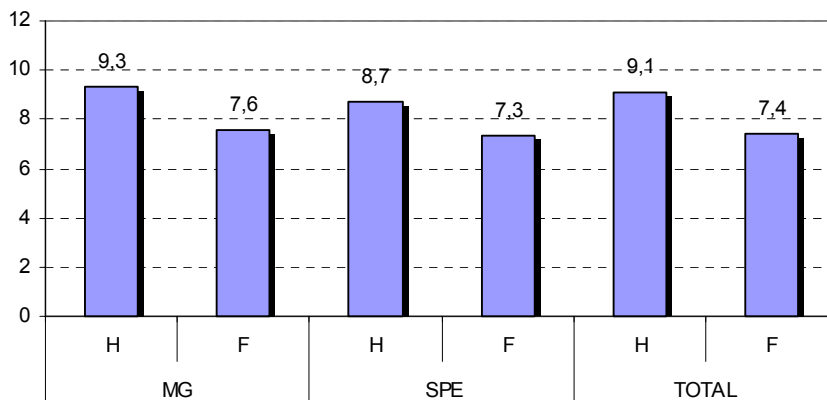


### **Demi-journées de travail**

- En moyenne, **les généralistes libéraux de sexe féminin assurent des soins durant un nombre moins important de demi-journées** que leurs confrères : 7.6 demi-journées par semaine contre 9.3 chez les hommes ;  $p < 0.001$ ).
- **Chez les spécialistes libéraux, l'écart est du même ordre** : 7,3 demi-journées par semaine chez les femmes contre 8,7 chez les hommes ( $p < 0.001$ ).

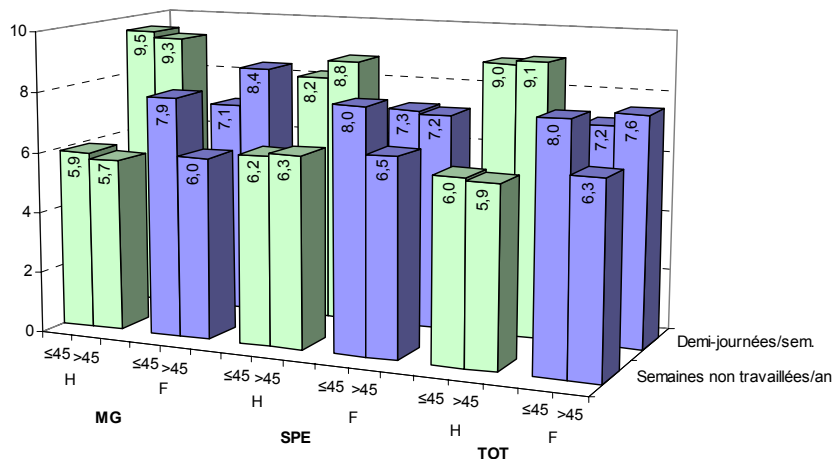
**Figure 29**  
**Nombre moyen de demi-journées hebdomadaires de travail des médecins libéraux en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**  
 -calcul réalisé sur 470 dossiers renseignés : 93.1%-

Nombre de demi-journées par semaine



- **Un effet âge est ici encore retrouvé chez les femmes généralistes :** 8.4 demi-journées par semaine chez les plus de 45 ans contre 7.1 chez les plus jeunes ( $p < 0.01$ ). Cet effet âge n'est **pas retrouvé chez les hommes (généralistes ou spécialistes) ni chez les spécialistes de sexe féminin.**

**Figure 30**  
**Nombre moyen de demi-journées hebdomadaires de travail et de semaines non travaillées par an chez les médecins libéraux en fonction du sexe, de l'âge et de la catégorie professionnelle**

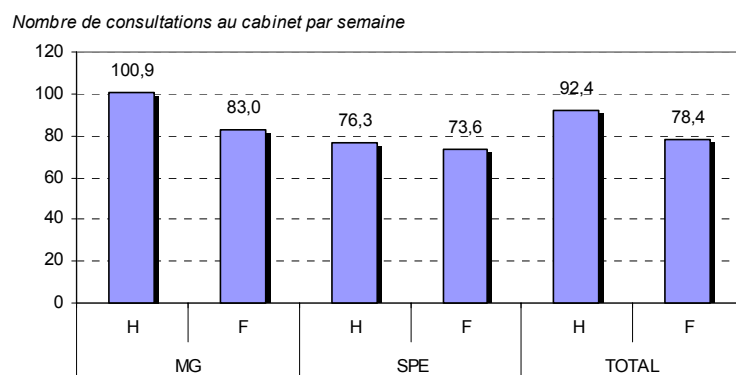


### **- Nombre de consultations au cabinet**

- **Chez les généralistes libéraux, le nombre moyen de consultations hebdomadaires au cabinet est de 20% plus élevé chez les hommes que chez leurs consoeurs (respectivement 101 et 83 ;  $p < 0.001$ ). Ainsi, si 13% seulement des hommes assurent moins de 75 consultations hebdomadaires au cabinet, c'est le cas de 40% des femmes. On doit cependant rappeler la plus grande proportion de médecins à exercice particulier chez les femmes qui peut contribuer à abaisser le nombre moyen de consultations.**

- **Chez les spécialistes libéraux, le nombre moyen de consultations hebdomadaires est pratiquement identique dans les deux sexes : 76 chez les hommes et 74 chez les femmes.** L'égalité du nombre de consultations entre les deux sexes alors que le nombre d'heures travaillées est nettement supérieur chez les hommes est probablement à mettre en relation avec l'hétérogénéité des spécialités plus particulièrement occupées par les hommes et par les femmes. On rappelle également la plus grande proportion de spécialistes hommes exerçant une activité libérale dans un établissement de soins.

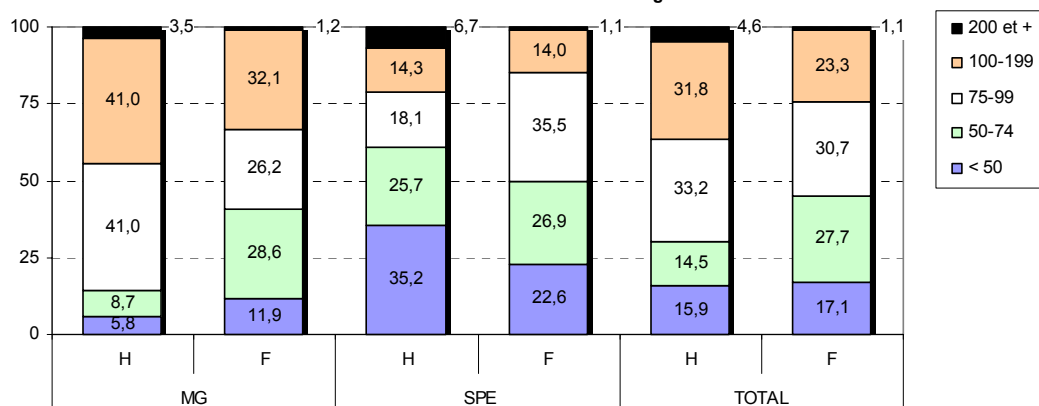
**Figure 31**  
**Nombre moyen de consultations hebdomadaires au cabinet**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**  
 -calcul réalisé sur 431 dossiers renseignés : 85.3%-



On notera, chez les spécialistes de sexe masculin, l'importance des deux classes extrêmes :

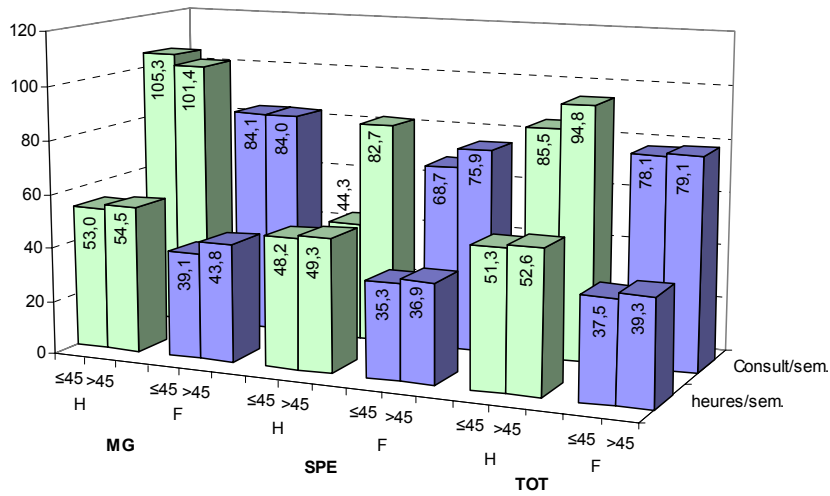
- 35% réalisent moins de 50 consultations par semaine (alors que les femmes ne sont que 23% dans ce cas). Ceci est probablement le fait de spécialités particulières et d'une activité partagée entre cabinet et établissement d'hospitalisation,
- 7% (contre 1% des femmes) réalisent plus de 200 consultations par semaine.

**Figure 32**  
**Nombre de consultations hebdomadaires au cabinet**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%**  
 -calcul réalisé sur 431 dossiers renseignés : 85.3%-



- L'étude en fonction de l'âge ne montre pas d'hétérogénéité significative chez les généralistes, quel que soit le sexe. Chez les spécialistes, le nombre moyen de consultations est sensiblement plus faible chez les jeunes de sexe masculin que chez leurs aînés et, au contraire, légèrement plus élevé chez les praticiens de sexe féminin de plus de 45 ans que chez leurs cadettes. Toutefois l'hétérogénéité des spécialités et des types d'exercice empêche de conclure.

**Figure 33**  
**Nombre moyen d'heures hebdomadaires et de consultations hebdomadaires effectuées par les médecins libéraux en fonction du sexe, de l'âge et de la catégorie professionnelle**

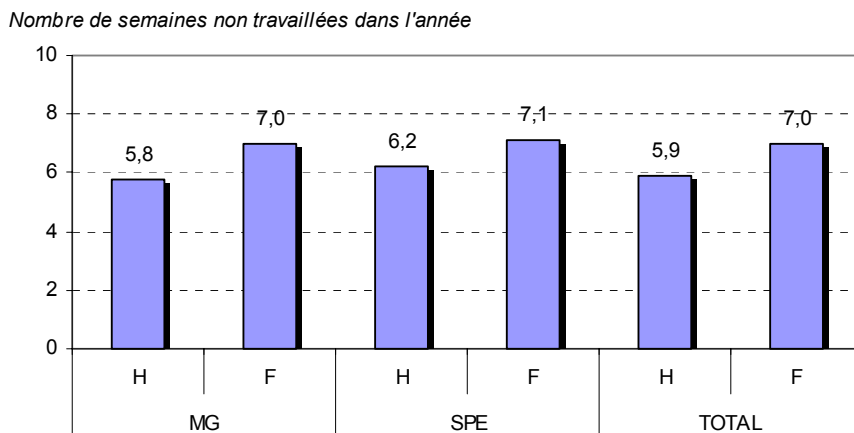




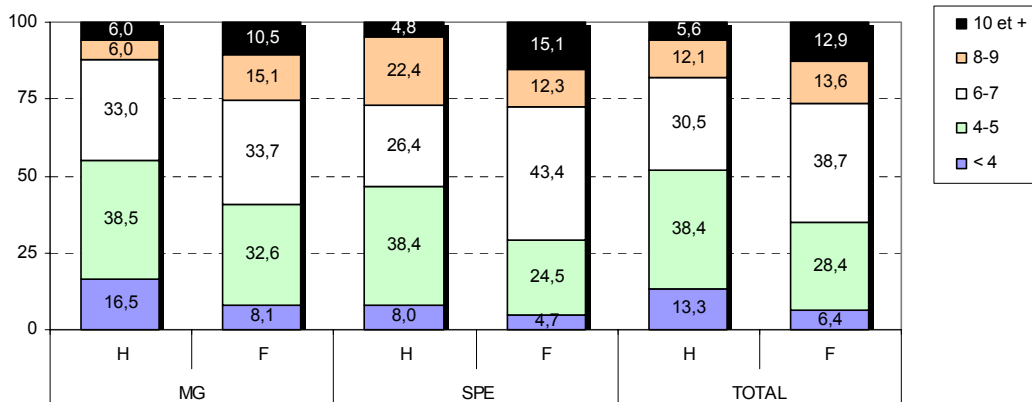
**- Semaines non travaillées**

- **Chez les généralistes libéraux, les femmes arrêtent plus longtemps leur activité que les hommes** (en moyenne 7.0 semaines par an contre 5.8 semaines, soit un écart de plus d'une semaine ;  $p=0.06$ ).
- **Chez les spécialistes, l'écart est presque du même ordre** (7.1 semaines chez les femmes et 6.2 semaines chez les hommes) mais sans atteindre le niveau de significativité statistique.

**Figure 34**  
**Nombre moyen de semaines non travaillées dans l'année par les médecins libéraux en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**  
 -calcul réalisé sur 471 dossiers renseignés : 93.2%-

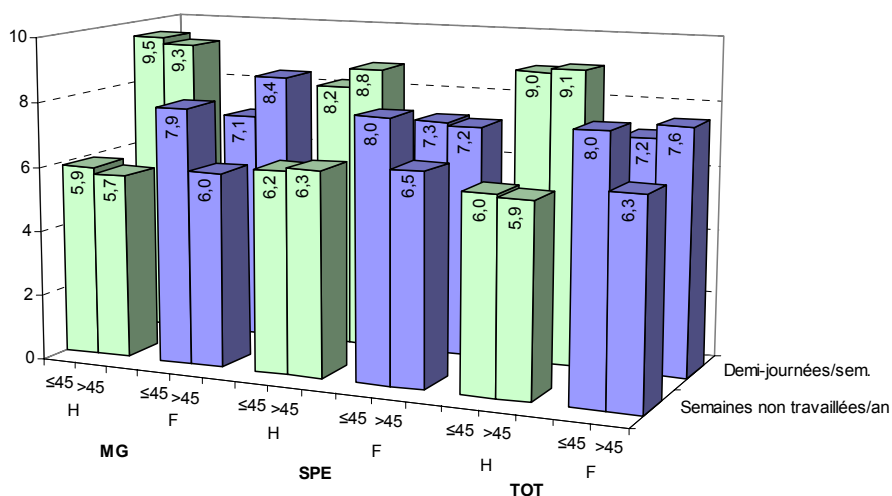


**Figure 35**  
**Nombre de semaines non travaillées dans l'année par les médecins libéraux en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -% -**  
 -calcul réalisé sur 471 dossiers renseignés : 93.2%-



- Chez les généralistes de sexe masculin, le nombre de semaines non travaillées est identique dans les deux classes d'âge étudiées. Ce n'est pas le cas  **dans le sexe féminin où le nombre de semaines non travaillées est sensiblement plus élevé chez les moins de 45 ans que chez leurs aînées** (généralistes : respectivement 7.9 et 6.0 semaines, spécialistes : 8.0 et 6.5 semaines).

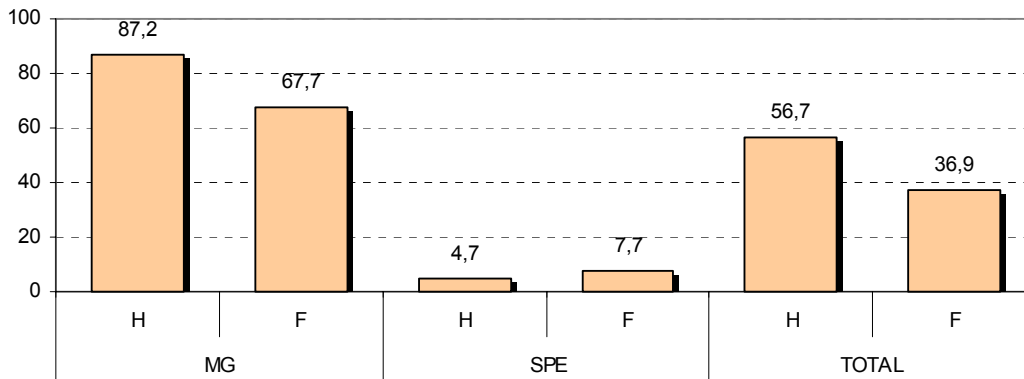
**Figure 36**  
**Nombre moyen de demi-journées hebdomadaires de travail et de semaines non travaillées par an chez les médecins libéraux en fonction du sexe, de l'âge et de la catégorie professionnelle**



## b) Visites à domicile

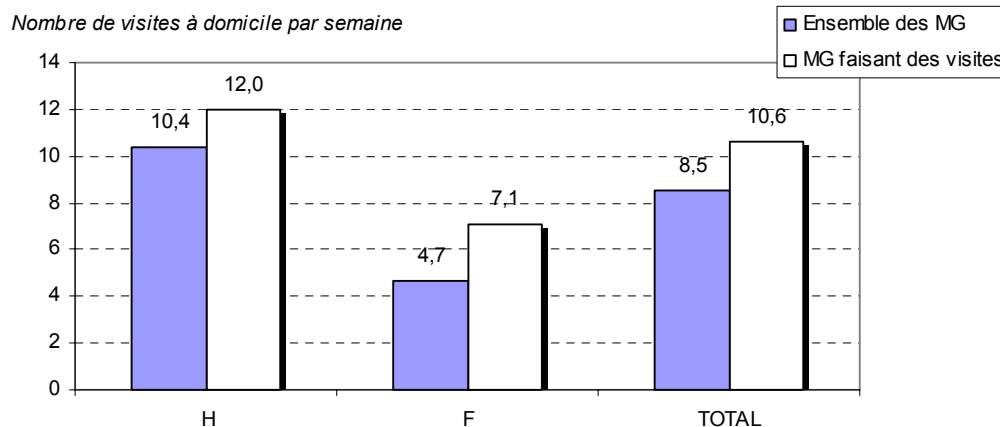
Chez les généralistes, la proportion de femmes effectuant des visites à domicile est sensiblement plus faible que celle relevée chez les hommes (68% contre 87% ;  $p < 0.001$ ). Chez les spécialistes, les visites ne sont le fait que d'une petite minorité de médecins (5% des hommes et 8% des femmes). Chez les généralistes, aucun effet de l'âge n'est relevé, quel que soit le sexe et quelle que soit la catégorie professionnelle (cf. annexes).

**Figure 37**  
**Proportion de médecins libéraux faisant des visites à domicile**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 497 dossiers renseignés : 98.4%-



Non seulement les généralistes hommes sont plus nombreux à faire des visites à domicile mais, lorsqu'ils en font, **le nombre de visites est nettement plus élevé que chez les femmes (12 par semaine en moyenne contre 7 ;  $p < 0.001$ )**. Un effet de l'âge, identique dans les deux sexes, est relevé avec **davantage de visites effectuées par les médecins de plus de 45 ans** (cf. annexes).

**Figure 38**  
**Nombre moyen de visites à domicile effectuées par les généralistes libéraux**  
**en fonction du sexe**  
**-moyenne calculée chez l'ensemble des médecins et chez les médecins faisant des visites-**  
 -calcul réalisé sur 497 dossiers renseignés : 97.6%-

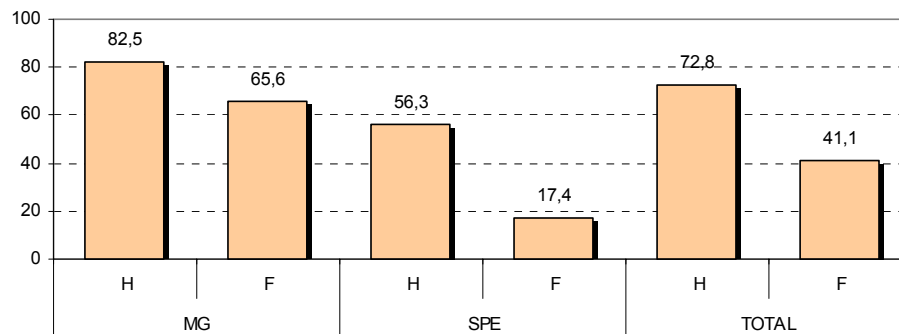


### c) Participation aux gardes et difficultés rencontrées

#### - Participation aux gardes

- Si plus de 8 généralistes hommes sur 10 ont participé à des gardes au cours des 3 dernières années, cela n'est le cas que de deux femmes sur trois ( $p < 0.001$ ).
- Chez les spécialistes, l'écart entre les deux sexes est encore plus important : 56% des hommes et 17% des femmes prennent des gardes. Cependant, il s'agit là vraisemblablement le plus souvent de gardes prises dans le cadre d'une structure de soins et non au cabinet. L'écart entre les deux sexes peut donc simplement indiquer -ce qui a été vérifié précédemment- que, chez les spécialistes libéraux, les hommes sont plus nombreux que les femmes à exercer au sein d'une structure de soins.

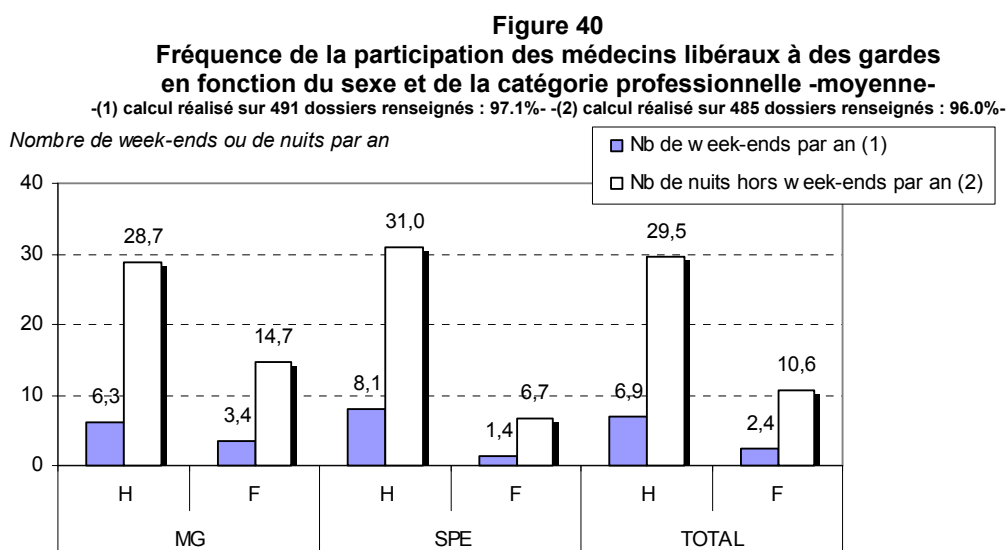
**Figure 39**  
**Proportion de médecins libéraux ayant participé à des gardes au cours des 3 dernières années en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
-calcul réalisé sur 490 dossiers renseignés : 97.1%-



- Chez les généralistes, un effet de l'âge est relevé (cf. annexes), identique dans les deux sexes, avec une **proportion plus faible après 45 ans** de médecins effectuant des gardes (chez les hommes : 80% contre 94% chez les plus jeunes, chez les femmes : 61% contre 71% chez les plus jeunes). L'effet de l'âge existe également chez les femmes spécialistes (7% des plus de 45 ans font des gardes contre 33% des plus jeunes). Il n'est par contre pas retrouvé chez les spécialistes de sexe masculin.

## - Fréquence du tour de garde

- **Les généralistes hommes, plus nombreux à prendre des gardes, en font par ailleurs davantage (2 fois plus) que leurs consoeurs : 6.3 week-ends par an en moyenne contre 3.4 (p<0.01) et 29 nuits (hors week-ends) contre 15 (p<0.05).**
- **Chez les spécialistes, l'écart est encore plus important** (mais on a déjà souligné l'hétérogénéité des profils entre hommes et femmes et les difficultés de comparaison) : **8.1 week-ends par an en moyenne chez les hommes contre 1.4 chez les femmes (p<0.001) et 31 nuits hors week-ends par an contre 7 (p<0.001).**



- Un effet de l'âge (cf. annexes), caractérisé par un **moindre nombre de garde chez les plus âgés**, est observé chez les femmes médecins, qu'elles soient généralistes (13 nuits et 3 week-ends chez les plus de 45 ans contre 17 nuits et 4 week-ends chez leurs cadettes) ou qu'elles soient spécialistes. Le même effet est relevé chez les généralistes de sexe masculin (uniquement sur le nombre de nuits).

## **- Difficultés rencontrées lors des gardes et motifs de non participation**

Les difficultés rencontrées par les médecins qui prennent des gardes et les motifs mis en avant par ceux qui n'en prennent pas sont essentiellement :

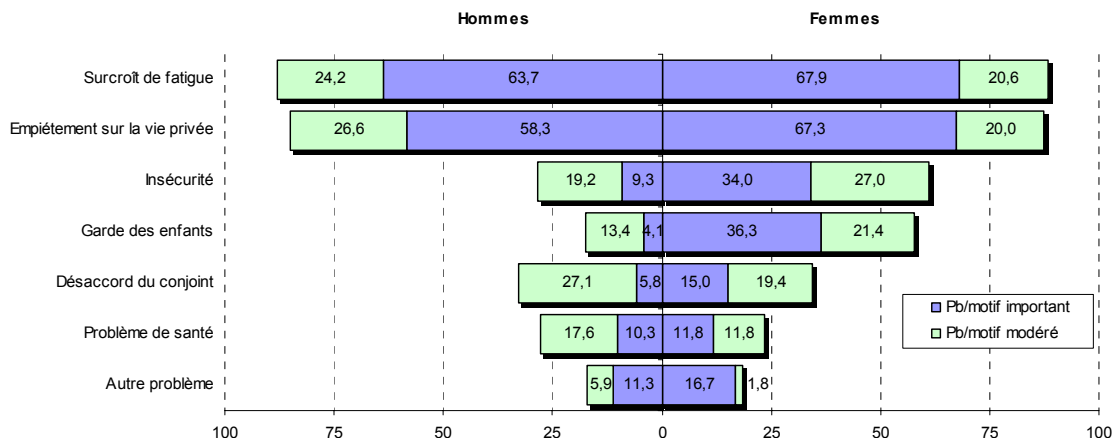
- le surcroît de fatigue occasionné, cité avec la même fréquence par les hommes et par les femmes (problème pointé par 90% d'entre eux et considéré comme important par 65% environ),
- l'empiètement sur la vie privée, également cité avec la même fréquence dans les deux sexes (problème pour 85% environ, important pour 65% environ).

D'autres éléments, moins souvent cités, conduisent par contre à des réponses différentes selon le sexe :

- **l'insécurité est citée comme un problème lié aux gardes par 61% des femmes** et seulement 28% des hommes ; 34% des femmes y voient un problème important, ce qui n'est le cas que de 9% des hommes ( $p < 0.001$ ),
- **la garde des enfants, pointée par 58% des femmes** (36% y voyant un problème important) et par seulement 17% des hommes (problème important pour 4%) ; ( $p < 0.001$ ),
- **le désaccord du conjoint cité par 33% à 34% des généralistes dans les deux sexes**, mais considéré comme un problème important par 15% des femmes et 6% seulement des hommes ( $p < 0.05$ ).

Enfin, les problèmes de santé sont également cités (un médecin sur 4 environ les évoque, un sur 10 y voit une difficulté importante) mais de manière équivalente dans les deux sexes.

**Figure 41**  
**Problèmes rencontrés par les médecins libéraux (généralistes et spécialistes) participant aux gardes et motifs évoqués par ceux qui n'y participent pas en fonction du sexe -%-**  
 -calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 207 (41.0%) à 312 (61.8%)



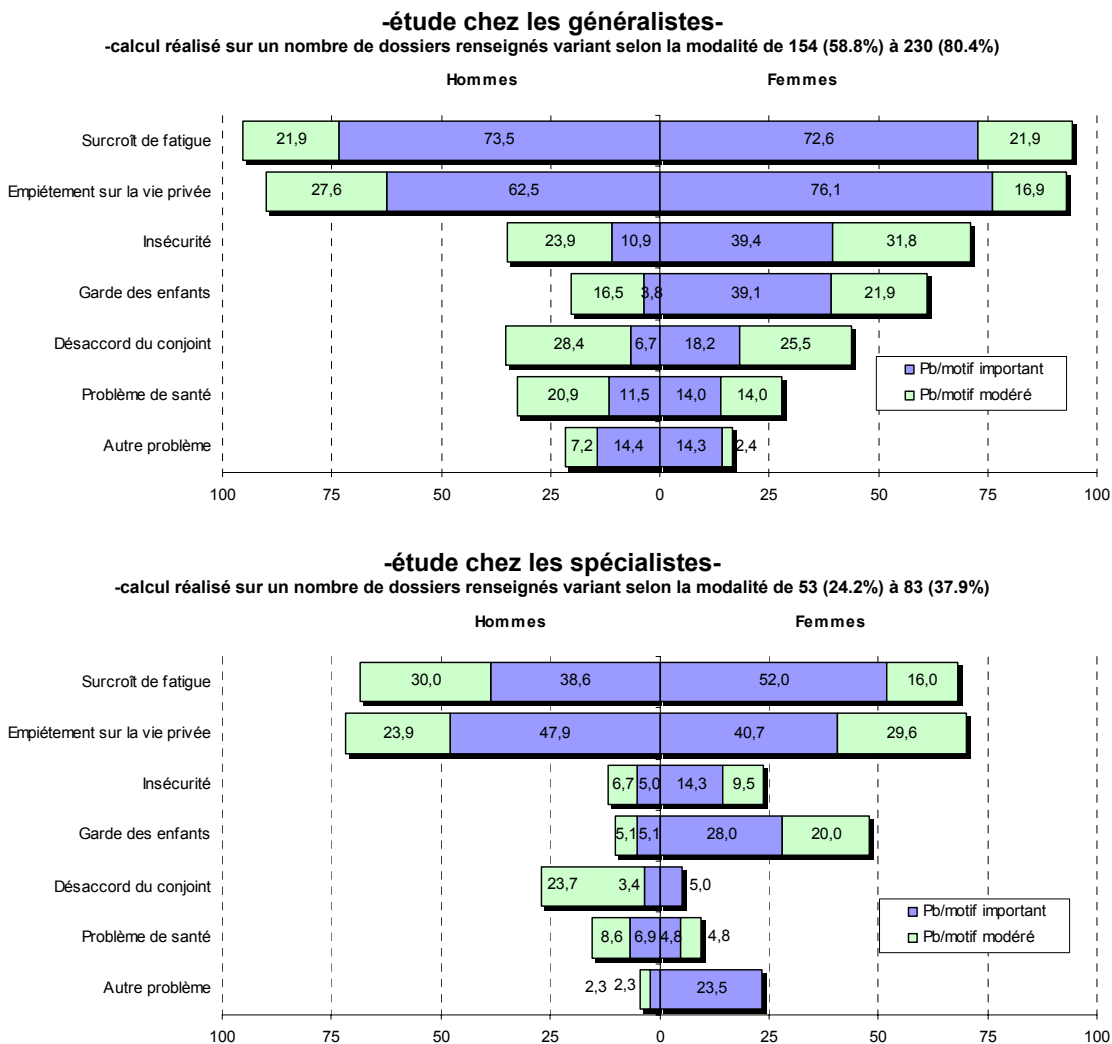
L'analyse en fonction de la catégorie professionnelle montre que les différents problèmes liés aux gardes sont pointés avec une plus grande fréquence par les généralistes que par les spécialistes. De plus, chez les généralistes, les différences entre sexes notées précédemment sont souvent amplifiées :

- **l'empiètement sur la vie privée** est davantage pointé comme un problème important par les femmes généralistes que par leurs confrères de sexe masculin (76% contre 62% ;  $p < 0.05$ ),
- **l'insécurité est pointée par 71% des femmes généralistes et est considérée comme un problème important par 39% d'entre elles.**

L'étude chez les spécialistes laisse également apparaître une différence entre sexes sur :

- l'insécurité, citée par 24% des femmes (problème important pour 14%) et par 13% des hommes (important pour 5%) ;  $p = 0.05$ ,
- la garde des enfants, citée par 48% des femmes (important pour 28%) et par 10% des hommes (important pour 5%) ;  $p < 0.01$ .

**Figure 42**  
**Problèmes rencontrés par les médecins libéraux pour les gardes en fonction du sexe -%-**



#### d) Sentiment d'insécurité

On l'a vu, un sentiment d'insécurité est souvent pointé comme un problème réel lié aux gardes puisqu'il est évoqué par les trois quarts des femmes généralistes (39% le considérant comme important), par le tiers des hommes généralistes (important pour 11%) et par le quart des femmes spécialistes (important pour 14%).

Cependant, les problèmes de sécurité débordent le cadre de la garde et concernent une large partie des médecins libéraux, en particulier des généralistes. On voit en effet que 57% de l'ensemble des libéraux (61% chez les généralistes et 51% chez les spécialistes) ont été victimes d'insécurité au cours des 3 dernières années. La proportion relevée chez les femmes est un peu plus élevée que chez les hommes : **68% des femmes généralistes** (contre 58% des hommes) et **56% des femmes spécialistes** (contre 47% des hommes) **ont été victimes d'insécurité au cours des 3 années écoulées.**

**Tableau 7**  
**Proportion de médecins libéraux victimes d'insécurité au cours des 3 dernières années**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**  
-calcul réalisé sur 425 dossiers renseignés : 84.2%-

Victimes d'insécurité	Hommes	Femmes	Total
Ensemble	54.2	62.6	57.4
<i>Généralistes</i>	58.1	68.2	61.5
<i>Spécialistes</i>	46.7	56.3	51.0

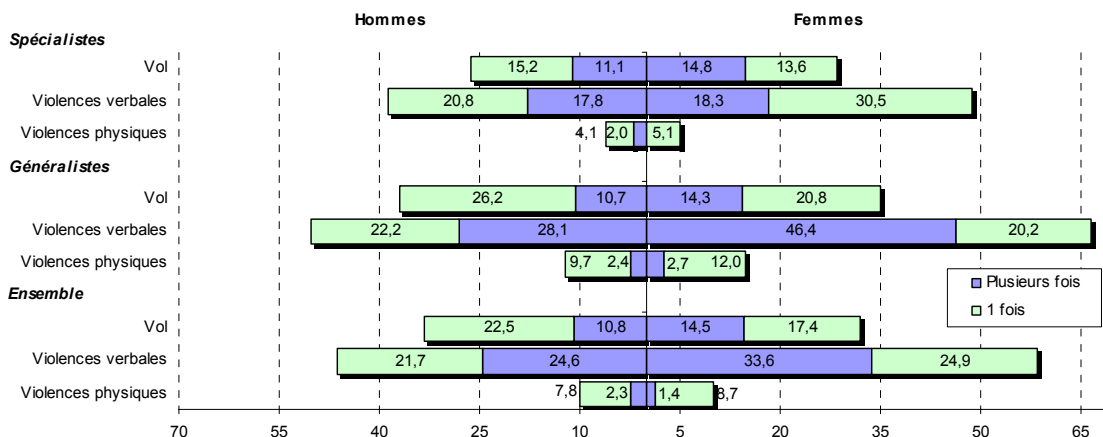
Ce sont les **violences verbales** qui prédominent. Elles ont concerné au cours des 3 dernières années environ la moitié des médecins libéraux : **67% des femmes généralistes en ont été victimes** (dont 46% à plusieurs reprises). C'est également le cas de 50% des hommes généralistes (dont 28% à plusieurs reprises). La différence entre les deux sexes est donc réelle ( $p < 0.05$ ). La différence entre sexes n'est par contre pas significative chez les spécialistes (**49% des femmes spécialistes** et 39% des hommes en ont été victimes, à plusieurs reprises pour 18% d'entre eux dans les 2 sexes).

Les **vols** ne sont pas rares et sont décrits avec une fréquence voisine dans les deux catégories professionnelles (légèrement plus chez les généralistes) et dans les deux sexes. Au cours des 3 dernières années, ils ont concerné 32% des femmes médecins exerçant en libéral (35% des généralistes et 28% des spécialistes) et 33% des hommes (37% des généralistes et 26% des spécialistes). Plus d'une fois sur trois, ces vols ont eu lieu à plusieurs reprises.



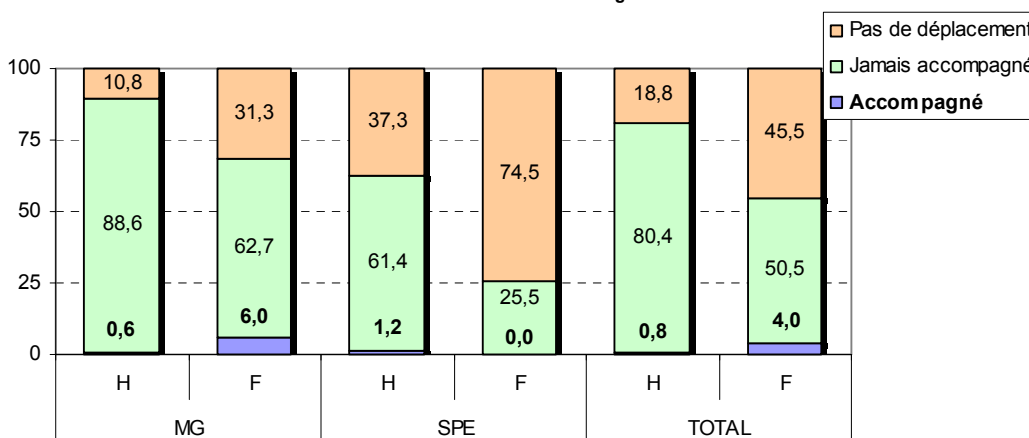
Enfin, 10% des médecins libéraux ont été victimes de **violences physiques** au cours des 3 années écoulées, là encore **en proportion comparable dans les deux sexes** mais avec une fréquence plus élevée chez les généralistes (13%) que chez les spécialistes (5%). Les agressions répétées sont cependant exceptionnelles : 1% des femmes et 2% des hommes.

**Figure 43**  
**Proportion de médecins libéraux victimes d'insécurité au cours des 3 dernières années en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**  
 -calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 394 (78.0%) à 412 (81.6%)



En réaction à cette insécurité, 6% de femmes généralistes libérales (soit 9% de celles qui peuvent avoir à effectuer des déplacements professionnels de nuit) se font occasionnellement accompagner lors de ces déplacements (4% de celles qui font des déplacements se font accompagner de manière régulière). C'est également le cas (toutefois jamais de manière régulière) de 1% de leurs confrères de sexe masculin, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

**Figure 44**  
**Proportion de médecins libéraux se faisant accompagner à l'occasion de leurs déplacements professionnels la nuit en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**  
 -calcul réalisé sur 328 dossiers renseignés : 71.9%-



### **III.3- Caractéristiques de l'activité salariée**

#### **a) Détail de l'activité salariée**

Le tableau suivant décrit le détail de l'activité salariée exercée par les médecins interrogés. Selon le cas, il peut s'agir d'une activité salariée exclusive (catégorie "salariés") ou conjuguée à une activité libérale (catégories "généralistes" et "spécialistes"). Par ailleurs, lorsque plusieurs activités salariées existaient, seule était prise en compte l'activité principale.

On relève que, toutes catégories confondues, près des deux tiers des médecins ayant une activité salariée -exclusive ou partielle- l'exercent dans le cadre hospitalier ou hospitalo-universitaire. Pour le reste, il s'agit essentiellement de la médecine du travail, de la santé scolaire, de la PMI et de l'administration de la santé.

- L'activité relevée **chez les médecins salariés exclusifs** diffère peu. On notera, chez les hommes, le poids considérable des activités hospitalières et hospitalo-universitaire (78%), le reste étant essentiellement occupé par la médecine du travail (9%) et l'administration de la santé (5%) et, **chez les femmes, le poids un peu plus faible des activités hospitalières et, surtout hospitalo-universitaire (53% au total) et le poids relativement important occupé par la médecine du travail (13%), la santé scolaire (8%), la PMI (8%) et l'administration de la santé (6%).**
- Les spécialistes libéraux de sexe masculin qui ont une activité salariée complémentaire l'exercent presque toujours dans un cadre hospitalier ou hospitalo-universitaire (87%), chez les femmes cette proportion reste élevée (79%).

- Quant aux généralistes libéraux, lorsqu'ils exercent une activité salariée concomitante, celle-ci se situe souvent, en particulier chez les hommes, dans un cadre autre que celui détaillé dans le questionnaire. Pour le reste, il s'agit essentiellement d'une activité dans un cadre hospitalier ou hospitalo-universitaire (32%) ou dans le cadre d'une administration (15%). Quant aux femmes généralistes, elles exercent souvent leur activité salariée dans un cadre hospitalier ou hospitalo-universitaire (60%) ou dans le cadre de la santé scolaire et de la PMI (13%).

**Tableau 8**  
**Détail de l'activité salariée (exclusive ou partielle)**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 427 dossiers renseignés : 92.2%-

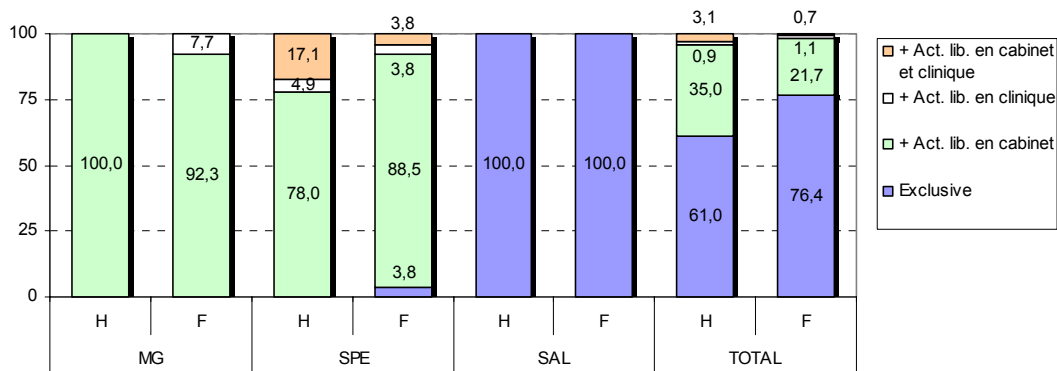
	MG		SPE		SAL		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Santé scolaire	2.4	6.7	.0	1.9	0.0	8.3	0.5	6.9
PMI	4.9	6.7	2.6	0.0	0.0	8.9	1.5	7.0
Autre activité salariée dans une administration	14.6	0.0	0.0	5.7	4.8	5.7	6.1	5.4
Activité hospitalière	29.3	46.7	74.4	73.6	55.8	45.2	53.3	50.8
Activité hospitalo-universitaire	2.4	13.3	12.8	5.7	22.1	7.6	16.2	7.6
Laboratoire de recherche	0.0	0.0	0.0	1.9	2.9	0.0	1.7	0.4
Médecine du travail	4.9	0.0	0.0	0.0	8.7	12.7	6.3	9.4
Industrie pharmaceutique	0.0	0.0	0.0	1.9	1.0	0.6	0.6	0.8
Autre activité salariée	41.5	26.7	10.3	9.4	4.8	10.8	13.7	11.6
<i>Effectif pondéré</i>	41	15	34	46	116	175	191	236
<i>Effectif non pondéré</i>	41	15	39	53	104	157	184	225

Chez les femmes médecins exerçant une activité salariée exclusive, une assez nette hétérogénéité est relevée en fonction de l'âge (cf. annexes). Schématiquement, la part de l'hôpital ou de l'université est plus importante chez les plus jeunes (66% contre 39% chez leurs aînées) alors que la part d'autres types de structures y est plus faible (probable limitation des postes ouverts). C'est le cas de la santé scolaire (3% chez les moins de 45 ans contre 14% chez leurs aînées), de l'administration (1% contre 10%), de la médecine du travail (8% contre 17%).

## b) Activité exclusive / activités multiples

Si la grande majorité des médecins ayant une activité salariée exercent celle-ci d'une manière exclusive (ce qui est le cas de 76% des femmes salariées et de 61% des hommes), assez nombreux sont ceux qui l'exercent concomitamment à une activité en cabinet (22% des femmes salariées et 35% des hommes salariés), beaucoup plus rarement concomitamment à une activité en clinique (1%). Enfin, 3% des hommes ayant une activité salariée et 1% des femmes exercent cette activité parallèlement à une activité en cabinet et en clinique.

**Figure 45**  
**Proportion de médecins salariés pour lesquels l'activité salariée est soit exclusive, soit concomitante à une activité libérale en cabinet et/ou en clinique en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 437 dossiers renseignés : 94.4%-

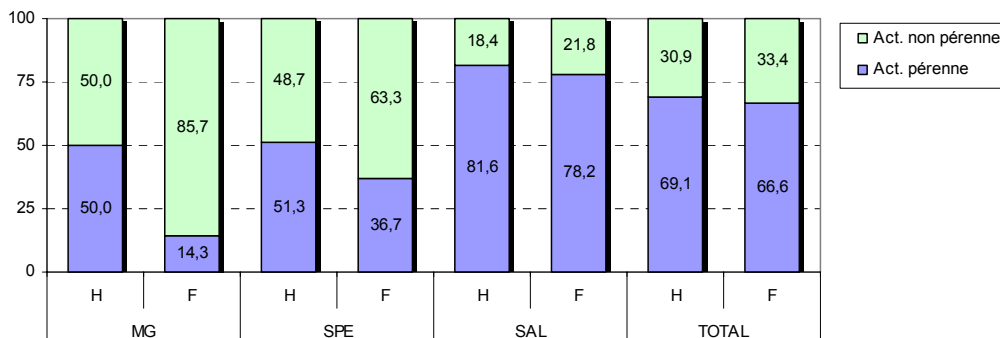


## c) Pérennité et amplitude de l'activité salariée

Les deux tiers des médecins ayant une activité salariée, exclusive ou concomitante d'une activité libérale, exercent celle-ci dans un cadre pérenne. Les proportions relevées dans les deux sexes sont identiques.

- Chez les médecins salariés exclusifs, 80% exercent dans un cadre pérenne, sans distinction entre les deux sexes.
- Chez les médecins libéraux une nette hétérogénéité entre les deux est observée : les hommes, qu'ils soient généralistes ou spécialistes exercent dans 50% des cas leur activité salariée complémentaire dans un cadre pérenne alors **que les femmes l'exercent plus souvent dans un cadre non pérenne** (c'est le cas de 86% des femmes généralistes et de 63% des femmes spécialistes qui ont une activité salariée complémentaire).

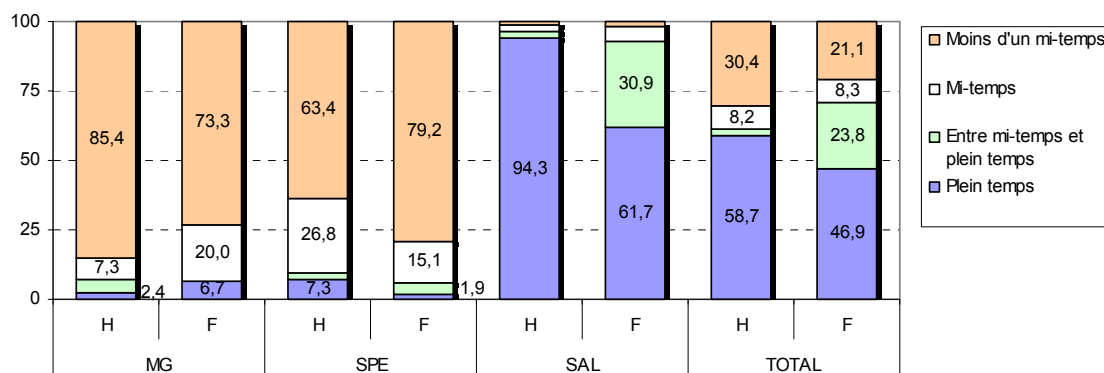
**Figure 46**  
**Pérennité de l'activité salariée en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 414 dossiers renseignés : 89.4%-



L'amplitude du temps de travail dans le cadre de l'activité salariée distingue également les deux sexes :

- **Si presque tous les hommes (94%) qui ont une activité salariée exclusive l'exercent à plein temps, ce n'est le cas que de 62% des femmes** (la plupart des autres travaillant cependant plus d'un mi-temps).
- Les femmes spécialistes libérales ayant une activité salariée complémentaire sont plus nombreuses que les hommes (79% contre 63%) à avoir une activité de faible amplitude (moins d'un mi-temps).
- Le constat inverse est relevé chez les généralistes libéraux ayant une activité salariée complémentaire : chez les hommes plus souvent que chez les femmes (85% contre 73%), cette activité complémentaire occupe moins d'un mi-temps.
- Enfin, on pourra remarquer que quelques médecins libéraux ont indiqué avoir une activité salariée à plein temps. Il s'agit alors de médecins ayant récemment abandonné leur activité libérale mais qui ont été maintenu pour l'analyse dans le groupe de médecins dans la mesure où ils pouvaient parfaitement répondre à l'ensemble des questions posées aux médecins libéraux.

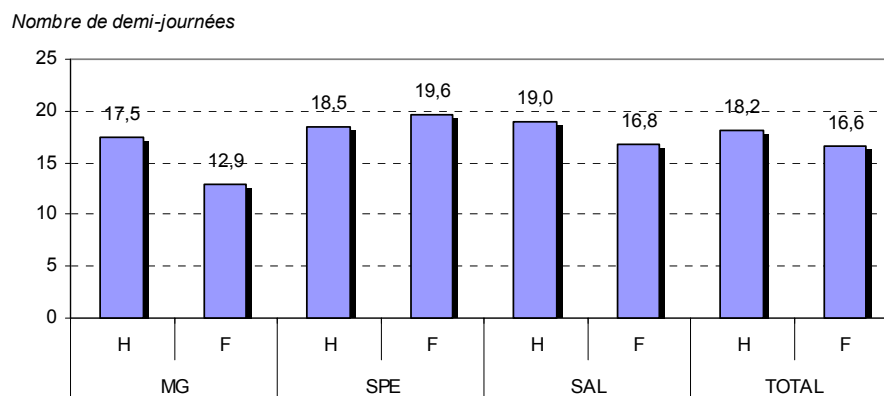
**Figure 47**  
**Amplitude de l'activité salariée en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 436 dossiers renseignés : 94.2%-



### III.4- Formation médicale continue et échanges professionnels

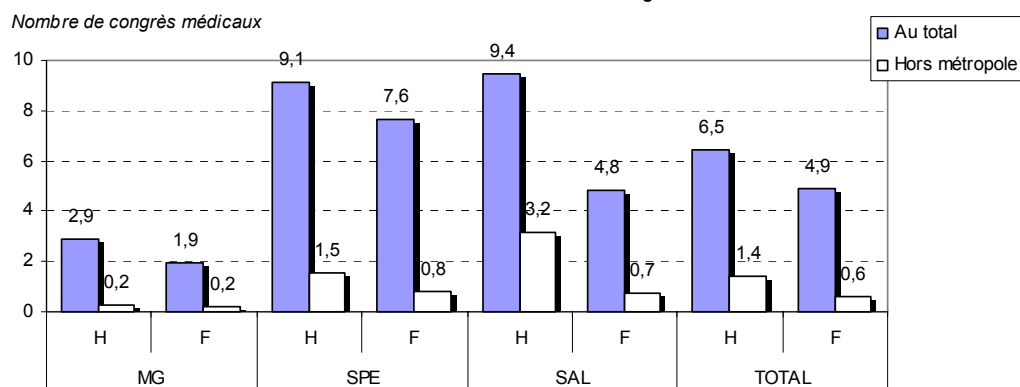
L'implication des médecins en termes de formation, mesurée par le nombre de demi-journées d'EPU suivies en 2 ans (janvier 2000 à décembre 2002), **ne diffère pas globalement de manière significative entre les deux sexes** (16.6 demi-journées chez les femmes, 18.2 chez les hommes). L'écart entre les deux sexes est non significatif aussi bien chez les spécialistes libéraux que chez les médecins salariés (bien qu'il soit un peu plus marqué dans ce dernier groupe). Par contre, le nombre de demi-journées de formation est, **chez les généralistes libéraux, plus faible chez les femmes que chez les hommes** (12.9 demi-journées contre 17.5,  $p < 0.05$ ). En fait, cet écart est presque uniquement relevé chez les jeunes généralistes libéraux (moins de 45 ans) : 17.9 demi-journées chez les hommes et 11.5 chez les femmes (cf. annexes).

**Figure 48**  
**Nombre moyen de 1/2 journées d'EPU ou autre formations entre janvier 2000 et décembre 2002**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**  
-calcul réalisé sur 734 dossiers renseignés : 91.0%-



Un autre témoignage de la moindre disponibilité des femmes médecins est donné par le nombre **de congrès médicaux** auxquels les praticiens ont assisté au cours des cinq dernières années. Le nombre moyen est **significativement plus faible chez les femmes que chez les hommes** (4.9 contre 6.5 ;  $p < 0.01$ ), il est d'ailleurs significativement plus faible chez les femmes dans chacune des trois catégories professionnelles considérées. C'est chez les médecins salariés que l'écart entre les deux sexes est le plus important (9.4 congrès chez les hommes contre 4.8 chez les femmes ;  $p < 0.001$ ). Cet écart reflète clairement la différence des postes occupés en général par les hommes et par les femmes lorsqu'ils sont salariés. Par ailleurs, le nombre moyen de congrès hors métropole auxquels ont assisté les médecins au cours des 5 dernières années est, lui aussi, significativement plus faible chez les femmes que chez les hommes (respectivement 0.8 contre 1.8 ;  $p < 0.01$ ). Une nouvelle fois, l'écart entre les deux sexes est particulièrement net chez les médecins salariés (0.9 chez les femmes et 3.9 chez les hommes).

**Figure 49**  
**Nombre moyen de congrès médicaux (dont hors métropole) auxquels ont participé les médecins au cours des 5 dernières années en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**  
 -calcul réalisé sur 764 dossiers renseignés : 94.8% -



## Caractéristiques de l'exercice professionnel, les principaux éléments du constat

### ✓ L'activité libérale

- **Moins de femmes généralistes à la campagne, moins de femmes spécialistes en centre ville** : seules 7% des femmes généralistes déclarent avoir une clientèle franchement rurale alors que c'est le cas de 19% des hommes. Parallèlement, les femmes spécialistes déclarent plus volontiers avoir une clientèle "mixte à prédominance urbaine" alors que les hommes citent plus souvent que les femmes une clientèle typiquement urbaine (45% contre 34%). On peut y voir les conséquences du choix préférentiel de certaines spécialités par les hommes et par les femmes (certaines spécialités n'étant pratiquement retrouvées que dans les grandes villes -voire dans les centres-villes- alors que d'autres, très féminisées (gynécologie, pédiatrie), existent également dans de petites villes ou en milieu péri-urbain). Cela peut aussi être la conséquence du plus jeune âge moyen des femmes (le processus de féminisation portant surtout sur les dernières classes d'âge), obligées de ce fait de s'installer là où il reste de la place (petites villes et zones périurbaines).
- **Des caractéristiques de l'exercice libéral qui diffèrent entre les deux sexes** : les spécialistes de sexe féminin sont moins nombreuses que les hommes à exercer une activité libérale au sein d'un établissement privé (exclusive ou complémentaire à l'activité en cabinet) : 13% contre 39% des hommes, elles sont par contre plus nombreuses à exercer une activité salariée complémentaire (50% contre 37%). On note également que davantage de femmes généralistes ne font que des remplacements (8% contre 3% des hommes). Par ailleurs, si la proportion de femmes généralistes exerçant en cabinet de groupe ne diffère pas de celle relevée chez les hommes, chez les spécialistes cette proportion apparaît plus faible chez les femmes que chez les hommes (55% contre 67%), ce qui peut être lié au type de spécialité exercée, voire à la localisation du cabinet.
- **Une amplitude moindre de l'activité médicale libérale chez les femmes** : le **nombre d'heures hebdomadaires** est plus faible que chez les hommes, aussi bien chez les généralistes (42 heures contre 54) que chez les spécialistes (37 heures contre 49). Le **nombre de demi-journées hebdomadaires** est également plus faible, chez les généralistes (7.6 demi-journées contre 9.3) comme chez les spécialistes (7.3 demi-journées contre 8.7). Le **nombre de consultations au cabinet** est plus faible mais uniquement chez les généralistes (83 par semaine contre 101). Enfin, le **nombre de semaines non travaillées** dans l'année est plus important pour les femmes que pour les hommes chez les généralistes (7.0 contre 5.8) et également, bien que de manière non significative, chez les spécialistes (7.1 contre 6.2). De plus, chez les généralistes de sexe féminin, un **effet de l'âge** indéniable est observé : les plus jeunes d'entre elles développant une activité moindre que leur aînées (moins d'heures et moins de demi-journées hebdomadaires, davantage de semaines non travaillées dans l'année). Ceci n'est pas retrouvé dans le sexe masculin ni chez les spécialistes femmes (hormis pour les semaines de vacances).



- **Moins de visites à domicile réalisées par les femmes généralistes** : elles sont **moins nombreuses que les hommes à faire des visites** (68% contre 87%) et de plus, **celles qui en font en réalisent presque deux fois moins** que les hommes (7 par semaine contre 12).
- **En libéral, moins de gardes prises par les femmes médecins** : chez les généralistes, elles sont **moins nombreuses que les hommes à avoir fait des gardes** au cours des 3 dernières années (66% contre 82%), chez les spécialistes l'écart est encore plus grand (17% contre 56%, mais d'une part il s'agit probablement le plus souvent de gardes au sein d'un établissement, d'autre part, l'hétérogénéité des structures et des activités ne permet pas une comparaison). De plus, **les femmes généralistes qui prennent des gardes en prennent deux fois moins que leurs confrères** : 15 nuits par an contre 29 et 3.4 week-ends contre 6.3). Chez les spécialistes, les écarts sont encore plus importants mais la comparaison n'a pas beaucoup de sens en raison de l'hétérogénéité des profils.
- **Des femmes médecins très sensibles aux contraintes générées par les gardes** : si presque toutes déplorent, à l'égal des hommes, la fatigue et l'empiètement sur la vie familiale, **l'insécurité** apparaît un problème plus spécifiquement féminin : les trois quarts des généralistes de sexe féminin pointent ce problème (problème important pour 40% d'entre elles), de même que la **garde des enfants**, pointée par 60% des femmes (problème important pour 40%). Les autres problèmes générés par les gardes ne distinguent pas les hommes et les femmes.
- **En libéral, des femmes médecins plus souvent victimes d'insécurité, en particulier sous la forme de violences verbales, que les hommes** : l'insécurité est devenue une composante non exceptionnelle de l'exercice médical libéral, en particulier chez les généralistes : 60% de ceux-ci et 50% des spécialistes en ont été victimes au cours des 3 dernières années. La proportion est un peu plus élevée chez les femmes (68% pour les femmes généralistes), essentiellement victimes de violences verbales (67%, dont 46% à plusieurs reprises) et de vols (35%, dont 14% à plusieurs reprises), plus rarement de violences physiques (15%, dont 3% à plusieurs reprises).
- **Le télé-secrétariat en vogue chez les femmes ; le secrétariat assuré par le conjoint, un cas de figure non exceptionnel chez les hommes** : certaines femmes généralistes, en proportion égale à celle relevée chez leurs confrères masculins, disposent d'une secrétaire médicale (31%) ou assurent elles-mêmes leur secrétariat (47%). Par contre, elles ont plus souvent que les hommes recours au **télé-secrétariat** (19% contre 9%), ce qui compense peut-être le fait de ne pas disposer d'un conjoint prêt à assurer cette tâche (2% contre 14% chez les hommes, cette situation se raréfiant cependant chez les plus jeunes). Chez les spécialistes, les femmes assurent plus souvent elles-mêmes leur secrétariat (22% contre 12% des hommes) et font également plus souvent appel au télé-secrétariat (18% contre 7%).

## ✓ **L'activité salariée**

- **Un plus grand attrait des femmes pour un exercice salarié de la médecine** : plus souvent que les hommes, elles optent pour un exercice salarié exclusif (47% contre 28%) et, lorsqu'elles exercent en libéral, elles ont plus souvent que les hommes une activité salariée complémentaire : c'est le cas de 50% des spécialistes (contre 37% chez les hommes) tandis que, chez les généralistes où ce phénomène n'est pas retrouvé, on relève néanmoins que 18% d'entre elles exercent une activité salariée complémentaire à raison de plus d'un mi-temps (ce qui n'est le cas que de 3% des hommes).
- **Des profils d'activité salariée différents chez les hommes et chez les femmes** : lorsqu'elles sont salariées exclusives, les femmes médecins ont moins souvent que les hommes une activité hospitalière et hospitalo-universitaire (53% d'entre elles contre 78% des hommes), plus souvent que leurs confrères elles occupent des postes dans des services tels que la santé scolaire, la PMI ou l'administration de la santé (23% contre 5%), la médecine du travail regroupant quant à elle à peu près la même proportion de médecins salariés dans les deux sexes (13% des femmes salariées et 9% des hommes).
- **Une activité salariée souvent à temps partiel chez les femmes et plus précaire lorsqu'elle est complémentaire d'un exercice libéral** : 38% des femmes exerçant une activité salariée exclusive travaillent à temps partiel, ce qui n'est le cas que de 6% des hommes. Par ailleurs, la plupart du temps, les femmes exerçant une activité salariée complémentaire de leur activité libérale pratiquent celle-ci dans un cadre non pérenne (86% si elles sont généralistes, 63% si elles sont spécialistes, contre seulement 50% des hommes, qu'ils soient généralistes ou spécialistes).

## ✓ **La formation et les échanges professionnels**

- **Une moins grande implication des femmes en matière de formation médicale continue et d'échanges professionnels** : le nombre moyen de demi-journées d'EPU suivies en deux ans par les femmes généralistes libérales est de 50% inférieur à celui relevé chez les hommes (13 demi-journées contre 18), ce constat n'est pas vérifié chez les spécialistes libéraux et chez les médecins salariés exclusifs. Par ailleurs, le nombre de congrès auxquels ont assisté les médecins au cours des 5 dernières années est de 30% plus bas chez les femmes que chez les hommes (4.9 contre 6.5), l'écart est particulièrement net chez les médecins salariés exclusifs (où, il est vrai, le profil des structures et des postes occupés par les hommes et par les femmes sont souvent très différents), il est également significatif chez les généralistes libéraux (1.9 congrès en 5 ans pour les femmes contre 2.9 pour les hommes).

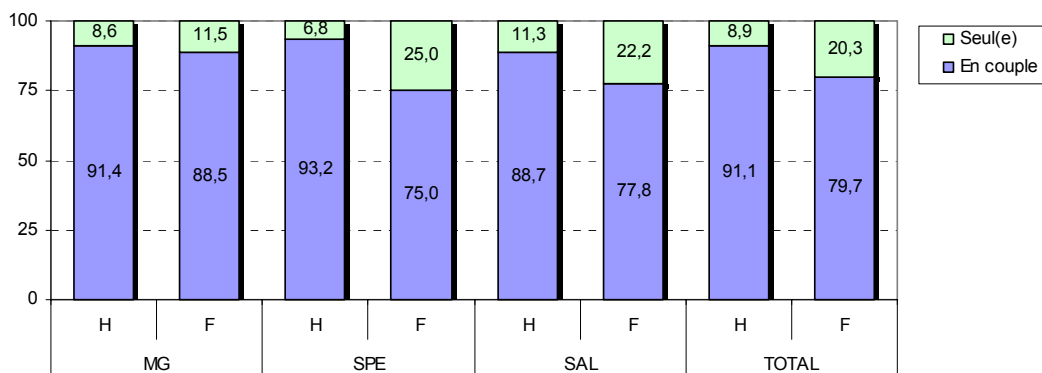
## IV- VIE PRIVEE ET ENGAGEMENTS PUBLICS

### IV.1- Le contexte familial

#### a) La vie de couple

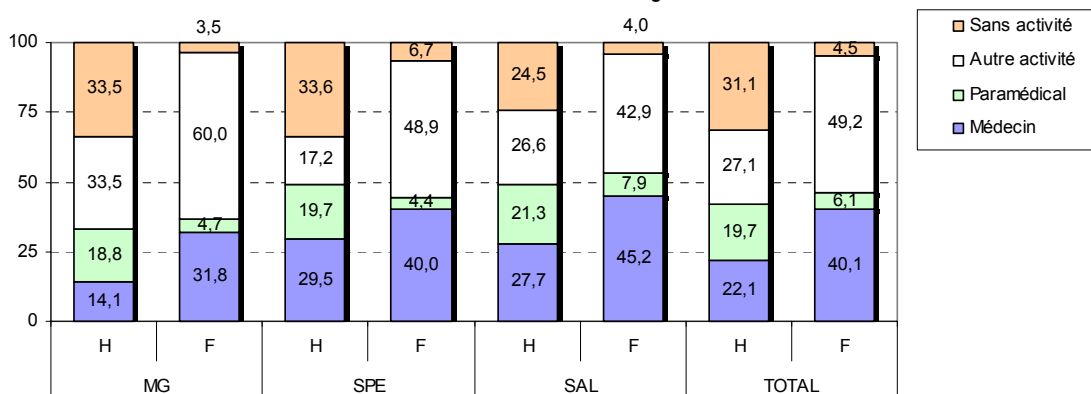
La proportion de femmes médecins vivant seules est plus élevée que celle relevée chez les hommes (20% contre 9% ;  $p < 0.001$ ). Ce constat est retrouvé aussi bien chez les médecins salariés exclusifs que chez les spécialistes libéraux. Il ne se vérifie pas chez les généralistes libéraux.

**Figure 50**  
**Situation familiale des médecins en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 801 dossiers renseignés : 99.3%-



Il est extrêmement fréquent qu'un médecin de sexe féminin ait pour conjoint un confrère (40%), la chose est plus rare chez les hommes (22%) qui, par contre, ont volontiers pour conjointe une personne exerçant une activité para-médicale (20% alors que ce n'est le cas que de 6% des femmes médecins). Une autre différence entre les sexes tient à la proportion de conjoints n'exerçant aucune activité professionnelle : elle n'est que de 4% chez les femmes médecins alors qu'elle atteint 31% chez leurs confrères. Les chiffres relevés dans les trois catégories professionnelles varient peu. On remarquera cependant que l'union entre médecins est plus répandue chez les salariés et chez les spécialistes libéraux qu'elle ne l'est chez les généralistes.

**Figure 51**  
**Activité professionnelle du conjoint (chez les médecins vivant en couple)**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 686 dossiers renseignés : 99.9%-

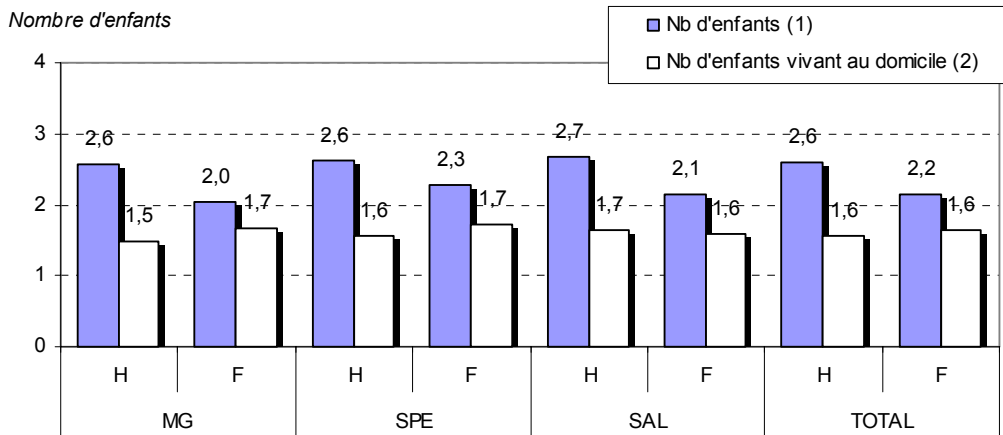


## b) Les enfants

Les contraintes professionnelles (peut-être aussi leur âge en moyenne plus jeune) conduisent à ce que les femmes médecins aient, en moyenne, un nombre plus faible d'enfants que leurs confrères de sexe masculin (2.2 contre 2.6 ;  $p < 0.001$ ). Cet écart se retrouve dans les trois catégories professionnelles étudiées.

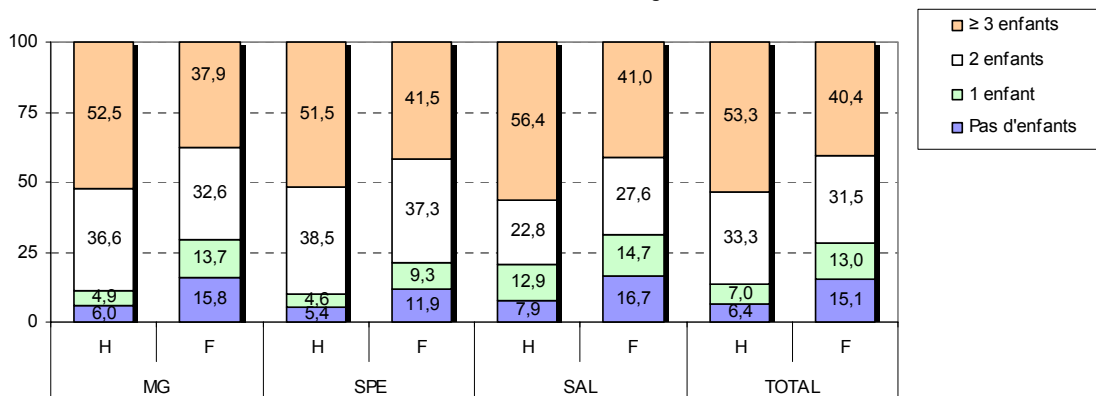
**Figure 52**  
**Nombre moyen d'enfants chez les médecins**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**

-(1)calcul réalisé sur 782 dossiers renseignés : 96.9%- (2)calcul réalisé sur 762 dossiers renseignés : 94.4%-



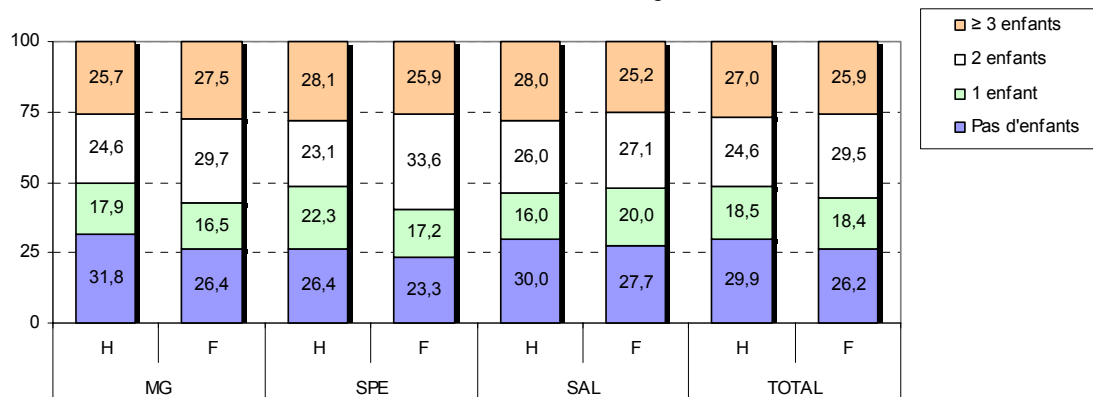
On est par ailleurs frappé par le nombre important de médecins ayant une famille nombreuse (3 enfants ou plus) puisque c'est le cas de 53% des hommes et de 40% des femmes (de manière relativement uniforme au sein des trois catégories professionnelles). On ne sera pas surpris de relever chez les femmes médecins - qui sont en moyenne plus jeunes - une plus grande proportion de professionnels n'ayant pas d'enfants (15% contre 6% chez les hommes). Cependant, malgré les contraintes professionnelles, les femmes médecins n'accusent pas un déficit de maternité par rapport à la population générale puisque, si au niveau national le nombre moyen d'enfants par femme atteignant la fin de sa vie féconde est de 2.1 (source INSEE), on relève dans la présente étude que le nombre moyen d'enfants par femme médecin est de 2.2 alors que toutes ne sont pas encore - loin s'en faut pour certaines - à la fin de leur vie féconde.

**Figure 53**  
**Nombre d'enfants des médecins en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 782 dossiers renseignés : 96.9%-



Quant au nombre d'enfants vivant au foyer, il est en moyenne identique chez les hommes et chez les femmes (1.6) et sa distribution est remarquablement stable dans les deux sexes et les trois catégories professionnelles.

**Figure 54**  
**Nombre d'enfants vivant au domicile des médecins**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 762 dossiers renseignés : 94.4%-

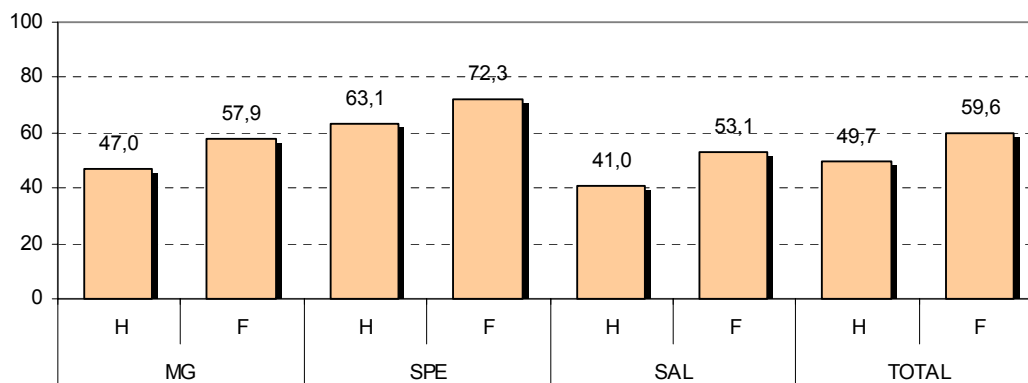


## IV.2- Les contraintes familiales

### a) Tâches domestiques

Quelle que soit leur catégorie professionnelle, les femmes médecins sont plus nombreuses que les hommes à employer une personne pour les tâches domestiques (60% contre 50% ;  $p < 0.01$ ). On peut supposer qu'une large partie des hommes qui n'emploient pas une personne pour ces tâches se reposent sur leur conjointe. La chose est probablement plus rare chez les femmes médecins et l'on peut considérer que près de 40% assument la totalité de ces tâches sans aide extérieure (ou, au mieux, avec l'aide de leur conjoint).

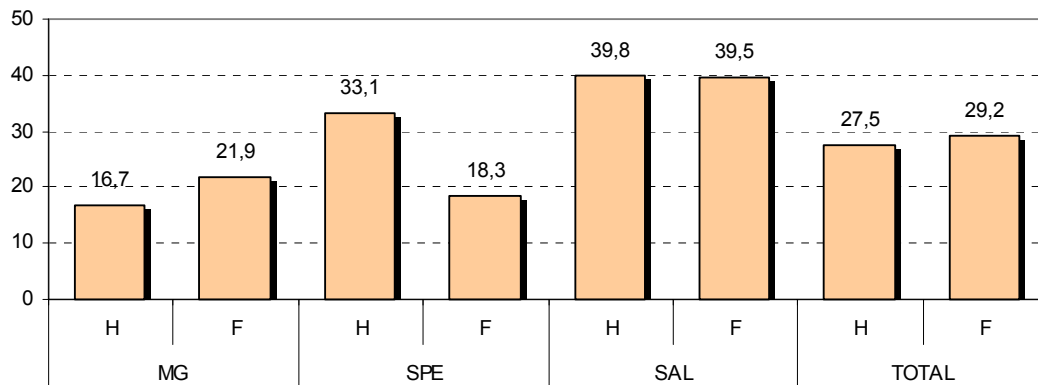
**Figure 55**  
**Proportion de médecins employant une personne pour les tâches domestiques**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 793 dossiers renseignés : 98.3%-



## b) Temps libre

Près de 30% des médecins, hommes comme femmes, affirment ne pas disposer d'au moins une demi-journée par semaine pour leurs loisirs. Les médecins salariés semblent, sur la base de leurs déclarations, avoir une disponibilité moindre que les libéraux. Les chiffres relevés dans les deux sexes sont identiques chez les salariés et chez les généralistes, ils font par contre apparaître une plus grande disponibilité chez les femmes spécialistes libérales que chez leurs homologues du sexe masculin. Il reste à savoir si ce critère subjectif a été apprécié de la même manière dans les deux sexes. Il est par ailleurs bien évident que la notion de temps libre ne peut pas se mesurer simplement à l'aune de ce critère et il ne serait pas impossible que, en moyenne, les hommes disposent de plages de loisirs plus importantes que les femmes mais le questionnaire ne permet pas de répondre à cette interrogation.

**Figure 56**  
**Proportion de médecins ne disposant pas d'une demi-journée dans la semaine pour leurs loisirs**  
-calcul réalisé sur 796 dossiers renseignés : 98.6%-

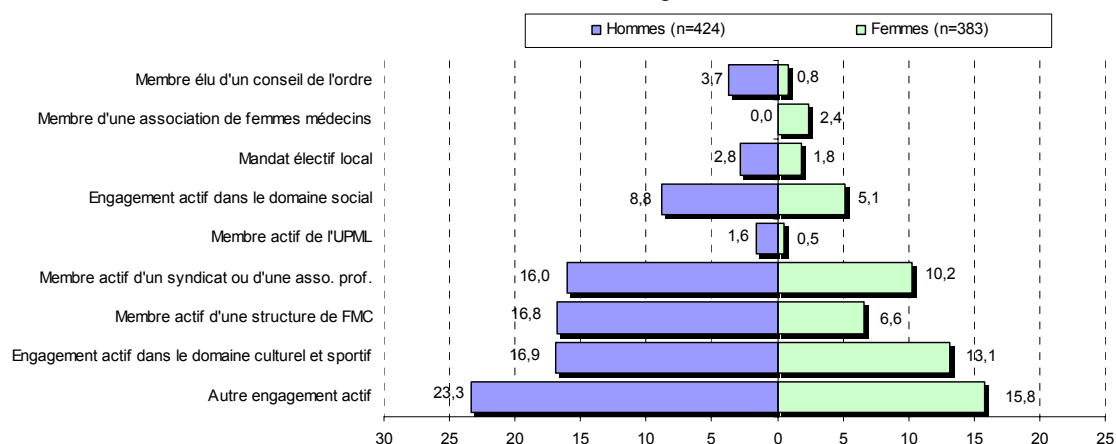


### IV.3- Les engagements publics ou collectifs

On pourra noter que les femmes médecins, d'une manière générale, sont moins engagées dans la vie "publique" que leurs homologues de sexe masculin, qu'il s'agisse d'engagements dans un cadre professionnel : Conseil de l'Ordre (1% contre 4% ;  $p < 0.01$ ), syndicat ou association professionnelle (10% contre 16% ;  $p < 0.05$ ), FMC (7% contre 17% ;  $p < 0.001$ ) ou qu'il s'agisse d'engagements dans d'autres domaines. Il est bien entendu difficile de déterminer les raisons de cet état de fait, probablement non spécifique à la profession médicale (moins disponibilité ou moins intérêt ?).

**Figure 57**  
**Proportion de médecins ayant des engagements particuliers dans certains domaines de la vie publique en fonction du sexe**

-calcul réalisé sur 807 dossiers renseignés : 100%-



L'étude en fonction de la catégorie professionnelle montre peu de variations. On notera cependant un plus fort engagement des médecins généralistes, hommes comme femmes, dans la formation médicale continue.

**Tableau 9**  
**Proportion de médecins ayant des engagements particuliers dans certains domaines de la vie publique en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**

	MG		SPE		SAL	
	M	F	M	F	M	F
Membre élu d'un Conseil de l'Ordre	5.3	2.1	3.0	.8	1.9	0.0
Membre d'une association de femmes médecins	0.0	4.2	0.0	5.0	0.0	0.0
Mandat électif local	3.2	1.0	2.3	2.5	2.8	1.8
Engagement actif dans le domaine social	7.4	5.2	6.8	7.5	13.0	3.7
Membre actif de l'URML	1.1	0.0	3.0	1.7	0.9	0.0
Membre actif d'un syndicat ou d'une association prof.	12.8	8.3	19.7	8.3	17.6	12.3
Membre actif d'une structure de FMC	21.3	12.5	14.4	5.0	12.0	4.3
Engagement actif dans le domaine culturel et sportif	22.9	8.3	12.1	11.7	12.0	16.6
Autre engagement actif	21.8	13.5	22.0	16.7	26.9	16.6
Effectif	189	97	115	104	120	182
Effectif non pondéré	188	96	132	120	108	163

Enfin, un certain effet de l'âge est parfois noté (cf. annexes) :

- chez les femmes : engagement plus fréquent des médecins de plus de 45 ans au sein d'un syndicat ou d'une association professionnelle (14% contre 6% chez leurs cadettes) ou dans le domaine culturel et sportif (17% contre 10%),
- chez les hommes : engagement plus fréquent des médecins de plus de 45 ans au niveau ordinal (5% contre 1%) ou au niveau de la FMC (19% contre 13%).

## **Vie privée et engagements publics, les principaux éléments du constat**

- **Une plus grande proportion de femmes médecins vivant seules** : c'est le cas de 20% d'entre elles contre 9% seulement des hommes (on rappelle qu'elles sont en moyenne plus jeunes). Ce constat n'est pas vérifié chez les généralistes libéraux.
- **Des femmes médecins qui ont souvent pour conjoint un confrère** (40% contre 22% seulement chez les hommes qui, eux, ont volontiers pour conjointe une personne exerçant une activité paramédicale : 20% contre 6% seulement chez les femmes).
- **Un nombre d'enfants en moyenne moins élevé chez les femmes médecins (2.2) que chez les hommes (2.6) mais pas de déficit de fécondité pour autant.** La différence relevée par rapport aux hommes peut être liée à la différence d'âge moyen ou aux contraintes de la vie professionnelle, cependant ces dernières ne semblent pas une vraie entrave à la fécondité puisque la moyenne de 2,2 enfants par femme relevée (alors que toutes - loin s'en faut - n'ont pas atteint la fin de leur vie féconde) est supérieure au nombre fourni par l'INSEE. Si 15% des femmes médecins (et 6% des hommes) n'ont pas d'enfant et 13% n'en ont qu'un seul (7% des hommes), 40% en ont au moins 3 (il est vrai que 53% des hommes sont dans ce cas).
- **A priori, pas moins de disponibilité pour les loisirs chez les femmes médecins que chez leurs confrères** : 29% des femmes médecins déclarent ne pas disposer au moins d'une demi-journée par semaine pour leurs loisirs mais c'est également le cas de 27% des hommes. Chez les spécialistes libéraux l'écart est même en faveur des femmes. Il reste à savoir si ce critère subjectif a été apprécié de la même manière dans les deux sexes. Il est par ailleurs bien évident que la notion de temps libre ne peut pas se mesurer simplement à l'aune de ce critère.
- **Des femmes médecins un peu moins engagées que les hommes dans la vie publique et des activités professionnelles "transversales"** : ceci se vérifie aussi bien pour les engagements dans le champ professionnel (syndicats, FMC, Conseil de l'Ordre) que pour d'autres champs de la vie publique. Cependant, les différences entre sexes ne sont pas considérables. La question reste posée de savoir si ce constat est le résultat d'une moindre disponibilité ou d'un moindre intérêt. On notera par ailleurs, chez les femmes médecins, que l'engagement des plus de 45 ans est un peu plus fréquent que celui de leurs cadettes.



## V- ADEQUATION ENTRE VIE PRIVEE ET VIE PROFESSIONNELLE

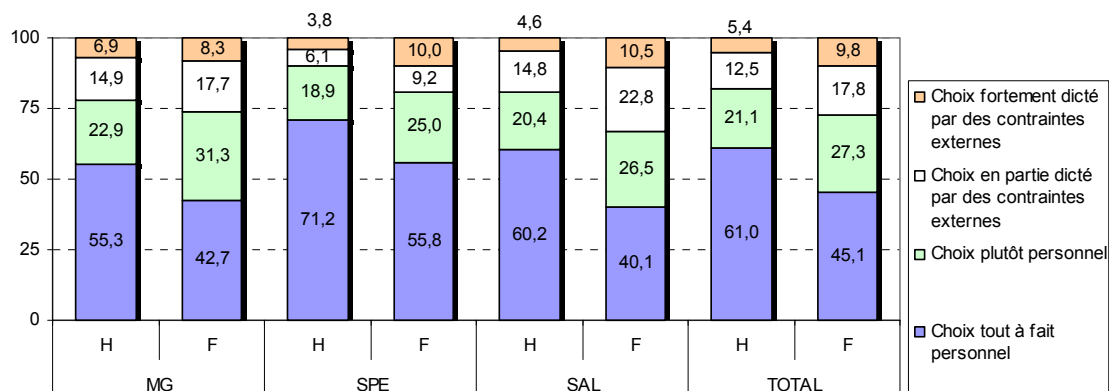
### V.1- Éléments ayant présidé au choix du type d'activité médicale exercée

Il était demandé aux médecins interrogés si le type d'activité médicale exercée (libérale ou salariée, spécialité choisie, type de structure, etc.) résultait d'un choix personnel ou s'il avait été plus ou moins orienté par des contraintes externes.

Même si cette situation représente chez elles le cas général, les femmes apparaissent moins nombreuses que les hommes à déclarer que l'activité médicale qu'elles exercent est le résultat d'un choix personnel (72% contre 82% chez les hommes ;  $p < 0.01$ ). L'écart est même plus important si l'on considère la proportion de médecins évoquant un choix *tout à fait* personnel, sous l'influence d'aucune contrainte externe (45% des femmes sont dans ce cas contre 61% des hommes). On voit donc que **les femmes médecins, plus que les hommes, ont choisi le type d'activité qu'elles exercent sous l'effet de contraintes externes (28% d'entre elles contre 18% des hommes), pour 10% d'entre elles (et seulement 5% des hommes), ce choix était *fortement* dicté par des contraintes externes.**

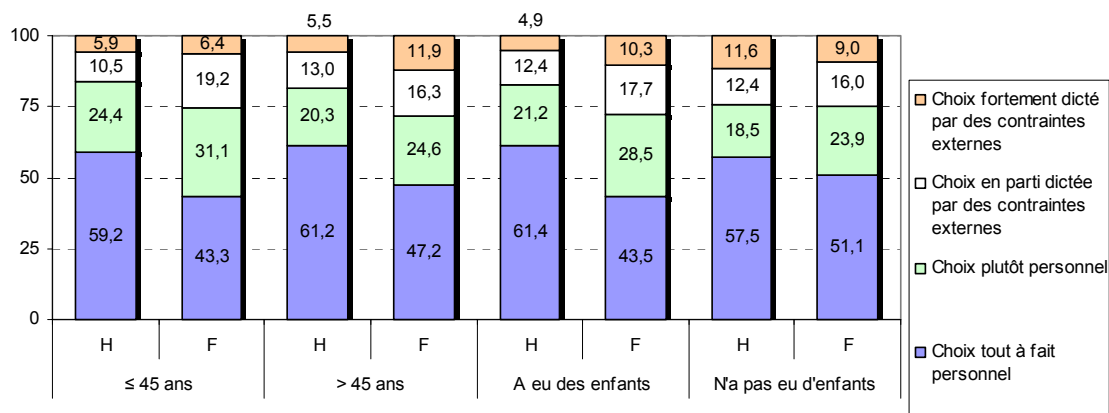
Les différences entre sexes apparaissent particulièrement nettes chez les médecins salariés (dans ce groupe, 33% des femmes évoquent un choix non personnel contre seulement 19% des hommes ;  $p < 0.05$ ) et, à un degré moindre, chez les spécialistes libéraux (où 19% des femmes contre 10% des hommes parlent d'un choix non personnel ;  $p < 0.05$ ). Chez les généralistes libéraux, la proportion de praticiens évoquant un choix plus ou moins contraint est relativement importante mais ne diffère pas entre les deux sexes (26% chez les femmes et 22% chez les hommes). Par contre, les femmes généralistes libérales sont moins nombreuses que les hommes à parler d'un choix *tout à fait* personnel (43% contre 59%).

**Figure 58**  
**Degré de liberté dans le choix du type d'activité médicale exercée**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 805 dossiers renseignés : 99.8%-



Les réponses faites par les médecins sur ce point apparaissent indépendantes de leur âge et de l'existence ou non d'enfants.

**Figure 59**  
**Degré de liberté dans le choix du type d'activité médicale exercée**  
**en fonction du sexe, de l'âge et de l'existence d'enfants -%-**  
 -calcul réalisé sur 805 dossiers renseignés : 99.8%-



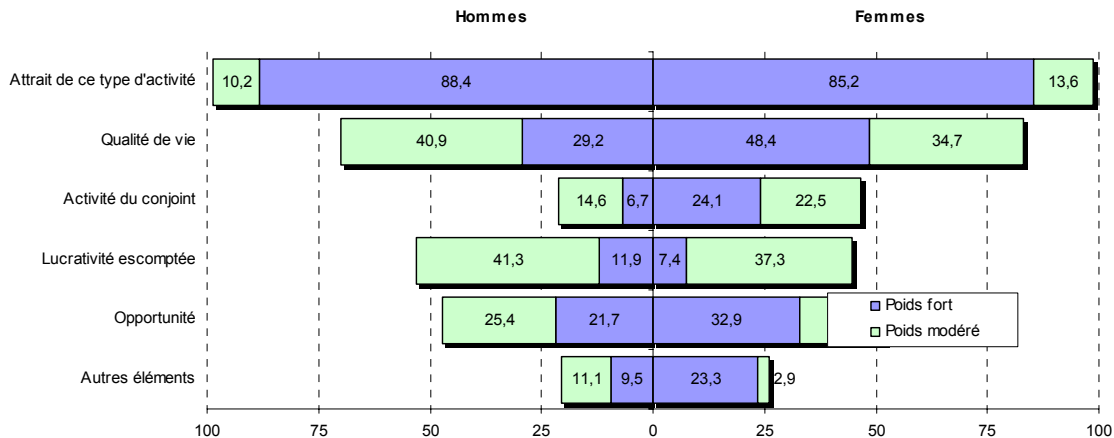
➤ **Les médecins qui évoquent un choix personnel pour ce type d'activité (choix tout à fait personnel ou plutôt personnel) pointent comme éléments positifs déterminants de leur choix :**

- **l'attrait de ce type d'activité** (99%, dont 85 à 90% environ considérant que cet élément a beaucoup pesé), sans différence entre les deux sexes,
- **la qualité de vie** : élément plus souvent mis en avant par les femmes (83%) que par les hommes (70%), celles-ci étant d'ailleurs 48% à considérer que cet élément a beaucoup pesé dans leur choix (contre 29% seulement des hommes ;  $p < 0.001$ ),
- **l'opportunité** (clientèle à racheter, poste qui se libère...) : environ 50% dans les deux sexes mais les femmes sont plus nombreuses que les hommes à lui attribuer un poids important (33% contre 22% ;  $p < 0.01$ ),

- **la lucrativité escomptée** : citée par 53% des hommes et 45% des femmes, 10% environ lui accordant un poids important,
- **l'activité du conjoint** : ici les réponses des hommes et des femmes se distinguent nettement ( $p < 0.001$ ) puisque 47% des femmes estiment que cet élément a joué un rôle dans leur choix (rôle important pour 24%), ce qui n'est le cas que de 21% des hommes (rôle important pour 7%).

**Figure 60**  
**Eléments ayant surtout pesé, dans un sens positif, sur l'orientation professionnelle des médecins considérant que cette orientation résultait d'un choix personnel en fonction du sexe -%-**

-calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 226 (36.2%) à 604 (96.6%)



Si l'on ne considère que les médecins signalant un rôle *important* joué par certains éléments dans leur choix, on observe que la qualité de vie est plus souvent pointée par les femmes que par les hommes dans la catégorie des spécialistes libéraux (60% des femmes spécialistes déclarent que cet élément a fortement contribué à leur orientation professionnelle) et dans celle des médecins salariés (près de 50%). On ne relève par contre pas de différence significative entre les deux sexes chez les généralistes libéraux.

Par ailleurs, quelle que soit la catégorie professionnelle considérée, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à signaler que l'activité de leur conjoint a fortement pesé dans leur choix professionnel.

Enfin, les femmes spécialistes libérales sont significativement plus nombreuses que les hommes à considérer que leur orientation professionnelle a été fortement influencée par une opportunité à saisir (33% contre 19% ;  $p < 0.05$ ).

**Tableau 10**  
**Éléments ayant surtout pesé, dans un sens positif, sur l'orientation professionnelle des médecins considérant que cette orientation résultait d'un choix personnel en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**

		MG		SPE		SAL	
		M	F	M	F	M	F
<i>Attrait de ce type d'activité</i>	Contribution importante	89.7	82.4	88.7	89.1	86.2	84.2
	Total contribution	98.7	97.1	98.3	100.0	98.8	99.1
<i>Qualité de vie</i>	Contribution importante	25.8	37.1	31.4	59.5	31.7	47.5
	Total contribution	68.0	79.0	68.5	94.0	74.4	78.2
<i>Activité du conjoint</i>	Contribution importante	7.6	20.0	8.5	28.4	3.8	24.1
	Total contribution	20.2	33.3	22.3	52.3	21.7	51.8
<i>Lucrativité escomptée</i>	Contribution importante	11.5	8.9	20.6	11.7	3.8	3.4
	Total contribution	60.4	58.9	66.7	62.3	29.1	24.1
<i>Opportunité</i>	Contribution importante	24.0	35.6	18.8	33.3	21.2	30.9
	Total contribution	45.7	57.6	52.5	48.6	43.7	50.7
<i>Autres éléments</i>	Contribution importante	11.5	23.8	6.8	26.1	8.1	20.8
	Total contribution	24.3	23.8	20.4	30.4	13.5	25.0

L'étude en fonction de l'âge fait apparaître peu de différences dans les réponses des plus de 45 ans et de leurs cadets : l'attractivité de l'activité, la qualité de vie, l'activité du conjoint, la lucrativité sont citées dans les mêmes proportions dans les deux classes d'âge. Par contre, les médecins les plus jeunes sont plus nombreux que leurs aînés à indiquer qu'une opportunité à saisir a fortement contribué à leur orientation professionnelle (et ce, aussi bien chez les hommes que chez les femmes).

**Tableau 11**  
**Éléments ayant surtout pesé, dans un sens positif, sur l'orientation professionnelle des médecins considérant que celle-ci résultait d'un choix personnel en fonction du sexe, de l'âge et de l'existence ou non d'enfants -%-**

		• 45 ans		> 45 ans		A eu des enfants		N'a pas eu d'enfants	
		M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Attrait de ce type d'activité</i>	Contribution importante	87.5	86.0	88.1	84.7	88.6	85.9	90.5	78.8
	Total contribution	98.0	98.5	98.7	99.1	98.5	99.5	100.0	94.9
<i>Qualité de vie</i>	Contribution importante	31.7	45.2	28.4	52.6	27.8	48.6	51.0	49.4
	Total contribution	79.6	80.3	66.0	85.8	69.5	84.2	70.5	80.7
<i>Activité du conjoint</i>	Contribution importante	10.4	23.3	4.5	23.7	7.3	25.3	0.0	18.5
	Total contribution	24.4	42.5	19.6	51.0	22.8	49.0	5.6	35.7
<i>Lucrativité escomptée</i>	Contribution importante	16.3	10.2	9.2	4.0	11.9	7.3	15.8	6.1
	Total contribution	65.8	47.7	47.7	40.8	52.8	46.7	73.7	37.0
<i>Opportunité</i>	Contribution importante	30.7	40.5	18.1	22.9	21.5	33.0	22.2	35.8
	Total contribution	61.1	66.9	41.3	33.7	46.6	51.7	52.4	59.2
<i>Autres éléments</i>	Contribution importante	7.5	24.8	10.1	22.3	9.6	14.8	9.4	56.2
	Total contribution	27.8	27.9	18.4	25.1	20.9	18.5	18.8	56.2

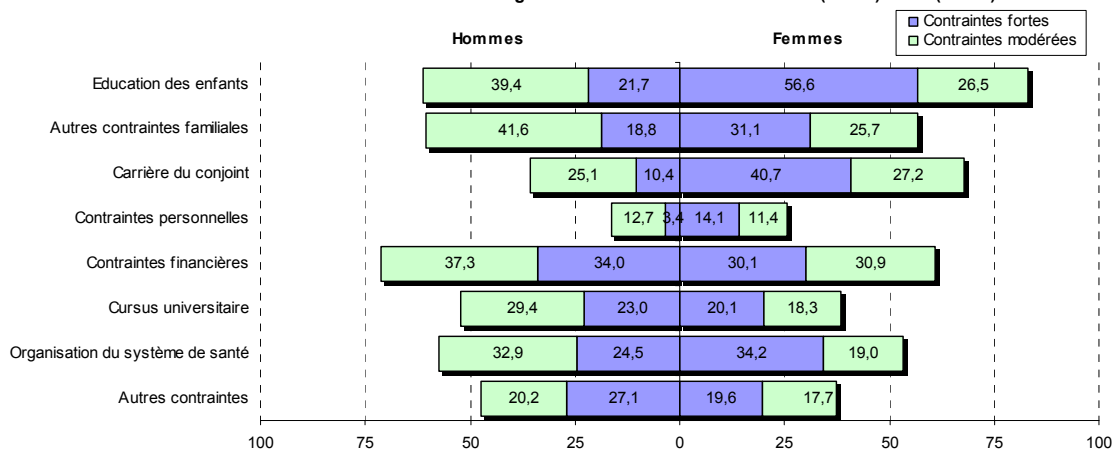
➤ **Les médecins qui évoquent un choix plus ou moins imposé par des contraintes externes pointent certaines d'entre elles d'une manière plus fréquente s'ils sont des femmes que s'ils sont des hommes :**

- **l'éducation des enfants**, beaucoup plus souvent considérée comme une contrainte *forte* par les femmes que par les hommes (57% contre 22% ;  $p < 0.001$ );
- **les contraintes familiales autres que l'éducation des enfants**, là encore plus souvent considérées -bien que de manière non statistiquement significative- comme une contrainte forte par les femmes que par les hommes (31% contre 19%),
- **la carrière du conjoint** considérée comme une contrainte forte par 41% des femmes et seulement 10% des hommes ( $p < 0.001$ ),
- **des contraintes personnelles** considérées comme fortes par 14% des femmes et 3% des hommes.

D'autres contraintes ayant pesé fortement dans l'orientation professionnelle sont citées avec une fréquence voisine par les médecins des deux sexes :

- les contraintes financières (poids fort pour le tiers environ de ces médecins évoquant une orientation plus ou moins imposée),
- l'organisation du système de santé (30% environ),
- le cursus universitaire -filière bloquée, etc.- (20% environ).

**Figure 61**  
**Contraintes externes ayant surtout pesé sur l'orientation professionnelle des médecins**  
**considérant que cette orientation était plus ou moins imposée par des contraintes externes -%-**  
 -calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 94 (51.9%) à 147 (81.2%)



Les résultats en fonction de la catégorie professionnelle, de l'âge et la présence ou non d'enfants sont fournis dans les deux tableaux suivants. Leur interprétation est malaisée car, en raison de la faiblesse des effectifs, peu de différences, même lorsqu'elles semblent importantes, atteignent le niveau de la significativité statistique. On pourra cependant noter que l'éducation des enfants est considérée, au sein de chacune des trois catégories professionnelles, comme ayant pesé davantage sur l'orientation des femmes que des hommes, mais que cela est particulièrement net chez les médecins salariés tandis que la carrière du conjoint a été beaucoup plus souvent citée comme une contrainte forte par les femmes que par les hommes au sein de deux catégories seulement : les généralistes libéraux et les médecins salariés. Chez les spécialistes libéraux par contre, les estimations des hommes et des femmes sont parfaitement superposables.

**Tableau 12**  
**Contraintes externes ayant surtout pesé sur l'orientation professionnelle des médecins**  
**considérant que cette orientation était plus ou moins imposée par des contraintes externes**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**

		MG		SPE		SAL	
		M	F	M	F	M	F
<i>Education des enfants</i>	Contraintes fortes	22.9	52.9	16.7	33.3	21.1	63.3
	<i>Total contraintes</i>	68.6	70.5	66.7	80.0	47.4	87.8
<i>Autres contraintes familiales</i>	Contraintes fortes	21.9	26.7	0.0	23.1	18.8	35.3
	<i>Total contraintes</i>	62.5	46.7	83.3	53.9	50.1	61.8
<i>Carrière du conjoint</i>	Contraintes fortes	9.7	42.9	28.6	30.8	5.9	42.5
	<i>Total contraintes</i>	38.7	64.3	57.2	53.9	23.5	72.5
<i>Contraintes personnelles (santé..)</i>	Contraintes fortes	3.2	23.1	12.5	0.0	0.0	14.3
	<i>Total contraintes</i>	9.7	30.8	37.5	30.0	18.8	22.9
<i>Contraintes financières</i>	Contraintes fortes	40.5	50.0	66.7	35.7	10.5	21.6
	<i>Total contraintes</i>	72.9	64.3	100.0	71.4	57.9	56.7
<i>Cursus universitaires</i>	Contraintes fortes	25.0	33.3	16.7	38.5	21.1	9.1
	<i>Total contraintes</i>	55.6	60.0	50.0	46.2	47.4	27.3
<i>Organisation du système de santé</i>	Contraintes fortes	19.4	42.1	37.5	58.8	29.4	20.6
	<i>Total contraintes</i>	47.2	57.9	75.0	70.6	70.6	44.1
<i>Autres contraintes</i>	Contraintes fortes	31.0	21.4	40.0	42.9	15.4	13.0
	<i>Total contraintes</i>	41.3	42.8	40.0	71.5	61.6	26.0

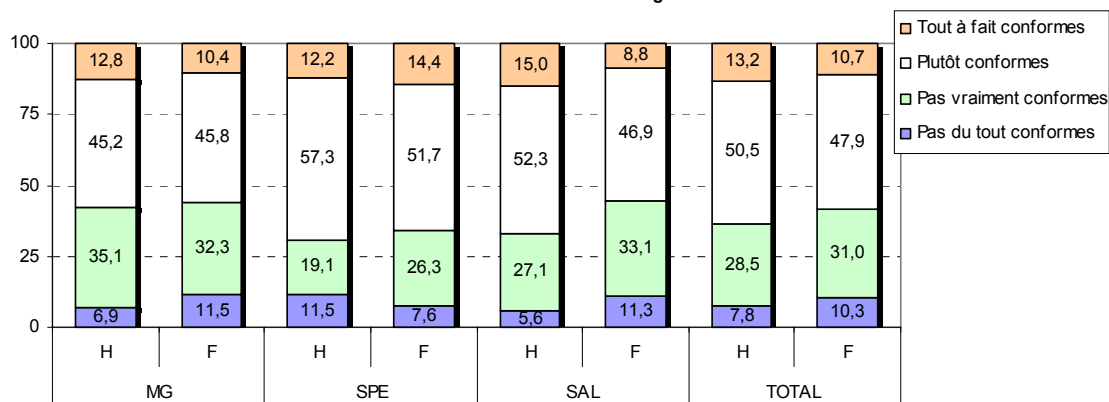
**Tableau 13**  
**Contraintes externes ayant surtout pesé sur l'orientation professionnelle des médecins**  
**considérant que cette orientation était plus ou moins imposée par des contraintes externes**  
**en fonction du sexe, de l'âge et de la présence ou non d'enfants -%-**

		• 45 ans		> 45 ans		A eu des enfants		N'a pas eu d'enfants	
		M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Education des enfants</i>	Contraintes fortes	12.5	53.8	19.6	62.5	24.2	63.6	0.0	0.0
	<i>Total contraintes</i>	43.4	73.8	65.4	95.2	66.1	91.9	0.0	0.0
<i>Autres contraintes familiales</i>	Contraintes fortes	18.4	22.3	17.2	41.8	16.9	34.9	0.0	12.3
	<i>Total contraintes</i>	49.3	36.9	63.4	80.4	61.9	60.2	23.7	31.4
<i>Carrière du conjoint</i>	Contraintes fortes	11.9	32.4	10.4	48.5	11.8	45.1	0.0	13.6
	<i>Total contraintes</i>	24.4	55.7	40.0	83.9	40.2	74.6	0.0	27.2
<i>Contraintes personnelles (santé..)</i>	Contraintes fortes	5.2	12.1	2.7	19.4	3.7	8.8	0.0	38.0
	<i>Total contraintes</i>	5.2	25.6	21.7	29.3	17.7	21.4	0.0	45.6
<i>Contraintes financières</i>	Contraintes fortes	21.1	23.8	41.0	40.5	32.0	27.7	48.3	38.9
	<i>Total contraintes</i>	71.9	53.7	72.0	72.1	69.1	61.7	100.0	48.8
<i>Cursus universitaires</i>	Contraintes fortes	23.5	25.0	21.8	12.4	22.6	13.0	40.4	54.8
	<i>Total contraintes</i>	53.1	37.2	50.8	38.7	50.9	35.3	78.8	54.8
<i>Organisation du système de santé</i>	Contraintes fortes	33.0	37.9	21.8	29.0	22.5	32.5	50.0	40.0
	<i>Total contraintes</i>	78.6	56.9	45.7	42.6	54.6	50.8	83.9	66.2
<i>Autres contraintes</i>	Contraintes fortes	34.9	15.3	25.2	29.1	28.8	20.6	19.2	0.0
	<i>Total contraintes</i>	56.8	30.5	45.9	47.1	47.0	38.7	59.6	21.8

## V.2- Décalage entre les aspirations initiales et la réalité actuelle

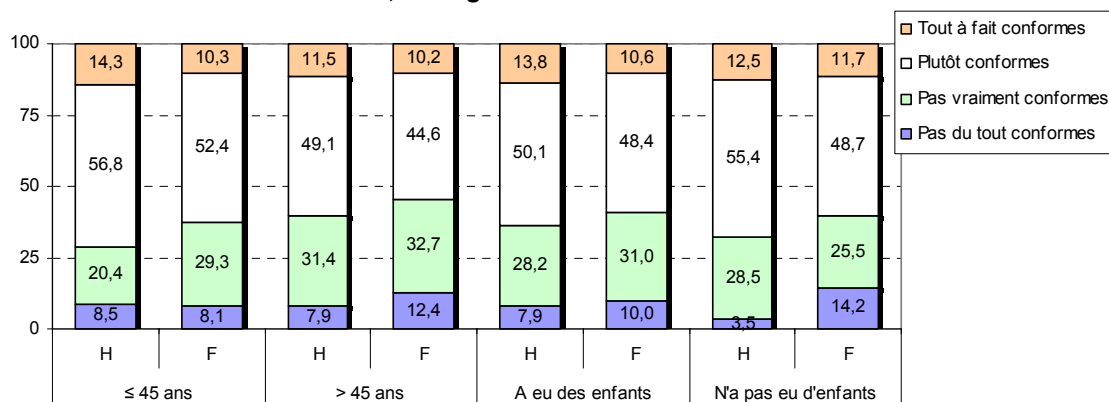
Une proportion non négligeable de médecins (40% environ) considèrent que leur activité actuelle et la manière dont ils l'exercent ne sont pas conformes aux aspirations qui étaient les leurs lorsqu'ils étaient étudiants. Parmi eux, près de 10% les jugent pas du tout conformes. Globalement, il n'existe **pas de différence entre les deux sexes** (36% des hommes et 41% des femmes). De même, les médecins libéraux, généralistes et spécialistes, répondent-ils de la même manière, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes (avec d'ailleurs, un sentiment d'insatisfaction plus volontiers exprimé par les généralistes que par les spécialistes). Par contre, **les femmes salariées sont plus nombreuses que leur homologues de sexe masculin à évoquer une activité non-conforme à leurs aspirations** (44% contre 33% ;  $p < 0.05$ ).

**Figure 62**  
**Jugement des médecins sur l'adéquation entre leur activité actuelle et la manière dont ils l'exercent et les aspirations qui étaient les leurs lorsqu'ils étaient étudiants en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 800 dossiers renseignés : 99.1%-



Chez les femmes, les réponses ne diffèrent pas selon l'âge, par contre les hommes de plus de 45 ans sont significativement plus nombreux que leurs cadets à considérer que leur exercice n'est pas vraiment conforme à leurs aspirations initiales (39% contre 29% ;  $p < 0.05$ ). Par ailleurs, pas plus chez les hommes que chez les femmes, il n'a été trouvé de relation entre ce jugement et le fait d'avoir ou non des enfants.

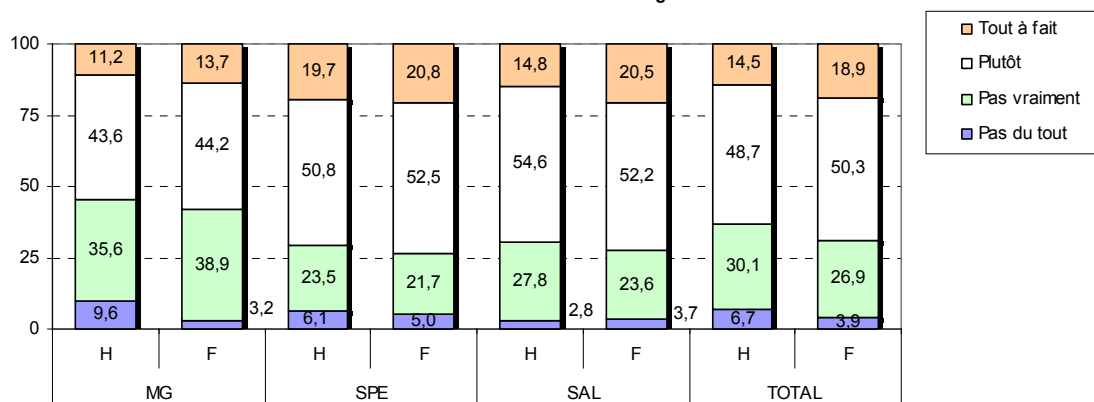
**Figure 63**  
**Jugement des médecins sur l'adéquation entre leur activité actuelle et la manière dont ils l'exercent et les aspirations qui étaient les leurs lorsqu'ils étaient étudiants en fonction du sexe, de l'âge et de l'existence ou non d'enfants -%-**



### V.3- Equilibre entre vie familiale et aspirations professionnelles

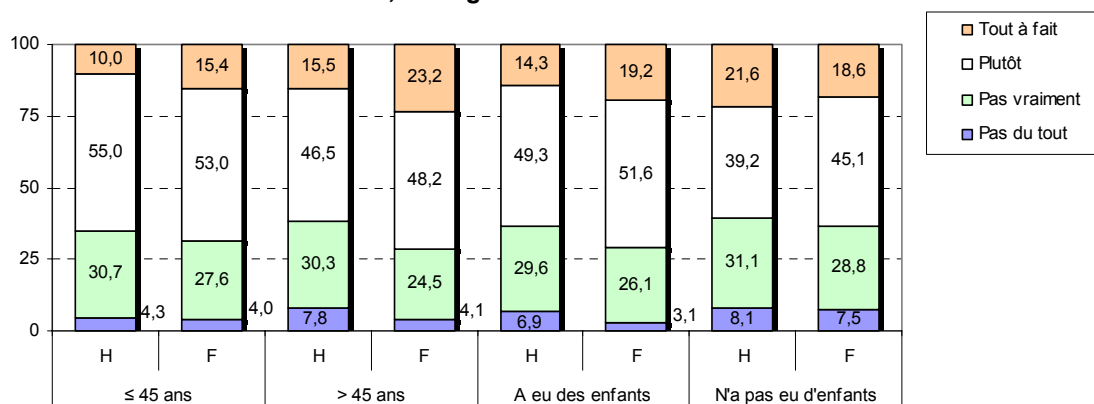
**Globalement, 37% des hommes et 31% des femmes** (différence non significative) **considèrent ne pas avoir réussi durant leur carrière à trouver un équilibre entre leur vie familiale et leurs aspirations professionnelles. Ce sentiment est davantage exprimé par les généralistes** (environ 45%) mais de manière harmonieuse au sein des deux sexes (cependant, la proportion de médecins dressant le constat d'un total déséquilibre apparaît particulièrement forte chez les généralistes de sexe masculin : 10%). Dans les deux autres catégories professionnelles, ce sentiment est moins partagé (environ 25%) et sans différence entre les deux sexes.

**Figure 64**  
**Jugement porté par les médecins sur l'atteinte d'un équilibre durant leur carrière**  
**entre vie familiale et aspirations professionnelles**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 803 dossiers renseignés :99.5%-



Ce jugement apparaît totalement indépendant de l'âge du praticien (plus ou moins de 45 ans) et du fait qu'il ait ou non des enfants.

**Figure 65**  
**Jugement porté par les médecins sur l'atteinte d'un équilibre durant leur carrière**  
**entre vie familiale et aspirations professionnelles**  
**en fonction du sexe, de l'âge et de l'existence ou non d'enfants -%-**

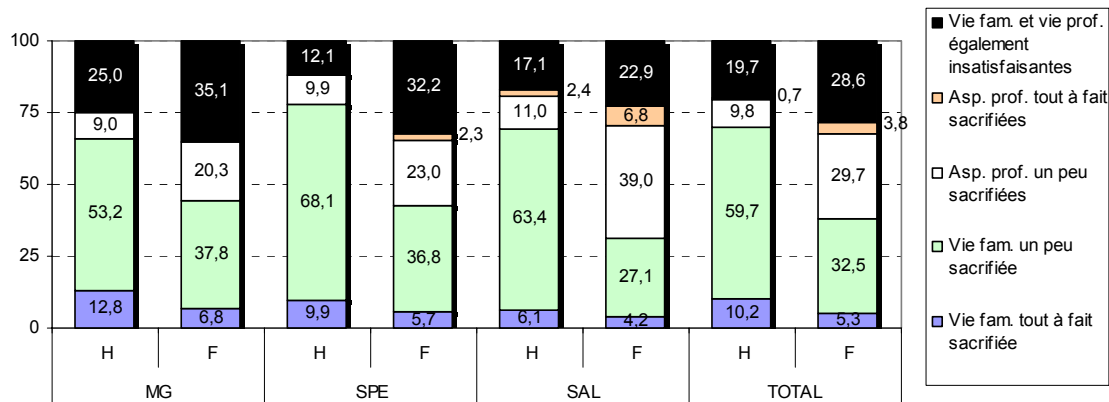




Si l'on ne considère que les médecins ayant dressé le constat d'un équilibre incomplet (ce qui est le cas de 85% des hommes et 81% des femmes), on relève que :

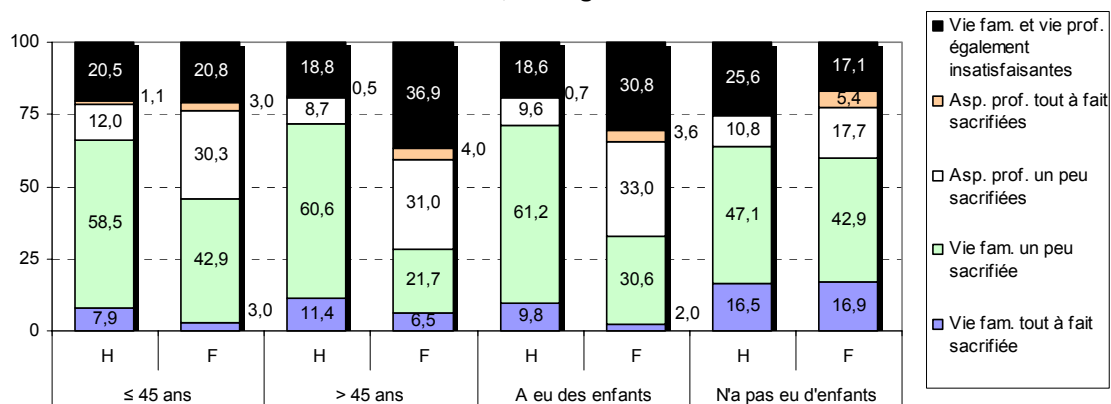
- **Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à considérer que leur vie familiale et leur vie professionnelle sont également insatisfaisantes** (29% contre 20% ;  $p < 0.05$ ). Cet écart entre les deux sexes est particulièrement net chez les spécialistes libéraux, plus restreint chez les généralistes libéraux et n'est pas retrouvé dans les réponses des médecins salariés. Ce sentiment d'avoir perdu sur les deux tableaux est particulièrement fréquent chez les femmes exerçant en libéral (1 sur 3 environ le partage),
- **Les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à considérer que leur aspirations professionnelles ont été sacrifiées** (un peu, voire tout à fait sacrifiées) : 33% contre 10% chez les hommes ;  $p < 0.001$ . Ce constat est beaucoup plus souvent dressé par les femmes salariées (46%) que par les libérales (20% chez les généralistes, 25% chez les spécialistes).
- **Les hommes sont, quant à eux, beaucoup plus nombreux à considérer que c'est leur vie familiale qui a été sacrifiée** (70%, dont 10% qui dressent le constat d'une vie familiale totalement sacrifiée) mais 38% des femmes partagent ce jugement (5% parlant d'une vie familiale totalement sacrifiée). C'est chez les spécialistes libéraux de sexe masculin que ce constat est le plus fréquent (78%) tandis qu'un médecin généraliste homme sur 8 (13%) parle d'une vie familiale totalement sacrifiée.

**Figure 66**  
**Nature du déséquilibre entre vie familiale et vie professionnelle observé, le cas échéant, par certains médecins en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 610 dossiers renseignés : 90.9%-



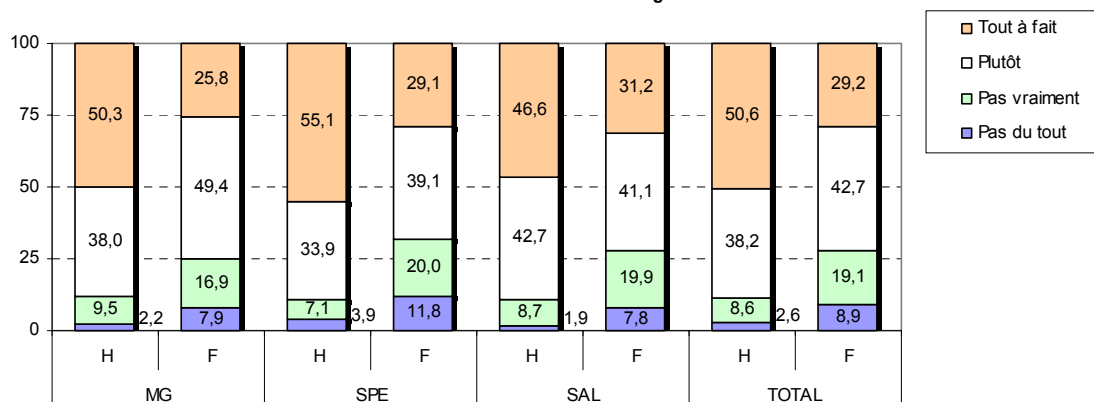
Les femmes qui évoquent un sacrifice en matière de vie familiale sont en proportion équivalente chez les plus de 45 ans (65%) et chez leurs cadettes (67%) mais elles parlent plus volontiers d'une insatisfaction à la fois sur le plan familial et professionnel (37%) alors que les plus jeunes pointent surtout une atteinte à la vie familiale.

**Figure 67**  
**Nature du déséquilibre entre vie familiale et vie professionnelle observé, le cas échéant, par certains médecins en fonction du sexe, de l'âge et de l'existence ou non d'enfants -%-**



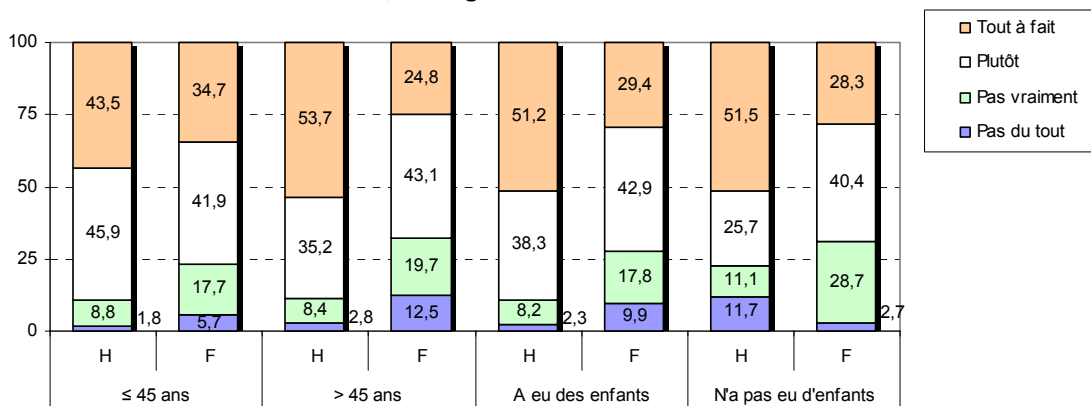
Parmi celles qui ont (ou qui ont eu) un conjoint, **plus d'une femme médecin sur quatre (28%) estime ne pas avoir été spécialement aidée par son conjoint pour concilier vie familiale et aspirations professionnelles**. Seuls **11% des hommes** dressent le même constat ( $p < 0.001$ ). Les hommes sont d'ailleurs lucides sur l'aide apportée par leur conjointe puisque 51% jugent celle-ci effective (ce qui n'est le cas que de 29% des femmes). Chez les hommes comme chez les femmes, aucune hétérogénéité n'est relevée au sein des trois catégories professionnelles.

**Figure 68**  
**Jugement des médecins sur l'aide apportée, le cas échéant, par le conjoint pour concilier vie familiale et aspirations professionnelles en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 747 dossiers renseignés : 92.6%-



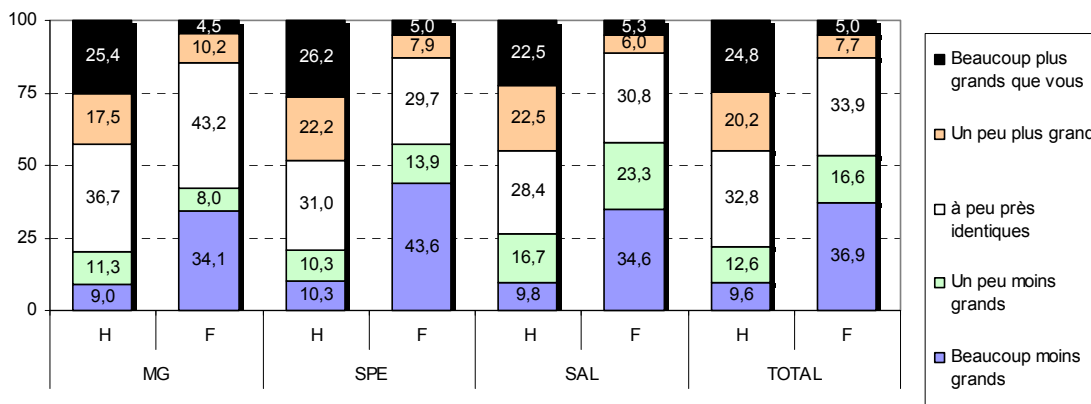
Les femmes de plus de 45 ans sont plus nombreuses que leurs cadettes à constater l'absence d'aide réelle de la part du conjoint (32% contre 23%) et 10% de celles qui ont eu des enfants estiment n'avoir pas du tout été aidées par leur conjoint.

**Figure 69**  
**Jugement des médecins sur l'aide apportée, le cas échéant, par le conjoint pour concilier vie familiale et aspirations professionnelles en fonction du sexe, de l'âge et de l'existence ou non d'enfants -%-**



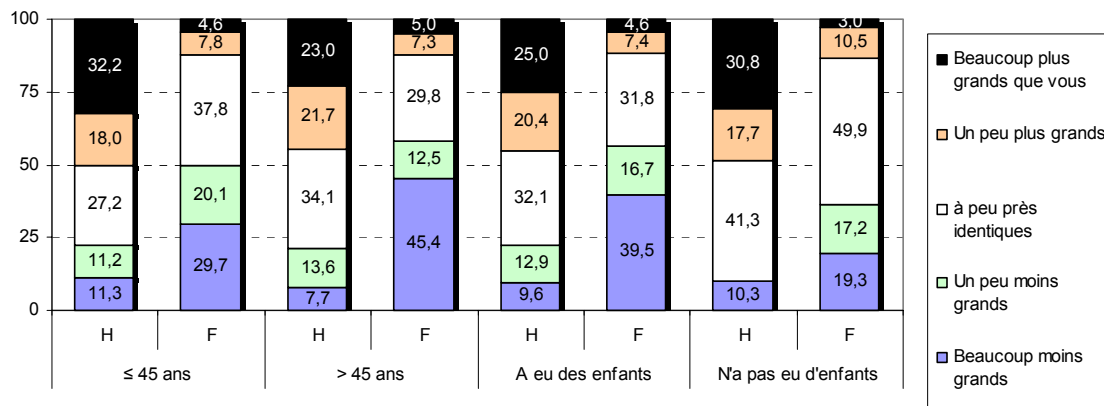
Par ailleurs, **53% des femmes médecins estiment que, par rapport à elles-mêmes, leur conjoint a consenti des sacrifices moins grands sur le plan professionnel (beaucoup moins grands pour 37%). Seuls 22% des hommes dressent ce constat.** On notera que les femmes généralistes libérales sont les moins nombreuses à partager ce jugement (42% "seulement" contre 58% chez les spécialistes libérales et les salariées). A l'opposé, 13% seulement des femmes médecins estiment qu'au contraire les sacrifices du conjoint étaient plus grands que les leurs (alors que presque un homme sur deux reconnaît ce fait). Enfin, le tiers des médecins, sans différence entre les sexes, jugent que les sacrifices du conjoint sur le plan professionnel étaient identiques aux leurs.

**Figure 70**  
**Jugement des médecins sur les sacrifices consentis sur le plan professionnel par le conjoint (le cas échéant) en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 726 dossiers renseignés : 90.0%-



Un certain effet de l'âge est observé : les femmes de plus de 45 ans sont un peu plus nombreuses que leurs cadettes à considérer que leur conjoint a consenti des sacrifices personnels moins importants qu'elles-mêmes : 58% des plus de 45 ans le pensent (dont 45% qui jugent ces sacrifices *beaucoup* moins grands que les leurs). Chez les plus jeunes, cette opinion est partagée dans une proportion voisine (50%) mais seules 30% parlent de sacrifices beaucoup moins grands. Par ailleurs, les femmes qui ont eu des enfants sont plus nombreuses à parler de sacrifices moins importants que les leurs de la part du conjoint (56% -dont 40% qui parlent de sacrifices *beaucoup* moins grands- contre 36% chez celles qui n'en ont pas eu ;  $p < 0.05$ ).

**Figure 71**  
**Jugement des médecins sur les sacrifices consentis sur le plan professionnel par le conjoint (le cas échéant) en fonction du sexe, de l'âge et de l'existence ou non d'enfants -%-**



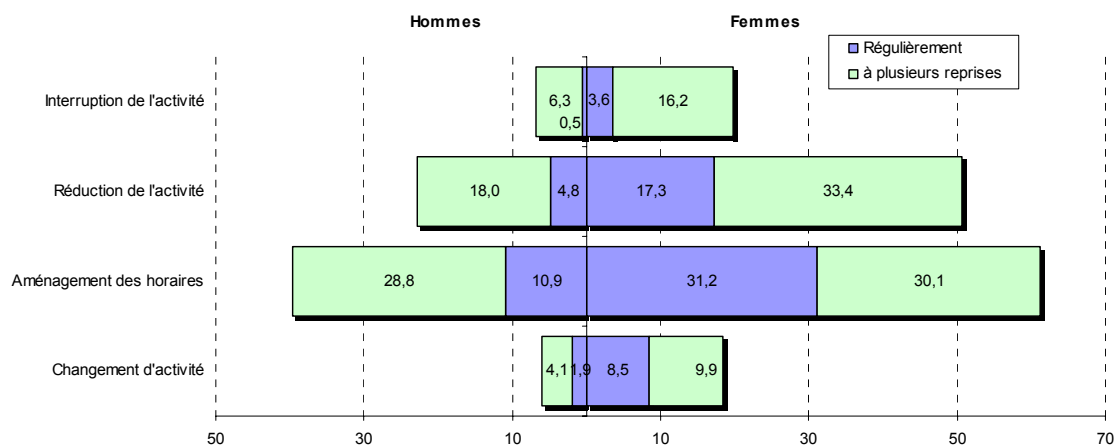
#### V.4- Impact des contraintes familiales sur la carrière et l'organisation de la vie professionnelle

- **20% des femmes médecins ont dû interrompre leur activité professionnelle en raison de contraintes familiales**, cela n'est le cas que de 7% des hommes ( $p < 0.001$ ).
- **50% des femmes médecins ont dû réduire leur activité** pour les mêmes raisons (17% de manière régulière), ce n'est le cas que de 23% des hommes ( $p < 0.001$ ).
- **61% des femmes ont aménagé leurs horaires en raison de contraintes familiales** (une fois sur deux de manière régulière), seuls 40% des hommes ont eu à le faire ( $p < 0.001$ ).
- **18% ont changé d'activité pour ce motif**, ce qui n'est le cas que de 6% des hommes ( $p < 0.001$ ).

On voit que l'impact des contraintes familiales sur l'organisation de la vie professionnelle des femmes médecins est majeur et sans commune mesure avec ce qui peut être observé chez les hommes.

**Figure 72**  
**Proportion de médecins ayant dû, en raison de contraintes familiales, modifier l'organisation de leur activité professionnelle en fonction du sexe**

-calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 657 (81.4%) à 713 (88.4%)



- L'interruption d'activité en raison de contraintes familiales concerne davantage les femmes généralistes libérales (29%) mais elle concerne également davantage les hommes de cette catégorie professionnelle (12%).
- La réduction d'activité concerne avec la même fréquence les femmes des trois catégories professionnelles. Chez les hommes, là encore, elle concerne davantage les généralistes libéraux que les autres.

- L'aménagement des horaires est plus volontiers le fait des femmes exerçant en libéral (en particulier des spécialistes) comme il est, chez les hommes, plus volontiers le fait des généralistes libéraux.
- Le changement d'activité (réorientation) en raison des contraintes familiales est par contre plus fréquent chez les femmes salariées (25%), certaines étant d'ailleurs, pour cette raison, devenues salariées dans un second temps.

**Tableau 14**

**Proportion de médecins ayant dû, en raison de contraintes familiales, modifier l'organisation de leur activité professionnelle en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**

		MG		SPE		SAL	
		M	F	M	F	M	F
<i>Interruption de l'activité</i>	Régulièrement	1.2	5.1	0.0	2.3	0.0	3.4
	<i>Total oui</i>	12.2	29.5	4.3	11.4	1.0	18.8
<i>Réduction de l'activité</i>	Régulièrement	8.3	21.4	3.3	16.7	1.0	15.2
	<i>Total oui</i>	32.6	59.5	17.5	58.4	13.0	40.8
<i>Aménagement des horaires (sans réduction)</i>	Régulièrement	14.9	34.1	8.8	41.0	6.9	23.0
	<i>Total oui</i>	48.6	64.6	35.2	74.3	30.4	50.8
<i>Changement d'activité (réorientation)</i>	Régulièrement	1.8	7.0	0.8	1.2	3.0	13.3
	<i>Total oui</i>	6.7	14.0	2.5	10.6	8.0	25.0

L'étude en fonction de l'âge et de la présence d'enfants met également en évidence certaines hétérogénéités :

- Les femmes médecins de plus de 45 ans sont plus nombreuses que leurs cadettes à avoir, en raison des contraintes familiales, interrompu leur activité (28% contre 13%), aménagé leurs horaires (67% contre 56%), changé d'activité (23% contre 14%). Une telle hétérogénéité en fonction de l'âge n'est pas retrouvée chez les hommes.
- Les femmes médecins qui ont eu des enfants sont plus nombreuses que les autres à avoir interrompu leur activité (23% contre 4%), réduit leur activité (58% contre 15%), aménagé leurs horaires (69% contre 23%). Les hommes qui ont eu des enfants sont également plus nombreux à avoir réduit leur activité (24% contre 11%) et à avoir aménagé leurs horaires (42% contre 7%).

**Tableau 15**

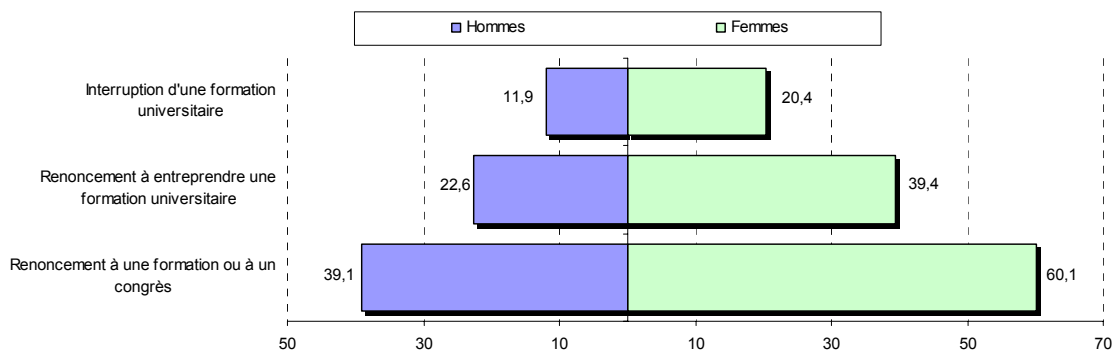
**Proportion de médecins ayant dû, en raison de contraintes familiales, modifier l'organisation de leur activité professionnelle en fonction du sexe, de l'âge et de l'existence ou non d'enfants**

		• 45 ans		> 45 ans		A eu des enfants		N'a pas eu d'enfants	
		M	F	M	F	M	F	F	M
<i>Interruption de l'activité</i>	Régulièrement	1.8	2.5	0.0	4.2	0.6	4.4	0.0	0.0
	<i>Total oui</i>	9.8	13.0	5.1	27.8	7.0	23.4	0.0	4.0
<i>Réduction de l'activité</i>	Régulièrement	5.3	17.4	3.4	17.6	5.1	20.6	3.9	1.9
	<i>Total oui</i>	26.9	46.7	19.1	56.4	24.1	57.9	11.1	14.8
<i>Aménagement des horaires (sans réduction)</i>	Régulièrement	15.3	30.2	8.5	32.5	12.0	36.2	0.0	6.6
	<i>Total oui</i>	42.0	56.4	36.8	67.1	42.4	68.9	7.5	23.2
<i>Changement d'activité (réorientation)</i>	Régulièrement	2.0	8.6	2.0	8.0	2.1	9.4	0.0	4.7
	<i>Total oui</i>	3.9	14.4	7.3	22.6	5.8	20.6	7.2	9.1

Il n'est par ailleurs pas rare que certains médecins aient dû renoncer à certains projets professionnels en raison de contraintes familiales, on pourra remarquer que c'est pratiquement deux fois plus souvent le cas pour des femmes que pour des hommes et les différences entre les deux sexes sont hautement significatives. Ainsi relève-t-on que :

- **20% des femmes médecins (contre 12% des hommes) ont interrompu une formation universitaire,**
- **39% d'entre elles (contre 23% des hommes) ont renoncé à une formation universitaire,**
- **60% d'entre elles (contre 39% des hommes) ont renoncé à une formation ou à un congrès sur un thème pourtant très motivant.**

**Figure 73**  
**Proportion de médecins ayant dû, en raison de contraintes familiales, renoncer ou modifier certains de leurs projets professionnels en fonction du sexe**  
 -calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 712 (88.2%) à 756 (93.7%)



Les écarts entre sexes relevés au sein des trois catégories professionnelles vont toujours dans le même sens et, si quelques-uns n'atteignent pas la significativité statistique (interruption d'une formation universitaire chez les généralistes et les salariés, renoncement à une formation universitaire chez les généralistes), ils en sont proches.

**Tableau 16**  
**Proportion de médecins ayant dû, en raison de contraintes familiales, renoncer ou modifier certains de leurs projets professionnels en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**

	MG		SPE		SAL	
	M	F	M	F	M	F
<i>Interruption d'une formation universitaire</i>	15.4	23.3	4.1	16.8	13.7	20.9
<i>Renoncement à entreprendre une formation universitaire</i>	34.6	43.3	10.5	41.6	14.6	35.8
<i>Renoncement à une formation ou à un congrès sur des thèmes très motivant</i>	42.5	61.5	32.5	66.4	40.0	55.5

S'agissant de ces renoncements, on ne relève pas d'effet de l'âge chez les femmes médecins tandis que, chez les hommes, l'âge ne joue que sur un seul élément : la proportion de médecins ayant dû renoncer à entreprendre une formation universitaire est plus élevée chez les plus jeunes (30%) que chez leurs aînés (19% ;  $p < 0.05$ ).

Par contre, le fait d'avoir eu des enfants conduit, pour les trois éléments considérés, à des renoncements plus fréquents chez les femmes médecins (par rapport à celles qui n'en ont pas eu). Ceci est également vérifié chez les hommes hormis pour la fréquence d'interruption d'une formation.

**Tableau 17**  
**Proportion de médecins ayant dû, en raison de contraintes familiales, renoncer ou modifier certains de leurs projets professionnels en fonction du sexe, de l'âge et de l'existence ou non d'enfants**

	• 45 ans		> 45 ans		A eu des enfants		N'a pas eu d'enfants	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Interruption d'une formation universitaire</i>	11.8	17.0	12.2	22.7	11.9	22.4	12.0	9.6
<i>Renoncement à entreprendre une formation universitaire</i>	29.6	36.3	18.9	41.4	24.0	44.3	8.5	15.6
<i>Renoncement à une formation ou à un congrès sur des thèmes très motivant</i>	44.0	55.6	36.6	64.7	40.7	68.9	16.4	13.4

#### **V.5- Projet professionnel "idéalisé" et bilan dressé**

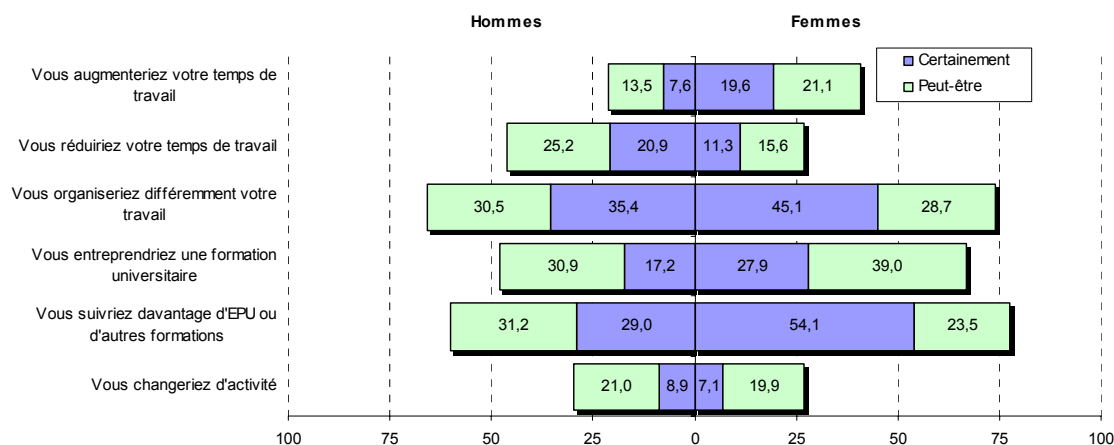
S'ils étaient dégagés de toute contrainte familiale, une majorité de médecins organiseraient différemment leur travail, suivraient davantage d'EPU ou d'autres formations, entreprendraient une formation universitaire ou modifieraient leur temps de travail (en l'augmentant ou, au contraire, en le réduisant). Enfin, plus d'un sur quatre changerait d'activité.

Si l'on ne considère que la proportion de ceux qui se montrent très affirmatifs sur le fait qu'ils **modifieraient l'organisation de leur activité professionnelle s'ils étaient dégagés de toute obligation familiale**, on relève des **proportions systématiquement et significativement plus élevées chez les femmes que chez les hommes** (hormis sur le changement d'activité et la réduction du temps de travail), ce qui témoigne indirectement de contraintes familiales plus fortes chez elles.



**S'agissant du temps de travail, on voit que les femmes (qui souvent ont dû le réduire en raison de contraintes familiales) sont plus nombreuses que les hommes à certainement souhaiter l'augmenter (20% contre 8% ;  $p < 0.01$ ) alors que ces derniers sont significativement plus nombreux -et de manière presque symétrique- (21% contre 11% ;  $p < 0.001$ ) à souhaiter le réduire.**

**Figure 74**  
**Souhaits de modifications de l'activité professionnelle des médecins s'ils étaient dégagés de toute contrainte familiale en fonction du sexe -%-**  
 -calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 688 (85.3%) à 712 (88.2%)



L'étude en fonction de la catégorie professionnelle montre que le différentiel hommes/femmes est retrouvé de manière systématique dans les trois catégories pour ce qui est de l'augmentation du temps de travail, de l'engagement d'une formation universitaire et de l'augmentation des EPU suivis. Par contre, s'agissant d'une organisation différente du travail, celle-ci est citée de manière comparable dans les deux sexes chez les médecins libéraux, généralistes comme spécialistes, tandis que la réduction du temps de travail est citée de manière comparable dans les deux sexes chez les médecins salariés.

**Tableau 18**  
**Souhaits de modifications de l'activité professionnelle des médecins s'ils étaient dégagés de toute contrainte familiale en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**

		MG		SPE		SAL	
		M	F	M	F	M	F
Vous augmenteriez votre temps de travail	Certainement	5.3	14.8	6.7	17.9	12.1	23.3
	Total oui	15.4	37.0	17.5	40.5	33.3	42.8
Vous réduiriez votre temps de travail	Certainement	26.3	14.7	24.0	14.0	9.3	7.9
	Total oui	57.3	25.4	45.5	31.0	28.9	25.2
Vous organiseriez différemment votre travail	Certainement	39.9	45.1	34.7	47.1	29.0	44.0
	Total oui	67.1	71.9	66.1	75.5	64.0	73.9
Vous entreprendriez une formation universitaire	Certainement	23.8	37.0	12.5	24.3	11.3	25.0
	Total oui	58.3	76.5	37.5	64.1	42.2	63.3
Vous suivriez davantage d'EPU ou d'autres formations	Certainement	32.4	64.2	31.1	54.3	21.4	48.5
	Total oui	63.6	86.4	60.6	77.2	54.1	73.1
Vous changeriez d'activité (réorientation)	Certainement	10.1	8.0	6.7	4.0	9.2	8.6
	Total oui	40.5	30.7	19.3	24.8	23.5	26.6

L'étude en fonction de l'âge montre que les hommes de moins de 45 ans citent, par rapport à leurs aînés, davantage une augmentation du temps de travail (13% contre 5%), une organisation différente du travail (44% contre 31%), une formation universitaire (23% contre 14%) et des formations par EPU (35% contre 24%). Les plus de 45 ans citent au contraire davantage une réduction du temps de travail (24% contre 14% chez les plus jeunes). De même, les femmes de plus de 45 ans souhaiteraient-elles davantage que leurs cadettes réduire leur temps de travail (17% contre 7%), les plus jeunes étant plus nombreuses à souhaiter entreprendre une formation universitaire (34% contre 21% chez leurs aînées).

**Le fait d'avoir eu des enfants influe également très sensiblement sur les réponses, en particulier sur celles des femmes.** Ainsi, celles qui ont eu des enfants sont-elles beaucoup plus nombreuses que les autres à déclarer que, dégagées des obligations familiales, elles augmenteraient certainement leur temps de travail (23% contre 4% chez celles qui n'ont pas eu d'enfants), elles organiseraient certainement différemment leur travail (50% contre 20%), elles entreprendraient certainement une formation universitaire (30% contre 16%) ou elles suivraient davantage d'EPU (59% contre 22%). Les hommes qui ont eu des enfants sont, quant à eux, plus nombreux à prétendre qu'ils organiseraient certainement différemment leur travail (36% contre 20% chez ceux qui n'en ont pas eu) et qu'ils suivraient certainement davantage d'EPU (30% contre 8%).

**Tableau 19**

**Souhaits de modifications de l'activité professionnelle des médecins s'ils étaient dégagés de toute contrainte familiale en fonction du sexe, de l'âge et de l'existence ou non d'enfants -%-**

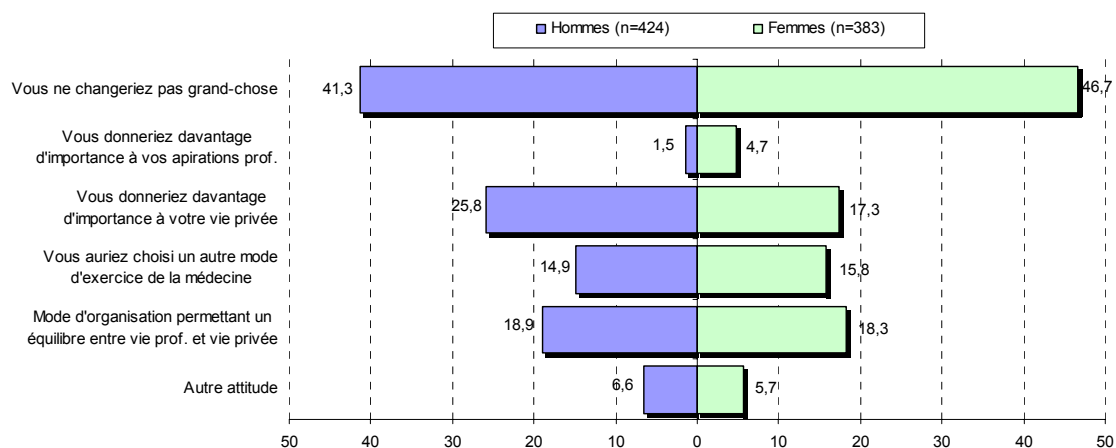
		• 45 ans		> 45 ans		A eu des enfants		N'a pas eu d'enfants	
		M	F	M	F	M	F	M	F
Vous augmenteriez votre temps de travail	Certainement	13.4	24.0	4.8	15.9	8.0	22.6	0.0	4.3
	Total oui	39.4	49.0	13.5	33.2	21.2	46.6	19.7	10.8
Vous réduiriez votre temps de travail	Certainement	14.1	6.7	23.6	17.3	21.3	10.4	4.1	17.8
	Total oui	36.1	17.5	50.2	36.9	47.3	25.6	17.7	32.4
Vous organiseriez différemment votre travail	Certainement	44.5	48.0	31.3	41.3	36.5	49.7	8.4	19.8
	Total oui	73.1	79.3	61.7	67.8	67.4	79.1	35.8	48.2
Vous entreprendriez une formation universitaire	Certainement	22.8	34.0	14.0	20.9	17.5	29.9	10.0	15.7
	Total oui	67.1	74.8	39.0	57.9	49.1	70.9	32.9	42.9
Vous suivriez davantage d'EPU ou d'autres formations	Certainement	35.5	56.6	24.1	50.5	30.5	59.2	8.4	22.4
	Total oui	64.1	81.0	57.1	72.7	62.2	82.2	31.9	52.1
Vous changeriez d'activité (réorientation)	Certainement	6.6	5.0	9.6	8.3	9.4	6.5	0.0	9.2
	Total oui	32.6	26.5	27.9	26.9	30.5	28.0	18.2	22.8

La dernière question du questionnaire, en forme de bilan, cherchait à appréhender quelle serait l'attitude des médecins "si c'était à refaire".

**Donc, si c'était à refaire ... :**

- **44%** des médecins **ne changeraient probablement pas grand-chose**, cette réponse étant apportée avec une **fréquence comparable dans les deux sexes**,
- **22%** déclarent qu'ils **donneraient davantage d'importance à leur vie privée**, cette réponse étant **plus souvent apportée par les hommes que par les femmes** (26% contre 17% ;  $p < 0.01$ ),
- **19%** indiquent qu'ils auraient **trouvé un mode d'organisation permettant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée sans changer de type d'activité** (proportion **identique dans les deux sexes**),
- **15%** auraient choisi un **autre mode d'exercice de la médecine** (proportion **identique dans les deux sexes**),
- **3%** **seulement** auraient **donné davantage d'importance à leurs aspirations professionnelles** (1% chez les hommes et **5%** chez les femmes ;  $p < 0.01$ ),
- enfin, 6% auraient opté pour une autre attitude.

**Figure 75**  
**"Finalement, si c'était à refaire, quelle serait votre attitude ?"**  
**Etude en fonction du sexe -%-**  
 -calcul réalisé sur 807 dossiers renseignés : 100%-



L'étude des réponses en fonction de la catégorie professionnelle conduit au constat suivant :

- La réponse "ne changerait pas grand-chose", citée avec la même fréquence dans les deux sexes au sein des trois catégories professionnelles, est moins souvent relevée chez les généralistes libéraux (qu'ils soient des hommes ou des femmes) que chez les autres médecins.
- C'est chez les libéraux que la différence entre sexes est la plus grande dans la réponse "donnerait davantage d'importance à sa vie privée", l'écart est plus minime chez les salariés.
- Les réponses "aurait trouvé un autre mode d'organisation" et "aurait choisi un autre mode d'exercice de la médecine" sont plus volontiers citées par les généralistes libéraux mais, au sein des trois catégories professionnelles, elles sont évoquées dans les mêmes proportions par les hommes et par les femmes.
- Enfin, la réponse "donnerait davantage d'importance à ses aspirations professionnelles", si elle est globalement rarement relevée (3%), est tout à fait exceptionnelle chez les généralistes libéraux hommes ou femmes et les spécialistes libéraux hommes. Elle est un peu plus fréquente chez les médecins salariés des deux sexes (5%) et les spécialistes femmes exerçant en libéral (7%).

**Tableau 20**  
**"Finalement, si c'était à refaire, quelle serait votre attitude ?"**  
**Etude en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**

<b>Si c'était à refaire...</b>	<b>MG</b>		<b>SPE</b>		<b>SAL</b>	
	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>
<i>Vous ne changeriez pas grand chose</i>	33.5	40.6	47.0	49.2	48.1	48.5
<i>Vous donneriez davantage d'importance à vos asp. prof.</i>	0.5	1.0	0.0	6.7	4.6	5.5
<i>Vous donneriez davantage d'importance à votre vie privée</i>	27.1	17.7	26.5	15.0	23.1	18.4
<i>Vous auriez choisi un autre mode d'exercice</i>	19.7	22.9	12.9	13.3	9.3	13.5
<i>Vous auriez trouvé un autre mode d'organisation</i>	26.6	27.1	14.4	20.8	11.1	12.3
<i>Autre attitude</i>	6.9	8.3	6.1	6.7	6.5	3.7
<i>Effectif (avant pondération)</i>	188	96	132	120	108	163

Les réponses des médecins ne diffèrent pas en fonction de leur âge, hormis sur un point : les femmes de moins de 45 ans sont plus nombreuses que leurs aînées (21% contre 14% ; p=0.09) à déclarer qu'elles choisiraient un mode d'organisation permettant un meilleur équilibre.

De même, ne diffèrent-elles pas significativement selon qu'ils ont eu ou non des enfants, hormis sur un point : paradoxalement, les femmes qui ont eu des enfants sont moins nombreuses que les autres (15% contre 27% ; p<0.05) à déclarer que si c'était à refaire elles donneraient davantage d'importance à leur vie privée (ce constat permet de mesurer les sacrifices que nombre d'entre elles ont du consentir au niveau professionnel).

**Tableau 21**  
**"Finalement, si c'était à refaire, quelle serait votre attitude ?"**  
**Etude en fonction du sexe, de l'âge et de la présence ou non d'enfants -%-**

<i>Si c'était à refaire...</i>	• 45 ans		> 45 ans		A eu des enfants		N'a pas eu d'enfants	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Vous ne changeriez pas grand chose</i>	38.7	45.9	42.4	48.4	41.5	47.1	45.6	46.2
<i>Vous donneriez davantage d'importance à vos asp. prof.</i>	2.7	3.5	1.1	6.1	1.2	5.0	3.9	4.0
<i>Vous donneriez davantage d'importance à votre vie privée</i>	27.5	18.2	25.3	16.2	25.7	14.7	22.4	27.2
<i>Vous auriez choisi un autre mode d'exercice</i>	12.6	12.8	16.4	19.0	14.5	16.4	12.0	14.0
<i>Vous auriez trouvé un autre mode d'organisation</i>	18.2	21.0	19.0	14.1	20.1	18.8	7.6	17.5
<i>Autre attitude</i>	6.8	4.6	6.9	7.0	6.4	5.9	8.1	5.4
<i>Effectif (avant pondération)</i>	121	179	290	190	388	314	26	55

## Adéquation entre vie privée et vie professionnelle : les principaux éléments du constat

- **Plus fréquemment pour les femmes (28%) que pour les hommes (18%), l'activité résulte parfois d'un choix plus ou moins dicté par des contraintes externes** : une femme sur 10 affirme que son choix a été *fortement* dicté par de telles contraintes. Les différences entre sexes sont particulièrement nettes chez les **médecins salariés** et, à un degré moindre, chez les spécialistes libéraux. Les réponses des médecins sont identiques dans les deux tranches d'âge étudiées.
- **Lorsqu'il s'agit d'un choix plutôt personnel, certains éléments qui ont influé "en positif" sont pointés avec une fréquence inégale par les hommes et par les femmes** : l'**attrait pour le type d'activité** (rôle important pour plus de 85%, aussi bien chez les hommes que chez les femmes), la **qualité de vie**, plus souvent mise en avant avec force par les femmes (48% contre 29% chez les hommes), en particulier chez les médecins salariés et les spécialistes libéraux, l'**opportunité**, plus souvent citée par les femmes (33% contre 22%), l'**activité du conjoint** (rôle important pour 22% des femmes et seulement 7% des hommes), la **lucrativité** escomptée (motivation forte pour 10% des hommes et des femmes).
- **Lorsqu'il s'agit d'un choix plus ou moins influencé, certaines contraintes ont davantage pesé "en négatif" chez les femmes que chez les hommes** : l'**éducation des enfants** (contrainte forte pour 57% des femmes et seulement 22% des hommes), les **autres contraintes familiales** (31% contre 19%), la **carrière du conjoint** (41% contre 10%, la différence étant particulièrement nette chez les médecins salariés), des **contraintes personnelles** (14% contre 3%). Par contre, d'autres contraintes (liées aux aspects financiers, à l'organisation du système de santé, au cursus universitaire) semblent avoir pesé du même poids dans les deux sexes.
- **De nombreux médecins estiment que leur activité actuelle n'est pas vraiment conforme à leurs aspirations initiales (40%, voire davantage chez les généralistes)** mais une **différence de jugement entre les deux sexes n'est retrouvée que chez les médecins salariés** (avec des "désillusions" plus souvent pointées par les femmes que par les hommes). L'âge n'intervient pas sur les réponses des femmes alors que les hommes de plus de 45 ans sont plus nombreux que leurs cadets à considérer que leur exercice n'est pas conforme à leurs aspirations initiales.
- **De nombreux médecins, aussi bien hommes (37%) que femmes (31%) estiment ne pas avoir réussi dans leur carrière à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale** : ce sentiment est particulièrement fort chez les généralistes libéraux des deux sexes. Il n'est pas lié à l'âge des médecins ni au fait d'avoir eu ou non des enfants.

- **Parmi les médecins qui dressent le constat d'un équilibre imparfait entre leur vie professionnelle et leur vie familiale, les deux tiers des femmes (contre le tiers des hommes) évoquent une vie professionnelle insatisfaisante ou des aspirations professionnelles sacrifiées** : près de 30% des femmes (contre 20% des hommes) considèrent avoir perdu sur les deux tableaux et elles sont par ailleurs bien plus nombreuses que les hommes à considérer que leurs aspirations professionnelles ont été sacrifiées (33% contre 10%). **Au contraire les hommes, davantage que les femmes, considèrent que c'est leur vie familiale qui a été sacrifiée** (70% contre 38%). Le sentiment d'avoir perdu sur les deux tableaux est plus fréquent chez les femmes exerçant en libéral, celui d'avoir sacrifié ses aspirations professionnelles l'est davantage chez les femmes salariées. Les femmes qui évoquent une insatisfaction en matière de vie familiale sont en proportion identique dans les deux tranches d'âge considérées mais les plus de 45 ans parlent plus volontiers d'une insatisfaction à la fois sur le plan personnel et professionnel alors que les plus jeunes pointent surtout une atteinte à la vie familiale.
- **Plus d'une femme sur quatre (28%) parmi celles qui ont un conjoint, déplore le fait de ne pas avoir été spécialement aidée par celui-ci pour concilier vie familiale et aspirations professionnelles. Seuls 11% des hommes dressent le même constat.** A l'opposé, 51% des hommes reconnaissent que leur conjointe leur a apporté une aide effective, ce qui n'est le cas que de 29% des femmes. Les femmes de plus de 45 ans sont plus nombreuses que leurs cadettes à constater l'absence d'aide réelle de la part du conjoint (32% contre 23%).
- **Plus de la moitié des femmes médecins (53%) estiment que, par rapport à elles-mêmes, leur conjoint a consenti de moins grands sacrifices sur le plan professionnel (beaucoup moins grands pour 37%). Seuls 22% des hommes dressent le même constat.** Un indéniable effet de l'âge est relevé : 45% des femmes de plus de 45 ans parlent de sacrifices du conjoint beaucoup moins grands que les leurs, ce qui n'est le cas que de 30% des plus jeunes.
- **20% des femmes médecins ont eu à interrompre leur activité professionnelle en raison de contraintes familiales, ce qui n'a été le cas que de 7% des hommes.** C'est chez les femmes généralistes exerçant en libéral que cette proportion est la plus élevée (29%). De plus, une telle interruption est notée par 28% des femmes de plus de 45 ans contre seulement 13% des plus jeunes.
- **50% des femmes médecins ont eu à réduire leur activité professionnelle en raison de contraintes familiales** (une fois sur trois de manière régulière), ce qui n'a été le cas que de **23% des hommes**. Cette proportion est plus élevée chez les femmes exerçant en libéral que chez les salariées. Sur ce point, on n'a pas relevé d'hétérogénéité en fonction de l'âge.
- **61% des femmes médecins ont dû aménager leurs horaires de travail en raison de contraintes familiales** (une fois sur deux de manière régulière), seuls **40% des hommes** ont eu à le faire). Les femmes de plus de 45 ans sont un peu plus nombreuses que leurs cadettes à l'avoir fait (67% contre 56%).

- **18% des femmes médecins ont changé d'activité pour des raisons familiales**, ce qui n'est le cas que de **6% des hommes**. Cette proportion est plus élevée chez les femmes salariées (certaines ayant d'ailleurs opté pour une activité salariée précisément en raison de ces contraintes familiales). Les femmes de plus de 45 ans sont deux fois plus nombreuses que leurs cadettes à avoir changé leur activité (23% contre 14%).
- **20% des femmes médecins (contre 12% des hommes) ont interrompu une formation universitaire en raison de contraintes familiales**. On n'a pas relevé chez les femmes d'hétérogénéité en fonction de l'âge.
- **39% d'entre elles (contre 23% des hommes) ont renoncé pour ce motif à une formation universitaire**. L'âge n'intervient pas dans les réponses des femmes, par contre les hommes de moins de 45 ans sont plus nombreux que leurs aînés à évoquer un tel renoncement.
- **60% des femmes médecins (contre 39% des hommes) ont renoncé à une formation ou à un congrès sur un thème pourtant motivant en raison de contraintes familiales**. Ce constat est dressé avec une fréquence comparable dans les deux classes d'âge.
- **Si elles étaient dégagées de toutes contraintes familiales, plus souvent que les hommes les femmes médecins affirment qu'elles modifieraient l'organisation de leur activité professionnelle** : 54% suivraient *certainement* davantage d'EPU (contre 29% des hommes), 45% organiseraient *certainement* différemment leur travail (contre 35%), 28% (contre 17% des hommes) entreprendraient *certainement* une formation universitaire (jusqu'à 37% chez les salariées). Elles sont par contre moins nombreuses que les hommes à déclarer qu'elles réduiraient *certainement* leur temps de travail (11% contre 21%). Enfin, 7% (pratiquement à égalité avec les hommes) changeraient *certainement* d'activité.
- **Pourtant, "si c'était à refaire", les attitudes des femmes médecins ne diffèreraient pas beaucoup de celles de leurs confrères** : une grande partie d'entre elles (47%) ne changeraient finalement pas grand-chose (réponse également faite par 41% des hommes). Certaines (17%) donneraient davantage d'importance à leur vie privée mais les hommes sont plus nombreux à faire cette réponse (26%). A l'opposé, 5% d'entre elles (contre seulement 1% des hommes) donneraient davantage d'importance à leurs aspirations professionnelles. Enfin, 18% choisiraient un mode d'organisation permettant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, tandis que 16% opteraient pour un autre mode d'exercice de la médecine (ces deux dernières proportions étant strictement identiques à celles relevées chez les hommes).



## **VI- COMMENTAIRES LIBRES**

Parmi les médecins ayant participé à l'enquête, 20% (soit 167) ont apporté des commentaires libres en fin de questionnaire. Quelques uns se sont contentés de quelques lignes, voire quelques mots, d'autres ont fait part de réflexions plus poussées. Ces commentaires ont été beaucoup plus souvent apportés par des femmes que par des hommes. Le fait qu'ils n'aient été rédigés que par 20% des répondants invite à la plus grande prudence quant à la représentativité de leur contenu. Ils apportent néanmoins une intéressante touche qualitative à l'enquête.

### **VI.1 Généralistes libéraux**

#### **a) Commentaires portés par les femmes**

Plusieurs femmes généralistes exerçant en libéral font état de leur difficulté à concilier vie professionnelle et vie familiale, particulièrement dans les cas où sont impliqués des enfants en bas âge. Certaines précisent que l'exercice de la médecine libérale est très difficile pour les femmes. De fait, au delà des activités de soins, plusieurs mettent en avant le temps pris par les activités annexes de type administratif. Les gardes sont souvent pointées comme particulièrement incompatibles avec une vie de mère de famille. Autre aspect assez fréquemment cité, la précarité des prestations sociales en cas de maternité est décrite comme particulièrement problématique pour des femmes. Au final, les femmes exerçant en libéral disent devoir arbitrer entre leurs revenus et leur vie familiale.

De ce fait, de nombreuses professionnelles expriment la nécessité de développer des formes différentes d'exercice de la médecine. Certaines évoquent la formule du cabinet collectif, d'autres le temps partiel ou le travail en réseau.

Sur un autre plan, celui des gardes et de l'insécurité, quelques femmes ont indiqué dans leurs commentaires leur souhait d'être accompagnées lors des gardes, surtout de nuit.

#### **b) Commentaires portés par les hommes**

Les commentaires portés par les hommes sont beaucoup plus rares. Si quelques uns insistent sur les difficultés rencontrées par les femmes pour concilier leur vie privée et leur vie professionnelle, d'autres affirment que la féminisation de la profession médicale provoque une augmentation de la charge de travail des hommes.

Certains mettent en avant leur expérience d'exercice partagé qui leur permet de mieux concilier leur propre vie privée et l'exercice libéral de la médecine.

## **VI.2 Spécialistes**

### **a) Commentaires portés par les femmes**

Comme chez leurs consoeurs exerçant la médecine générale, les commentaires les plus nombreux portés par les femmes spécialistes libérales évoquent les difficultés rencontrées pour concilier travail et vie familiale. Pour beaucoup, un équilibre ne peut être trouvé qu'au prix d'une forte organisation, laquelle a cependant pour contrepartie un mode de vie très contraignant. Selon certaines femmes, l'exercice libéral de la médecine spécialisée a également pour implication la précarité des conditions de travail.

*« j'aurais préféré être salariée et pouvoir bénéficier des avantages sociaux des femmes normales »*

Pour améliorer leurs conditions d'exercice, certaines femmes indiquent qu'elles ont opté pour un exercice collectif ou expriment le souhait de pouvoir exercer de la sorte afin de mutualiser les dépenses et de répartir les contraintes. La mutualisation des dépenses - et donc leur réduction - a un impact direct sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle car, selon de nombreux commentaires, les fortes pressions financières auxquelles sont soumis beaucoup de médecins libéraux empêchent de réduire le temps de travail.

*« une association avec un autre dermatologue, si possible une femme, serait appréciable pour prendre du temps pour mes enfants et avoir le temps de faire des recherches afin d'améliorer ma pratique »*

Toutefois, même pour certaines femmes médecins travaillant avec un associé, l'exercice reste difficile (surtout, font remarquer quelques unes, si l'associé est un homme).

*« on ne fait pas toujours ce que l'on souhaite lorsqu'on est associé, mais l'exercice seule serait difficile (...) Le domaine médical reste un peu machiste »*

### **b) Commentaires portés par les hommes**

Seuls de très rares répondants ont porté des commentaires. Ces derniers sont orientés sur la désorganisation du travail liée aux congés maternité des femmes (il s'agit alors davantage de commentaires se rapportant à l'exercice libéral en établissements de soins).

*« pour que la féminisation de la profession se passe mieux, il serait nécessaire que tous les congés maternité donnent droit à l'embauche temporaire d'un médecin temps plein pour assurer la continuité des soins »*

### VI.3 Médecins salariés

#### a) Commentaires portés par les femmes

De nombreuses femmes salariées ont mis en avant le fait que, pour elles, l'exercice libéral de la médecine semble difficilement compatible avec une vie de famille. Plusieurs ont relaté une première expérience en libéral et les difficultés rencontrées qui ont motivé leur choix de se réorienter vers une activité salariée.

*« les difficultés de l'exercice à titre libéral, tant physiques que financières, m'ont poussée à prendre une activité salariée »*

De même, certaines ont changé de type d'activité en cours de carrière. Pour la plupart de ces dernières, cette décision était moins motivée par des contraintes familiales que par un véritable choix de vie.

Toutefois, le salariat n'est pas toujours présenté comme une panacée. S'il est souvent décrit comme mieux adapté à l'exercice médical au féminin, il est parallèlement souvent décrit comme moins rentable financièrement qu'une activité libérale. De plus, les activités salariées et les conditions de travail qui s'y rapportent sont très hétérogènes. Ainsi, la santé scolaire est décrite comme bien adaptée aux contraintes spécifiques des femmes.

*« la médecine scolaire est plus adaptée pour une femme et plus enrichissante que le travail en cabinet médical »*

En revanche, les salariées travaillant dans le milieu hospitalier décrivent leurs conditions de travail comme étant difficiles.

*« la dégradation des conditions de travail en milieu hospitalier rend cette activité difficile pour les femmes. J'espère évoluer vers un autre type d'activité et je finis par souhaiter abandonner le soin »*

Toutefois, cet avis n'est pas partagé par l'ensemble des personnes interrogées. En effet, certaines constatent que la féminisation de la profession rend plus facile, par la force des choses, la position des femmes dans cette activité.

*« la féminisation des effectifs a entraîné une meilleure organisation dans les services. Les contraintes liées aux enfants ne sont plus taboues »*

Néanmoins, plusieurs professionnelles évoquent dans leurs commentaires le fait qu'elles ne sont pas encore reconnues à la hauteur de leurs compétences, notamment du fait des interruptions de travail dues aux grossesses.

## **b) Commentaires portés par les hommes**

On rappelle que la plupart des médecins salariés de sexe masculin (qu'ils aient ou non porté des commentaires) exercent dans un cadre hospitalier ou hospitalo-universitaire. Leurs commentaires sont nettement moins nombreux que ceux des femmes (leur faible nombre fait qu'ils ne peuvent être considérés comme représentatifs) et sont quasiment tous négatifs.

Certains hommes estiment que la profession médicale souffre de la féminisation en cours.

*« la féminisation est inquiétante pour la profession »*

D'autres pensent que ce phénomène est une cause de désorganisation de la profession.

*« la féminisation induit des exercices à temps partiel, des difficultés à partager les gardes à statut équivalent (...). Les femmes sacrifient moins leur vie familiale que les hommes »*

Quelques commentaires masculins vont beaucoup plus loin et contestent non pas tant la féminisation de la profession et son impact que le travail même des femmes. On ne peut cacher le contenu de quelques uns d'entre eux, qui, espérons le, reflètent un discours extrêmement minoritaire.

*« aujourd'hui, la féminisation abusive, pour cause de pénurie médicale, de nombreux secteurs et métiers de la médecine conduit à de grandes difficultés en raison des réalités biologiques (...). Cela déséquilibre la vie de couple, conduit à de nombreux divorces et à une dévalorisation de l'image de l'homme ».*

## **SYNTHESE GENERALE**

## Les principaux éléments du constat

### Orientation professionnelle et Coursus

- **Une féminisation déjà largement engagée** : 39% des médecins rhônalpins (36% au niveau national en 2001).
- **Des femmes qui s'orientent davantage que les hommes vers un exercice salarié** (48% choisissent ce mode d'exercice contre 30% des hommes). A l'heure actuelle 50% des emplois médicaux salariés sont féminins.
- Des femmes **moins attirées que les hommes par la médecine libérale et, surtout, la médecine générale libérale** (28% seulement d'entre elles ont choisi cette voie contre 40% des hommes et elles ne représentent que 31% des effectifs).
- **Un taux de spécialisation identique dans les deux sexes** (de l'ordre de 51%), **légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes en libéral** (45% contre 42%), mais par contre **sensiblement plus faible chez les femmes exerçant une activité salariée** (56% contre 73% chez les hommes).
- Des femmes qui, en médecine générale libérale, choisissent **deux fois plus souvent que les hommes un exercice particulier prédominant** (homéopathie...) : 19% contre 11%.
- Des femmes médecins plus récemment en activité que leurs confrères, corollaire d'un **âge moyen plus bas** ( $\Delta = 4$  ans et jusqu'à 6 ans chez les généralistes libéraux) et d'une montée en charge de la féminisation relativement récente.
- Une **soutenance de thèse un peu plus tardive** (écart d'environ 1 an) chez les femmes que chez les hommes exerçant en médecine générale libérale (seule catégorie suffisamment homogène pour qu'une telle comparaison ait un sens).
- **Un peu moins d'anciens internes** chez les femmes (36% contre 42%) et **un peu plus de CES** (18% contre 14%).
- Des diplômes médicaux complémentaires (AEU, DU, capacités...) obtenus en proportion identique chez les hommes (69%) et chez les femmes (71%), cette égalité étant retrouvée au sein des trois catégories professionnelles.
- Un **début d'activité professionnelle légèrement plus tardif chez les femmes** que chez les hommes de la classe d'âge la plus avancée (>43 ans) : respectivement 11.9 ans et 11.3 ans après le début des études, cet écart entre les deux sexes, relevé presque exclusivement chez les généralistes libéraux, **n'est plus retrouvé dans la plus jeune génération** ( $\leq 43$  ans).
- De **fréquentes interruptions de longue durée** (> 3 mois) de l'activité professionnelle chez les femmes médecins (54% contre 7% des hommes) et presque 60% de celles qui se sont arrêtées l'ont fait à plusieurs reprises. Rapporté à l'ensemble des médecins, le nombre moyen d'arrêts de longue durée est plus de 10 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Huit fois sur dix, les arrêts féminins sont liés à la maternité. Les autres motifs sont identiques dans les deux sexes : santé, convenance personnelle, raisons familiales.

- Des **souhaits d'interruptions temporaires de l'activité empêchés par les contraintes professionnelles** plus souvent décrits par les femmes (37%) que par les hommes (28%). De tels souhaits "contrariés" sont pointés par presque 60% des femmes généralistes libérales.
- Des femmes médecins très régulièrement contraintes **d'écourter des délais pré ou post nataux** (50% globalement, à plusieurs reprises dans la moitié des cas, et 69% chez les libérales, généralistes comme spécialistes). Les raisons mises en avant étant essentiellement des raisons économiques, la crainte d'une fuite de la clientèle, les difficultés à se faire remplacer, plus rarement sont signalées en libéral les pressions de la patientèle.

## **Caractéristiques de l'exercice professionnel**

### ✓ **L'activité libérale**

- **Moins de femmes généralistes à la campagne, moins de femmes spécialistes en centre ville** : seules 7% des femmes généralistes déclarent avoir une clientèle franchement rurale alors que c'est le cas de 19% des hommes. Parallèlement, les femmes spécialistes déclarent plus volontiers avoir une clientèle "mixte à prédominance urbaine" alors que les hommes citent plus souvent que les femmes une clientèle typiquement urbaine (45% contre 34%). On peut y voir les conséquences du choix préférentiel de certaines spécialités par les hommes et par les femmes (certaines spécialités n'étant pratiquement retrouvées que dans les grandes villes -voire dans les centres-villes- alors que d'autres, très féminisées (gynécologie, pédiatrie), existent également dans de petites villes ou en milieu péri-urbain. Cela peut aussi être la conséquence du plus jeune âge moyen des femmes (le processus de féminisation portant surtout sur les dernières classes d'âge), obligées de ce fait de s'installer là où il reste de la place (petites villes et zones périurbaines).
- **Des caractéristiques de l'exercice libéral qui diffèrent entre les deux sexes** : les spécialistes de sexe féminin sont moins nombreuses que les hommes à exercer une activité libérale au sein d'un établissement privé (exclusive ou complémentaire à l'activité en cabinet) : 13% contre 39% des hommes, elle sont par contre plus nombreuses à exercer une activité salariée complémentaire (50% contre 37%). On note également que davantage de femmes généralistes ne font que des remplacements (8% contre 3% des hommes). Par ailleurs, si la proportion de femmes généralistes exerçant en cabinet de groupe ne diffère pas de celle relevée chez les hommes, chez les spécialistes cette proportion apparaît plus faible chez les femmes que chez les hommes (55% contre 67%), ce qui peut être lié au type de spécialité exercée, voire à la localisation du cabinet.

- **Une amplitude moindre de l'activité médicale libérale chez les femmes :** le **nombre d'heures hebdomadaires** est plus faible que chez les hommes, aussi bien chez les généralistes (42 heures contre 54) que chez les spécialistes (37 heures contre 49). Le **nombre de demi-journées hebdomadaires** est également plus faible, chez les généralistes (7.6 demi-journées contre 9.3) comme chez les spécialistes (7.3 demi-journées contre 8.7). Le **nombre de consultations au cabinet** est plus faible mais uniquement chez les généralistes (83 par semaine contre 101). Enfin, le **nombre de semaines non travaillées** dans l'année est plus important pour les femmes que pour les hommes chez les généralistes (7.0 contre 5.8) et également, bien que de manière non significative, chez les spécialistes (7.1 contre 6.2). De plus, chez les généralistes de sexe féminin, un **effet de l'âge** indéniable est observé : les plus jeunes d'entre elles développant une activité moindre que leur aînées (moins d'heures et moins de demi-journées hebdomadaires, davantage de semaines non travaillées dans l'année). Ceci n'est pas retrouvé dans le sexe masculin ni chez les spécialistes femmes (hormis pour les semaines de vacances).
- **Moins de visites à domicile réalisées par les femmes généralistes :** elles sont **moins nombreuses que les hommes à faire des visites** (68% contre 87%) et de plus, **celles qui en font en réalisent presque deux fois moins** que les hommes (7 par semaine contre 12).
- **En libéral, moins de gardes prises par les femmes médecins :** chez les généralistes, elles sont **moins nombreuses que les hommes à avoir fait des gardes** au cours des 3 dernières années (66% contre 82%), chez les spécialistes l'écart est encore plus grand (17% contre 56%, mais d'une part il s'agit probablement le plus souvent de gardes au sein d'un établissement, d'autre part, l'hétérogénéité des structures et des activités ne permet pas une comparaison). De plus, **les femmes généralistes qui prennent des gardes en prennent deux fois moins que leurs confrères** : 15 nuits par an contre 29 et 3.4 week-ends contre 6.3). Chez les spécialistes, les écarts sont encore plus importants mais la comparaison n'a pas beaucoup de sens en raison de l'hétérogénéité des profils.
- **Des femmes médecins très sensibles aux contraintes générées par les gardes :** si presque toutes déplorent, à l'égal des hommes, la fatigue et l'empiètement sur la vie familiale, **l'insécurité** apparaît un problème plus spécifiquement féminin, les trois quarts des généralistes de sexe féminin pointent ce problème (problème important pour 40% d'entre elles), de même que la **garde des enfants**, pointée par 60% des femmes (problème important pour 40%). Les autres problèmes générés par les gardes ne distinguent pas les hommes et les femmes.
- **En libéral, des femmes médecins plus souvent victimes d'insécurité, en particulier sous la forme de violences verbales, que les hommes :** l'insécurité est devenue une composante non exceptionnelle de l'exercice médical libéral, en particulier chez les généralistes : 60% de ceux-ci et 50% des spécialistes en ont été victimes au cours des 3 dernières années. La proportion est un peu plus élevée chez les femmes (68% pour les femmes généralistes), essentiellement victimes de violences verbales (67%, dont 46% à plusieurs reprises) et de vols (35%, dont 14% à plusieurs reprises), plus rarement de violences physiques (15%, dont 3% à plusieurs reprises).



- **Le télé-secrétariat en vogue chez les femmes, le secrétariat assuré par le conjoint : un cas de figure non exceptionnel chez les hommes.** Certaines femmes généralistes, en proportion égale à celle relevée chez leurs confrères masculins, disposent d'une secrétaire médicale (31%) ou assurent elles-mêmes leur secrétariat (47%). Par contre, elles ont plus souvent que les hommes recours au **télé-secrétariat** (19% contre 9%), ce qui compense peut-être le fait de ne pas disposer d'un conjoint prêt à assurer cette tâche (2% contre 14% chez les hommes, cette situation se raréfiant cependant chez les plus jeunes). Chez les spécialistes, les femmes assurent plus souvent elles-mêmes leur secrétariat (22% contre 12% des hommes) et font également plus souvent appel au télé-secrétariat (18% contre 7%).

#### ✓ **L'activité salariée**

- **Un plus grand attrait des femmes pour un exercice salarié de la médecine :** plus souvent que les hommes, elles optent pour un exercice salarié exclusif (47% contre 28%) et, lorsqu'elles exercent en libéral, elles ont plus souvent que les hommes une activité salariée complémentaire : c'est le cas de 50% des spécialistes (contre 37% chez les hommes) tandis que, chez les généralistes où ce phénomène n'est pas retrouvé, on relève néanmoins que 18% d'entre elles exercent une activité salariée complémentaire à raison de plus d'un mi-temps (ce qui n'est le cas que de 3% des hommes).
- **Des profils d'activité salariée différents chez les hommes et chez les femmes :** lorsqu'elles sont salariées exclusives, les femmes médecins ont moins souvent que les hommes une activité hospitalière et hospitalo-universitaire (53% d'entre elles contre 78% des hommes), plus souvent que leurs confrères elles occupent des postes dans des services tels que la santé scolaire, la PMI ou l'administration de la santé (23% contre 5%), la médecine du travail attirant quant à elle une proportion voisine de médecins dans les deux sexes (13% des femmes salariées et 9% des hommes).
- **Une activité salariée souvent à temps partiel chez les femmes et plus précaire lorsqu'elle est complémentaire d'un exercice libéral :** 38% des femmes exerçant une activité salariée exclusive travaillent à temps partiel, ce qui n'est le cas que de 6% des hommes. Par ailleurs, la plupart du temps, les femmes exerçant une activité salariée complémentaire de leur activité libérale pratiquent celle-ci dans un cadre non pérenne (86% si elles sont généralistes, 63% si elles sont spécialistes, contre seulement 50% des hommes, qu'ils soient généralistes ou spécialistes).

#### ✓ **La formation et les échanges professionnels**

- **Une moins grande implication des femmes en matière de formation médicale continue et d'échanges professionnels :** le nombre moyen de demi-journées d'EPU suivies en deux ans par les femmes généralistes libérales est de 50% inférieur à celui relevé chez les hommes (13 demi-journées contre 18), ce constat n'est pas vérifié chez les spécialistes libéraux et chez les médecins salariés exclusifs. Par ailleurs, le nombre de congrès auxquels ont assisté les médecins au cours des 5 dernières années est de 30% plus bas chez les femmes que chez les hommes (4.9 contre 6.5), l'écart est particulièrement net chez les médecins salariés exclusifs (où, il est vrai, le profil des structures et des postes occupés par les hommes et par les femmes sont souvent très différents), il est également significatif chez les généralistes libéraux (1.9 pour les femmes contre 2.9 pour les hommes).

## Vie privée et engagements publics

- **Une plus grande proportion de femmes médecins vivant seules** : c'est le cas de 20% d'entre elles contre 9% des hommes (on rappelle qu'elles sont en moyenne plus jeunes). Ce constat n'est pas vérifié chez les généralistes libéraux.
- **Des femmes médecins qui ont souvent pour conjoint un confrère** (40% contre 22% chez les hommes qui, eux, ont volontiers pour conjointe une paramédicale : 20% contre 6% seulement chez les femmes).
- **Un nombre d'enfants en moyenne moins élevé chez les femmes médecins** (2.2) que chez les hommes (2.6) **mais pas de déficit de fécondité pour autant**. La différence relevée par rapport aux hommes peut être liée à la différence d'âge moyen ou aux contraintes de la vie professionnelle, cependant ces dernières ne semblent pas une vraie entrave à la fécondité puisque la moyenne de 2,2 enfants par femme relevée (alors que toutes -loin s'en faut- n'ont pas atteint la fin de leur vie féconde) est supérieure au nombre fourni par l'INSEE. Si 15% des femmes médecins (et 6% des hommes) n'ont pas d'enfant et 13% n'en ont qu'un seul (7% des hommes), 40% en ont au moins 3 (contre 53% des hommes).
- **A priori, pas moins de disponibilité pour les loisirs chez les femmes médecins que chez leurs confrères** : 29% des femmes médecins et 27% des hommes déclarent ne pas disposer au moins d'une demi-journée par semaine pour leurs loisirs. Chez les spécialistes libéraux l'écart est même en faveur des femmes. Il reste à savoir si ce critère subjectif a été apprécié de la même manière dans les deux sexes. Il est par ailleurs bien évident que la notion de temps libre ne peut pas se mesurer simplement à l'aune de ce critère.
- **Des femmes médecins un peu moins engagées que les hommes dans la vie publique et des activités professionnelles "transversales"** : ceci se vérifie aussi bien pour les engagements dans le champ professionnel (syndicats, FMC, Conseil de l'Ordre) que pour d'autres champs de la vie publique. Cependant, les différences entre sexes ne sont pas considérables. La question reste posée de savoir si ce constat est le résultat d'une moindre disponibilité ou d'un moindre intérêt. On notera par ailleurs, chez les femmes médecins, que l'engagement des plus de 45 ans est un peu plus fréquent que celui de leurs cadettes.

## Adéquation entre vie privée et vie professionnelle

- **Plus fréquemment pour les femmes (28%) que pour les hommes (18%), l'activité résulte parfois d'un choix plus ou moins dicté par des contraintes externes** : une femme sur 10 affirme que son choix a été *fortement* dicté par de telles contraintes. Les différences entre sexes sont particulièrement nettes chez les **médecins salariés** et, à un degré moindre, chez les spécialistes libéraux. Les réponses des médecins sont identiques dans les deux tranches d'âge.
- **Lorsqu'il s'agit d'un choix plutôt personnel, certains éléments qui ont influé "en positif" sont pointés avec une fréquence inégale par les hommes et par les femmes. L'attrait pour le type d'activité** (rôle important pour plus de 85%, aussi bien chez les hommes que chez les femmes), la **qualité de vie**, plus souvent mise en avant avec force par les femmes (48% contre 29% chez les hommes), en particulier chez les médecins salariés et les spécialistes libéraux, l'**opportunité**, plus souvent citée par les femmes (33% contre 22%), l'**activité du conjoint** (rôle important pour 22% des femmes et seulement 7% des hommes), la **lucrativité** escomptée (motivation forte pour 10% dans les deux sexes).

- **Lorsqu'il s'agit d'un choix plus ou moins influencé, certaines contraintes ont davantage pesé "en négatif" chez les femmes que chez les hommes :** l'éducation des enfants (contrainte forte pour 57% des femmes et seulement 22% des hommes), les autres contraintes familiales (31% contre 19%), la carrière du conjoint (41% contre 10%, la différence étant particulièrement nette chez les médecins salariés), des contraintes personnelles (14% contre 3%). Par contre, d'autres contraintes (aspects financiers, organisation du système de santé, cursus universitaire) ont pesé du même poids dans les deux sexes.
- **De nombreux médecins estiment que leur activité actuelle n'est pas vraiment conforme à leurs aspirations initiales (40%, voire davantage chez les généralistes) mais une différence de jugement entre les deux sexes n'est retrouvée que chez les médecins salariés** (avec des "désillusions" plus souvent pointées par les femmes). L'âge n'intervient pas chez les femmes alors que les hommes de plus de 45 ans sont plus nombreux que leurs cadets à considérer que leur exercice n'est pas conforme à leurs aspirations initiales.
- **De nombreux médecins, aussi bien hommes (37%) que femmes (31%) estiment ne pas avoir réussi dans leur carrière à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale :** ce sentiment est particulièrement fort chez les généralistes libéraux des deux sexes. Il n'est pas lié à l'âge des médecins ni au fait d'avoir eu ou non des enfants.
- **Parmi les médecins qui dressent le constat d'un équilibre imparfait entre leur vie professionnelle et leur vie familiale, les deux tiers des femmes (contre le tiers des hommes) évoquent une vie professionnelle insatisfaisante ou des aspirations professionnelles sacrifiées :** près de 30% des femmes (contre 20% des hommes) considèrent avoir perdu sur les deux tableaux et elles sont par ailleurs bien plus nombreuses que les hommes à considérer que leurs aspirations professionnelles ont été sacrifiées (33% contre 10%). **Au contraire les hommes, davantage que les femmes, considèrent que c'est leur vie familiale qui a été sacrifiée (70% contre 38%).** Le sentiment d'avoir perdu sur les deux tableaux est plus fréquent chez les femmes exerçant en libéral, celui d'avoir sacrifié ses aspirations professionnelles l'est davantage chez les femmes salariées. Les femmes qui évoquent une insatisfaction en matière de vie familiale sont en proportion identique dans les deux tranches d'âge considérées mais les plus de 45 ans parlent plus volontiers d'une insatisfaction à la fois sur le plan personnel et professionnel.
- **Plus d'une femme sur quatre considère ne pas avoir été spécialement aidée par son conjoint pour concilier vie familiale et aspirations professionnelles. Seuls 11% des hommes dressent le même constat.** Les femmes de plus de 45 ans sont plus nombreuses que leurs cadettes à constater l'absence d'aide réelle de la part du conjoint (32% contre 23%).
- **Plus de la moitié des femmes médecins (53%) estiment que, par rapport à elles-mêmes, leur conjoint a consenti de moins grands sacrifices sur le plan professionnel (beaucoup moins grands pour 37%).** Seuls 22% des hommes dressent le même constat. Les femmes médecins les plus âgées sont les plus nombreuses à évoquer un déséquilibre important.
- **20% des femmes médecins en exercice ont eu à interrompre leur activité professionnelle en raison de contraintes familiales, ce qui n'a été le cas que de 7% des hommes.** La proportion est plus élevée chez les généralistes libérales (29%) et elle est supérieure chez les femmes de plus de 45 ans (28% contre 13% des plus jeunes).

- **50% des femmes médecins ont eu à réduire leur activité professionnelle en raison de contraintes familiales** (une fois sur trois de manière régulière), ce qui n'a été le cas que de **23% des hommes**. Cette proportion est plus élevée chez les femmes exerçant en libéral que chez les salariées. Sur ce point, on n'a pas relevé d'hétérogénéité en fonction de l'âge.
- **61% des femmes médecins ont dû aménager leurs horaires de travail en raison de contraintes familiales** (une fois sur deux de manière régulière), seuls **40% des hommes** ont eu à le faire). Les femmes de plus de 45 ans sont un peu plus nombreuses que leurs cadettes à l'avoir fait (67% contre 56%).
- **18% des femmes médecins ont changé d'activité pour des raisons familiales**, ce qui n'est le cas que de **6% des hommes**. Cette proportion est plus élevée chez les femmes salariées (certaines ayant d'ailleurs opté pour une activité salariée précisément en raison de ces contraintes familiales). Les femmes de plus de 45 ans sont deux fois plus nombreuses que leurs cadettes à avoir changé leur activité (23% contre 14%).
- **20% des femmes médecins (contre 12% des hommes) ont interrompu une formation universitaire en raison de contraintes familiales**. On n'a pas relevé chez les femmes d'hétérogénéité en fonction de l'âge.
- **39% d'entre elles (contre 23% des hommes) ont renoncé pour ce motif à une formation universitaire**. L'âge n'intervient pas dans les réponses des femmes, par contre les hommes de moins de 45 ans sont plus nombreux que leurs aînés à évoquer un tel renoncement.
- **60% des femmes médecins (contre 39% des hommes) ont renoncé à une formation ou à un congrès sur un thème pourtant motivant en raison de contraintes familiales**. Ce constat est dressé avec une fréquence comparable dans les deux classes d'âge.
- **Si elles étaient dégagées de toutes contraintes familiales, plus souvent que les hommes les femmes médecins affirment qu'elles modifieraient l'organisation de leur activité professionnelle** : 54% suivraient *certainement* davantage d'EPU (contre 29% des hommes), 45% organiseraient *certainement* différemment leur travail (contre 35%), 28% (contre 17% des hommes) entreprendraient *certainement* une formation universitaire (jusqu'à 37% chez les salariées). Elles sont par contre moins nombreuses que les hommes à déclarer qu'elles réduiraient *certainement* leur temps de travail (11% contre 21%). Enfin, 7% (pratiquement à égalité avec les hommes) changeraient *certainement* d'activité.
- **Pourtant, "si c'était à refaire", les attitudes des femmes médecins ne diffèreraient pas beaucoup de celles de leurs confrères** : une grande partie d'entre elles (47%) ne changeraient finalement pas grand-chose (réponse également faite par 41% des hommes). Certaines (17%) donneraient davantage d'importance à leur vie privée mais les hommes sont plus nombreux à faire cette réponse (26%). A l'opposé, 5% d'entre elles (contre seulement 1% des hommes) donneraient davantage d'importance à leurs aspirations professionnelles. Enfin, 18% choisiraient un mode d'organisation permettant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, tandis que 16% opteraient pour un autre mode d'exercice de la médecine (ces deux dernières proportions étant strictement identiques à celles relevées chez les hommes).

## **CONCLUSIONS**

## CONCLUSIONS

Au cours des 20 prochaines années, le corps médical connaîtra trois évolutions majeures : la diminution de ses effectifs (qui va commencer à se faire sentir dans les toutes prochaines années), son vieillissement et sa féminisation (ces deux derniers processus étant déjà largement perceptibles).

En 2001, les femmes représentaient au niveau national 36% des médecins en exercice (29% en libéral) et cette proportion était en 2003 de 39% au niveau régional (32% en libéral). Selon les projections du Ministère de la santé (DREES), cette proportion devrait atteindre 50% en 2020 (43% en exercice libéral).

L'union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, dans le cadre de sa commission Démographie, a souhaité mieux identifier les caractéristiques de l'exercice médical féminin afin de mieux cerner l'impact de cette féminisation. Surtout, elle a souhaité explorer cette problématique de manière plus qualitative que par le biais de simples statistiques et projections en incluant une analyse des difficultés rencontrées par les médecins de sexe féminin.

L'étude réalisée par le CAREPS à la demande de l'URML Rhône-Alpes s'appuyait sur trois approches :

- 1) une enquête par questionnaire conduite sur un échantillon de 1 500 médecins libéraux (1 000) et salariés (500),
- 2) une étude de "cohortes" cherchant à retracer le parcours d'anciens étudiants d'une faculté de médecine de Lyon,
- 3) une enquête auprès d'étudiants en DCEM4 (6<sup>ème</sup> année) de la même faculté cherchant à appréhender la manière dont ces futurs médecins projettent leur avenir professionnel, leurs conditions d'exercice et leur équilibre entre vie professionnelle et vie familiale.

Le rapport présenté ici ne s'attache qu'à la première de ces trois approches (enquête auprès des médecins).

Le premier enseignement qui peut en être tiré est que ceux-ci, qu'ils soient libéraux ou salariés, ont été intéressés par un tel sujet. En effet, malgré la taille conséquente du questionnaire (57 questions, 120 variables statistiques), le taux de réponse (54%) peut être qualifié de tout à fait satisfaisant -d'après notre propre expérience en matière d'enquêtes en médecine libérale pour lesquelles le taux de réponse est le plus souvent compris entre 40% et 60%-. Il n'est pas surprenant de constater que ce taux a été plus fort chez les femmes (64%, ce qui est franchement excellent) mais il est tout à fait acceptable chez les hommes (47%). Quelles soient généralistes ou spécialistes libérales ou qu'elles soient salariées, les femmes ont répondu dans des proportions voisines (de 61% à 67%). Chez les hommes, le taux de réponse des généralistes libéraux (53%) est meilleur que celui relevé dans les deux autres catégories (42% à 44%).

Quant à l'enquête proprement dite, ses principaux enseignements peuvent être regroupés en 9 axes :

**1. Assez peu de différences entre les deux sexes en matière d'études médicales et de formations complémentaires :**

- chez les femmes : un peu plus de CES et un peu moins d'anciens internes mais les différences sont relativement minimales,
- un délai de thèse souvent un peu plus long chez les femmes (possibles interruptions soit durant les études, soit entre les études et la thèse) et un délai d'installation un peu plus long en médecine générale libérale,
- des diplômes complémentaires médicaux (AEU, DU) ou non médicaux obtenus en proportions identiques chez les femmes et les hommes (voire un peu plus de diplômes non médicaux chez les femmes généralistes libérales).

**2. Certaines orientations professionnelles privilégiées par les femmes et, par conséquent, un taux de féminisation hétérogène :**

- l'exercice salarié (exclusif) est choisi par les femmes presque à égalité avec l'exercice libéral (48%) alors que seuls 30% des hommes ont fait ce choix. De fait, le taux de féminisation atteint 50% chez les salariés exclusifs contre 34% chez les spécialistes libéraux et 31% chez les généralistes libéraux,
- des emplois salariés occupés par les femmes sont souvent extra-hospitaliers : même si les emplois hospitaliers ou hospitalo-universitaires représentent la majorité des emplois occupés par les femmes salariées (58%), cette proportion est moindre que chez les hommes (70%). La sur-représentation féminine dans certains secteurs d'activité extra-hospitalier est manifeste (santé scolaire, PMI, à un degré moindre médecine du travail),
- les emplois salariés féminins sont souvent occupés par des généralistes : c'est le cas de près de 40% des emplois salariés féminins contre moins de 20% chez les hommes,
- en médecine libérale, la proportion de spécialistes diffère peu dans les deux sexes (45% chez les femmes, 42% chez les hommes),
- chez les omnipraticiens libéraux, les femmes privilégient davantage que les hommes les exercices particuliers de la médecine (homéopathie...) : 19% contre 11%,
- chez les spécialistes libéraux, certaines disciplines sont largement privilégiées par les femmes (source DREES 1999) : gynécologie médicale (taux de féminisation = 90%), endocrinologie (65%), dermatologie (64%), pédiatrie (54%) au contraire d'autres : cardiologie et gastro-entérologie (12%), ORL (11%), chirurgie (3%)...

### **3. Des conditions différentes de l'exercice libéral :**

- moins de femmes généralistes à la campagne, moins de femmes spécialistes en milieu typiquement urbain (grandes villes ou villes moyennes) et davantage au contraire en milieu périurbain ou dans des petites villes (probablement en rapport avec le type de spécialité exercée, peut-être aussi en raison d'une saturation de l'offre en centre-ville dans certaines spécialités),
- moins de femmes exerçant en libéral dans des établissements de soins privés (exclusivement ou en complément de l'activité en cabinet),
- une activité salariée complémentaire à l'exercice libéral chez les femmes spécialistes mais, plus souvent que pour les hommes, réalisée dans un cadre non pérenne,
- un exercice en cabinet de groupe pas plus développé chez les femmes généralistes que chez les hommes, moins développé chez les femmes spécialistes que chez les hommes (le type de spécialité, voire la localisation des cabinets, peuvent expliquer ce constat),
- un recours au télé-secrétariat fréquent chez les femmes (ce qui compense dans une certaine mesure le secrétariat assuré par les conjointes des médecins de sexe masculin),

### **4. Une activité médicale globalement moins importante chez les femmes (sachant qu'une moyenne recouvre une disparité de situations) :**

- davantage de temps partiels chez les femmes salariées (38% contre 6% chez les hommes)
- un nombre d'heures hebdomadaires de travail sensiblement plus faible chez les femmes en libéral : chez les généralistes 12 heures de moins que les hommes, chez les spécialistes 13 heures de moins (de plus, chez les généralistes de sexe féminin, une tendance à la réduction est notée chez les moins de 45 ans),
- un nombre de demi-journées de travail également plus faible chez les femmes en libéral (ce qui semble indiquer que celles-ci optent davantage pour la libération de demi-journées plutôt que pour une réduction quotidienne harmonieuse des plages horaires) : chez les généralistes 1.7 demi-journée de moins que les hommes, chez les spécialistes 1.4 demi-journée de moins,
- un nombre de consultations au cabinet plus faible chez les femmes généralistes (83 par semaine contre 101 chez les hommes), le décalage entre sexes étant par ailleurs accentué par le plus faible nombre de visites à domicile réalisées par les femmes. La différence entre sexes chez les spécialistes est par contre minime, ce qui résulte probablement des spécialités différentes occupées par les femmes,
- davantage de semaines d'interruption de l'activité : 1 semaine de plus environ pour les femmes, généralistes comme spécialistes,
- moins de visites à domicile assurées par les femmes généralistes : non seulement elles sont moins nombreuses à en faire (68% contre 87% des hommes) mais celles qui en font en font moins : 7 par semaine contre 12 chez les hommes.



## **5. Une implication beaucoup moins grande dans les gardes :**

- moins de femmes généralistes participent au tour de garde (66% contre 82% des hommes) et celles qui participent prennent moins de gardes : 15 nuits (hors week-end) par an contre 29 pour les hommes ; 3.4 week-ends par an contre 6.3 pour les hommes,
- chez les spécialistes, un écart encore plus grand mais difficilement interprétable en raison des spécificités différentes de l'exercice,
- certaines raisons de non participation ou de faible participation plus souvent mises en avant par les femmes que par les hommes : insécurité (considérée comme un problème par 70% des femmes généralistes, important pour 40%), garde des enfants, désaccord du conjoint.

## **6. Une activité professionnelle plus souvent interrompue :**

- plus d'une femme sur deux (contre 7% seulement des hommes) a interrompu au moins une fois son activité professionnelle pendant plus de 3 mois, une sur trois l'a interrompu à plusieurs reprises,
- huit fois sur dix, ces arrêts sont liés à la maternité.

## **7. Une moindre implication des femmes en matière de formation médicale continue et d'échanges professionnels :**

- moins d'EPU en médecine générale : le nombre de ½ journées d'EPU suivies par les femmes en 2 ans est de 50% inférieur à celui relevé chez les hommes (constat non retrouvé chez les spécialistes libéraux et les salariés),
- moins de congrès : le nombre enregistré en 5 ans est de 30% plus bas chez les femmes que chez les hommes (écart plus net chez les salariés et les généralistes libéraux que chez les spécialistes libéraux).

## **8. Des femmes dont l'orientation professionnelle a été, plus souvent que pour les hommes, dictée par des contraintes externes :**

- un choix pas toujours libre : 28% des femmes (contre 18% des hommes) parlent de choix influencé par des contraintes externes, ce qui est particulièrement net chez les femmes salariées,
- plus souvent que pour les hommes, un choix influencé par le souhait de garantir une qualité de vie et soumis à certaines contraintes : éducation des enfants (a pesé fortement dans le choix de 57% des femmes), autres contraintes familiales (31%), carrière du conjoint (41%)...

**9. Un décalage fréquent entre les aspirations initiales et la réalité actuelle et un équilibre bien difficile entre vie professionnelle et vie familiale :**

- le constat fréquent d'un décalage par rapport aux aspirations initiales (40% environ des médecins), mais pas plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, hormis chez les femmes salariées,
- le regret fréquent de ne pas avoir su trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (35% des médecins), mais pas plus fréquent dans un sexe que dans l'autre,
- des femmes plus nombreuses que les hommes à parler d'une vie professionnelle sacrifiée (plutôt sacrifiée ou tout à fait sacrifiée : 70%, proportion particulièrement élevée chez les salariées) et souvent aussi, le sentiment d'avoir perdu sur les deux tableaux (33%, proportion particulièrement élevée chez les femmes généralistes).

## **En conclusion :**

L'enquête confirme le fait que l'avenir de la profession est fortement impacté par sa féminisation (de même qu'il l'est par son vieillissement et par la réduction d'effectifs qui se profile).

L'impact de la féminisation est multiple et joue tout à la fois :

- sur le type d'activités médicales choisies de manière privilégiée par les femmes : exercice salarié versus exercice libéral, spécialité, lieu d'installation, caractéristiques de l'exercice, etc...
- sur l'amplitude de l'activité exercée par les femmes médecins, à l'évidence moindre -en moyenne- que celle exercée par les hommes (amplitude hebdomadaire et annuelle plus faibles, interruptions plus fréquentes...).

En l'occurrence, sans provocation aucune, on ne peut considérer comme valide -sur le plan quantitatif, s'entend-, l'équation "1 médecin femme = 1 médecin homme". Les projections démographiques sur lesquelles doivent (ou devraient) s'appuyer ceux qui ont en charge la planification de la santé n'ont de sens que si les particularismes de l'exercice de la médecine au féminin sont intégrés dans les modèles projectifs. A l'heure où l'on sait qu'à l'horizon 2020, 50% des médecins en exercice seront des femmes, ne pas intégrer cette donnée dans les critères définissant le numerus clausus serait proprement inconséquent. On a pu mesurer, dans la présente enquête, quelles sont les difficultés rencontrées par les femmes dans l'exercice de la profession médicale et les renoncements qui souvent ont été les leurs pour tenter - quand elles y parviennent - de concilier ce qu'elles sont en droit de revendiquer : un épanouissement personnel, familial et professionnel. Compte tenu de ces difficultés, et compte tenu de l'évolution des mentalités allant plutôt dans le sens d'une volonté de réduction de l'activité (dont on a pu mesurer certains prémices dans cette enquête et qu'une approche en milieu étudiant devrait permettre de mieux cerner), il paraît difficile d'imaginer que l'attitude des femmes médecins puisse être différente dans le futur de ce qu'elle est aujourd'hui (en termes de filières ou de types d'exercice privilégiés, de volume d'activité, d'organisation du travail, etc.).

Qu'il nous soit permis de ne pas partager l'avis de ceux qui pensent que la féminisation est désastreuse pour la profession. Cette féminisation, non seulement est déjà entrée dans les faits mais est une réalité incontournable pour les décennies à venir. Elle peut constituer un enrichissement de la prise en charge médicale de la population dans les domaines du soin et de la prévention pour peu que l'on sache en anticiper l'impact. Puisque l'on sait définir les caractéristiques "moyennes" de l'exercice féminin de la médecine, il ne semble pas déraisonnable de proposer que de telles informations soient intégrées - ce qui ne semble pas insurmontable d'un point de vue technique - dans les modèles projectifs qui verront le jour.

## **ANNEXES**

## Effectifs de médecin au 1<sup>er</sup> janvier 1999

(ensemble des médecins déclarant exercer en France, selon le répertoire ADEL1 corrigé. Les présentes estimations peuvent diverger de l'ensemble de celles menées à partir de sources professionnelles, les médecins ne pratiquant pas nécessairement dans la spécialité déclarée à l'origine)

**Source DREES**

	Libéraux exclusifs	dont femmes en %	Mixtes	dont femmes en %	Salariés (y compris bénévoles)	dont femmes en %	Ensemble métropole	dont femmes en %	Densité métropole <sup>1</sup>	Effectifs	
										DOM	France entière
<b>Omnipraticiens</b>	<b>59 830</b>	<b>26,6</b>	<b>7 572</b>	<b>24,7</b>	<b>27 487</b>	<b>57,5</b>	<b>94 889</b>	<b>35,4</b>	<b>162</b>	<b>1 870</b>	<b>96 759</b>
Généralistes	53 472	27,3	6 823	24,8	25 666	58,1	85 961	36,3	147	1 819	87 780
MEP	6 358	20,9	749	23,8	1 821	49,0	8 928	26,8	15	51	8 979
<b>Ensemble des spécialités</b>	<b>33 425</b>	<b>31,8</b>	<b>16 072</b>	<b>30,2</b>	<b>48 814</b>	<b>41,1</b>	<b>98 311</b>	<b>36,1</b>	<b>168</b>	<b>1 321</b>	<b>99 632</b>
<b>Spécialités médicales</b>	<b>18 860</b>	<b>34,8</b>	<b>8 407</b>	<b>31,9</b>	<b>26 639</b>	<b>41,3</b>	<b>53 906</b>	<b>37,5</b>	<b>92</b>	<b>729</b>	<b>54 635</b>
Anatomo-cyto-pathologie	511	48,5	146	47,3	910	66,1	1 567	58,6	3	19	1 586
Anesthésie-réanimation	2 830	27,8	280	22,1	6 928	42,1	10 038	37,5	17	145	10 183
Cardiologie	2 112	12,3	1 410	11,2	1 976	20,1	5 498	14,8	9	73	5 571
Dermatologie	2 337	64,2	928	55,9	512	57,0	3 777	61,2	6	50	3 827
Endocrinologie	352	65,6	264	61,4	594	61,1	1 210	62,5	2	13	1 223
Gynécologie médicale	1 168	90,2	517	85,9	148	85,8	1 833	88,6	12 <sup>2</sup>	8	1 841
Gastro-entérologie	1 060	12,3	786	12,7	1 268	25,3	3 114	17,7	5	45	3 159
Médecine interne	210	12,4	160	15,0	2 014	22,3	2 384	20,9	4	14	2 398
Neurologie	291	33,7	296	32,4	941	38,5	1 528	36,4	3	21	1 549
Pédiatrie	1 775	53,6	1 180	44,1	3 208	62,4	6 163	56,4	55 <sup>3</sup>	116	6 279
Pneumologie	544	18,6	452	22,6	1 435	34,9	2 431	29,0	4	24	2 455
Radiologie (y c. radiothérapie)	3 637	18,0	981	18,1	3 002	39,0	7 620	26,3	13	123	7 743
Rééducation-réadaptation	440	46,8	180	23,3	1 261	46,8	1 881	38,8	3	17	1 898
Rhumatologie	1 219	28,0	636	25,6	700	39,0	2 555	30,4	4	29	2 584
Autres spécialités médicales	374	23,3	191	20,4	1 742	35,5	2 307	32,5	4	26	2 333
<b>Spécialités chirurgicales</b>	<b>10 214</b>	<b>24,1</b>	<b>4 811</b>	<b>25,6</b>	<b>8 053</b>	<b>17,6</b>	<b>23 078</b>	<b>22,1</b>	<b>39</b>	<b>382</b>	<b>23 460</b>
Chirurgie générale	1 708	2,9	474	2,5	2 789	6,1	4 971	4,6	9	85	5 056
Chirurgie orthopédique-traumatique	616	2,3	182	2,7	728	3,3	1 526	2,8	3	17	1 543
Gynécologie-obstétrique	2 211	36,3	1 053	39,6	1 784	29,4	5 048	34,5	10 <sup>2</sup>	108	5 156
Ophtalmologie	3 060	42,6	1 465	41,6	755	48,5	5 280	43,2	9	83	5 363
ORL	1 216	10,9	813	12,2	657	23,6	2 686	14,4	5	44	2 730
Stomatologie	800	14,8	407	11,3	176	25,0	1 383	15,0	2	14	1 397
Autres spécialités chirurgicales	603	6,0	417	10,1	1 164	11,3	2 184	9,6	4	31	2 215
<b>Biologie médicale</b>	<b>747</b>	<b>32,4</b>	<b>52</b>	<b>23,1</b>	<b>2 084</b>	<b>49,6</b>	<b>2 883</b>	<b>44,6</b>	<b>5</b>	<b>43</b>	<b>2 926</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>3 526</b>	<b>37,7</b>	<b>2 751</b>	<b>33,3</b>	<b>6 936</b>	<b>45,8</b>	<b>13 213</b>	<b>41,0</b>	<b>23</b>	<b>121</b>	<b>13 334</b>
<b>Santé publique</b>	<b>10</b>	<b>70,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>784</b>	<b>60,2</b>	<b>798</b>	<b>60,5</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>807</b>
<b>Travail</b>	<b>68</b>	<b>61,8</b>	<b>47</b>	<b>27,7</b>	<b>4 318</b>	<b>68,5</b>	<b>4 433</b>	<b>68,0</b>	<b>8</b>	<b>43</b>	<b>4 476</b>
<b>Ensemble France métropolitaine</b>	<b>93 255</b>	<b>28,5</b>	<b>23 644</b>	<b>28,4</b>	<b>76 301</b>	<b>47,0</b>	<b>193 200</b>	<b>35,8</b>	<b>331</b>	<b>3 191</b>	<b>196 391</b>
DOM	1 670		467		1 054		3 191				
France entière	94 925		24 111		77 355		196 391				

1. Nombre de médecins pour 100 000 habitants.  
2. Pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.  
3. Pour 100 000 enfants de moins de 15 ans  
*Estimation DREES.*





**N° Vert 0 800 880 607**

URML RA - 20, rue Barrier 69006 Lyon  
Tél : 04 72 74 02 75 - Fax : 04 72 74 00 23 - Mail : [urmlra@urmlra.org](mailto:urmlra@urmlra.org) - [www.urmlra.org](http://www.urmlra.org)

---