

La féminisation de la médecine générale en Lorraine : enquête auprès des résidents de la faculté de médecine de Nancy en 2005

Audrey Woerther

▶ **To cite this version:**

Audrey Woerther. La féminisation de la médecine générale en Lorraine : enquête auprès des résidents de la faculté de médecine de Nancy en 2005. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01732564

HAL Id: hal-01732564
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732564

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
Année 2005 N° 104

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

par

Audrey Woerther

le mardi 11 octobre 2005

La féminisation de la Médecine Générale en Lorraine : Enquête auprès des résidents de la Faculté de Médecine de Nancy en 2005

Examinateurs de la thèse :

Mme le Professeur Kanny — Présidente du jury

M. le Professeur Bigard — Juges
Mme le Professeur Angioï-Duprez
M. le Docteur Alla, Maître de Conférences

M. le Docteur Raphaël, Maître de Conférences — Directeur de thèse

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1er Cycle :	**Mme le Docteur Chantal KOHLER**
du 2ème Cycle :	**Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI**
de la Vie Facultaire :	**Mr le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –
Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – – Michel VIDAILHET – Francis PENIN

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : ***(Biologie cellulaire)***

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL – Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5ème sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

Professeur Franck DALIGAULT

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur François ALLA
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur François SCHOONEMAN
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Anne KENNEL
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***
Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
5ème sous-section : (***Médecine physique et de réadaptation***)
Docteur Jean PAYSANT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE
Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND – Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

fesseur Norman SHUMWAY (1972)
iversité de Stanford, Californie (U.S.A)
fesseur Paul MICHIELSEN (1979)
iversité Catholique, Louvain (Belgique)
fesseur Charles A. BERRY (1982)
ıtre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
fesseur Pierre-Marie GALETTI (1982)
wn University, Providence (U.S.A)
fesseur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
ssachusetts Institute of Technology (U.S.A)
fesseur Mildred T. STAHLMAN (1982)
nderbilt University, Nashville (U.S.A)
ry J. BUNCKE (1989)
versité de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Remerciements

A Madame la Présidente,
Madame le Professeur Kanny,
Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement,

Vous nous faîtes l'honneur de présider notre thèse.
Nous vous remercions pour votre accueil et votre disponibilité.
Recevez ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Bigard,
Professeur d'Hépato-Gastro-Entérologie,

Nous vous adressons notre profonde gratitude pour avoir accepté de siéger au sein de notre jury.
Nous apprécierons le jugement que vous porterez sur notre travail.
Recevez ici l'expression de notre profond respect.

A Madame le Professeur Angioï-Duprez,
Professeur d'Ophtalmologie,

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour avoir accepté de siéger au sein de notre jury.
Nous apprécierons le jugement que vous porterez sur notre travail.
Recevez ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Alla,
Médecin Statisticien- Epidémiologiste,
Maître de conférence,

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour avoir accepté de siéger au sein de notre jury.
Nous apprécions votre sympathie, votre précieuse collaboration et votre disponibilité,
Recevez ici le témoignage de notre sincère estime.

A Monsieur le Docteur Raphaël,
Médecin généraliste,
Maître de conférence au Département universitaire de Médecine Générale,

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance pour avoir dirigé ce travail.
Nous vous remercions pour la qualité de votre enseignement au sein de notre faculté, pour votre patience, votre sympathie, et votre grande disponibilité.
Recevez ici le témoignage de notre profonde estime.

A Sylvestre,
Merci pour cette vie si pétillante que l'on partage,
Ta générosité, ta patience, ton écoute,
Et tout le bonheur à venir…

A Maman et Papa,
Merci d'avoir toujours eu confiance en moi et de m'avoir soutenue si souvent,
Merci pour les valeurs que vous nous avez transmises:
La tolérance, la simplicité et la curiosité,

A Papa plus particulièrement,
Maman et tes patients disent de toi que tu es un bon médecin,
Tu es enthousiaste, discret, travailleur, altruiste,
Nous sommes tous les trois fiers de toi,

Stéphane, Laurent, Olivia,
Pour tous les fous rires partagés,
Les confidences,
Que notre famille reste toujours aussi unie,

A Mammyvonne, pour ton affection et ton bon sens,

A toute ma famille,

A toute la famille de Papou et Mamounette pour m'avoir si bien accueillie,

A Priscille pour ta relecture attentive,

A Nadia, Elodie, Aude et Fifi,

A tous mes amis de l'internat,

A toute l'équipe de Toul,

Et à tous les autres !

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Table des matières

I Introduction *P 20*

II Historique de la féminisation médicale *P 22*

A. Introduction à l'historique *P 22*

B. L'antiquité *P 22*

1. La médecine primitive *P 22*

2. La médecine archaïque *P 23*

a) En Mésopotamie ancienne

b) En Egypte

c) En Grèce, avant Hippocrate: le règne des pythies

3. En Grèce, la médecine hippocratique : *P 24*

les femmes intermédiaires

4. A Rome, la libéralisation de la condition féminine *P 25*

c. Le Moyen Age, la régression P 26

1. Introduction au Moyen Age: « entre foi et raison » P 26

2. La femme française au Moyen Age P 26

3. La sorcière, celle qui soigne et que l'on condamne P 27

4. Les prêtres, ceux qui savent mais ne soignent pas P 27

5. L'essor de l'éducation, les universités P 28

6. En Italie, Trotula, mythe ou réalité ? P 28

7. En Allemagne, Sainte Hildegarde P 29

8. En Lorraine, l'exemple malheureux de Mère Elizabeth P 29

D.La renaissance, période florissante de l'anatomie, stagnation de l'image de la femme médecin en France

1. La femme française à la renaissance P 29

2. Le XVIIème siècle, « la raison s'impose, la foi demeure » P 30

3. En France, les grandes accoucheuses P 30

4. Mrs Holder, celle qui soignait le roi d'Angleterre P 31

5. En Allemagne, la première femme Docteur P 31

6. En Italie, la première femme professeur, un mandarin furieux P 32

E.La révolution française : « Aux armes citoyennes ! Au foyer les épouses ! »

1. Les femmes revendicatrices P 33

2. L'éducation des jeunes filles au 19éme siècle P 33

3. La guerre : la force et le courage des dames P 34

4. Les maisons de soins, les religieuses soignantes P 34

F.XIXème siècle en France : la conquête de l'internat

1. L'exercice médical au 19ème siècle *P 35*
2. Le progrès médical *P 35*
3. Le climat hostile à la faculté de médecine *P 35*
4. Madeleine Brès *P 36*
5. La victoire de l'externat puis de l'internat, l'appui de Paul Bert et du préfet Poubelle *P 36*
6. Quand l'union fait la force *P 36*
7. Augusta Klumpke *P 37*
8. Blanche Edwards *P 37*

G.XXème siècle : le combat pour la reconnaissance enfin récompensé

1. L'exercice de la médecine au féminin en début de siècle *P 39*
2. La Première Guerre mondiale *P 39*
3. L'entre deux guerres *P 40*
4. La deuxième guerre mondiale *P 40*
5. La médecine salariée *P 41*
6. Une conquête à poursuivre *P 41*

III Revue de la littérature *P 43*

A. Démographie médicale : situation au 1er janvier 2004 de la médecine en France (à partir de l'étude du conseil national de l'ordre des médecins) *P 43*

1. La féminisation *P 43*
2. Le vieillissement *P 44*
3. Le mode d'exercice *P 45*
4. La répartition par spécialités *P 46*

5. La répartition géographique P 47

B. Projection 2025 de la médecine française dans son ensemble P 48

1. La féminisation de la profession implique une totale réorganisation P 48

2. Le regroupement en cabinet P 49

3. Le salariat investi par les jeunes généralistes : nécessité de créer le statut d'assistant salarié en médecine ambulatoire P 49

C. Réflexion à partir de nombreuses études sur les conséquences de la féminisation de la médecine générale: P 50

1. La répartition généralistes- spécialistes selon l'âge P 50
2. La zone d'installation P 51
3. La répartition sur le territoire français P 53
4. Le temps de travail des femmes P 53
5. La spécificité de l'exercice médicale au féminin P 54
6. Leur mode d'exercice (salarié, ambulatoire...) P 58
7. Le regard des femmes médecins sur leur profession P 59
    a. Les problèmes rencontrés P 62
    b.Les satisfactions P 62
8. Les propositions des femmes médecins pour encourager la profession P 63

IV Enquête réalisée auprès des résidents, en 2005, en Lorraine P 65

A. Matériel et méthode P 65

1. objectif P 65
2. La population P 65
3. L'outil de mesure P 65
4. L'analyse statistique P 66

B. Les résultats P 66

1. Sexe, âge, année P 66
2. Mode d'activité choisi par les résidents P 66
3. La région choisie par les résidents P 68
4. Département envisagé par les résidents qui veulent exercer en Lorraine P 69
5. Activité envisagée par les résidents qui choisissent un exercice ambulatoire P 70
6. Zone d'activité ambulatoire envisagée par les résidents P 71
7. Temps de travail envisagé en médecine ambulatoire P 72
8. Les résidents envisagent- ils d'exercer un mode d'exercice particulier (MEP) ? P 72
9. Type d'activité en médecine hospitalière envisagé par les résidents P 73
10. Temps de travail hospitalier envisagé P 74
11. Si vous pouviez obtenir un poste d'assistant collaborateur salarié en médecine ambulatoire, cela vous inciterait-il à travailler en ambulatoire ? P 74
12. Les résidents sont ils en médecine générale par dépit ou par vocation ? P 75

13. Si c'est par vocation, d'où vient cette vocation ? P 75

14. Après trois années de résidanat, êtes vous attirés par l'exercice de la médecine générale ? (question posée aux étudiants TCEM3) P 76

15. Quels sont les intérêts de la médecine générale d'après les résidents ? P 77

16. Quels sont les inconvénients de la médecine générale pour les résidents ? P 78

17. Quelles sont les solutions, d'après les résidents, pour favoriser l'exercice de la médecine ambulatoire en milieu rural ? P 79

18. Préférez- vous dans la médecine générale le côté scientifique ou humaniste ? P 80

19. Pensez- vous que votre activité de généraliste soit compatible avec votre épanouissement personnel ? P 80

20. Pensez- vous pouvoir assumer pleinement vos responsabilités familiales (actuelles ou futures) ? P 81

C. Discussion P 81

1. Mode et type d'activité P 81

2. temps de travail P 83

3. les résidents sont ils heureux de devenir médecins généralistes ? P 83

4. comment pérenniser la médecine générale ? P 84

V Conclusion P 87

VI Bibliographie P 90

VII Annexe P 93

Introduction

I Introduction

La nouvelle génération de médecins est marquée par deux éléments majeurs, d'une part la féminisation croissante de la médecine générale et d'autre part l'évolution de la société en société de loisirs.
Ainsi, la médecine générale est une profession qui se féminise de plus en plus. Actuellement, deux tiers des médecins généralistes de moins de trente ans sont des femmes.
De plus, les médecins de notre génération, tous sexes confondus, baignés dans la société de loisirs, des « trente-cinq heures de travail hebdomadaires, ne semblent pas prêts à travailler autant que leurs aïeuls. En effet, ils souhaitent eux aussi bénéficier des avancées sociales qui permettent en réduisant le temps de travail de profiter d'avantage de la vie privée.

On constate que le médecin de famille, tel qu'on se le représente, travaillant seul, nuit et jour, est en train de disparaître. Les médecins généralistes s'organisent différemment. En effet, ils travaillent en cabinet de groupe et assurent une permanence des soins grâce au système de régulation des gardes. Cette répartition des horaires de consultation et des gardes leur permet de consacrer plus de temps à leur vie privée.

Cette évolution récente est-elle due à la féminisation de la profession ou à la volonté de toute une génération, tout sexe confondu ?
Quelles sont les conséquences de cette évolution sur l'exercice de la médecine générale dans l'avenir?
La réponse à cette interrogation passe par l'analyse du temps de travail, de l'organisation professionnelle et du mode d'activité des médecins généralistes en comparant ces données par sexe et par génération.

Dans notre thèse, nous analysons la féminisation médicale et ses conséquences sur l'exercice de la médecine générale.
Dans une première partie, nous présentons l'historique de la féminisation médicale, afin d'aborder l'évolution du statut de la femme médecin.
Ensuite, à partir d' études réalisées en France, auprès des femmes et des hommes médecins généralistes installés, tous âges confondus, nous évaluons le comportement professionnel en fonction du sexe afin d'envisager un éventuel impact de la féminisation.
Enfin, nous présentons les résultats de notre travail personnel, une étude conduite auprès de l'ensemble des résidents de Lorraine en 2005 ayant pour objectif d'établir s'il existe une différence entre les projets professionnels et les motivations des hommes et femmes futurs praticiens, et ainsi se projeter dans la médecine de demain.

Historique de la féminisation médicale

II Historique de la féminisation médicale

A. Introduction

Historiquement, la femme médecin est partout présente dès lors qu'il s'agit d'une tâche besogneuse : les guérisseuses de la médecine primitive, les esclaves gréco-romaines, les sorcières ou matrones du peuple moyenâgeux, les religieuses condamnées au couvent pour fuir le courroux marital, et exercer ainsi plus librement l'art médical, et récemment médecins sur les champs de bataille.
Par contre, dès lors que le médecin est un notable respecté, la femme se voit exclue de la profession. Les arguments exprimés par les ennemis de la féminisation médicale ont été maintes fois repris au cours des siècles, malgré l'évidence de leur ridicule, pour être finalement démontés point par point par Blanche Edwards en 1885, dans son plaidoyer pour le droit des femmes à l'internat.
Ainsi Pierre Duhamel cite, dans *Histoire des médecins de France* : « L'opinion des hommes d'alors se résume à la nécessité de protéger les femmes contre elles-mêmes, contre les imperfections physiologiques dont les a dotées la nature, et à déplorer l'insuffisance de leur facultés aussi bien que leur excès de sensibilité. Comment pourrait-on les utiliser dans un métier où il faut sang froid, esprit de décision et connaissances étendues ? ».

B. L'antiquité

1. La médecine primitive (préhistoire): la femme soignante, partout présente :

E.Badinter, dit dans *l'un et l'autre* (édition O.Jacob.1986) : « Cette période historique, fut pour l'homme et pour la femme, un temps de partage des taches sans aucune notion de domination d'un sexe sur l'autre »

Pendant que la femme cueillait, préparait la nourriture, soignait, l'homme, lui, chassait.

La maladie est une force maléfique qui atteint le groupe. Si un individu est malade, alors tout le groupe doit participer à des rituels de guérison, et ce sont les femmes qui, majoritairement ont le rôle d'extraire le mal : on les appelle **les guérisseuses**
L'accouchement, lui, et ce pour des siècles, est une spécialité exclusivement féminine.

Parallèlement à leur statut d'intermédiaires entre les forces surnaturelles et l'Homme, qui leur fait réaliser ces rituels, elles cueillent, sélectionnent les plantes qui, déposées sur les plaies ou avalées, apportent l'apaisement de chacun.

Ces femmes guérisseuses ont un statut important dans ces sociétés, on est alors loin de la sorcellerie[1] .

2. La médecine archaïque (-3000, au premier millénaire de notre ère) : le règne des prêtresses et autres pythies

Ce qui différencie cette médecine archaïque de la médecine primitive, c'est que la maladie touche désormais l'individu et non plus le groupe.

- En Mésopotamie ancienne, l'homme vit dans un monde dominé par les dieux et la religion.

Compagnons des dieux, les génies sont les gardiens de la maison comme du corps humain, et toute infraction aux règles édictées déclenche leur colère. La maladie est donc vécue comme un châtiment ou un pêché.
Dès cette période, l'observation clinique (ils n'ont pas attendu Hippocrate), permet de faire le diagnostic des accès de paludisme, de la jaunisse...Mais parallèlement à cette séméiologie rigoureuse, on recherche minutieusement les antécédents du malade afin de découvrir le péché récemment commis et d'identifier le génie responsable de la maladie. (Sournia JC ; *Histoire de la médecine,* p : 19)
La femme soignante n'est plus alors que sage femme, ou nourrice au service des prostituées des temples.

- En Egypte, les médecins font partie de l'élite de la société, la pratique médicale semble s'être transmise de pères en fils (Sournia JC ; *Histoire de la médecine,* p24). Les médecins de la vallée du Nil étaient réputés pour leur don d'observation, leur savoir faire. On rapporte d'ailleurs qu'Hippocrate, le Grec, s'inspirait bien plus tard des papyrus égyptiens.

Les activités de la Femme égyptienne ne lui confèrent ni autorité, ni prestige (A.Roux, *Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale,* p19, *1975* édition Masson), mais bien sûr, souligne A. Roux, à l'intérieur de leur famille, les épouses, les mères, les filles ou les prêtresses pouvaient apporter leurs soins.
Malgré la pénurie de médecins, et le grand nombre de blessés dans les immenses chantiers (temples, obélisques) on ne parle que des auxiliaires des médecins, ces « infirmiers contremaîtres » prodiguant leurs soins aux ouvriers : on n'y trouve aucune femme.

---

[1] * Josette d'Alla, *Des sorcières aux mandarines*

Néanmoins, il faut noter que la gynécologie tient une grande place dans les préoccupations médicales des Egyptiens car les accouchements souvent précoces comportent de nombreuses complications.

- **En Grèce, avant Hippocrate**, le règne des prêtresses et autres pythies :

Dans un premier temps la médecine est magique et philosophique : le don de guérir est l'apanage des dieux et des déesses et par conséquent des prêtres et des prêtresses.
Les femmes sont nombreuses à être chargées du service divin, et sont consultées en cas de maladies.
La plus connue reste la pythie de Delphes. Avec elle, le rite revêt toute sa splendeur : le consultant se prépare longuement, remet au prêtre une tablette sur laquelle est écrite sa demande, enfin la pythie apparaît « dans un nuage d'encens et de vapeurs divers figurant le souffle d'Apollon ». Transes, convulsions et autres délires accompagnent alors la volonté des dieux.

Hygie, et Panacée, les filles d'Esculape (Asclépios, fils d'Apollon) :
Esculape, un héros guérisseur, apprit du centaure Chiron comment soigner par la parole, les plantes, et le couteau, « celui qui guérissait tous les maux ».
Celui-ci eut deux filles, Hygie, qui enseigne les manières les plus saines de conduire notre vie, elle nous lègue l'hygiène, et Panacée, « celle qui guérit tout », qui est à l'origine des médicaments.

Puis, prudemment, la médecine rationnelle cherche à s'imposer :
L'observation clinique voit le jour, on recherche des étiologies somatiques (et non plus l'acte de pêché).On assiste à une description détaillée des symptômes physiques, à leur classification, enfin à une transmission écrite du savoir.
Cette médecine empirique est fondée sur l'expérience, non plus sur la croyance. Le médecin n'est plus ni sorcier, ni sorcière, mais un professionnel hautement considéré.
A cette époque, le médecin peut être une femme. L'œuvre d'Homère, riche de mille détails sur la vie quotidienne, rend hommage à nombre de femmes médecins, telle cette Agamède, qui « connaissait autant de remèdes que la terre en produisait »...
Pythagore, philosophe naturaliste, établit l'universalité des quatre éléments : la terre, le feu, l'eau et l'air. Surtout, il combat le mystère qui entoure le savoir : l'enseignement de la connaissance doit être la règle constante des savants. Plusieurs femmes de science ont brillé dans son école, notamment Théano, son épouse, spécialisée dans les maladies des femmes.

3. En Grèce : la médecine hippocratique : les femmes intermédiaires

Hippocrate marque par son influence le sceau de la médecine rationnelle et laïque, il libère les disciples asclépiades (d'Esculape).

L'Etat ne connaît que les citoyens qui le constituent. Ainsi ignore-t'il les esclaves, les étrangers, les femmes et les enfants. Ménandre exprime ainsi la condition de l'éternelle mineure « une honnête femme doit rester chez elle, la rue est pour les femmes de rien ». Les femmes grecques ne sont plus dès lors autorisées à s'instruire (A.Roux, *Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale, 1975* édition Masson, p20).

Cependant, l'apprentissage se fait plus au lit du malade que dans les amphithéâtres, ainsi continuent-elles à se former clandestinement, afin de soigner celles que la pudeur condamnerait. En pratique, elles examinent la patiente et relatent les signes au médecin, qui, lui, pose le diagnostic. Il ne leur est pas autorisé de conclure comme un homme. Elles ne sont que l'intermédiaire.
On nous relate l'histoire d'Agnodice, qui s'est coupée les cheveux, pour soigner les souffrantes. Dans un récit, elle est condamnée pour exercice illégal, dans un autre, elle est sauvée par les femmes aristocrates.
De plus, l'accouchement reste leur spécialité, d'autant plus que les Grecs fuient le gynécée, véritable porteur de tous les maléfices.

4. A Rome, la libéralisation de la condition féminine.

Au fil des siècles, le statut des femmes s'améliora considérablement, jusqu'à ce qu'elles obtiennent l'indépendance, la capacité juridique, la libre disposition de soi devant le mariage.
Le monde latin a longtemps fait preuve longtemps d'une aversion pour les études, et en particulier, pour la médecine. La médecine était importée, ainsi les médecins étaient souvent des esclaves grecs ou égyptiens. C'est donc en étant esclaves, que ces « femmes de rien », comme le cite Pierre Duhamel[2], ont exercé la médecine, soit pour le service de leur maître ou maîtresse, soit sous forme de métiers indépendants, pour le compte de ceux-ci. Les maîtres avaient souvent dû organiser de véritables dispensaires, voire des cliniques d'accouchement.
Le plus souvent ces ouvrières purent s'affranchir, elles continuaient à exercer en versant une partie de leur recette à leur ancien patron : les sages femmes, « iatromea- obstretrix » étaient accoucheuses et médecins[3] .

Des femmes qui écrivent...et qui signent leurs travaux :

---

[2] Duhamel Pierre, Histoire des médecins de France, les femmes à l'assaut de la citadelle, chapitre 17, Editions PLON

[3] Roux Aline, *Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale, p : 20, 1975* édition Masson

Les médecins en longue robe drapée, rédigent elles- même leurs mémoires. Galien, leur fait une place importante dans ses publications, il s'y réfère de nombreuses fois. Citons par exemple, Antiochis, Samithra, et Xanita dont Galien lui-même recommande «une excellente composition grasse contre la gale ».

C. Au Moyen- Age, la régression

1. Introduction au Moyen Age : « entre foi et raison »

Le Moyen Âge s'étend sur mille ans, débute avec la chute de Rome en 476 et se termine avec celle de Constantinople en 1453.
A cette époque, toutes les professions ont été ouvertes aux femmes, notamment la médecine, les *médecennes.*
Mais ce ne fut pas sans difficulté, en effet, à Rome, un édit du Pape Sixte IV, confirme une loi du collège des médecins : « Aucun homme, aucune femme chrétien s'il n'est maître ou licencié en médecine, ne devra traiter le corps humain soit en médecine soit en chirurgie » (Marini : Archiatri pontifici, I, p 199, cité par A.Roux) (25).
Or, en France, seuls les hommes célibataires pouvaient êtres admis à la Faculté, et seuls ceux de la Faculté sont autorisés à pratiquer la médecine (édit 1220), la guerre contre les médecennes commence. IL existe des chirurgiennes, en général des épouses ou veuves de chirurgien, mais même cette faveur sera abrogée par Charles II en 1484. On accuse Félicie Jacobe de « mettre une faucille dans la moisson d'autrui », autrement dit de faire concurrence aux hommes.

D'après Géraud, on retrouve à Paris, en 1292, huit femmes médecins (Franklin : la vie privée d'autrefois, tome III, médecins, Paris, 1892, cité par A.Roux[4]).

2. La femme française au Moyen Âge

Concernant la pratique médicale, on peut regrouper en trois catégories sociales les femmes de cette époque :
Les jeunes filles de l'aristocratie reçoivent une éducation qui intègre en outre des notions de médecine, un peu de chirurgie, et en particulier les pansements utiles au retour de guerre de leur père ou époux. L'éducation est alors réservée aux jeunes filles, en effet on y voit une perte de virilité chez les jeunes chevaliers. Mais l'exercice de la médecine en dehors du strict cercle familial est sévèrement puni.

La religieuse, c'est celle qui préfère le couvent au mariage (seule issue pour continuer à s'instruire avec un minimum de liberté loin du courroux du mari). Elle

[4] Roux Aline, *Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale, 1975,* éditions Masson

développe ainsi sa propre activité intellectuelle, souvent brillante, visite les malades, fonde des hospices, comme le fera une illustre religieuse, Sainte Hildegarde.
De plus, on le verra plus loin, les religieux sont à cette époque, les seuls détenteurs du savoir.

Enfin, pour 90% de la population qui vit à la campagne (le monde misérable des paysans, les vilains de la féodalité), les soignantes sont appelées les sorcières.[5]

3. La sorcière, celle qui soigne et que l'on condamne

« L'unique médecin pendant mille ans fut la sorcière », constate Michelet (cité par J.d'Alla).
En effet, quelques prêtres portaient parfois secours aux pauvres, mais la pudeur laissait de trop nombreuses femmes sans soin ; comment confier ses malheurs physiques à un prêtre ? .Celle qu'on appelle la sorcière était la sage femme, accoucheuse et médecin, qui n'avait eu presque aucun enseignement, mais elle était la seule à pouvoir soulager.
Les hautes instances ecclésiastiques ne peuvent tolérer cette marginalité médicale. Elles sont triplement porteuses de pêcher, femmes d'abord, organisatrices de sabbats (réunions nocturnes), exerçant sur les corps misérables le pouvoir de guérir, de tuer, de contrôler la procréation. Les femmes médecins, jugées comme sorcières, vont connaître à travers les procès pour sorcellerie, les flammes des bûchers, et autres cruels supplices, la pire des persécutions.

Quelques rares « médecennes » passeront à travers les filets du grand inquisiteur.

En Lorraine : le premier fait de sorcellerie répertorié date de 1372, et concerne une bourgeoise de Metz, Bietrix, son mari et deux autres femmes. Ils furent étranglés et empalés, leurs corps étant exposés publiquement. Les bûchers s'allumèrent sur toute la région en résonance avec d'autres bûchers allumés par l'Inquisition.
Nicolas Rémi, procureur général de la Lorraine, né à Charmes vers 1530 (ses « mérites » étaient tout à fait reconnus par Charles III qui l'anoblit le 9 avril 1583), étant interrogé sur ses services, répondit : « depuis quinze ans que je juge à mort en Lorraine, il y a au moins neuf cent sorciers (ères) convaincus envoyés au supplice par notre tribunal (le baillage de Nancy) ». [6]

4. Les prêtres, ceux qui savent mais ne pratiquent pas

Où comment l'Eglise devient le dépositaire du savoir médical pour des siècles.
Avec la fin de l'empire romain d'occident (476), les grandes invasions déferlent sur l'Europe. Partout s'instaure un dialecte où se mêlent le bas latin, et une langue germanique ou scandinave locale. La difficulté des communications se joint à l'ignorance généralisée du latin, seul support des sciences. Or ce sont les religieux qui pratiquent le latin, ce sont eux qui détiennent le savoir, le savoir médical entre autres.

---

[5] J.D'Alla, *Des sorcières aux mandarines*, p : 35
[6] La médecine, encyclopédie de la Lorraine, p : 69

Mais ils se contenteront pendant des siècles de n'être majoritairement que de pâles prêtres copistes, sans faire avancer la science médicale, cette stagnation des connaissances au Moyen Age en fait une médecine de transmission sans capacité créative.[7]
De plus, les prêtres sont interdits d'exercer, si certains ignorent la loi, la majorité reste riche de connaissances qu'ils ne peuvent exploiter.

5. L'essor de l'éducation, les universités

Plus tard, au IXème et Xème siècles, l'essor de l'éducation marque la renaissance carolingienne. Peu importe que l'empereur Charlemagne, ait, lui-même, été peu instruit, il permet au savoir de sortir progressivement des temples et des couvents.(Sournia JC, Histoire de la médecine p : 85à87).
Ainsi au XIIème siècle, les universités apparaissent, à Montpellier en 1220, puis Paris en 1253, mais les femmes en sont exclues.

Dans une époque misogyne qui tourne le dos à l'Antiquité, l'Italie, elle, perpétue la tradition gréco romaine qui acceptait les femmes médecins, notamment à Salerne, célèbre université dans le sud de l'Italie.
On y étudie essentiellement la médecine; les professeurs ne sont plus des clercs mais des laïcs. Des savants de toute l'Europe chrétienne, de l'Espagne juive et musulmane viennent étudier à Salerne.
Les femmes elle-même sont acceptées à l'université de Salerne, elles étudient et enseignent même, telle Trotula.

6. En Italie: Trotula, mythe ou réalité

La place tenue par les femmes dans le corps enseignant à Salerne reste une polémique très controversée. Trotula, serait l'auteur d'un célèbre traité sur les maladies des femmes avant et après l'accouchement.
JC Sournia, écrit que pendant des siècles le souvenir de Trotula était surtout lié à la dérisoire polémique : « était elle femme médecin, ou sage femme autodidacte ? ».
Quoi qu'il en soit, en Italie on retrouve de nombreux autres noms de femmes médecins, moins célèbres, notamment de nombreuses chirurgiennes, alors même qu'en France, le droit d'exercer la chirurgie pour les veuves de chirurgiens vient d'être aboli.

En somme l'Italie est accueillante pour les femmes médecins, alors qu'à l'opposé règne une violente persécution en France. La seule solution en France pour étudier la médecine, et de la pratiquer (discrètement), c'est, on l'a vu, devenir religieuse.

[7] Sounia JC, *Histoire de la médecine*, 1997, p :84, 85

7. En Allemagne : sainte Hildegarde

La personnalité religieuse la plus marquante à ce titre est sainte Hildegarde de Bingen, éminente abbesse. Elle possède une instruction complète et elle est l'auteur de plusieurs ouvrages.
Parmi ses découvertes scientifiques les plus intéressantes, on retiendra l'hypothèse que le soleil se trouve au centre du firmament, que le cerveau est le centre régulateur de la vie, enfin que le sang circule dans l'organisme. Elle évoque les maladies mentales liées à des problèmes physiques, et non à des possessions démoniaques (alors que dans le même temps on continue joyeusement les procès pour sorcellerie...).
Non seulement elle étudie, mais elle consacre, en plus des temps de prière, le reste de son énergie à soulager les pauvres, en créant hospices et hôpitaux.

En France, les religieuses ont beaucoup apporté aux pauvres également. Mais il n'y eut pas que des exemples heureux :
En Lorraine, Elisabeth de Ranfaing, connue pour avoir fait condamner au bûcher pour sorcellerie le médecin Poirot, se fait ensuite appeler Mère Marie- Elisabeth de la Croix- de- Jésus, et ses trois filles associées dans la démarche : Marie Paule de l'Incarnation, Marie Dorothée de la Sainte Trinité, et Marie- Colombe de Jésus[8].
Mère Elisabeth, et ses trois filles s'unissent pour lutter contre la dissémination de la syphilis. Elles créent un monastère, Notre- Dame du Refuge, à Nancy, où les femmes, épouses, ou filles seules sont enfermées sur lettre de dénonciation pour mœurs légères. Les textes retrouvés évoquent une véritable prison, d'où il est impossible de s'enfuir, où la vie quotidienne est faite de travaux pénibles et d'une existence misérable.
Heureusement, les temps ont changé...
A la révolution, les sœurs sont expulsées, et dans ces même lieux s'installent en 1804 les sœurs de la communauté de ST Charles où est créée une véritable Maison de Secours.

D. la Renaissance, période florissante de l'anatomie, stagnation de l'image de la femme médecin en France

1. La femme française à la Renaissance

L'instruction des jeunes filles est religieuse, ou n'est pas. Ce qu'on leur propose, c'est le jardin des délices, pas celui de la connaissance, encore moins celui de l'investigation médicale. Mlle de Gournay, nièce de Montaigne écrit ceci : « bien heureux es- tu lecteur, si tu n'es point de ce sexe qu'on interdit de tous les biens, l'interdisant de liberté, afin de lui constituer pour seule félicité, pour vertu souveraine et seule ignorer, faire le sot et servir ».
De plus les récentes découvertes scientifiques ne les servent pas. En embryologie, on découvre que tout individu passe par un stade femelle, la femme est donc un être

[8] *La médecine, encyclopédie illustrée de la Lorraine*, Edition Serpenoise

non achevé!! De plus on montre que la taille du cerveau féminin est plus petit que celui de l'homme, c'est qu'elle est naturellement disposée à avoir moins de réflexion et de connaissance. Il ne faut pas contredire la nature ! (D'ailleurs il ne sera pas relevé que les cerveaux des savants sont en moyenne plus petits...)

Concernant la carrière médicale, les hommes leur laissent la profession de sage femme chez les laïcs, d'« infirmière » chez les religieuses

2. Le XVIIème siècle : « la raison s'impose, la foi demeure »

Les querelles d'ordre métaphysique font place à la raison. Si l'univers résulte d'une création divine, il n'en apparaît pas moins comme un ensemble cohérent, accessible à une étude méthodique, effectuée au moyen de nouveaux instruments d'observation. Désormais, on accordera foi à « la raison » ; seul sera rationnel ce qui se vérifie, s'analyse et se palpe.[9]
L'essor de l'anatomie :
William Harvey démontre que le sang circule, et dans quel sens il circule. Le réservoir moteur du sang ne se trouve pas dans le foie, mais dans le cœur.Il n'y a pas d'air dans les artères, mais du sang. Contrairement à Descartes, il pense que le souffle vital, celui qui fait circuler le sang, n'existe pas.

Ambroise Paré, chirurgien, parcourt les champs de bataille, où il met au point la ligature des artères (qui remplace le fer rouge).
L'anatomie, qui progresse, profite à la médecine, à la chirurgie, et à l'art. Léonard de Vinci crée des représentations d'une extrême minutie, très précieuses pour l'étude de l'anatomie.

3. En France, les grandes accoucheuses

Louise Bourgeois, née d'une famille bourgeoise en 1563, épouse Martin Boursier, chirurgien des armées, élève d'Ambroise Paré.
Lorsqu'il est ruiné, son épouse refuse de rester passive, elle entreprend de se former sous l'aile de son mari aux techniques d'accouchement, et divers actes de chirurgie. Grâce à un travail acharné, elle est reçue sage femme « jurée » en 1599.
Cette femme intelligente, tenace et ambitieuse, mère de trois filles veut accoucher la reine Marie de Médicis, elle y parviendra en 1601, et restera à son service jusqu'en 1627.
Louise Boursier écrit plusieurs livres précis sur les maladies des femmes et de l'accouchement, ainsi que sur les plantes médicales. C'est une scientifique, elle découvre le rôle du fer dans la constitution des globules rouges et met au point un traitement contre l'anémie ferriprive.
Cependant son ambition finit par la perdre, son livre sur les petits secrets de la reine marquant le début du déclin.[10]

---

[9] JC Sournia, *Histoire de la médecine*
[10] J. d'Alla , *Des sorcières aux mandarines*,p : 71 à75

Angélique Boursier du Coudray enseigne dans toute la France. Elle se rend compte de l'incompétence des matrones et chirurgiens- barbiers de villages et désire ouvrir des écoles, elle parcourt la France avec sa femme artificielle afin d'enseigner l'anatomie et les bonnes techniques d'accouchement. Les intendants des villes l'encouragent rapidement, le succès est immédiat, le taux de mortalité périnatal chute.
Sous l'influence de L'*Emile* de Jean-Jacques Rousseau, l'éducation des enfants devient à la mode. Les médecins donnent des conseils sur la nutrition, l'hygiène...les femmes dans ce domaine commencent timidement à apparaître.[11]

Farouchement rivales, « Marie Louise La Chapelle est une accoucheuse adroite et Mme Boivin, un meilleur médecin, avec un esprit de plus haute portée »(Dr Baudeloque), elles travaillent conjointement, se respectent mutuellement, et feront briller dans le monde entier les écoles françaises de sages femmes.
Depuis Mme Boivin l'accouchement n'est plus une spécialité exclusivement féminine, elle réalise des ouvrages pédagogiques et des enseignements si clairs que les hommes médecins commencent à se spécialiser dans l'obstétrique.

4. Mrs Holder, celle qui soigne le roi d'Angleterre

Le roi d'Angleterre, Charles II, souffrait d'une paralysie du poignet et de la main droite, suite à une mauvaise chute de cheval, pour laquelle ses chirurgiens ne pouvaient rien.
La réputation de Mrs Holder est telle qu'elle parvient aux oreilles du Roi. Celui-ci se déplace à Bath, où Mrs Holder, un peu impressionnée, lui dit qu'elle ne peut pas promettre de résultats et que le roi doit être patient.
Après plusieurs mois de rééducation, de bains chauds, de patience, le roi peut récupérer entièrement l'usage de sa main.
C'est le début de la médecine de rééducation- réadaptation.
(d'Alla J, p62-67)

5. En Allemagne, la première femme Docteur

Dorothée Erxleben; médecin...parce que malade. Jeune fille de santé fragile, son père médecin, remarque qu'elle se porte mieux lorsqu'elle assiste au cours que celui-ci donne à son fils, ainsi elle reçoit la même éducation médicale.
Présentée au roi Frédéric le Grand, il lui accorde le droit à la faculté et l'autorisation de passer ses diplômes.
Hélas son père se meurt, elle reste à son chevet. Puis elle se marie à un veuf déjà père de quatre enfants. Elle privilégie son rôle de mère et d'épouse (a-t-elle le choix ?), puis, encouragée par le roi lui-même, elle reprend tardivement ses études. Elle sera finalement reçue Docteur, à 39 ans, en 1754. C'est une grande dame qui sera saluée par ses confrères.

---

[11] Sournia JC, *Histoire de la médecine*, p : 194-195

On est loin de l'accueil que réservent en France, 100 ans plus tard, les médecins et étudiants aux jeunes femmes qui les premières pousseront les portes de la faculté.

6. En Italie, la première femme Professeur

Un mandarin furieux...

Toujours très en avance quant à la féminisation médicale, l'Italie ouvre la porte du professorat à Anna Manzolini, en 1755.
Anna n'est pas médecin, elle est anatomiste, la meilleure anatomiste de son époque. Avec son époux d'abord, qu'elle assiste, dit-on « avec patience et admiration », puis seule lorsque celui-ci décède, elle réalise, des sculptures anatomiques sur cire, à partir de cadavres disséqués.
Parmi ses commandes, citons celles du Pape Benoît XIV, qui fit ainsi décorer le nouvel institut des sciences (l'opinion catholique concernant les dissections a été très fluctuante au cours des siècles).

On peut lire sur son tombeau :
Anna Manzolini
Femme amoureuse
Mère
Artiste cultivée, chercheur, et enseignante brillante

Ceci n'est pas sans provoquer la colère de certains mandarins, une femme professeur !
Le Pr. Boselli, explique en dix arguments pourquoi une femme ne peut être médecin :
(D'Alla, p : 78-81: *Déontologie et Règles de vie du parfait médecin dans la vie professionnel*).
Tout d'abord, prudent il évoque le parcours de certaines, en précisant rapidement que l'exception confirme la règle...
1er : la femme est destinée au foyer
2nd : l'homme, par nature, est le chef
3eme : Elles sont « faibles, nerveuses, lâches, animées de bas instincts, aveuglées par les sentiments, refusant les difficultés, vindicatives, irrationnelles, à moitié folles (...) ».
4eme : L'autorité maritale. Ou le médecin est une jeune fille, et la promiscuité que lui impose la profession est « une occasion permanente d'intérêt érotique », ou elle est en puissance de mari et « sous prétexte d'intérêt scientifique, elle le défie », renonçant ainsi à toute soumission.
5eme : Le secret médical ; « croyez vous qu'elle soit capable de le garder ?...Plus la chose est piquante, secrète, ou sacrée, plus vite la femme ira l'exposer sur la voie publique ».
6eme, 7eme, 8eme : « derrière chaque femme innocente se cache une vicieuse prête à bondir à chaque occasion », méfiez-vous hommes donc, de ces femmes qui vous examinent, vous enseignent...vous éloignent du droit chemin.

9eme : la femme devient là une jeune vierge farouche, dont l'art médical consiste essentiellement à examiner le sexe mâle : « c'est une pure indécence que des yeux aussi innocents et chastes doivent planer sur les organes génitaux d'un beau mâle, ou pis encore, qu'elles doivent les palper de leurs belles mains ».
10eme : il met en garde cette fois les bourgeoises contre ces femmes médecins, qui n'hésiteront pas un seul instant à charmer leur mari.

En revanche, il ne voit pas d'inconvénient à ce qu'elle soit infirmière, car cela, elle le fait très bien. Tant pis, si elle reste un objet de désir, qu'elle n'est pas plus présente au foyer que la femme médecin, l'infirmière reste la subordonnée du médecin, et ça,c'est très bien.
Il l'a bien dit « l'homme, par nature est le chef ».

Blanche Edwards, première femme autorisée à passer l'internat en 1885, démontent point par point ces arguments dans son plaidoyer pour autoriser l'accès aux femmes au concours de l'internat.
Par ailleurs, ces « âneries », ainsi parle Pierre Duhamel[12] ,seront reprises régulièrement pour défendre l'autorité médicale masculine.

La révolution c'est l'espoir. Au nom de la liberté et de l'égalité, on fait table rase des sociétés médicales existantes.
On accepte les juifs et les femmes dans les universités !!

E. La Révolution française : « Aux armes citoyennes ! Au foyer les épouses ! »

1. Les femmes revendicatrices

Pendant la Révolution, elles s'organisent, elles luttent, au côté des hommes. La liberté et l'égalité sont proclamées ; qu'en est il après quelques années ? Les associations féministes sont rejetées de la scène politique française, elles en demandent trop, on les trouve trop présentes.
C'est une déception pour les femmes françaises que de renoncer à un idéal qui ne leur appartient déjà plus.
Elles ont rêvé, lutté, souffert...pour rien.
Napoléon plante le clou : « Il y a une chose qui n'est pas française, c'est que la femme fasse ce qui lui plaît. »

2. L'éducation des jeunes filles au 19ème siècle

Ce que les femmes réclament d'abord, c'est le droit à l'instruction.
P.Duhamel, *dans Histoire des médecins de France* évoque : « ces êtres évaporés, longtemps endormies, ne pensent pas à passer le bac, encore moins des études supérieures ».

[12] Pierre Duhamel, Histoire des médecins de France, les femmes à l'assaut de la Citadelle, chapitre 17, Editions Plon

Les lycées pour jeunes filles préparaient tout juste au brevet supérieur, or pour entrer à la faculté de médecine, il fallait le baccalauréat. Il faut attendre 1901, après l'Exposition Universelle, pour préparer le baccalauréat dans un lycée féminin.

3. La guerre : la force et le courage des dames anglaises

Florence Nightingale : l'infirmière qui donnait du courage aux femmes médecins. Lors de la guerre de Crimée de 1854 à 1856, elle est désignée pour partir sur le front. Elle y emmène 37 compagnes. Elle fait preuve d'un travail, d'un acharnement et d'une organisation exemplaires. Elle est présente sur les champs de bataille, pour ramasser les blessés, les soigner sur place, installer des tentes sanitaires, et ce malgré la menace permanente de l'ennemi.
Elle supporte tout, les nuits blanches, l'extrême urgence constante, la promiscuité morbide... tout sauf l'animosité des officiers supérieurs.
A son retour en Angleterre, c'est la gloire. Elle peut enfin dénoncer les abus des supérieurs, c'est à elle qu'on confie les plans des hôpitaux civils, la première école d'infirmières est créée, et cette vocation est alors très à la mode chez les grandes dames britanniques.

Miranda, alias le Dr James Barry, déguisée en homme, parcourt ainsi les champs de bataille, et se trouve nommé(e) inspecteur général des hôpitaux. Ce n'est qu'à sa mort que le secret est découvert.

Henriette Faber, même combat ! C'est sa démarche peu virile qui éveille le soupçon, elle demande alors à sa servante de l'épouser, celle-ci ne peut tenir le secret. Elle est condamnée à dix ans de réclusion.

4. Les maisons de soins, les religieuses soignantes : l'exemple de la Maison de Soins « Saint Charles » à Nancy

En France, il y a peu d'aides médicales, les « infirmières » sont les religieuses qui donnent les soins aux malades.
A Nancy, les sœurs sont placées du point de vue temporel, sous l'autorité de la Commission Administrative. Le nombre de sœurs est déterminé suivant les besoins (44 en 1889, 64 au début de la guerre).
Sœur Louise Barrot, elle, est récompensée pour sa noble conduite et son dévouement aux malades en 14-18, par le maréchal Foch lui-même en 1918 de l'ordre de la Légion d'Honneur, au rang de chevalier. Par ailleurs, elle dirige l'école d'infirmières dès 1907, qui devient école régionale en 1922.

F. XIXème siècle, en France, la conquête de l'internat

1895, extrait du progrès médical

Quand les couteaux de chirurgie

Tous maculés de sang humain
Vous laisseront la peau rougie
Caressera t'on votre main ?
Les mots savants dans votre bouche
Refroidiront notre baiser
Voyons, pas trop de doctoresses,
De diplômes, ni de concours...
Nous qui vivons de vos tendresses
Nous aimons mieux vos jupons courts

1. L'exercice médical au 19éme siècle

P.Duhamel, *Histoire des médecins de France, édition Plon* : « réussir en médecine est loin d'être aussi facile que l'imaginent les malades. Etudes miséreuses, installations chétives, longue attente du client, sont le lot de la plupart. Et comme cinq siècles auparavant, comme dans l'Antiquité, le médecin doit disputer ses malades aux faux médecins et charlatans.»

2. Le progrès médical

Le 19éme siècle est porteur de nombreux progrès dans les découvertes et l'enseignement de la médecine ; en voici quelques exemples :

Théophile Laennec met au point le stéthoscope en 1816, qui permet une description plus précise des maladies cardio-vasculaires et pulmonaires.

Louis Pasteur affirme l'existence de microorganismes, grâce au développement des microscopes, ainsi naît la bactériologie.

Claude Bernard, lui, montre, entre autre, le rôle de la glycogenèse.

Le couple Curie, puis Marie seule, reçoivent conjointement le prix Nobel en 1903 pour la découverte du radium. Ils travaillent ensuite à appliquer leurs découvertes dans le domaine médical (radiographie, oncologie...).

3. Le climat hostile à la faculté de médecine

Tous des moutons :
Le 18 novembre 1870 a lieu la célèbre « émeute du Surgeon's hall »aux Etats-Unis. Massées devant l'amphithéâtre, des hordes d'étudiants mâles tentent de s'opposer à l'entrée des cinq étudiantes. En plus des cris, des insultes, bousculades et projectiles, les étudiants poussent un mouton à l'intérieur. Le mouton n'est pas expulsé car il permet ce mot au titulaire de la chaire « qu'il reste, il est plus raisonnable que ceux qui l'ont fait entrer »

En France, l'ambiance, on le retrouve dans les textes, est similaire.

Cependant, aucun texte n'interdit aux femmes de s'inscrire à la faculté de médecine, encore faut il être diplômée du baccalauréat. Ainsi le doyen Wurtz autorise en 1866 l'inscription d'une, puis trois étrangères.

4. Madeleine Brès

Diplômée du double baccalauréat (science et lettres), elle s'inscrit à la faculté de médecine. Pendant la guerre de 1870, en raison du manque d'hommes, elle est nommée interne provisoire dans le service du Pr Broca. Elle se fait remarquer par son « ardeur au travail, sa tenue parfaite, le respect des étudiants » Cependant on lui refuse l'accès à l'externat, « Le conseil a le regret de ne pouvoir autoriser l'innovation que votre admission aurait consacrée ». Diplômée Docteur en médecine en 1875, elle connaît ensuite une vie misérable à porter secours aux plus démunis.

5. La victoire de l'externat puis de l'internat, l'appui de Paul Bert et du préfet Poubelle

En 1882, grâce à deux étudiantes, Mlle Edwards et Mlle Klumpke, l'externat est enfin ouvert aux femmes. Reste à gagner le droit de passer l'internat.

Paul Bert, élève de Claude Bernard, professeur de physiologie et ministre de l'instruction publique sous Gambetta, prend résolument fait et cause pour l'internat des femmes.
Le préfet Poubelle, dont dépend tellement l'autorisation pour les femmes de passer l'internat, est tiraillé entre deux clans.
En juillet 1884, quarante-six médecins et chirurgiens signent une pétition en faveur des aspirantes candidates, de plus la mairie de Paris prend alors cause pour les jeunes femmes. Dès lors c'en est trop pour la société médicale traditionaliste qui réplique : « quelle honte si un arrêté préfectoral venait à donner gain de cause au conseil municipal, octroyant à quelques jeunes filles fantaisistes le droit de disputer à des hommes sérieux ces places, dont dépend leur avenir(...)».
Et ainsi se disputent les clans des « pour » et des « contre », jusqu'à ce qu'un jour, Paul Bert, définitivement résolu, se rende avec Mlle Blanche Edwards (celle par qui la polémique fut lancée), chez le préfet Poubelle, et obtienne finalement du préfet la fameuse autorisation, le 31 juillet 1885.

6. Quand l'union fait la force

Deux étudiantes, Blanche Edward et Augusta Klumpke[13], deux caractères opposés, une solide amitié, indispensable pour faire face à l'hostilité menaçante.

[13] J.d'Alla, *Des sorcières aux mandarines*, p : 134-152

Blanche Edwards, française, malgré son nom, est attirée très tôt par la médecine. Elle passe les deux baccalauréats ès science ès médecine.
Augusta Klumpke, naît à San Francisco en 1859, elle n'hésite pas à partir en France avec toute sa famille pour suivre l'exemple de Madeleine Brès.
Elles se retrouvent ensemble le jour de la rentrée pour faire face aux quolibets des étudiants. Elles doivent à la suite utiliser mille ruses pour arriver sans se faire voir à l'université, et ainsi se protéger.

Si nos deux étudiantes se ressemblent par leur détermination, Blanche est très active, toujours prête à la bataille, animatrice infatigable ; Augusta, encouragée sans cesse par Blanche est plus réfléchie, timide, réservée.
Lorsque Augusta fait sa demande pour l'externat, elle obtient le même refus que Mme Bres. Dés lors, son amie Blanche, harcèle sans cesse plus de 1500 hauts responsables parisiens afin d'obtenir le droit pour les femmes à accéder à l'externat. Elle est accompagnée de sa maman, pour faire sérieux. Et ces 1500 personnalités, convaincues où à bout de patience, finissent par lui signer sa requête, en 1882.
Mais Blanche ne veut pas en rester là. Elle refait de nouvelles visites, rédige un mémoire, un véritable plaidoyer, dans lequel elle réfute point par point les arguments des opposants à la féminisation. Enfin, grâce à l'appui de Paul Bert, elle obtient le droit pour les femmes en 1885 de passer l'internat.

7. Augusta Klumpke

Elle rencontre Jules Déjerine, chef de clinique, au cours de son premier stage. Il est admiratif devant tant de patience, d'obstination, de perfectionnisme. Ils se marient huit ans plus tard.
Première avec Blanche à passer l'externat, elle sera reçue première femme interne. Gaston Calmette relate dans le Figaro sa rencontre avec Augusta : « une blonde aux yeux bleus, au teint pâle, au regard vif...toilette extra simple, pas de ruban...surtout, me dit elle, ne parlez pas de moi...Je ne suis qu'une pauvre femme désirant travailler dans le silence et voulant m'instruire en soignant des femmes plus pauvres que moi ».

Elle écrivit, entre autre, avec son mari Déjerine, *l'anatomie du système nerveux*, encore rééditée en 1981.

8. Blanche Edwards

Blanche n'est pas reçue à l'internat, elle est alors nommée interne provisoire. Très occupée par ses cours pour les infirmières et par ses diverses occupations sociales, elle ne s'enrichit guère.
Après quatre ans de fiançailles, elle épouse Alexandre- Henri Pilliet, chercheur en histologie ; hélas, peu après leur mariage, il contracte la tuberculose. Blanche alors s'occupe de son mari, tout en l'isolant de ses enfants, il est contagieux. Elle maintiendra ainsi sa famille unie, même dans les moments les plus douloureux, sans émettre une seule plainte.
Alexandre meurt. Elle est seule à assumer financièrement la famille. Qu'à cela ne tienne, elle s'organise. Elle rencontre par bonheur « Mimi » qui s'occupera des

enfants. L'été, elle loue un appartement à la mer où elle consulte sur place pour payer la location. Pas de repos pour Blanche. Les enfants sont élevés dans la joie, avec les principes de l'hygiène, douche tous les jours, exercice physique au grand air. Blanche utilise pour créer sa consultation toutes les économies laissées par sa maman, le cabinet est accueillant, le matériel de très bonne qualité.

Elle enseigne également. A cette époque, seules les religieuses officient dans les hospices. Blanche est pour la laïcisation, elle forme les infirmières, l'école des bleus (en raison de l'uniforme), à la Pitié Salpetrière.

Elle milite aussi pour le droit des femmes, elle est vice présidente de la ligue des droits des femmes (Victor Hugo en était le président), elle lutte contre le corset, vient en aide aux jeunes accouchées en distribuant des vêtements, de la nourriture, et aussi des conseils sanitaires... C'est une femme de tous les combats, une véritable entêtée !
Blanche est sur tous les fronts, elle ne disparaît qu'à l'âge de soixante quinze ans, infatigable. Son énergie, son obstination ne l'ont jamais quittée.

Surtout, Blanche change définitivement l'image de la femme : elle est médecin passionnée, épouse amoureuse et mère dévouée.

G. XXème siècle : Le combat pour la reconnaissance enfin récompensé

Elles ont obtenu le droit d'entrer dans la carrière. A elles maintenant de se donner les moyens de faire carrière, dans le prestige et au quotidien.
A Nancy, « la nomination de femmes comme internes[14], susceptibles d'assurer des gardes de jour comme de nuit, pose de réels problèmes à l'administration. La première nommée en 1899 est amenée à démissionner quelques mois plus tard. La deuxième proposition est faite en 1913 : la commission administrative réserve son acceptation, demande l'avis du ministère de l'Intérieur et du directeur de l'Administration Générale de l'Assistance Publique de la Seine ; Celui-ci porte un avis favorable à la nomination, rédigée de la façon suivante : « les femmes internes participent aux divers services médicaux dans les mêmes conditions que les internes hommes et les usages, pas plus que les règlements, n'ont établi de différences entre ceux-ci et ceux là. Elles participent donc au service de garde de jour et de nuit et depuis 1882, date à laquelle les femmes ont été autorisées à prendre part au concours de l'Internat en médecine, les internes femmes ont assuré à Paris ce service, sans qu'il soit résulté aucun accident ou inconvénient ». En conséquence, Mlle Marthe Laurent est nommée Interne en pédiatrie, où elle fait une brillante carrière en consultation externe.

[14] *Encyclopédie de la Lorraine, La médecine*, p : 144

1. L'exercice de la médecine au féminin au début du XXème siècle

J. d'Alla, cite Madeleine Pelletier, femme médecin, qui témoigne de son époque : « les femmes admises depuis plus de trente ans aux études médicales ne commencent guère qu'aujourd'hui tant bien que mal à se faire une clientèle. Pendant de longues années, les doctoresses pauvres devaient se résigner aux besognes que dédaignaient les docteurs. A diplôme égal, elles devaient se faire sages femmes, ou masseuses (...) les médecins leur abandonnaient les piqûres et les pansements. »

2. La Première Guerre mondiale

Les femmes médecins sont boudées, les Florence Nightingale sacralisées.

Les conflits internationaux et les guerres permettent des avancées, souvent momentanées, de la féminisation médicale. Face à la pénurie de main d'œuvre, les femmes, même médecin, sont appelées au front. Mais en tant qu'infirmière pas médecin : « Ne dîtes pas que vous êtes docteur en médecine si vous voulez travailler ».
La médecin- infirmière est reconnue par tous pour ses capacités d'endurance, d'initiative, et de dévouement.
On allègue « l'épreuve que constitue pour leurs nerfs fragiles et pour leur pudeur la pratique de la médecine. Dans le même temps, on admet largement les femmes à la profession d'infirmières. Panser les plaies les plus affreuses, veiller les morts et laver les vieillards ou les jeunes et vigoureux blessés de guerre ne peut offusquer la pudeur féminine ou ébranler les nerfs de ces délicates compagnes, tant qu'elles sont sous les ordres d'hommes médecins, tant qu'elles ne partagent pas le prestige lié à la profession, tant qu'elles ne touchent que de dérisoires salaires et non de respectables honoraires [15]».

Marie Curie diagnostique les fractures sur les champs de bataille :
Prix Nobel de physique en 1903 avec son mari, refusée néanmoins à l'Académie des Sciences (elle sera acceptée veuve, étant la seule à connaître les corps radio actifs), prix Nobel en 1911, elle est finalement traînée dans la boue pour sa liaison avec son jeune assistant Paul Langevin, on la surnomme « la croqueuse de maris polonaise ».
Marie Curie est une femme que l'on pourrait imaginer détruite à la seconde guerre mondiale.
Cependant, elle continue son engagement pour les autres, toujours pour sauver des vies. Si Marie n'est pas médecin, elle travaille aux mêmes fins.
Ainsi grâce aux « petites Curies », ces petites automobiles lancées sur le front avec à leur bord des appareils à rayons x, activés par dynamo par le chauffeur, elle prend des milliers de radiographies sur les champs de bataille, elle est une aide rare et précieuse pour les chirurgiens.

---

[15] Roux Aline, Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale, p29, 1975, édition Masson

L'ébauche de la médecine du travail
Parallèlement à la médecine des tranchées, se développe timidement la médecine du travail. Pendant la guerre, dans les quelques usines qui ne peuvent plus employer que des femmes en raison de la pénurie d'hommes, travaillent quelques femmes médecins qui sont là pour étudier et adapter les conditions de travail des femmes. Mais aller consulter ces doctoresses, c'est alors un peu dénoncer le patron, c'est mal vu...

3. L'entre deux guerres

En 1930, d'après l'étude de Mélina Lipinska, il y a soixante-dix femmes par an qui obtiennent le titre de docteur en médecine, notamment à Paris, Lyon, et Strasbourg[16]. Cette période est propice aux femmes médecins, on commence à reconnaître leurs qualités. De nombreux récits et témoignages d'après guerre apparaissent, on ne peut le nier, elles ont fait les preuves de leurs capacités. Elles s'organisent en association nationale, et rapidement internationale. Le siège entre deux guerres est très longtemps français. On y encourage les femmes médecins à acquérir les postes à responsabilité, à obtenir les titres qu'elles méritent. La montée du fascisme, puis la Seconde Guerre mondiale entraînent le déclin de cette association.

4. La Deuxième Guerre mondiale

Dans le civil, les femmes médecins s'organisent pour venir en aide aux enfants, aux femmes isolées. On distribue de la nourriture, des vêtements, des abris sommaires...les enfants sont vaccinés, pesés, mesurés.
Sur le champ de bataille :
Mme le Docteur Lamotte recense environ cent cinquante femmes dans l'armée de terre. Elle même organise, puis dirige un service de réanimation dans l'hôpital de campagne n°422. La pénicilline réduit le nombre de gangrènes, et donc d'amputations, la transfusion sanguine, l'apport en oxygène, tant de nouvelles réalités thérapeutiques améliorant vraiment la prise en charge des blessés. Et puis on s'occupe des convalescents, de leur état physique et psychologique.

Les femmes confirment leurs capacités, les mœurs changent, on compte de plus en plus de soutien dans le camp masculin, de moins en moins d'animosité, voire souvent un encouragement bienveillant.

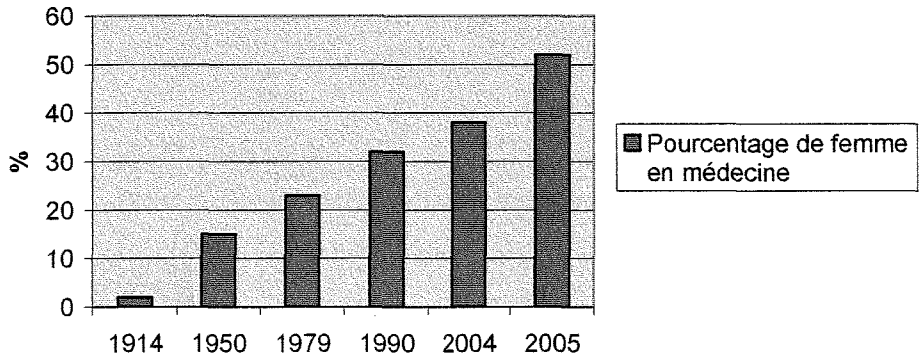
5. La médecine salariée

Deux facteurs de la féminisation médicale après guerre :
-la réforme hospitalière en 1958 crée (avec les CHU) l'instauration des temps plein hospitaliers
- puis la généralisation de l'assurance maladie qui ouvre le marché des soins à tous, en socialisant le risque et en assurant la solvabilité de la clientèle

[16] J. d'Alla, *des sorcières et des mandarines*, p : 207

En chiffre :
En 1914 : 2% des femmes médecins, 8% des étudiantes
15% dans les années cinquante
23% en 1979
32% en 1990
Projection 2025 : 52%

Evolution du pourcentage de femme en médecine de 1914 à 2005



6. conclusion

Nos aînées se sont battues pour conquérir les diplômes, le droit d'exercer pleinement leur vocation. Et puis il y eut les hauts postes, les patients, l'estime des collaborateurs à conquérir ; c'est chose faite semble t'il.
C'est un véritabel bouleversement démographique que représente la féminisation médicale. En effet, en 2005, deux tiers des médecins généralistes de moins de trente ans sont des femmes.
Et 2003 est la première année où les femmes sont plus nombreuses à s'inscrire à l'ordre des médecins que les hommes ; 50,3%.
Cette féminisation médicale a t' elle un impact sur l'organisation de la médecine générale ? Pour répondre à cela, nous allons faire l'état des lieux dans le prochain chapitre avec les praticines installés puis nous envisagerons la médecine de demain dans le troisième partie grâce à l'enquête menée auprés des internes de médecine générale, futurs praticiens.

Revue de la littérature

III Revue de la littérature

A. Démographie médicale : situation au 1er janvier 2004 de la médecine en France (à partir de l'étude du conseil national de l'ordre des médecins)

1. La féminisation médicale

Les femmes représentent actuellement 38,3 % des médecins en France (cette proportion est inférieure à la part des femmes dans la population active totale (44,8 %)).

La proportion de femmes est d'autant plus forte que les classes d'âge sont jeunes. Les femmes sont majoritaires chez les moins de 40 ans et en particulier chez les généralistes de moins de 35 ans (57%).

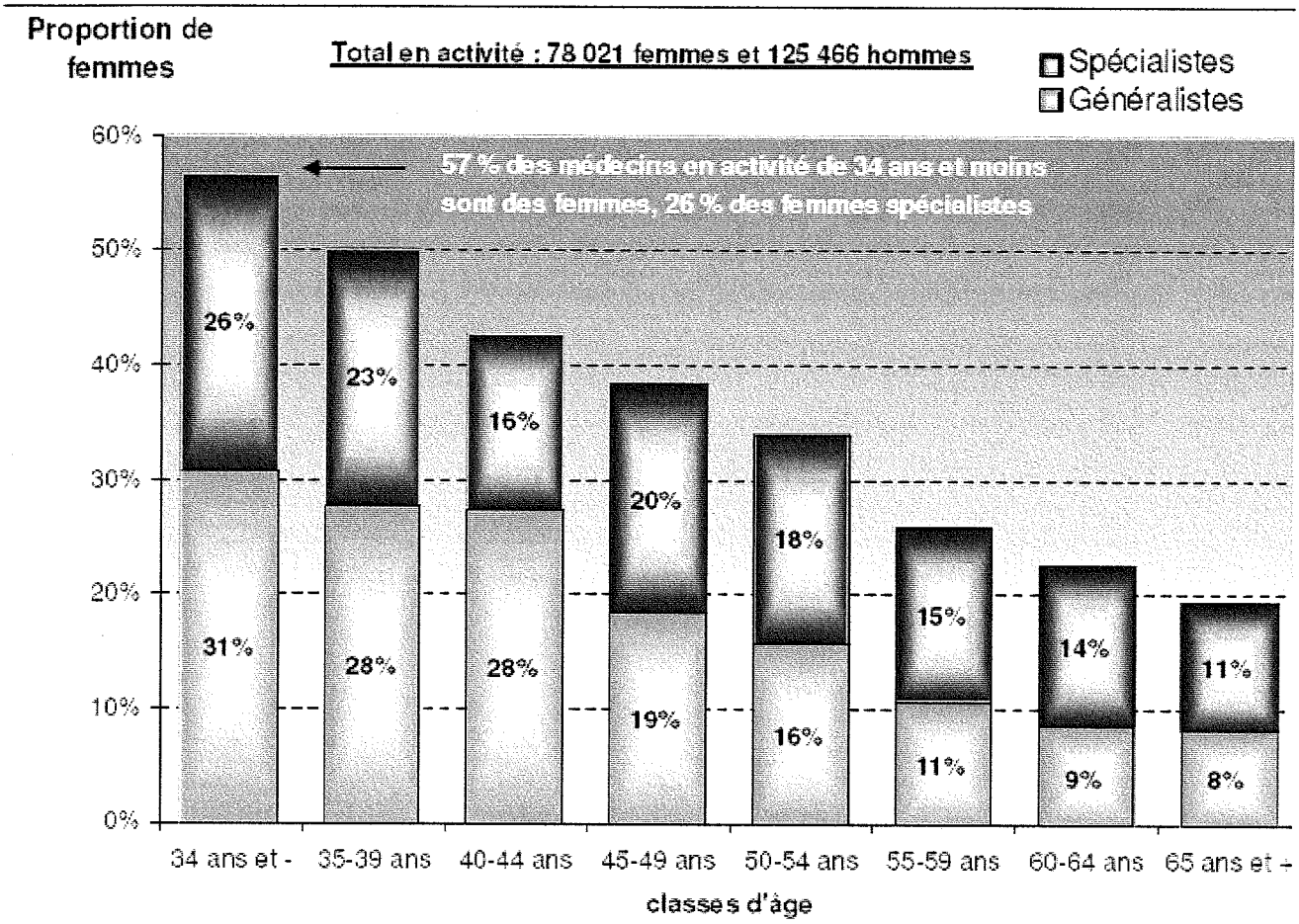
A noter que l'on parle encore de médecins généralistes et de médecins spécialistes, puisque la réforme de 2004 instaurant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale ne permettra qu'en 2007 aux omnipraticiens de devenir des spécialistes en médecine générale.

La tendance à la féminisation se poursuit, comme le montre une étude de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

Ainsi en 2002, 64 % des étudiants inscrits en 1ère année sont des femmes[17]

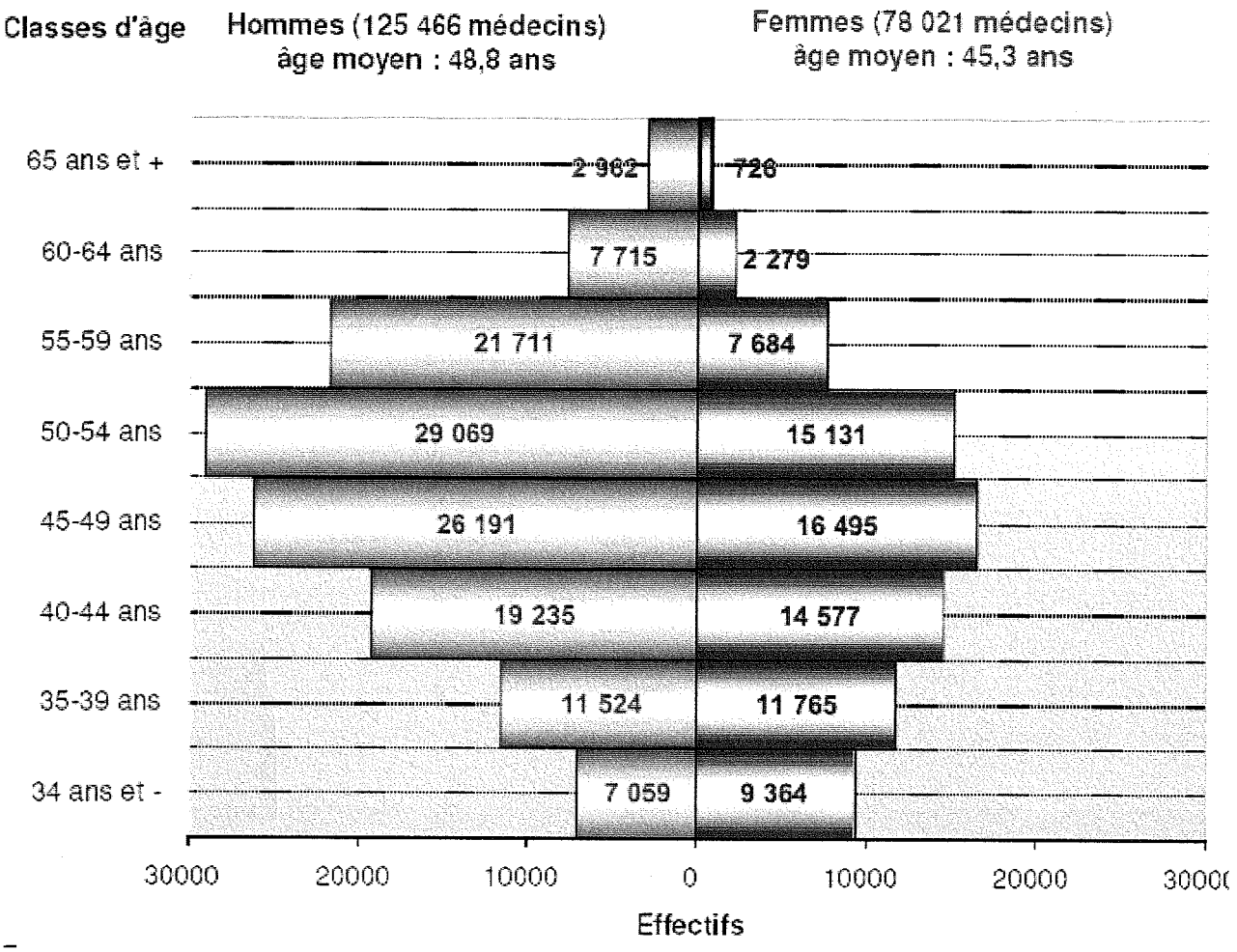
[17] Labarthe G. et Hérault D. : « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 ». DREES, Études et Résultats n°244, 2003.

Proportion de femmes selon l'âge, et la répartition généraliste - spécialiste de chaque tranche d'âge (Métropole)



2. Le vieillissement

L'âge moyen des médecins en activité est de 47,4 ans (respectivement 45,3 pour les femmes et 48,8 pour les hommes).
Il y a actuellement plus de médecins de plus de 50 ans que de médecins de moins de 40 ans,
Ainsi d'ici 10 ans, les classes en âge de prendre leur retraite seront numériquement très importantes. Ce qui pose un double problème :
La pénurie médicale annoncée : le numerus clausus actuel ne peut compenser le nombre de départs en retraite.
Le manque de dynamisme de cette tranche d'âge en ce qui concerne la permanence des soins (problème des gardes).



3. Le mode d'exercice

En 2003, seulement 31,97 % des jeunes médecins inscrits à l'ordre ont choisi la pratique libérale alors qu'aujourd'hui 55 % des médecins installés exercent en libéral. C'est le signe d'un malaise et d'une inquiétude manifeste des jeunes médecins qui sont de plus en plus nombreux à juger bien incertain l'avenir de la médecine libérale.[18]

On verra plus loin que les jeunes médecins, en particuliers les femmes s'orientent de plus en plus vers le salariat (notamment non hospitalier chez les généralistes).

[18] Article SNJMG, extrait du *Quotidien du médecin*, 02.06.04

Répartition des médecins en activité selon le mode d'exercice et le sexe (Métropole)

Mode d'exercice	Effectif	Part de femmes	Pourcentage
Libéral	91 280	28,1%	44,9 %
Mixte	19 319	29,1%	9,5 %
Libéral-Salarié	4 850	31,8%	25,1 %
Libéral-Hospitalier	12 673	28,0%	65,6 %
Libéral-Salarié-Hospitalier	1 796	29,5%	9,3 %
Salarié	75 758	49,1 %	37,2 %
Médecine salariée	22 693	67,5%	30,0 %
Hospitalier	50 118	40,7%	66,2 %
Médecine salariée-Hospitalier	2 947	50,5%	3,9 %
Divers	1 622	50,6%	0,8 %
Total médecins ayant une activité régulière	187 979	36,8%	93,4 %
Sans exercice déclaré	15 508	56,2%	7,6 %
Total France métropolitaine	**203 487**	**38,3%**	**100 %**

19

4. La répartition par spécialités

En 2004, les médecins se répartissent en 50,1% de généralistes et 49,9% de spécialistes, d'après le CNOM.

La majorité des spécialistes exerce une spécialité médicale (76,1 %) dont 13 % exerce en psychiatrie et 8 % dans l'une des deux spécialités « collectives » (médecine du travail et santé publique) et moins d'un quart une spécialité chirurgicale (23,9 %).

Parmi les spécialités qui connaissent un recul plus ou moins important de leurs effectifs (en évolution annuelle) : notons les disciplines psychiatriques (-10,6 % des effectifs de neuropsychiatres), la chirurgie générale (-7,2 %) et la gynécologie obstétrique (-1,6 %).

[19] **CNOM,** *Démographie médicale française, 1er janvier 2004*

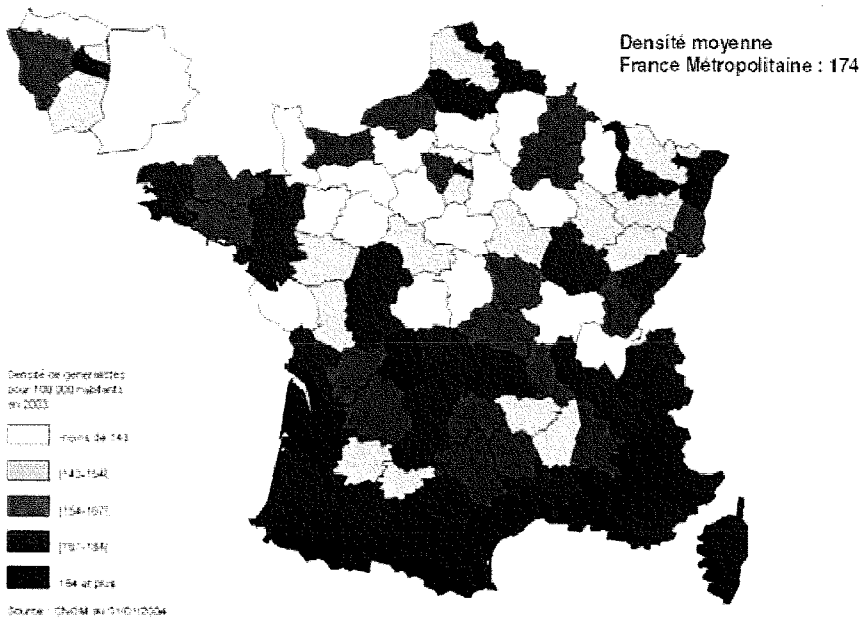
Les groupes de spécialités qui enregistrent les plus fortes progressions depuis 10 ans, et pour lesquels la progression reste forte en 2003, sont les spécialités liées à la cancérologie (radiothérapie, oncologie médicale et hématologie), la biologie médicale, et les disciplines « collectives » - la santé publique et la médecine du travail - ou encore la génétique médicale dernièrement (certaines de ces spécialités représentent cependant des effectifs très faibles).

Une spécialité connaît une augmentation particulièrement importante depuis l'an dernier : celle de la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (doublement des effectifs en un an), cette augmentation étant particulièrement ciblée à Paris et en Région PACA.[20]

5. La répartition géographique

La densité médicale (nombre de médecins pour 100000 habitants) est en moyenne de 174 pour les généralistes et 168 pour les spécialistes, avec des écarts très importants suivant les départements (CNOM, 2004).
Par exemple pour les omnipraticiens :
En lorraine, 146 en moyenne (source : DREES, 2001), avec aux deux extrêmes :
Meurthe-et-Moselle : 184
Meuse : 131
La Lorraine est ainsi une région faiblement peuplée en omnipraticiens (hormis la Meurthe et Moselle), aux deux extrêmes concernant la densité médicale, citons le Centre : 133, et l' Ile de France : 186.

Carte n°1
Densité départementale de généralistes en activité professionnelle (total en activité) pour 100 000 habitants (métropole)



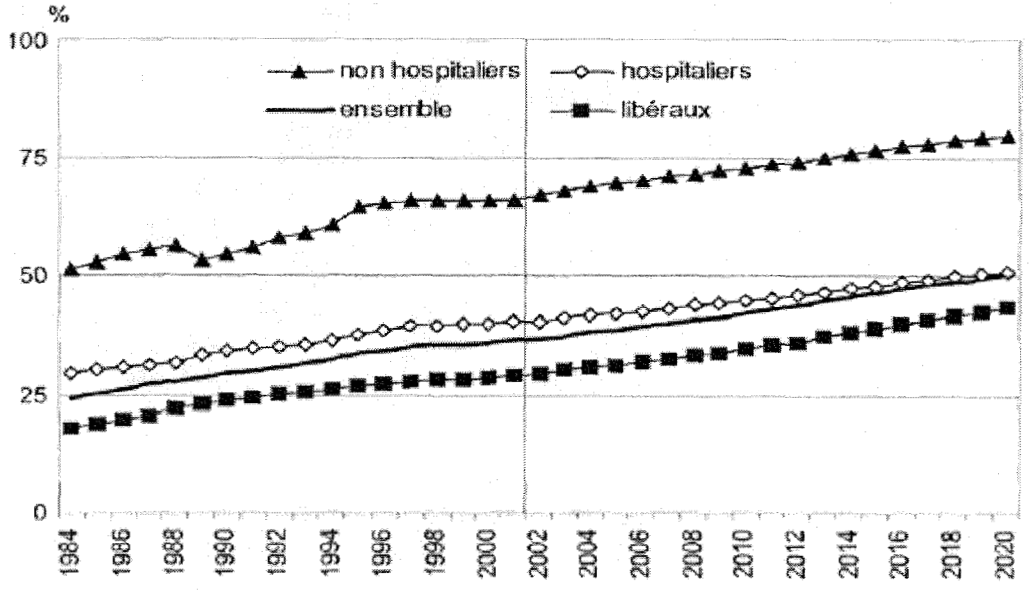
[20] Etude CNOM, *démographie médicale, 2004*

B.Projection 2025 de la médecine française dans son ensemble

1. La féminisation de la profession implique une totale réorganisation

En 2004, les femmes médecins représentent 57% des médecins généralistes de moins de 35 ans, dont 67% des médecins remplaçants. L'orientation plus forte vers la médecine générale pour nos jeunes consoeurs, qu'elle soit subie ou choisie, implique une nécessaire réorganisation de la profession.

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



Source : DREES.

En effet, on le détaillera plus loin, les études montrent que les femmes dans l'ensemble ont un temps de travail inférieur aux hommes, une activité plus faible, une attirance nette pour l'activité salariée exclusive, souvent même non soignante, des interruptions temporaires plus fréquentes dans leur carrière (liées à la maternité le plus souvent).
Cependant, elles ont un temps de consultation plus long, échangent plus avec leurs confrères et l'entourage du patient...pour une activité par ailleurs souvent similaire.
Actuellement, un médecin sur trois est une femme, mais à la vue des nouvelles générations, on prévoit qu'en 2025, un médecin sur deux sera une femme.

L'activité des femmes médecins n'est donc actuellement pas équivalente à celle des médecins de sexe masculin, tant quantitativement que qualitativement.
La féminisation médicale peut être un atout pour la médecine générale ambulatoire, à condition d'en mesurer l'impact, afin de maintenir l'accès aux soins primaires.

2. Le regroupement en cabinet

Qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, les jeunes médecins ne souhaitent plus s'installer seuls. Que ce soit pour assurer la continuité des soins, organiser son temps de travail, partager le matériel, médical, le secrétariat, ou encore simplement pour faire partie d'une équipe, les jeunes médecins ne conçoivent plus que ce mode d'installation.

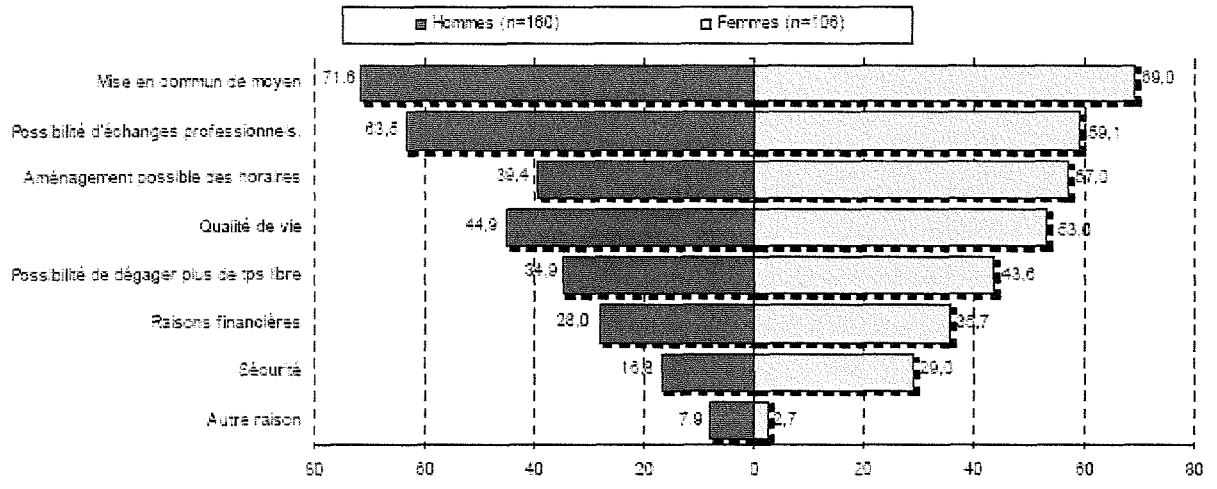
« Cet exercice comblera l'attente enfin récompensée, de nombreuses consoeurs, par la réalisation de structures d'associations féminines, autorisant les jeunes praticiennes(...) à combler leurs désirs légitimes d'exercer l'art médical », rapporté par F.R Cerruti[21].

En effet, les premières installations en cabinet ont été le fait de jeunes omnipraticiennes désireuses de travailler en libéral tout en organisant leur temps de travail. D'autres ont suivi l'exemple.

Les hommes et les femmes y trouvent (cf. graphique ci-dessous), l'avantage de mise en commun de moyens, des échanges professionnels. Les femmes sont plus nombreuses à apprécier l'aménagement possible des horaires, ainsi que la qualité de vie que permet l'exercice en cabinet de groupe.
La sécurité est également un critère de choix de l'exercice en cabinet que l'on retrouve plus chez les femmes que chez les hommes.

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%-



3. Le salariat investi par les jeunes généralistes : nécessité de créer le statut d'assistant salarié en médecine ambulatoire

Parmi les omnipraticiens, 70% sont libéraux[22], et en 2003, 53 % des résidents s'orientent vers le salariat (contre 30% de salariés généralistes actuellement).[23]

Dans l'ensemble de la population des médecins, la part des libéraux est de 54,08 %. Or, lors des inscriptions au tableau de l'Ordre pour 2003, on note un taux bien inférieur ; 31,97% seulement des nouveaux médecins inscrits choisissent le mode d'exercice libéral.
La désaffection semble donc bien réelle.

Les femmes sont en pourcentage plus important dans la catégorie « salariés », en particulier en médecine salariée exclusive, puisqu'elle représente 67,5% de cette population[24]. Parmi les médecins généralistes relevant d'une activité salariée, les femmes (40%) sont deux fois plus nombreuses que les hommes (20%).

Le salariat attire les jeunes médecins de plus en plus, et comme le dit F-R Cerruti : « La recherche d'un poste salarié n'est plus l'apanage exclusif des jeunes consoeurs désirant allier exercice médical et vie familiale, mais bien volontiers des diplômés des deux sexes »
Ainsi on observe depuis 1995, une nette attirance pour des postes salariés, tels que praticiens hospitaliers, praticiens adjoints contractuels, assistants, urgentistes...
Concernant la médecine générale ambulatoire, un décret instituant la création de statut d'assistant salarié collaborateur doit être publié prochainement ; ce statut rendra- t'il la médecine générale plus attractive pour les jeunes médecins ? Ce décret permet au jeune médecin de s'associer avec un médecin déjà installé, ce dernier lui fournissant le plateau technique nécessaire, en échange d'un pourcentage fixé sur les honoraires acquis.

C. Réflexion à partir de nombreuses études sur les conséquences de la féminisation de la médecine générale :

1. La répartition généralistes- spécialistes selon l'âge

IL faut distinguer trois grandes périodes :

D'abord, celle des CES, où les femmes s'orientent par cette voie plus vers les spécialités médicales que vers la médecine générale.
Ensuite, ces dix dernières années, ce fut l'époque du concours de l'internat, voie obligée pour devenir médecin spécialiste ; les femmes optent majoritairement pour la

---

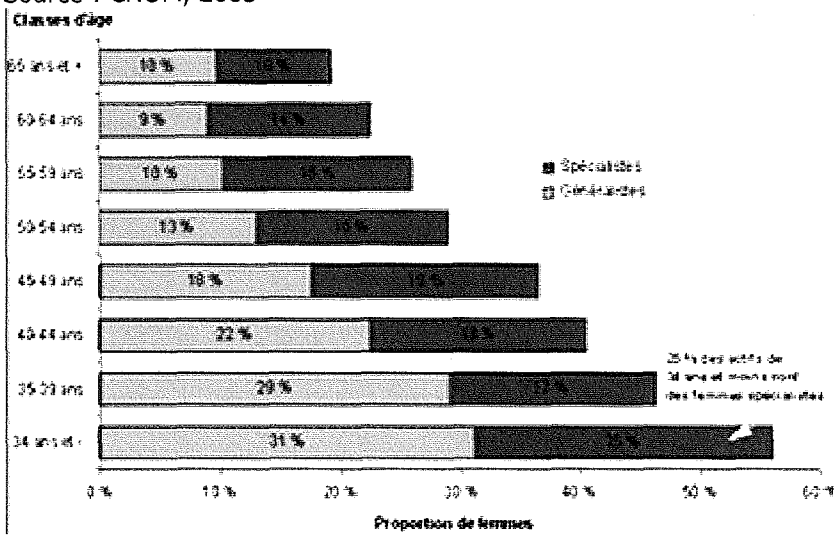
[22] Étude DREES, 2001, source ADELI

[23] **Dr Annereau Anthony**, thèse médecine générale, *installation des jeunes médecins, souhaits des résidents. Quelles concordances avec les conclusions ministérielles récentes ?* Nantes. 2003

[24] **CNOM**, *Démographie médicale française*
Situation au 1er janvier 2004, décembre 2004, Etude n° 37

médecine générale. Peut être est ce du aux contraintes familiales pour ces jeunes femmes qui ne peuvent consacrer assez de temps à la préparation de ce concours ? Cependant, cette tendance semble actuellement s'estomper, la proportion de femmes internes et résidentes étant très proche en 2004, respectivement 54% et 56%.[25]

Source : CNOM, 2003



2. La zone d'installation

Les femmes sont moins nombreuses que les hommes à avoir une activité franchement rurale, respectivement 7%, et 19%.

Par contre, leur activité « mixte à prédominance rurale » est plus importante,avec respectivement 16,3% (femmes) et 12,7% pour les hommes.[26]

Avec à l'opposé, l'agglomération parisienne où elles représentent 44% des médecins et 44,1% des omnipraticiens[27], cette tendance est d'autant plus forte chez les moins de trente ans.

L'attraction par les grandes villes s'explique par les grands ensembles hospitaliers, centres de soins et de prévention, où il y a de nombreux postes salariés, par le bassin d'emploi qu'elles représentent pour le conjoint, les services de loisirs plus développés, mais aussi par les prestations qui facilitent l'organisation de la vie familiale (exemple :les crèches comme celle du CHU brabois dont les horaires d'ouverture 6h-22h facilitent l'organisation de la vie familiale pour le couple).

---

[25] **CNOM,** *Démographie médicale française*
Situation au 1er janvier 2004, décembre 2004, Etude n° 37

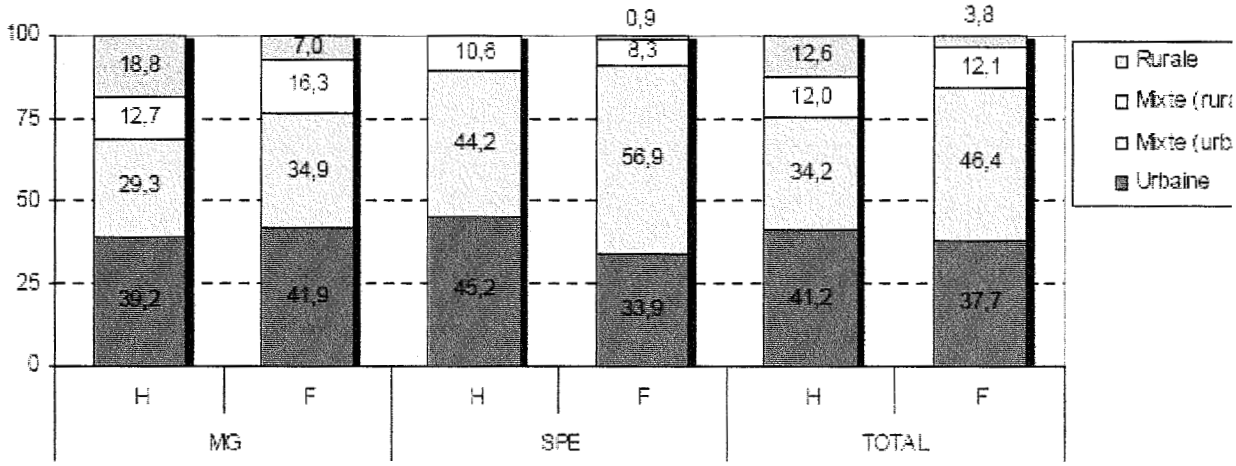
[26] **URMLRA (Rhône-Alpes), 2003,** *Etude de la féminisation médicale et de son impact, approche quantitative et qualitative,* p29

[27] **Sicart Daniel**, *les médecins, estimations au 1er Janvier 2004*, DRESS, mars 2005

28

Caractéristique de la patientèle des médecins libéraux en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-

-calcul réalisé sur 454 dossiers renseignés : 99,3%-



[28] **URMLRA (Rhône-Alpes), 2003,** *Etude de la féminisation médicale et de son impact, approche quantitative et qualitative,* p29

Certains évoquent la possibilité d'imposer l'installation en milieu sous médicalisé, puisque les incitations financières ne suffisent pas, mais ne risque t'on pas dès lors, de favoriser ainsi la ruée vers le salariat ?

Nos jeunes consoeurs semblent privilégier désormais les zones semi rurales, en raison des villes déjà très pourvues, et du nombre de poste salariés qui, malgré la forte offre actuelle, n'augmente pas autant que la féminisation.

3. La répartition sur le territoire français

Il existe une corrélation entre la part des femmes dans un département et la part des médecins salariés. Les départements où siégent les grands hôpitaux qui permettent l'accès à de nombreux postes salariés, comportent plus de femmes que d'autres.
Ainsi les régions Ile de France et Rhône-Alpes ont les taux de féminisation les plus élevées avec respectivement 43,6% et 40,2%.
La Lorraine est faiblement pourvue en femmes médecins, avec un taux de 34,6%
Le taux le plus bas est celui du Pas de Calais : 32%[29]

4. Le temps de travail des femmes

Les médecins "à temps complet" déclarent travailler près de 53 heures par semaine, ceux qui déclarent travailler à temps partiel effectuent environ 28 heures de travail par semaine.

Les femmes travaillent plus souvent à temps partiel (25 % d'entre elles contre 2 % des hommes), mais leur temps de travail est alors supérieur à 28 heures.
Lorsqu'elles travaillent à temps plein, elles font 10 heures de moins par semaine que les hommes (46 % contre 56 %).
Certes, elles travaillent moins en début de carrière en raison de leur temps consacré aux enfants, mais elles rattrapent plus tard les hommes en temps de travail.
Il ressort ainsi de l'étude réalisée par X. Niel [30], que les femmes travaillent, toutes choses égales par ailleurs, en moyenne 6 heures de moins par semaine que les hommes.
En postulant une stabilité dans le temps des comportements des médecins, les seules évolutions démographiques conduiraient d'ici 2020 à une diminution d'environ 2 heures par semaine du temps de travail.

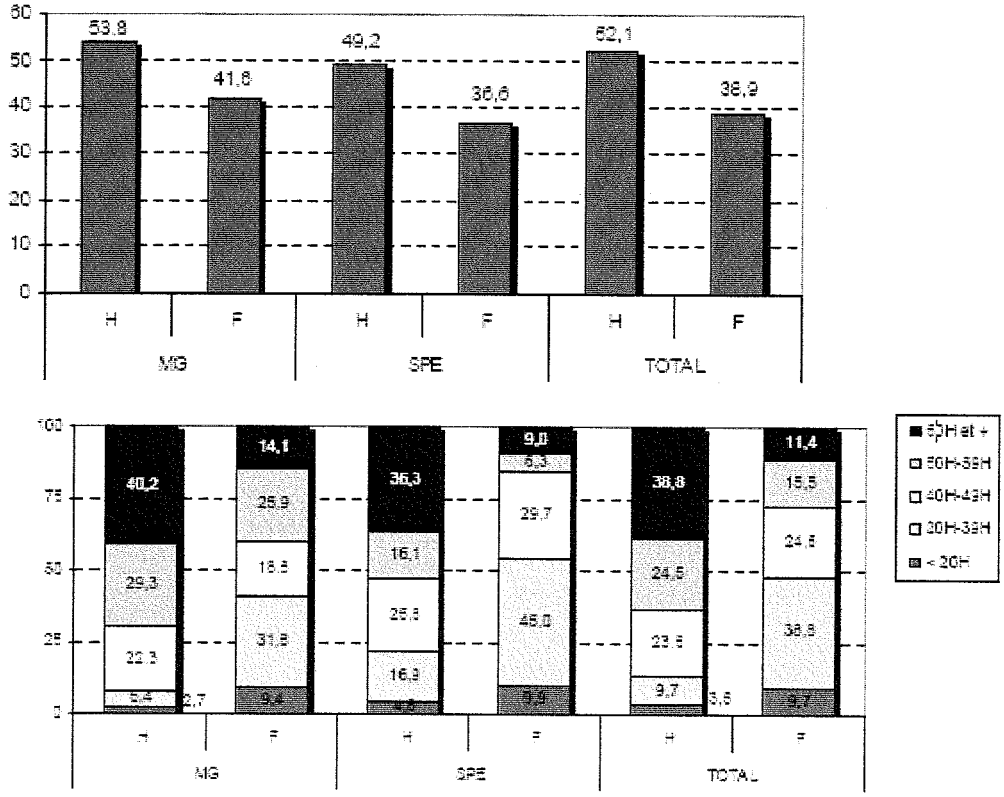
Un sondage réalisé pour « le Quotidien du médecin » (par « Decisions Research »), auprès de 200 femmes médecins généralistes, montre qu'en proportion elles travaillent :
Plus de 50 heures/semaine : 52% (temps plein)
Entre 30 et 50 heures : 45% (temps partiel)
Moins de 30 heures : 3%

---

[29] **Sicart Daniel**, *les médecins, estimations au 1er Janvier 2004*, DRESS, mars 2005, cf. annexe schéma 1

[30] **CNOM**, *Démographie médicale française, Situation au 1er janvier 2004, décembre 2004, Etude n° 37,* d'après l'étude de Vilain A et Niel X. : « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques », DREES, Etudes et Résultats n°114, 2001.

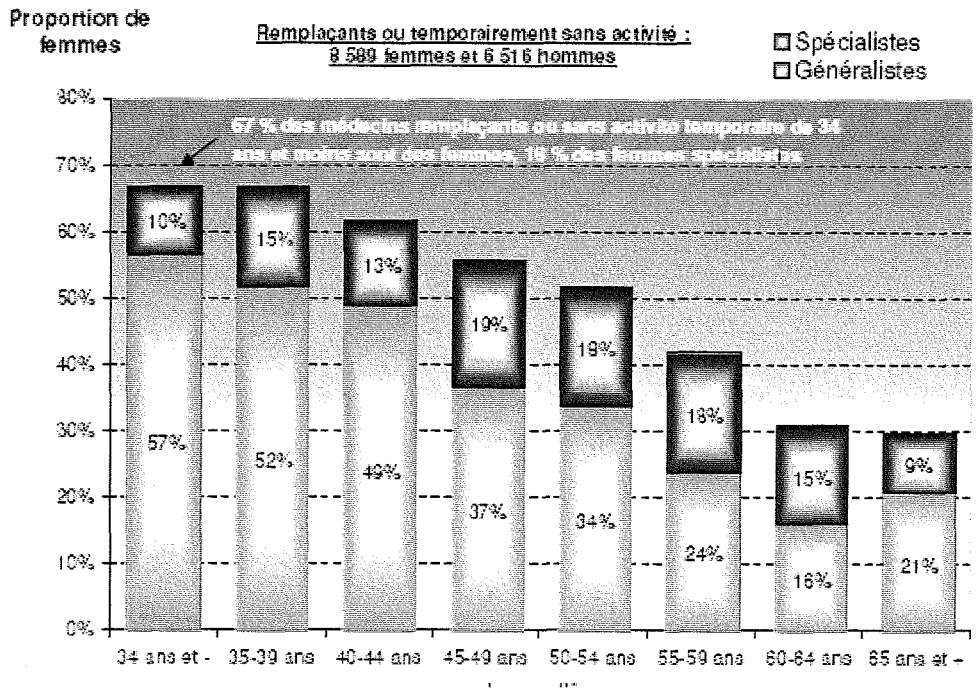
Nombres moyens d'heures effectués par les médecins libéraux[31]



5. La spécificité de l'exercice médicale au féminin

Un début d'activité souvent précaire :
Les femmes médecins connaissent un début d'activité souvent marqué par une absence temporaire d'exercice : elles remplacent. Ce statut leur permet d'allier vie familiale et professionnelle.
Source CNOM 2004 :

[31] **URMLRA (Rhône-Alpes), 2003,** *Etude de la féminisation médicale et de son impact, approche quantitative et qualitative*



Le contenu des consultations :

On voit dans le document suivant que l'activité médicale est très proche chez les femmes et les hommes au cours d'une consultation[32]. A noter par exemple, la même activité concernant les entretiens à caractère social et psychiatrique.

Le fait que les femmes y consacrent plus de temps est donc une idée reçue, c'est l'image de la femme médecin « mère » qui trompe les esprits.

Contenu des consultations

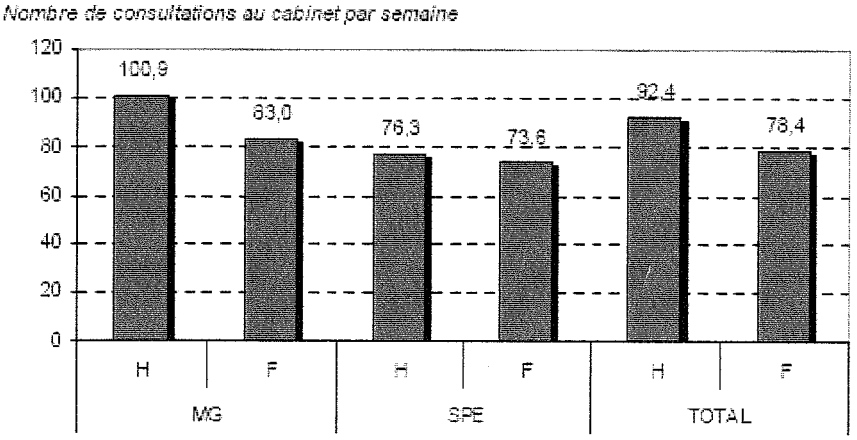
	Médecins femmes	Médecins hommes
Examen Clinique Général	42,9%	43,8%
Examen Clinique Loco-régional	43,7%	43,9%
Pas d'examen clinique	13,4%	12,3%
Total	100,0%	100,0%
Entretien à Caractère Social *	2,5%	2,6%
Aide psuchothérapeutique *	9,5%	9,0%
Conseils -éducations - hygiène de vie *	13,5%	13,0%
Injections *	7,4%	8,2%
Petite Chirurgie - Immobilisation *	1,8%	2,5%
Gynécologie *	1,8%	0,8%
ECG *	0,1%	0,6%
* Pourcentage rapporté au nombre total extrapolé de séances réalisée		
(1 138 806 séances pour les hommes médecins et 176 029 pour les femmes)		

[32] **Dr Wittke Laurence**, *la féminisation d'une profession s'accompagne t'elle d'une pratique spécifique des femmes médecins ?* SFMG, novembre 1997

Le nombre d'actes :

Nombre moyen de consultations hebdomadaires au cabinet en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle

-calcul réalisé sur 431 dossiers renseignés : 86,3%-



Les femmes font moins de consultations que leurs confrères, mais elles consacrent plus de temps à leurs patients.
Ainsi, on a estimé la durée moyenne de consultation à 16mn pour les femmes et 14mn pour les hommes.[33]

sexe des patients	médecins femmes	médecins hommes
hommes	14,7 mn	13,8 mn
femmes	17,3 mn	14,4 mn
moyenne	16,3 mn	14,1 mn

Le lieu d'exercice :

La différence est également significative concernant le nombre de visites à domicile, notamment chez les généralistes, l'enquête réalisée par l'URML Rhône- Alpes, montre que 87,2% des hommes font des visites à domicile contre 68% des femmes.

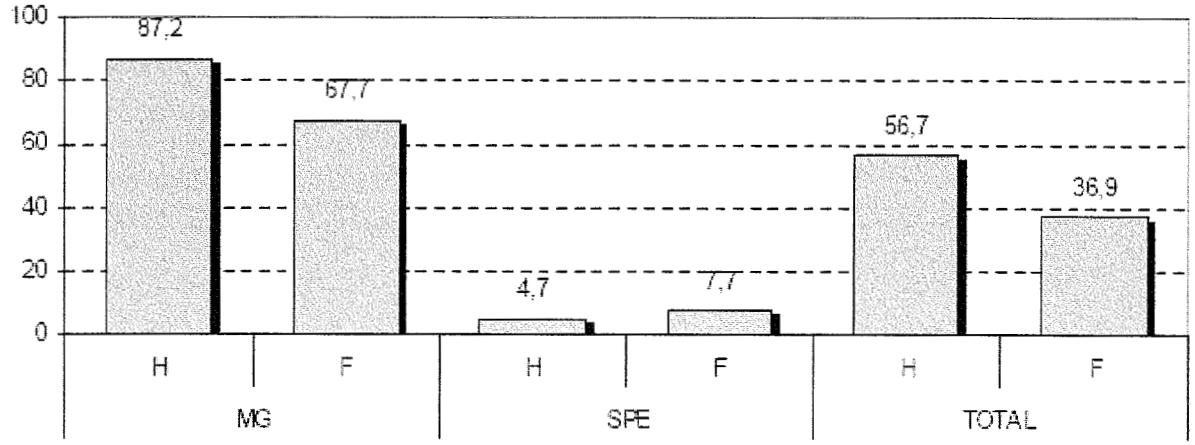
De plus, le nombre de visites par médecin généraliste est deux fois plus important chez les hommes que les femmes.

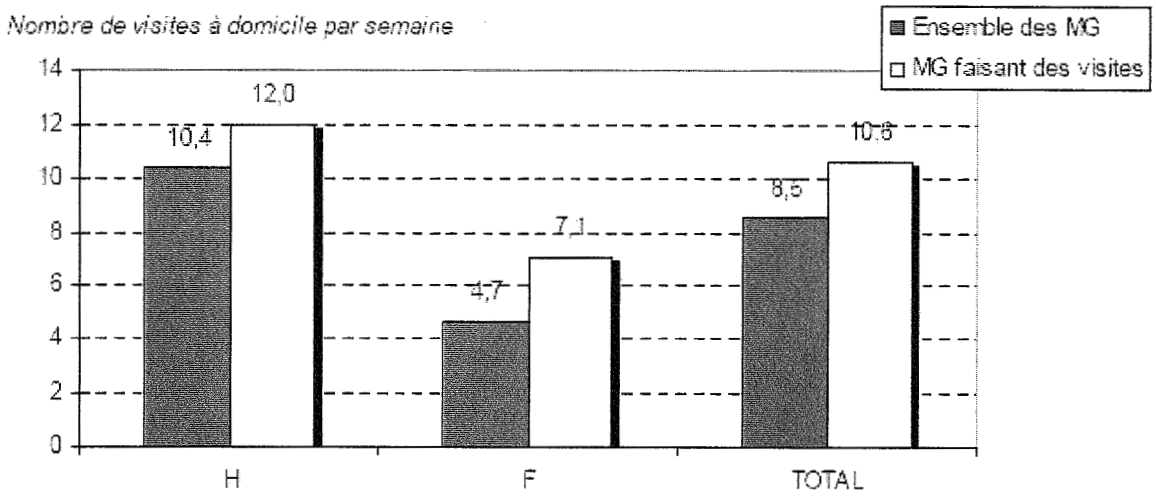
---

[33] **Dr Wittke Laurence**, *la féminisation d'une profession s'accompagne t'elle d'une pratique spécifique des femmes médecins ?* SFMG, novembre 1997

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%-





34

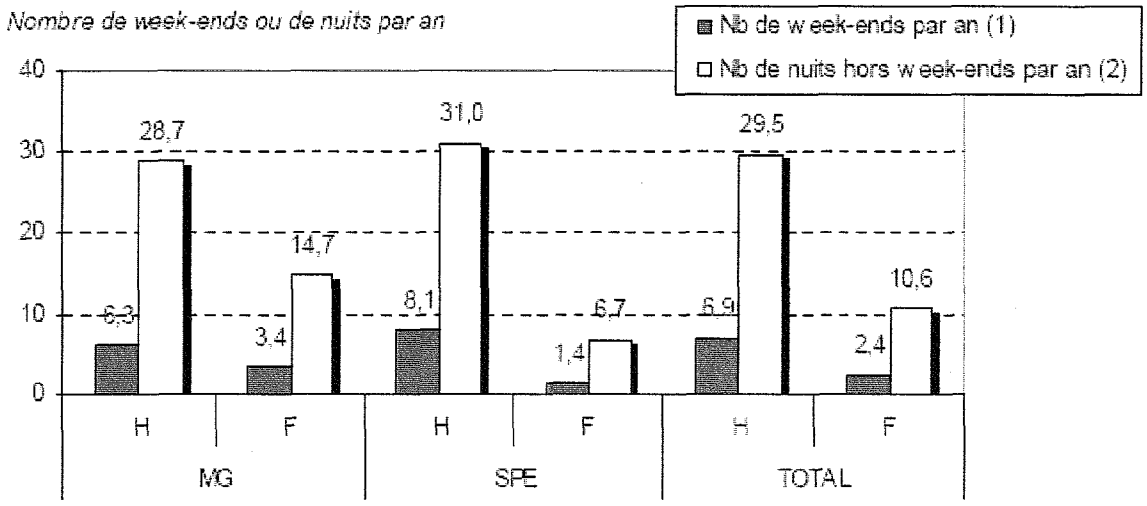
La permanence des soins, les gardes de semaine et de week-end :

Les hommes médecins font 3 fois plus de gardes que les femmes, la différence est moindre chez les généralistes où ils réalisent tout de même 2 fois plus de gardes que leurs consoeurs.

[34] **URMLRA (Rhône-Alpes), 2003,** *Etude de la féminisation médicale et de son impact, approche quantitative et qualitative*

Fréquence de la participation des médecins libéraux à des gardes en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -moyenne-

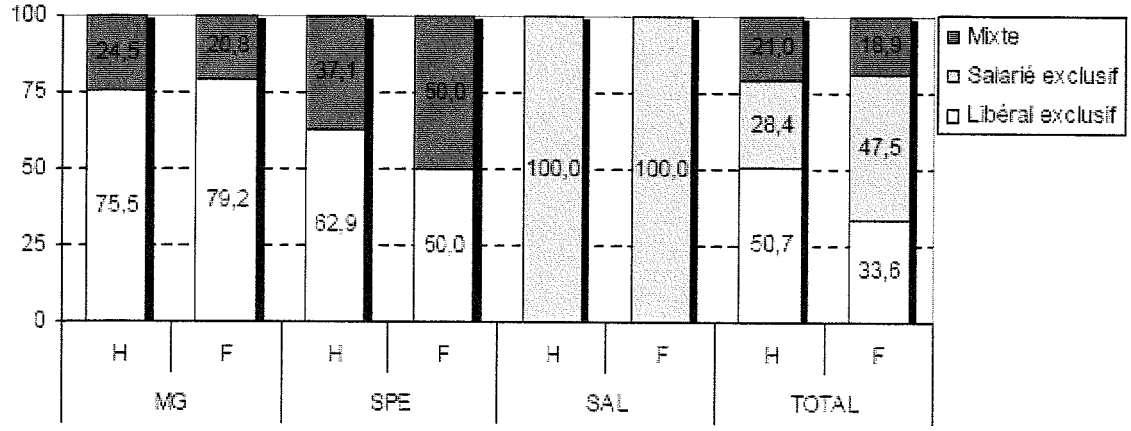
-(1) calcul réalisé sur 491 dossiers renseignés : 97.1%- -(2) calcul réalisé sur 485 dossiers renseignés : 96.0%-



6. Leur mode d'exercice

Le schéma ci-après, issu de l'étude URML Rhône- Alpes montre un taux de mode d'exercice en salarié exclusif chez les femmes médecins de 47% contre 28% chez les hommes. Elles sont moins nombreuses à choisir le mode libéral exclusif, 34% seulement contre 51%.

Les femmes choisissent initialement souvent une activité ambulatoire du type remplacement pendant quelques années, puis elles se tournent vers les postes salariés qui permettent une meilleure organisation de vie.
Cependant les postes salariés n'augmentent pas autant que le taux de féminisation médicale, ainsi elles finissent par exercer en médecine générale ambulatoire, mais le plus souvent en cabinet de groupe, pour les raisons citées ci-dessus (cf. 2 b : le regroupement en cabinet de groupe).



35

7. Le regard des femmes médecins sur leur profession

1. Les problèmes rencontrés

Les résultats ci-après sont extraits d'une étude réalisée[36] auprès des femmes médecins exclusivement, sans comparaison avec les hommes. Peut-être, ont-ils à l'heure actuelle les mêmes préoccupations que leurs consoeurs.

Le manque de temps consacré à la vie familiale :
Les femmes ont le sentiment de « sacrifier » leur vie familiale à leur vie professionnelle :
Un peu, 38%
Beaucoup, 29%
Pas vraiment, 17%
Pas du tout, seulement 16%

La protection maternité :
Les femmes médecins généralistes jugent la protection maternité :
Insuffisante, 38%
Très insuffisante, 30%
Totalement dissuasive, 23%
Au total, 91% des femmes interrogées trouvent la protection maternité au minimum insuffisante.
Seules 4% la jugent suffisante. (5% sans réponse)

Les gardes de nuit, 60%.
Cela concerne d'ailleurs aussi bien les hommes que les femmes médecins.
En effet il existe de multiples difficultés liées aux gardes de nuit ;
La fatigue d'abord : comment assurer la garde de nuit et être en forme ensuite pour faire ses consultations le jour.

---

[35] Extrait de étude URMLRA (Rhône-Alpes), 2003, *Etude de la féminisation médicale et de son impact, approche quantitative et qualitative*

[36] D'après une étude publiée dans « le Quotidien du médecin » (n° 7703, 8 Mars 2005), auprès de 200 femmes généralistes

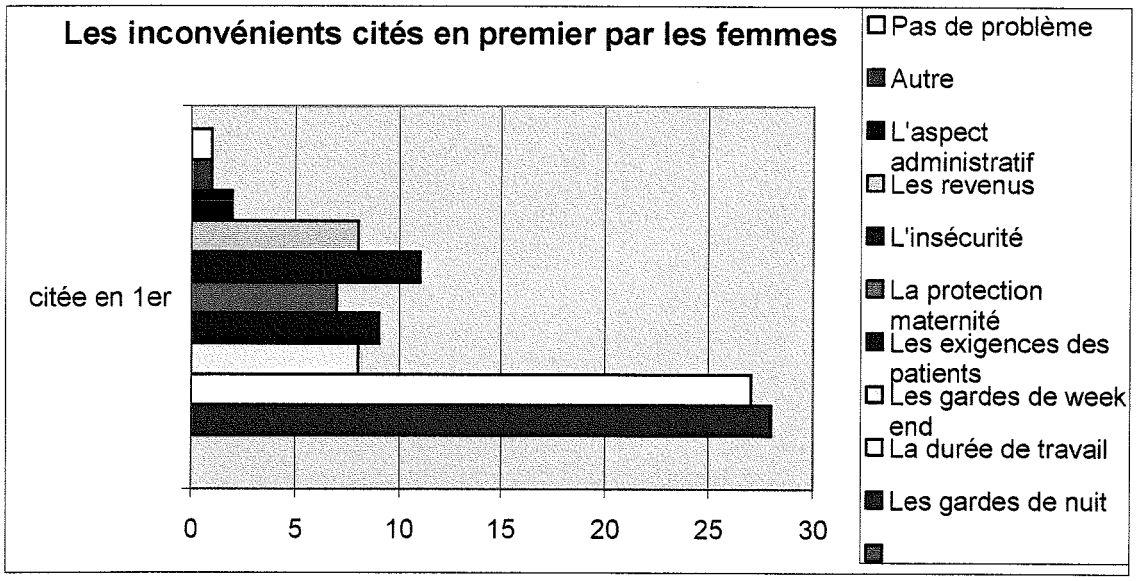
La garde des enfants la nuit : il est très difficile (voire impossible dans de nombreux secteurs) de trouver une nounou disponible la nuit. C'est donc au conjoint qu'il revient alors de s'occuper des enfants, à condition que celui soit présent et disponible.
Les difficultés conjugales qui peuvent survenir : réveil en pleine nuit du conjoint, sentiment d'abandon parfois ressenti par les enfants comme par le conjoint, la fatigue accumulée de chacun...tous ces éléments favorisent évidemment les tensions conjugales.

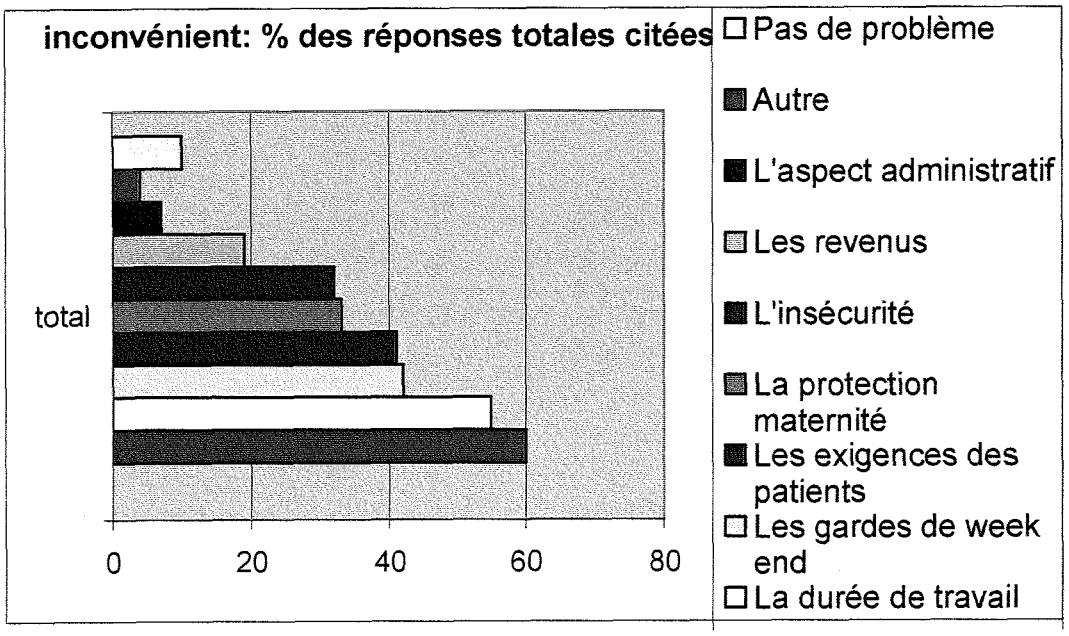
La durée de travail, 55% :
A l'heure des 35 heures de travail hebdomadaire en France et du développement de la société de loisirs, comment ne pas se sentir lésé lorsque l'on travaille plus de 50 heures par semaine ?

Les gardes de week-end, 42% :
Le week-end est le moment privilégié pour la vie de famille ou de loisirs. On prend le temps de manger ensemble, de s'occuper des enfants, de se retrouver en couple, enfin détendu. Alors c'est vrai que lorsque l'on passe déjà toute la semaine dans son cabinet jusque 20heure du soir (souvent même plus tard), on estime avoir aussi le droit à notre petite bulle de fin de semaine, indispensable pour avoir une vie équilibrée, et ainsi être le plus en accord possible avec soi-même, sa famille, ses patients.

Les exigences des patients, 41% :
Et oui, le sacre du médecin est bien enterré.
On se retrouve être des prestataires de santé, ne bénéficiant plus du respect du patient, ou si peu...mais chargé d'une mission de santé pour tous, mission indispensable mais qui amène trop souvent à des remarques désagréables de certains patients.

L'insuffisance de la couverture maternité, 33% :
Trop de femmes médecins ne peuvent mener leur grossesse comme il faudrait. Sans parler du risque accru de morbi-mortalité bien connu chez nos consoeurs, il faut aussi évoquer le manque de temps consacré à son bébé, lié à une reprise trop précoce de l'activité professionnelle. Ce manque de présence maternelle est souvent lourd de conséquences pour le développement psychoaffectif futur de l'enfant. L'enfant souffre...la mère aussi.

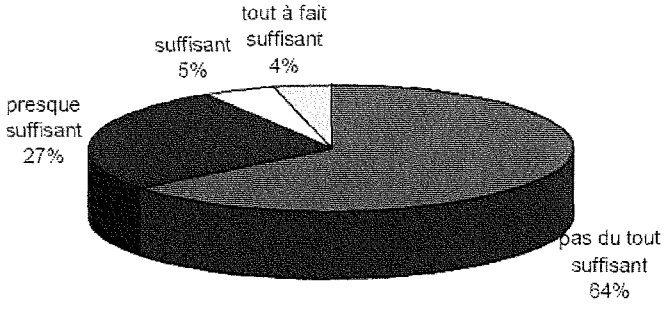




Leur temps personnel et familial jugé insuffisant :

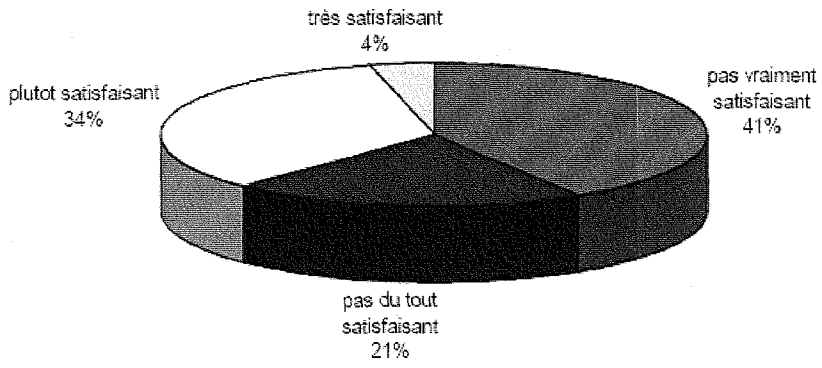
Dans sa thèse réalisée auprès des femmes généralistes en Bretagne, Dr B. Astruc retrouve une majorité de femmes jugeant leur temps personnel insuffisant (64%) , ainsi que leurs temps familial (62%) [37].

Temps personnel selon les femmes médecins



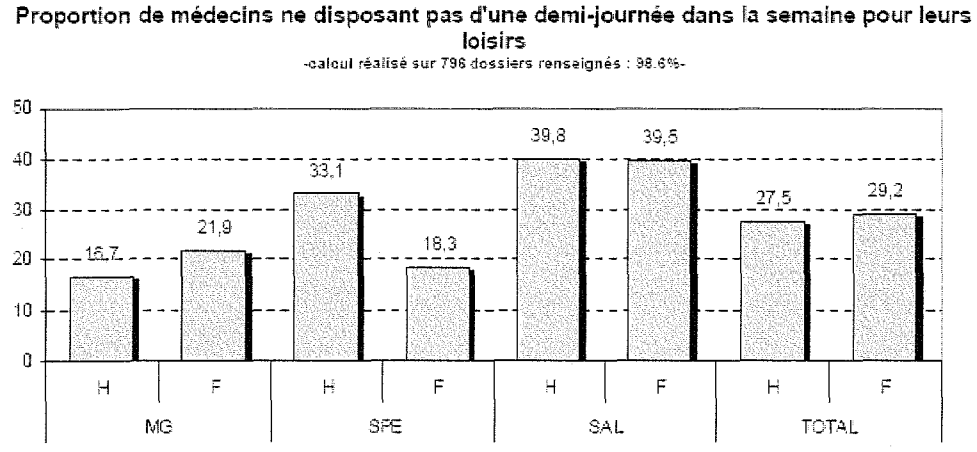
Temps consacrée à la famille selon les femmes médecins

[37] Astruc Béatrice, *les Femmes médecins*, Thèse 2003, format PDF, DMG Rennes



Les loisirs :

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.



2. Les satisfactions

Dans le sondage réalisé auprès des médecins femmes, publié dans le « Quotidien du Médecin », 70 % des femmes déclarent qu'elles choisiraient à nouveau la médecine générale contre seulement 22% qui feraient autre chose.

On l'a vu, les femmes médecins citent beaucoup d'inconvénients relatifs à leur profession, qu'est ce qui, dès lors, les fait tant aimer leur métier ?
Nous n'avons pas trouvé d'étude sur ce sujet, c'est-à-dire où l'on demande aux femmes ce qu'elles aiment le plus dans ce métier, et par conséquence ce qu'il faut privilégier pour permettre un exercice épanoui.
Les résidents de Nancy ont répondu à cette question, qui faisait partie de l'enquête distribuée.

8. Les propositions des femmes médecins pour encourager la profession

En reprenant les données citées ci-dessus, on retrouve essentiellement :

Une meilleure régulation qui assure la permanence des soins tout en permettant aux femmes d'organiser leur temps de travail, temps partagé entre le professionnel et le familial.

Une aide financière à l'installation, notamment pour créer des maisons médicales, cadre d'exercice très pourvu par nos jeunes consoeurs.

Une meilleure couverture maternité afin de réduire le nombre de prématurité et d'envisager sereinement l'installation libérale au lieu de se tourner vers le salariat. L'alignement sur la durée légale de l'arrêt maternité (possibilité de s'arrêter 6 semaines avant la date présumée et 10 semaines après) est le combat que mène le docteur Sandrine Buscail, présidente du Syndicat des jeunes médecins généralistes.

Etude personnelle :

Enquête auprès des résidents de la Faculté de Médecine de Nancy en 2005

IV Enquête réalisée auprès des résidents de la faculté de médecine de Nancy en 2005

A.Matériel et méthode

1. Objectif

Etablir les projets professionnels des résidents en les comparant par sexe, afin d'établir d'une part les conséquences éventuelles de la féminisation du corps médical, et d'autre part les éléments communs à toute une génération.

2.La population

La population interrogée est l'ensemble des résidents de Lorraine, inscrits à la faculté de médecine pour l'année 2004-2005.
Les résidents et les internes en médecine générale, sont les étudiants inscrits en troisième cycle de TCEM1 à TCEM3 ($7^{ème}$ à $8^{ème}$ année de médecine).
Il y a 217 résidents en stage en Lorraine, et au total 253 résidents (les autres résidents étant soient en DOM TOM, à l'étranger, en disponibilités, en inter chu).
Nous avons obtenu 151 réponses pour 217 résidents inscrits en formation en Lorraine ce semestre, dont 81 femmes et 70 hommes, soit un taux de 70% de répondants.

3. L'outil de mesure

Il s'agit d'un auto questionnaire distribué les jours de répartition des stages à l'ensemble des résidents présents, vendredi 20 avril 2005 et mercredi 30 mai 2005, récupéré le jour même dans l'amphithéâtre lorsque les résidents signaient pour leur choix de stage.
L'enquête est faite de 25 questions.
Les thèmes étudiés sont :
-le mode d'activité
-le type d'activité
-les zones d'installation
-le temps de travail envisagé
-les intérêts et les inconvénients ressentis de la médecine générale
-la vocation pour la profession
-les éléments favorisant la médecine générale en milieu rural
L'enquête complète est disponible en annexe.

4. L'analyse statistique

La description des réponses est faite par item.
Les réponses sont données en pourcentage des répondants et en une comparaison homme/ femme. Certaines réponses sont données également avec une comparaison TCEM1/TCEM2/TCEM3 lorsque l'on note une évolution des choix au cours des années d'internat.
Le test X^2 est utilisé ici afin d'établir s'il existe une différence homme/femme avec un seuil de signification (p) retenue à 0,05. A savoir si $p \leq 0,05$, alors il existe une différence significative entre les deux sexes.

B.Résultats de l'enquête

1. Sexe, âge, année

Sexe : 81 femmes, 70 hommes

Age : 24ans : n=5, 3%
25ans : n=19, 12%
26ans : n=27, 18%
27ans : n=41, 27%
28 ans, n=33, 22%
29 ans, n=14, 9%
30 ans et + (de 30 à 51 ans) :n=6, <5%

Année :
TCEM1 : n=31
TCEM2 : n=43
TCEM3 :n= 76

2. Mode d'activité choisi par les résidents (Q2)

Les femmes sont aussi présentes que les hommes à envisager le mode libéral exclusif, par contre elles sont moins nombreuses concernant le mode hospitalier exclusif. En effet les femmes préfèrent une activité mixte, à la fois hospitalière et ambulatoire (cf tableau 1).

A noter l'évolution au cours des années d'internat (TCEM1 à TCEM3). Les internes en fin de cursus sont beaucoup plus nombreux qu'en première année à évoquer une pratique hospitalière exclusive, 26% de TCEM3 versus 6% de TCEM1, (p=0,03).
Le fait que l'écrasante majorité des stages ait lieu à l'hôpital au cours de ces trois années semble nettement favoriser la pratique future hospitalière (cf tableau 2).
Par contre, la médecine ambulatoire exclusive attire à peu près le même nombre d'internes en fin et en début de cursus ; 58% en TCEM1 versus 51% en TCEM3.

Tableau 1
Mode d'exercice professionnel envisagé selon le sexe

mode d'exercice professionnel (Q2)	Femme(%)	Homme(%)	p
Ambulatoire libéral exclusif	51,85	54,29	0,76
ambulatoire salarié	8,64	4,29	0,28
ambulatoire et hospitalier	30,86	24,29	0,36
hospitalier exclusif	14,81	22,86	0,20

38

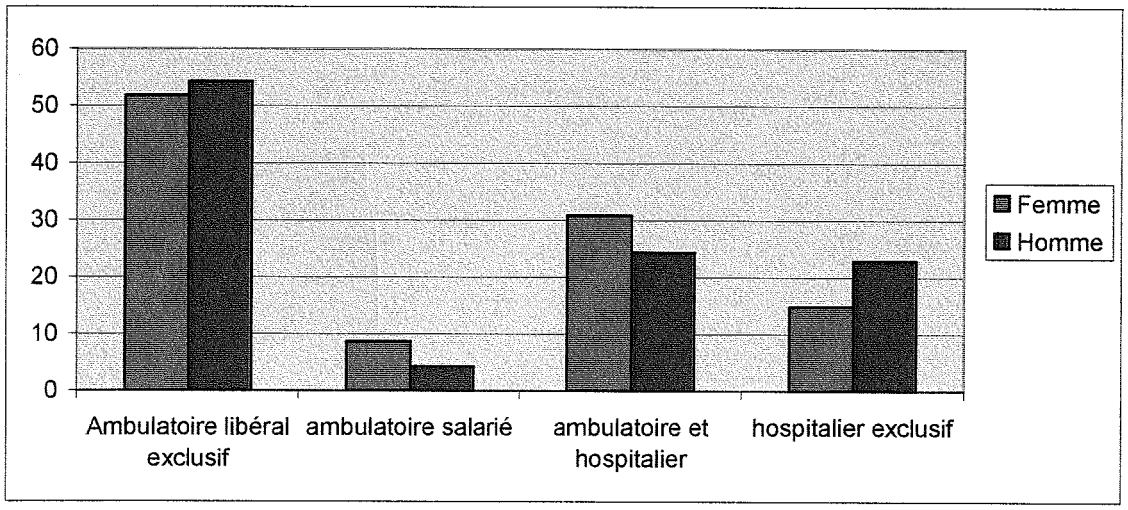
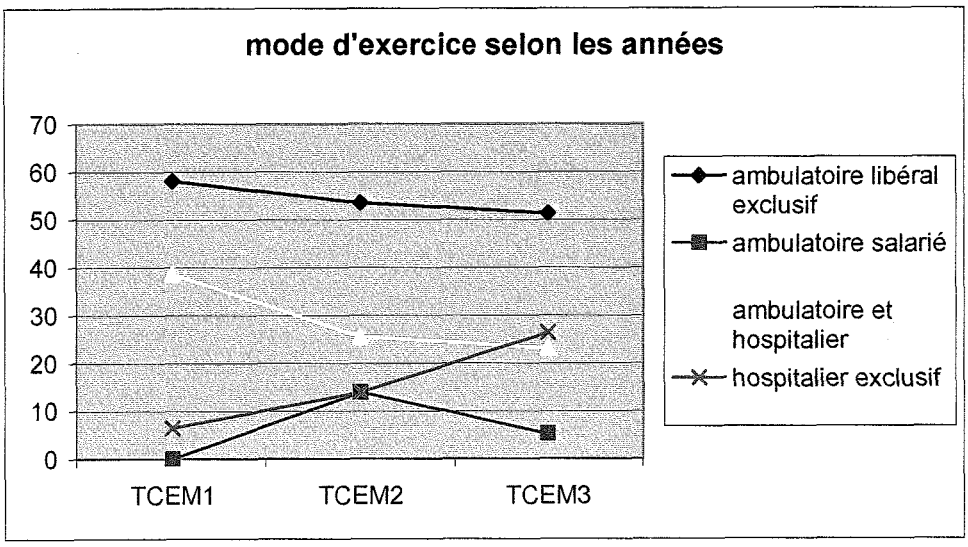


tableau 2
mode d'exercice professionnel envisagé selon les années

mode d'exercice selon les années	TCEM1(%)	TCEM2(%)	TCEM3(%)	P
ambulatoire libéral exclusif	58,06	53,49	51,32	0,81
ambulatoire salarié	0	13,95	5,26	0,04
ambulatoire et hospitalier	38,71	25,58	23,08	0,27
hospitalier exclusif	6,45	13,95	26,32	0,03

[38] *Les résidents avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses*

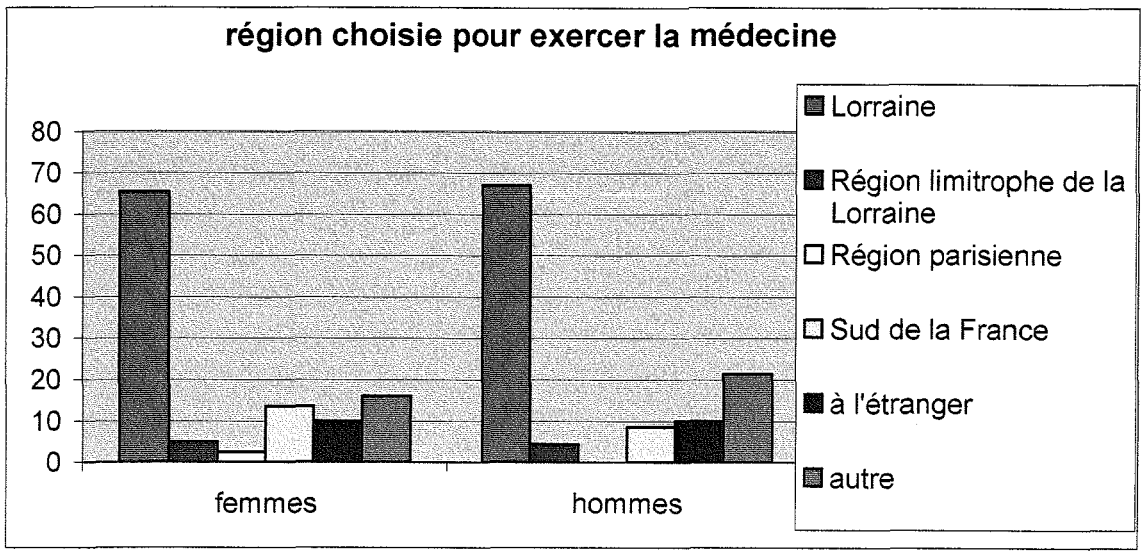


3. La région choisie par les résidents (Q3)

IL n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes concernant la région de destination après l'internat.
La Lorraine est choisie par 65% des femmes, et 67% des hommes.
On remarque que les étudiants sont plus attirés par les îles et le sud de la france que par Paris.

Tableau 3
Région envisagée par les étudiants

dans quelle région voulez vous exercer?(Q3)	**Femmes**(%)	**Hommes**(%)	**p**
Lorraine	65,43	67,14	0,82
Région limitrophe de la Lorraine	4,94	4,29	0,85
Région parisienne	2,47	0	0,19
Sud de la France	13,58	8,57	0,33
à l'étranger	9,88	10	0,98
Autre (dom-tom par ex)	16,05	21,43	0,39



4. Département envisagé par les résidents qui veulent exercer en Lorraine (Q4)

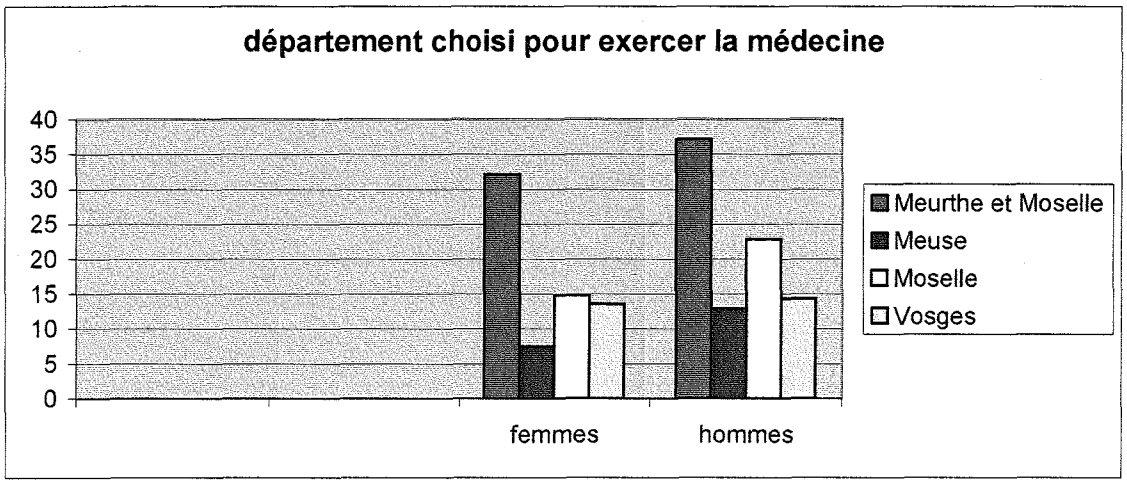
On le voit très clairement, la Meurthe- et- Moselle est choisie en priorité par les deux sexes (32% des femmes et 37% des hommes). La Meuse par contre, est déjà une région sous médicalisée (en 2004, densité=131)[39], et elle le restera probablement.

Tableau 4

Département choisi par les résidents

dans quel département si vous choisissez de travailler en Lorraine?(Q4)	Femmes(%)	Hommes(%)	P
Meurthe et Moselle	32,1	37,14	0,51
Meuse	7,41	12,86	0,26
Moselle	14,81	22,86	0,20
Vosges	13,58	14,29	0,90

[39] **CNOM,** *Démographie médicale française*
Situation au 1er janvier 2004, décembre 2004, Etude n° 37



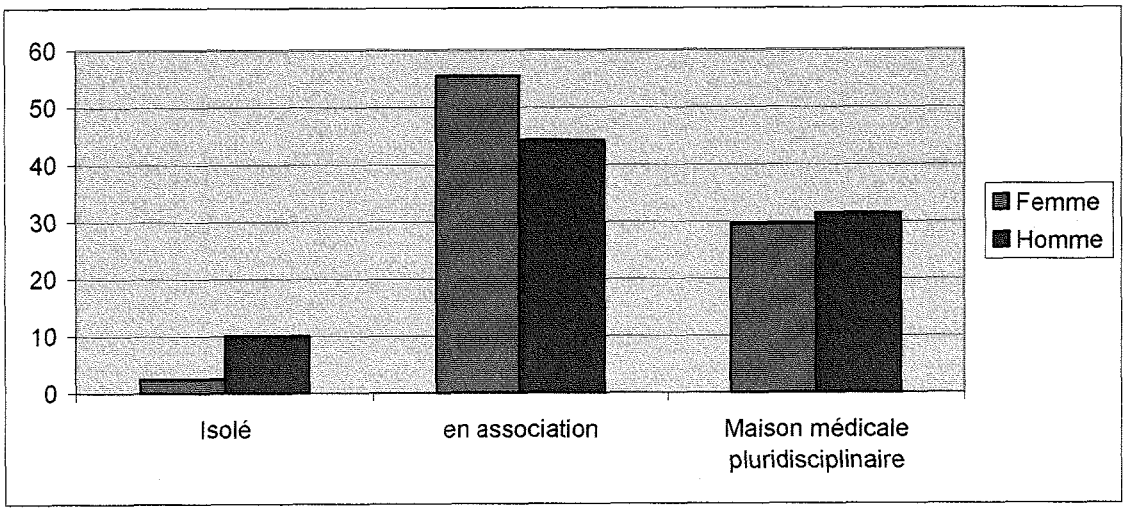
5. Activité envisagée par les résidents qui choisissent un exercice ambulatoire (Q5)

Les résultats confirment les données de l'étude du Conseil National de l'Ordre des Médecins[40] ; les résidents ne veulent plus travailler en cabinet isolé, et surtout les femmes (seulement 2% des femmes pour 10% des hommes). La différence entre les deux sexes est statistiquement significative (p=0,05).
L'activité en association est un choix majoritaire chez les deux sexes (55% des femmes et 44% des hommes). La maison médicale pluridisciplinaire est un choix qui concerne 1/3 des internes des deux sexes.

Tableau 5
Type d'activité envisagé en médecine ambulatoire par les résidents

Type d'activité (Q5)	**Femme**(%)	**Homme**(%)	**p**
Isolé	2,47	10	0,05
en association	55,56	44,29	0,16
Maison médicale pluridisciplinaire	29,63	31,43	0,81

[40] **CNOM,** *Démographie médicale française*
Situation au 1er janvier 2004, décembre 2004, Etude n° 37



6. Zone d'activité ambulatoire envisagée par les résidents (Q6)

Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes concernant le choix des zones d'exercice.

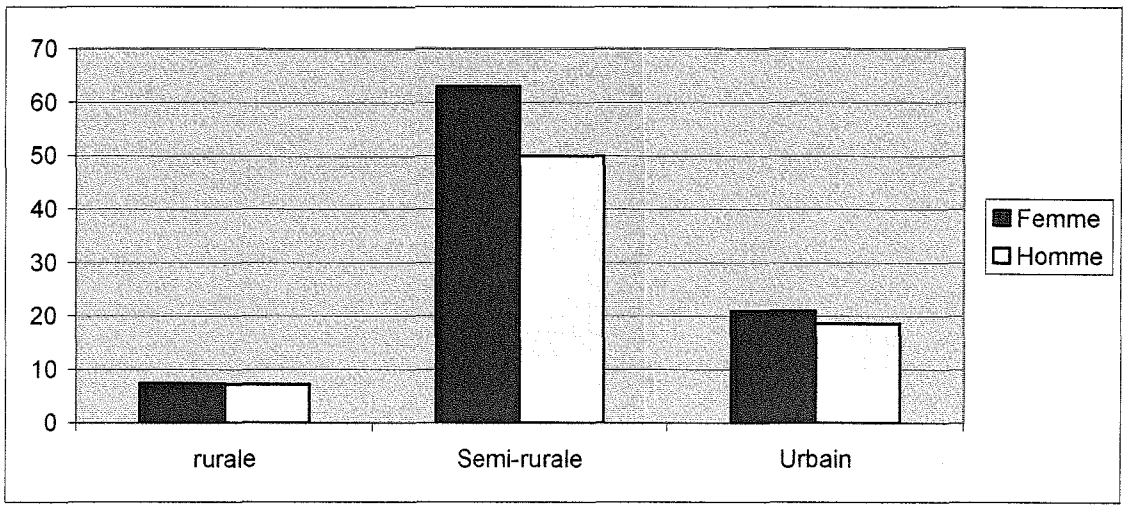
Les résidents semblent vouloir s'installer majoritairement en zone semi rurale, en particulier les femmes (62% des femmes, 50% des hommes).

Ce choix est probablement le fait de villes déjà saturées en médecin où il est difficile de se créer une patientèle (surtout dans le contexte de création du statut de médecin traitant).

Tableau 6

Zone d'activité envisagé par les résidents

Zone d'activité ambulatoire (Q6)	**Femme**(%)	**Homme**(%)	**p**
Rurale	7,41	7,14	0,95
Semi rurale	62,96	50	0,10
Urbain	20,99	18,57	0,71



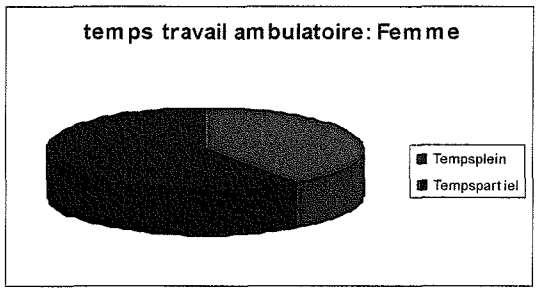
7. Temps de travail envisagé en médecine ambulatoire (Q7)

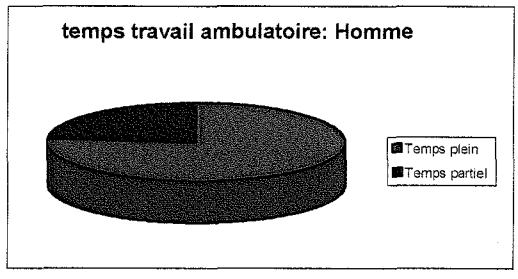
Les femmes envisagent majoritairement d'exercer en temps partiel contre moins d'un quart des hommes. La différence est statistiquement significative, $p<0,001$.

Tableau 7

Temps de travail ambulatoire envisagé par les résidents

Temps de travail ambulatoire (Q7)	**Femme**(%)	**Homme**(%)	**P**
Temps plein	40,3	76,47	≤O,001
Temps partiel	59,7	23,53	





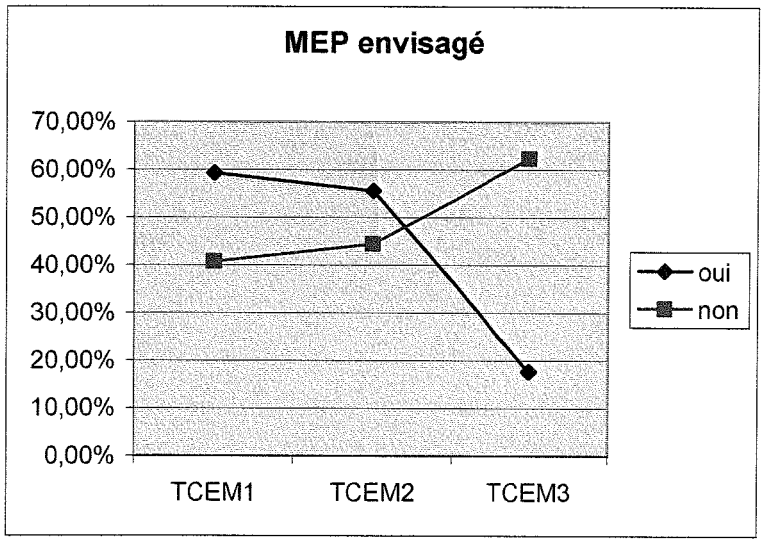
8. Les résidents envisagent- ils d'exercer un mode d'exercice particulier (MEP) ?(Q8)

Au total, 41 % des hommes répondent oui pour 38% des femmes, ces taux sont similaires pour les deux sexes et ils montrent un intérêt porté par les étudiants pour un exercice ultérieur plus spécifique. Le risque évident est celui de négliger l'activité de médecin traitant, et ainsi aggraver les problèmes d'accessibilité aux soins primaires.

Cependant, les étudiants en fin de cursus semblent abandonner ce genre d'activité, seulement 17% des internes de 3ème année envisagent un mode d'exercice particulier. En effet, ces derniers sont nombreux à avoir remplacé en médecine ambulatoire, et ils ont dés lors pu se rendre compte que la charge de travail ne permettait pas de pratiquer un MEP, à moins d'en faire une pratique exclusive.

Tableau 8
Les résidents envisagent-ils un MEP ?

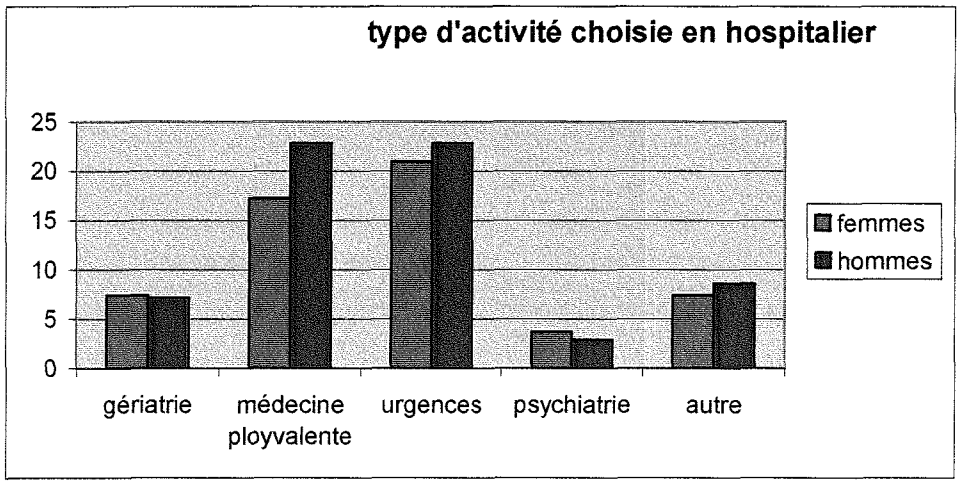
MEP envisagé?	oui	non	p
			< 0,000
TCEM1	59,26%	40,74%	1
TCEM2	55,56%	44,44%	
TCEM3	17,65%	62,35%	



9. Type d'activité en médecine hospitalière envisagé par les résidents (Q9)

Les taux sont similaires chez les hommes et les femmes, avec une préférence partagée pour la médecine polyvalente et la médecine d'urgence.
La psychiatrie, par contre, n'attire pas les jeunes généralistes (ce qui reflète le choix des postes à l'internat).
Tableau 9
Type d'activité envisagé concernant la médecine hospitalière

Type d'activité hospitalier (Q9)	Femmes(%)	Hommes(%)	P
gériatrie	7,41	7,14	0,95
médecine polyvalente	17,28	22,86	0,39
urgences	20,99	22,86	0,78
psychiatrie	3,7	2,86	0,77
autre	7,41	8,57	0,79



10. Temps de travail hospitalier envisagé (Q10)

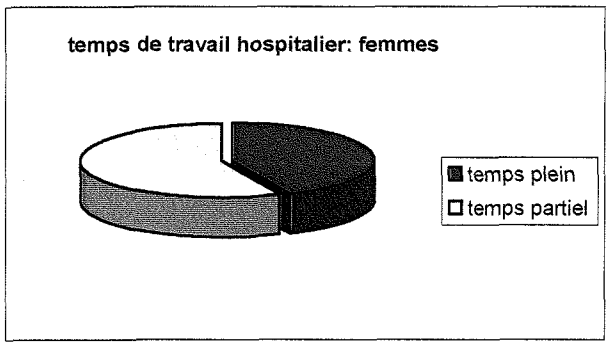
Les femmes sont encore majoritaires à opter pour un temps partiel (57% des femmes et 39% des hommes).

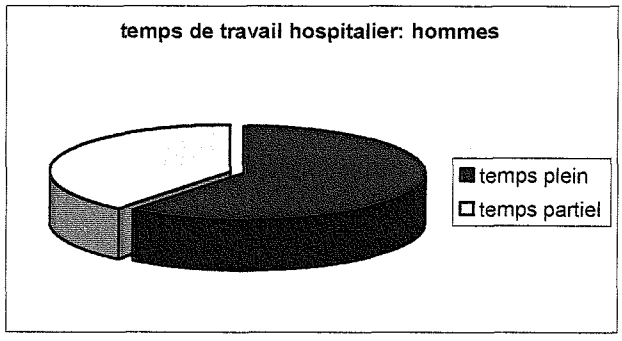
Les hommes qui envisagent la médecine hospitalière sont plus nombreux qu'en ambulatoire à évoquer un temps de travail partiel (39% contre 23% en ambulatoire).

Tableau 10

Temps de travail envisagé en médecine hospitalière

temps de travail hospitalier (Q10)	**Femmes**(%)	**Hommes**(%)	**P**
temps plein	43,24	60,61	0,14
temps partiel	56,76	39,39	





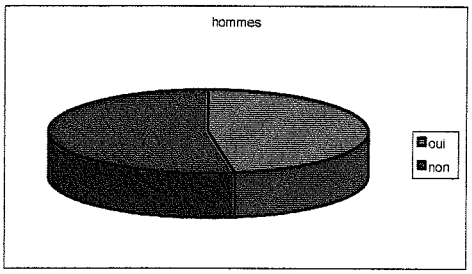
11. Si vous pouviez obtenir un poste d'assistant collaborateur salarié en médecine ambulatoire, cela vous inciterait-il à travailler en ambulatoire ?(Q11)

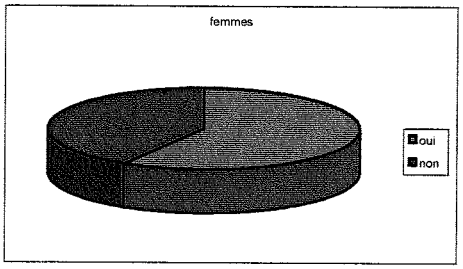
53% pensent que oui, contre 47% d'internes non favorables.

Tableau 11

Le poste d'assistant collaborateur influencerait-il l'installation en médecine ambulatoire ?

assistant collaborateur(Q11)	Femmes(%)	Hommes(%)	P
oui	58,54	47,22	0,32
non	41,46	52,78	



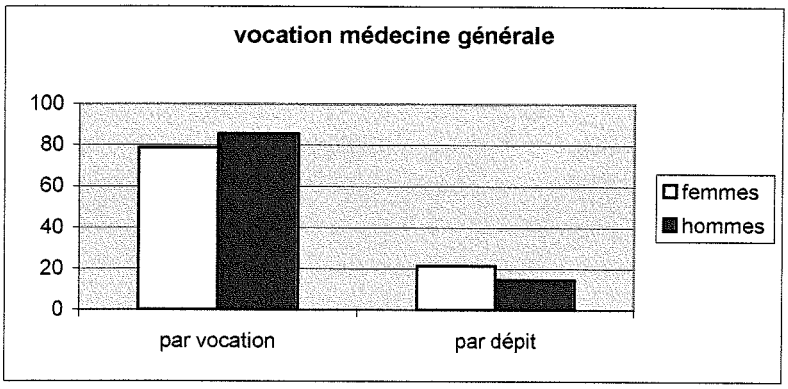


12. Les résidents sont ils en médecine générale par dépit ou par vocation ?(Q12)

C'est avec enthousiasme que l'on constate que 79% des femmes et 86% font médecine générale par vocation.

Tableau 12
La vocation pour la médecine générale

Vous êtes en médecine générale(Q12)	Femmes(%)	Hommes(%)	P
par vocation	78,57	85,48	0,30
par dépit	21,43	14,52	

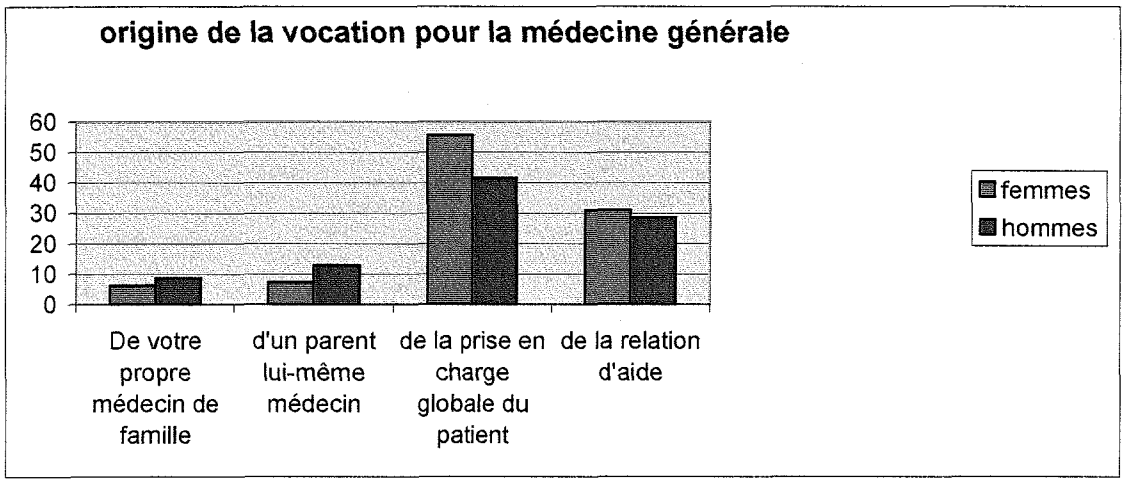


13. Si c'est par vocation, d'où vient cette vocation ?(Q13)

La première réponse est la prise en charge globale de l'individu, surtout pour les femmes (55% des femmes versus 41% des hommes, p=0,08), puis la relation d'aide (30% des femmes et 28% des hommes).

Tableau 13
Origine de la vocation

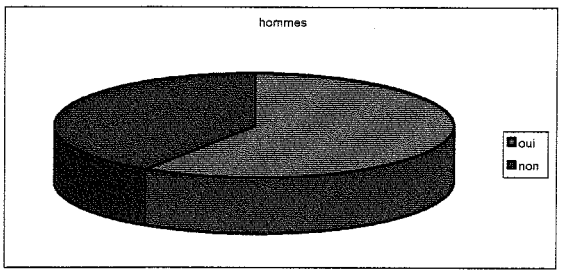
Si c'est par vocation, d'où vient-elle?(Q13)	Femmes(%)	Hommes(%)	P
De votre propre médecin de famille	6,17	8,57	0,57
d'un parent lui-même médecin	7,41	12,86	0,26
de la prise en charge globale du patient	55,56	41,43	0,08
de la relation d'aide	30,86	28,57	0,75

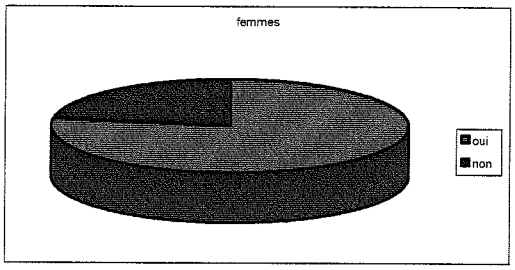


14. Après trois années de résidanat, êtes vous attirés par l'exercice de la médecine générale ? (question posée aux étudiants TCEM3, Q14)
77% des femmes répondent oui, contre seulement 59% des hommes inscrits en TCEM3, la différence est significative (p=0,03).

Tableau 14
Les résidents sont-ils motivés en fin de cursus pour devenir généralistes ?

motivation en TCEM3	Femmes(%)	Hommes(%)	P
oui	77,42	59,26	0,03
non	22,58	40,74	





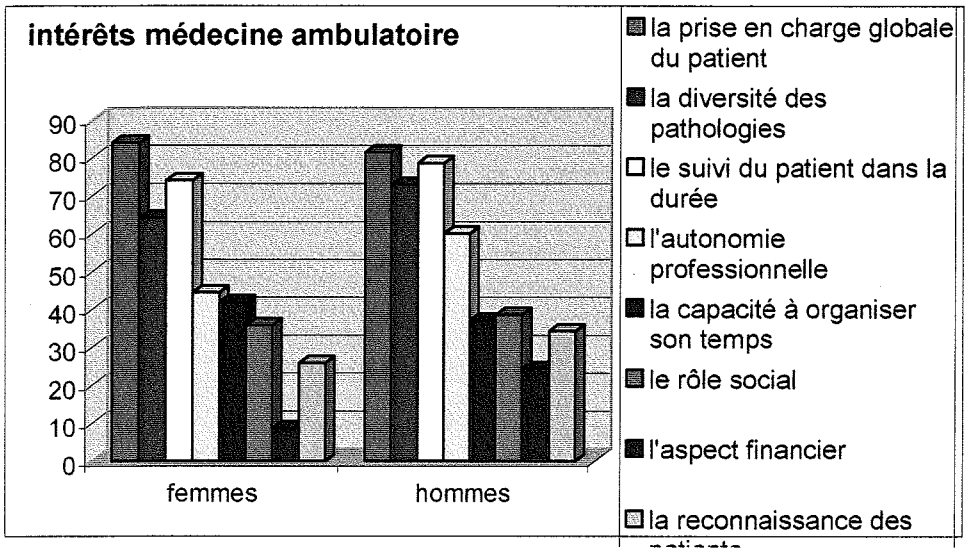
15. Quels sont les intérêts de la médecine générale d'après les résidents ?(Q16)

Les intérêts communs décrits par les résidents des deux sexes sont :
-La prise en charge globale du patient
-Le suivi du patient dans la durée
-la diversité des pathologies rencontrées

Par contre, il existe une différence significative entre les hommes et les femmes concernant l'aspect financier (24% des hommes pour seulement 8% des femmes, p=0,08) et l'autonomie professionnelle (60% des hommes, 44% des femmes, p=0,05).

Tableau 16
Intérêts ressentis de la médecine générale

Quels sont pour vous les intérêts de la médecine générale?(Q16)	**Femmes**(%)	**Hommes**(%)	**P**
la prise en charge globale du patient	83,95	81,43	0,68
la diversité des pathologies	64,2	72,86	0,25
le suivi du patient dans la durée	74,07	78,57	0,51
l'autonomie professionnelle	44,44	60	0,05
la capacité à organiser son temps	41,98	37,14	0,54
le rôle social	35,8	38,57	0,72
l'aspect financier	8,64	24,29	0,008
la reconnaissance des patients	25,93	34,29	0,26

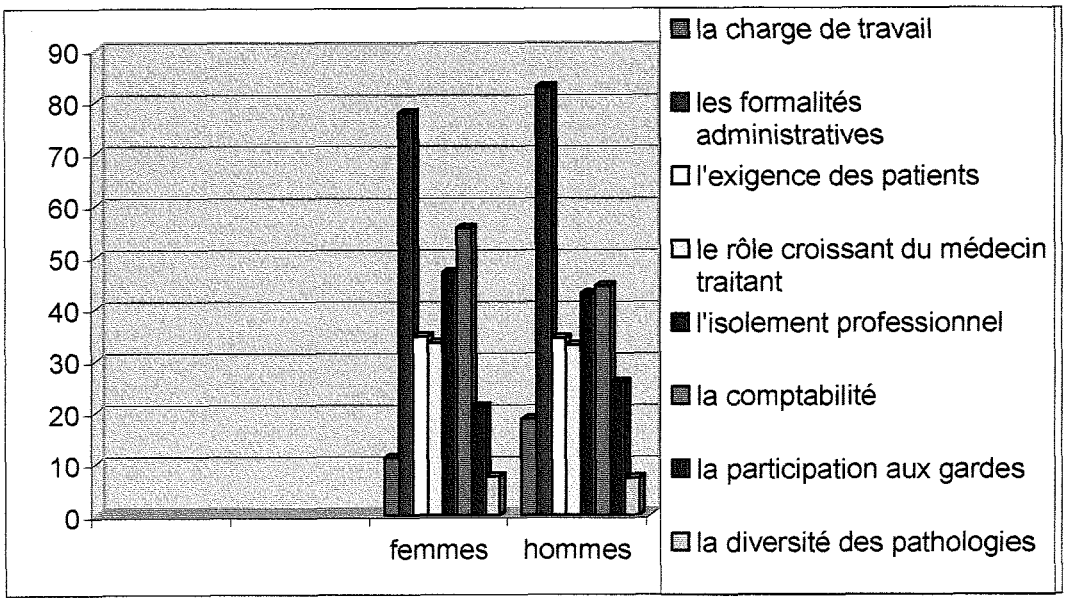


16. Quels sont les inconvénients de la médecine générale pour les résidents ?(Q17)

Les taux de réponse sont similaires pour les deux sexes.
On retrouve loin devant les autres inconvénients les formalités administratives (78% des femmes, 83% des hommes), puis la comptabilité.
Les résidents évoquent peu les difficultés liées à l'exercice propre de la profession.
Une des solutions pour pérenniser la médecine générale serait certainement d'alléger de façon considérable les charges administratives, en effet, l'idée de passer son temps de repos à faire de l'administratif effraie plus d'un étudiant.

Tableau 17
Inconvénients ressentis de la médecine générale

Quels sont pour vous les inconvénients de la médecine générale?(Q17)	**Femmes**(%)	**Hommes**(%)	**P**
la charge de travail	11,1	18,57	0,
les formalités administratives	77,78	82,86	0,
l'exigence des patients	34,57	34,29	0,
le rôle croissant du médecin traitant	33,33	32,86	0,
l'isolement professionnel	46,91	42,86	0,
la comptabilité	55,56	44,29	0,
la participation aux gardes	20,99	25,71	0,
la diversité des pathologies	7,41	7,14	0,

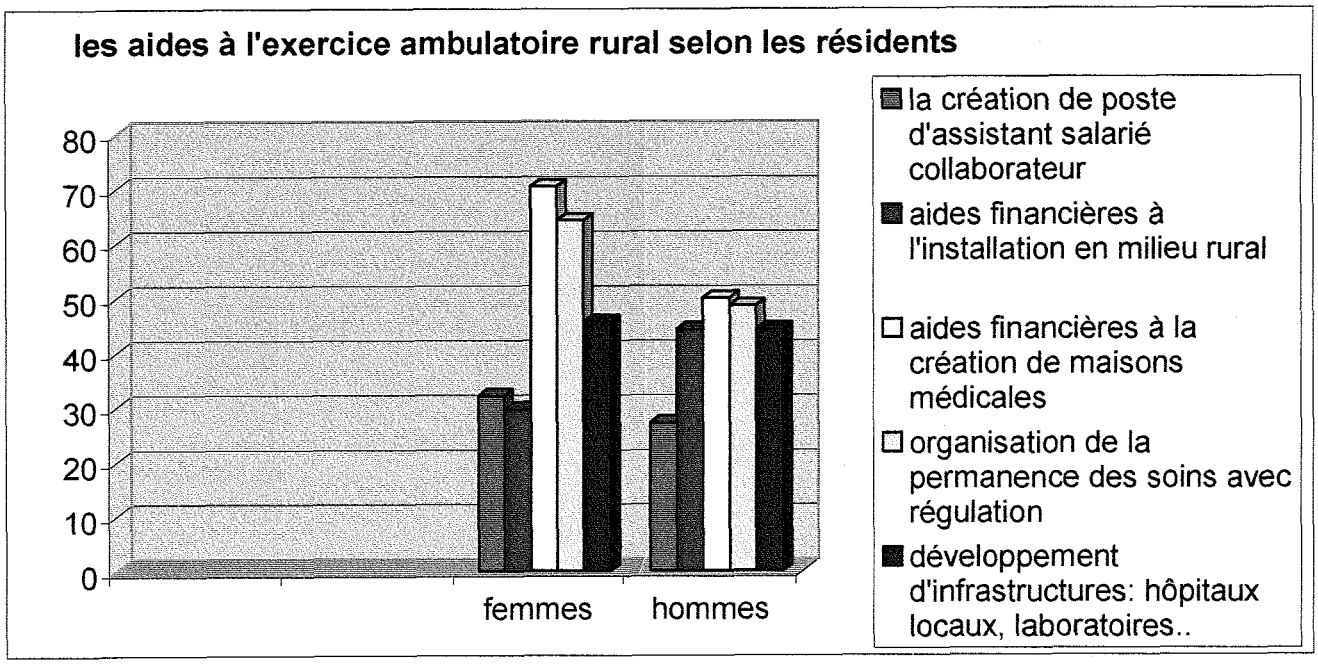


17. Quelles sont les solutions, d'après les résidents, pour favoriser l'exercice de la médecine ambulatoire en milieu rural ?(Q18)

On retrouve en premières propositions, surtout évoquées par les femmes, l'aide financière à la création de maisons médicales, (70% des femmes et 50% des hommes, p=0,01), puis la nécessité d'une régulation des gardes (64% contre 49% des hommes, p=0,05).
Ces deux résultats illustrent bien l'importance pour les femmes de concilier vie privée et vie professionnelle.

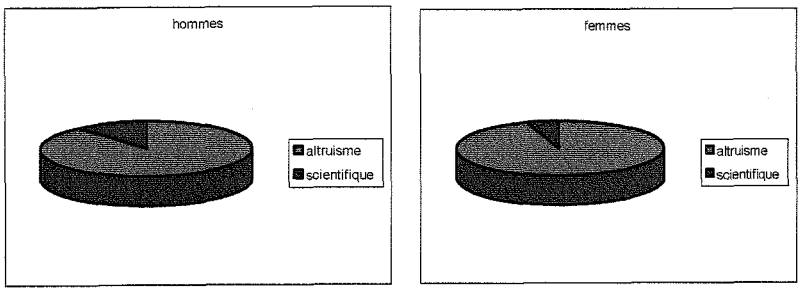
Tableau 18
Eléments favorisant l'installation en médecine générale ambulatoire rurale

qu'est ce qui pourrait favoriser d'après vous la médecine générale ambulatoire rurale?(Q18)	**Femmes**(%)	**Hommes**(%)	**P**
la création de poste d'assistant salarié collaborateur	32,1	27,14	0,50
aides financières à l'installation en milieu rural	29,63	44,29	0,06
aides financières à la création de maisons médicales	70,37	50	0,01
organisation de la permanence des soins avec régulation	64,2	48,57	0,05
développement d'infrastructures: hôpitaux locaux, laboratoires...	45,68	44,29	0,86



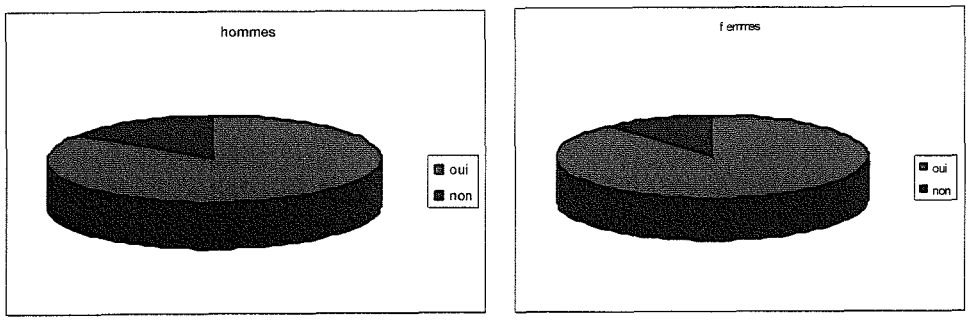
18. Préférez- vous dans la médecine générale le côté scientifique ou humaniste ?(Q19)

La réponse est claire pour les femmes et les hommes, c'est le côté humaniste, altruiste, relationnel qu'ils préfèrent avec respectivement 95% des femmes et 89% des hommes (p=0,24).



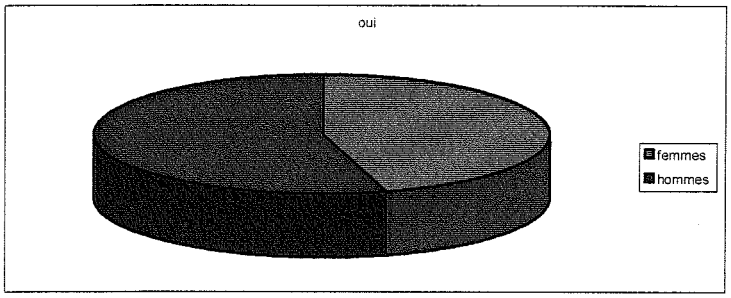
19. Pensez- vous que votre activité de généraliste soit compatible avec votre épanouissement personnel ?(Q23)

89% des femmes répondent oui, pour 85% des hommes.



20. Pensez- vous pouvoir assumer pleinement vos responsabilités familiales (actuelles ou futures) ?(Q24)

Seulement 66% des femmes pensent pouvoir assumer leurs responsabilités familiales contre 79% des hommes (p=0,07).



C. Discussion

1. Mode et type d'activité

En Lorraine, les internes des deux sexes font les mêmes choix de carrière. Les femmes et les hommes sont aussi nombreux, proportionnellement, à choisir de travailler en tant que médecins salariés et en tant que médecins libéraux.

Concernant la médecine ambulatoire (libérale), les taux sont voisins pour les hommes et les femmes concernant la zone d'installation choisie, et les types d'activités.
Il existe une attirance plus forte pour la zone semi rurale. Ceci peut s'expliquer d'une part par la possibilité d'y créer une patientèle, alors que les villes sont actuellement surpeuplées en médecins, et d'autre part par la qualité de vie liée à l'environnement.
Les deux sexes montrent également une nette préférence pour l'association et la création de maisons médicales, ils ne souhaitent plus travailler seuls.

Concernant la médecine hospitalière, là aussi, les choix de type d'activités sont communs aux hommes et aux femmes. On retrouve en premier choix la médecine d'urgence, suivi de près par la médecine polyvalente, la gériatrie et la psychiatrie étant des secteurs nettement moins prisés. Les étudiants sont plus nombreux en fin de cursus à choisir une carrière hospitalière, ainsi Laurent Carteron, vice-président de l'Association nationale des étudiants en médecine (ANEMF) résume la situation, *" les futurs internes ont beau avoir déjà fait six années d'études, ils ne connaissent pas la médecine générale parce qu'ils ont suivi une formation très hospitalo-universitaire »*.

Ce qui peut surprendre dans notre étude, c'est le taux important de femmes qui envisagent une activité ambulatoire (libérale). Si on compare aux données de l'étude du CNOM[41] où

[41] CNOM, Démographie médicale française

l'on retrouve une majorité de femmes médecins salariés, on peut s'interroger sur cette différence concernant le choix de carrière. En effet, alors qu'elles occupent dans la population médicale globale, 49% des postes salariés et 67% des postes salariés exclusifs, les internes en médecine générale répondent, dans notre étude, dans seulement 23% des cas qu'elles envisagent une activité salariée contre 51% qui se destinent à une carrière en médecine libérale.

En fait il y a plusieurs éléments qui semblent expliquer la discordance entre les études de la CNOM et celle réalisée auprès des internes.
D'une part, il faut évoquer le défaut de postes salariés créés face à la féminisation croissante. Ainsi les jeunes femmes internes se tourneraient vers une activité ambulatoire, qui ne correspondrait pas vraiment à leur choix personnel, à leur mode de vie, parce qu'il n'y aurait pas suffisamment de postes salariés.
D'autre part, on peut expliquer l'attirance pour la médecine ambulatoire pour ces jeunes médecins par les efforts qui ont été faits. Il s'agit essentiellement des aides financières à la création des maisons médicales et de l'instauration de la permanence des soins avec régulation des gardes.
Ces solutions sont celles évoquées majoritairement par les femmes internes ; les aides financières étant évoquées par 70% des femmes (p=0,01) et le système de régulation des gardes par 64% d'entre elles (p=0,05).

Cependant, ces efforts pour favoriser la médecine ambulatoire semblent encore insuffisants. En effet, elles ne s'installent pas ou peu, elles préfèrent exercer en tant que médecins remplaçants, ce mode d'activité leur permettant actuellement de concilier vie de famille et vie professionnelle.
Ainsi, alors qu'elles représentent 57% des médecins de moins de 34 ans, elles assurent 67% des activités globales de remplacement, appelée encore « absence d'activité temporaire ». En effet, les remplacements permettent, par ces périodes d'absence d'activité temporaire, de consacrer du temps à la vie de famille. Ceci est rendu beaucoup plus difficile par l'installation, qui demande beaucoup de temps, de patience et d'énergie pour souvent une création longue et hasardeuse de patientèle.
De plus si l'on évoque la maternité, comme on l'a vu précédemment, l'activité de remplacement est plus adaptée. En effet, une fois installées, de trop nombreuses femmes médecins connaissent des problèmes liés à la grossesse (taux de morbi-mortalité plus élevé, taux de prématurité et de fausses couches nettement plus élevés que la moyenne des femmes françaises), parce qu'elles doivent continuer à travailler tardivement au cours de la grossesse, et reprendre plus tôt leurs activités. Ceci est du d'une part à une couverture maternité nettement insuffisante, et d'autre part à la difficulté actuellement de trouver un remplaçant, en particulier en zone rurale, voire semi rurale.
Enfin, le remplacement en médecine générale offre plus de mobilité, de liberté, pour ces jeunes femmes actuellement célibataires plus longtemps, mais aussi pour celles dont le conjoint n'a pas de situation professionnelle fixe.

Situation au 1er janvier 2004, décembre 2004, Etude n° 37

2. Le temps de travail

Il faut en premier lieu évoquer les chiffres :
Le temps plein en médecine générale est en moyenne évalué à 53 heures hebdomadaires.
Le temps de travail partiel est généralement supérieur à 28 heures.[42]
Les femmes, elles, veulent majoritairement travailler en temps partiel, que ce soit en médecine ambulatoire (59% des femmes et 23% des hommes, p<0,001) ou en médecine hospitalière (56% des femmes et 39% des hommes).
Malheureusement, il existe encore peu de postes qui permettent de travailler en temps partiel, c'est pourquoi de nombreuses femmes répondent qu'elles ne pensent pas pouvoir actuellement assumer leurs responsabilités familiales.
En libéral, on peut bien sûr tout à fait choisir de travailler en temps partiel, mais il faut pouvoir s'associer avec un autre médecin, qui accepte de partager les heures de consultations et les visites à domicile. Il s'agit pour le médecin d'une solution satisfaisante, encore faut-il que le patient accepte d'être soigné par deux praticiens différents.
De plus, il faut un apport financier suffisant pour supporter les charges liées à l'activité d'une pratique libérale. Les différentes cotisations (URSSAFF, CARMF...) et les frais liés au cabinet médical ne sont pas toujours adaptés au revenu du praticien. Même si certaines charges sont partagés en cas d'association, elles restent lourdes à supporter pour celui qui travaille à temps partiel et peut pousser le praticien à faire plus d'actes, et donc d'heures de travail que ce qu'il aurait souhaité initialement.
A l'hôpital, il est également difficile de travailler en temps partiel. Le médecin qui exerce dans un service est responsable de ses patients hospitalisés tous les jours de la semaine, il assure une continuité des soins. Il peut, bien sûr, en cas d'absence, faire des transmissions à un collègue, mais on connaît les conséquences : prise en charge moins satisfaisante du patient, surcharge de travail pour le collègue...on le constate tous les jours et dans tous les services lorsque les internes et les médecins hospitaliers sont absents pour repos de sécurité le lendemain d'une garde (repos indispensable par ailleurs).
Alors comment faire lorsque l'on veut travailler comme médecin à temps partiel ?
Concernant la médecine ambulatoire, soit on est libéral et on accepte les lourdes charges à supporter par rapport aux petites entrées du à une activité partielle, soit on travaille comme salarié dans un centre de soins primaires (ex : MGEN...).
A l'hôpital, il faut souvent renoncer à une activité de médecin de service, être médecin attaché et assurer par exemple les consultations.
C'est pourquoi, actuellement les femmes, privilégiant un temps de travail partiel, occupent 67% des postes salariés non hospitaliers, c'est-à-dire une médecine non soignante.

3. Les résidents sont ils heureux de devenir médecins généralistes ?

Interrogés en fin de cursus, les résidents de TCEM3 ne donnent pas la même réponse.
77% des femmes restent motivés pour exercer en médecine générale pour seulement 59% des hommes (la différence est significative, p=0,03). On peut déjà se demander que vont faire ou devenir ces quelques 41% d'hommes non motivés, futurs médecins généralistes ?
On peut aussi s'interroger sur les causes de ce manque d'engouement en fin d'internat :

---

[42] **CNOM**, *Démographie médicale française, Situation au 1er janvier 2004, décembre 2004, Etude n° 37,* d'après l'étude de Vilain A et Niel X. : « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques », DREES, Etudes et Résultats n°114, 2001.

- l'échec à l'internat plus lourd à supporter; les hommes résidents sont-ils plus nombreux à avoir passé le concours de l'internat afin de faire une spécialité médicale ou de devenir chirurgien ?
- le manque d'autonomie parfois au cours des stages hospitaliers et la durée des études (toujours croissante d'ailleurs), qui peuvent à terme lasser les plus motivés
- les stages qui ont lieu majoritairement à l'hôpital semblent favoriser une pratique future hospitalière pour les résidents[43]

Quant à ce qui attire ou repousse les résidents concernant la médecine ambulatoire, les réponses chez les hommes et les femmes sont souvent similaires.
Ils répondent ensemble, que, ce qu'ils aiment dans ce métier, c'est justement la pratique du métier lui-même, le côté intellectuel et satisfaisant d'un travail bien fait, à savoir :
-la prise en charge globale du patient
-le suivi du patient
-la diversité des pathologies rencontrées
A noter, cependant, une différence avec une prédominance pour les hommes concernant l'autonomie professionnelle (60% des hommes, p=0,05) et surtout l'aspect financier (24% des hommes, p=0,008).
Quant à ce que l'ensemble des résidents rejettent dans la profession, c'est tout « l'à côté » de la profession, tout ce qui paralyse la pratique, à savoir :
-les formalités administratives
-la comptabilité
-l'isolement professionnel

Malgré tout, les internes pensent majoritairement qu'ils seront épanouis dans leur activité future (89% des femmes et 85% des hommes), encore faudra-t'il savoir préserver la qualité de relation médecin-patient sans la parasiter sans cesse par toutes les formalités administratives.

4. Comment pérenniser la médecine générale ?

Tout d'abord, il faut maintenir à tout prix la qualité de la relation médecin-patient, permettre au médecin d'avoir un rôle central, tout en lui épargnant de trop nombreuses charges administratives qui polluent cette relation et étouffe le praticien.
Le médecin doit disposer de suffisamment de temps nécessaire pour rencontrer son patient, réunir les éléments, faire le point sur son dossier, expliquer la situation au patient, et l'orienter si nécessaire vers un médecin spécialiste.
A noter que la réforme actuelle du médecin traitant le place certes au centre du système de soins...mais elle ne lui laisse aucun moyen de le faire de façon satisfaisante. Ainsi, la réflexion à mener est « comment maintenir un rôle central pour le médecin traitant, sans l'étouffer sous les contraintes administratives, et ainsi lui libérer du temps pour maintenir une relation nécessaire avec son patient ? ».

Ensuite, il faut évoquer la réforme de l'internat dont l'objectif initial était de valoriser la médecine générale en en faisant une spécialité à part entière, malheureusement cette réforme a été nettement défavorable à la médecine générale.

[43]IV/B-Résultats de l'enquête/ a-mode d'activité choisi par les résidents(Q2)

En Septembre 2005, pour la rentrée 2005/2006, 971 postes n'ont pas été pourvus sur les 2400 offerts en médecine générale, dont plus de 600 dans le Nord. Ceci s'explique par l'inadéquation entre le nombre de postes offerts toutes spécilalités confondues (4803) et le nombre total d'étudiants (seulement 4311). Le classement à l'internat permet de choisir sa spécialité et la région du troisième cycle d'études. Ainsi, de nombreux étudiants préfèrent redoubler pour repasser le concours de l'internat car ils refusent une discipline (la médecine générale) et une région (le Nord) qu'ils n'ont pas choisies, et de trop nombreux postes d'internes en médecine générale restent alors non pourvus. On imagine les conséquences dans un premier temps sur le fonctionnement des hôpitaux périphériques (non CHU) dont une importante partie de la main d'œuvre médicale est représentée par les internes de médecine générale (les CHU seront moins dépourvus, les postes étant majoritairement proposés aux internes de spécialité hors médecine générale), et dans un deuxième temps sur l'accès aux soins primaires, surtout dans les régions du Nord.
Les solutions évoquées sont [44]:
-Etablir une adéquation entre les postes proposés et le nombre d'étudiants afin que tous les postes en médecine générale soient pourvus
-Créer des mesures incitatives en revalorisant concrètement la médecine générale
-Faire connaître d'avantage la médecine générale aux étudiants en développant les stages chez les praticiens dés l'externat

Enfin, concernant plus spécifiquement les femmes médecins , elles qui représentent actuellement deux tiers des médecins généralistes de moins de trente ans, c'est-à-dire les futurs praticiens installés, il va falloir travailler d'avantage et rapidement sur les solutions qu'elles proposent, afin de leur permettre de travailler dans de bonnes conditions et ainsi maintenir l'accès aux soins primaires dans les zones rurales.
En résumé, il faut:
- développer l'activité en temps partiel en médecine ambulatoire : alléger les charges liées à l'activité libérale par exemple
- généraliser le système de régulation des gardes pour assurer une permanence des soins
- une couverture maternité adaptée
- des aides financières suffisantes à la création et à la gestion de maisons médicales

[44] Le Monde, Société, Internet www.lemonde.fr, article du 27 Septembre 2005

Conclusion

V Conclusion

« Il faut avoir une vision copernicienne de la médecine générale », déclare le professeur Bernard Charpentier, président de la Conférence des doyens. *« Les étudiants d'aujourd'hui ne veulent plus être les moines soldats d'hier mais concilier vie professionnelle et personnelle, travailler en maison médicale et en synergie avec l'hôpital »* .

Les femmes médecins généralistes se différencient des hommes essentiellement par leur temps de travail, leur mode d'activité et l'importance qu'elles accordent à l'instauration d'un système de régulation des gardes.
Concernant le temps de travail, les femmes médecins installées sont 25% à travailler à temps partiel pour seulement 2% des hommes. L'évolution entre les générations est considérable, puisqu' actuellement 57% des femmes internes envisagent un temps partiel pour 23% des hommes. Les femmes restent certes plus nombreuses à opter pour un temps de travail partiel (rappel :+28 heures/semaine), mais leurs collégues masculins prennent la même voie. En postulant une stabilité dans le temps, X.Niels[45] évoquait 2 heures en moins en 2020 de travail hebdomadaire par médecin. Cependant, comme de plus en plus de jeunes médecins, tout sexe confondu, envisagent un temps de travail partiel, on peut dés lors imaginer que les médecins d'ici 2020 travailleront encore moins que ce que prédit X.Niels.
Concernant le mode d'activité choisie, on retrouve des résultats similaires hommes/femmes auprès des internes. Mais si les femmes optent dans un premier temps pour un mode libéral, elles s'orientent ensuite majoritairement vers la médecine salariée. Leur début de carrière en médecine ambulatoire étant essentiellemnt une activité de remplaçement (67% des médecins généralistes remplaçants sont des femmes). Ces deux modes d'activité, le remplacement puis le salariat, sont moins contraignant que l'installation pour organiser sa vie personnelle.
Quant à la permanence des soins, les femmes praticiens installées évoquent les difficultés liées à la prise des gardes, et les résidentes vont dans le même sens, en insistant sur la nécessité de généraliser le système de régulation des gardes.
Par ailleurs, les femmes médecins évoquent l'importance, des aides financières pour développer les maisons médicales et d'une couverture maternité plus adaptée.

Par contre, les femmes et les hommes médecins sont très proches quant à leur choix de mode d'installation, aux intérêts portés à la médecine générale et à la zone d'activité choisie.
Ensemble, ils privilégient une installation à plusieurs, soit en association, soit en maison médicale. Ces structures, véritables lieux de rencontre et d'échange professionnel, leur permettent également d'organiser plus simplement leur temps de travail.

---

[45] Niel Xavier, La démographie médicale à l'horizon 2020: une actualisation des projections à partir de 2002.Etudes et résultats, mars 2002:111

Ils aiment leurs métier, défendent les mêmes valeurs, la prise en charge globale, l'intérêt intellectuel, et la relation avec le patient mais s'opposent aux contraintes administratives et financières encore trés lourdes à supporter actuellement.
Concernant la zone d'installation choisie, la différence existe entre les générations, pas entre les sexes. Les jeunes médecins privilégient actuellement une zone semi-rurale ou rurale, en raison probablement de la possibilté de s'installer dans ces zones encore faiblement médicalisées.

Ainsi les médecins généralistes, femmes et hommes, se ressemblent beaucoup dans leur comportement professionnel.
D'une part l'augmentaton du temps de travail partiel, chez les femmes d'abord et maintenant chez les hommes, et d'autre part l'orientation forte vers les carrières hospitalières et de spécilalité, font craindre que la pénurie de médecins généralistes annoncée dans les dix prochaines années soit encore plus importante.
Faut-il alors, pour maintenir l'accès aux soins primaires, réorganiser la médecine générale et/ou augmenter rapidement et durablement le nombres d'éudiants admis en médecine générale (numérus clausus, internat) ?

Bibliographie

VI Bibliographie

Astruc Béatrice, les Femmes médecins, Thèse 2003, PDF, DMG Rennes

Tubiana, M, Les chemins d'Esculape, Histoire de la pensée médicale, Flammarion, 1995

Dr Annereau Anthony, thèse médecine générale, installation des jeunes médecins, souhaits des résidents. Quelles concordances avec les conclusions ministérielles récentes ? Nantes. 2003

Dr Wittke Laurence, la féminisation d'une profession s'accompagne t'elle d'une pratique spécifique des femmes médecins ? SFMG, novembre 1997

Rauch André, Histoire de la santé, presses de France

Sicart Daniel, les médecins, estimations au 1er Janvier 2004, DRESS, mars 2005

Margaret Maruani (sous la direction de), Femmes, genre, et société, l'état des savoirs, éditions la découverte, 2005

Sournia Jean-Charles, Histoire de la médecine, 1997

Dall'ava-Santucci Josette, Des sorcières aux mandarines (histoire des femmes médecins), éditions Calmann-levy

Claudel Jean-Paul, La Médecine Populaire en Lorraine, édition Gerard Louis

Professeur Grignon (sous la direction de), Encyclopédie illustrée de la lorraine, La Médecine, éditions Serpenoise

Bessières S, Breuil-Grenier P, Darriné S. La démographie médicale à l'horizon 2025: une actualisation des projections au niveau national.DREES, Etudes et résultats, novembre 2004.

Niel Xavier, La démographie médicale à l'horizon 2020: une actualisation des projections à partir de 2002.Etudes et résultats, mars 2002:111

L'Observatoire national, le rapport de La démographie des professions de santé, 2004

Roux Aline, Contribution à l'étude de la féminisation de la profession médicale, 1975, éditions Masson

Colin Antoine (Dr), Dictionnaire des noms illustres en médecine, éditions Prodim

Halioua B, Histoire de la médecine, 2ème édition Masson

Duhamel Pierre, Histoire des médecins de France, Ed Plon, pages 337-352

Cova Anne, Féminisme et Maternité, la doctoresse Madeleine Pelletier (1874-1939)

CNOM, Démographie médicale française
Situation au 1er janvier 2004, décembre 2004, Etude n° 37

CNOM, L'exercice médical à l'horizon de 2020
Rapport de la Commission nationale permanente, 19 juin 2004,

URMLRA (Rhône-Alpes), 2003, Etude de la féminisation médicale et de son impact, approche quantitative et qualitative

Panorama du médecin, Femmes, une chance pour la médecine générale ? 14 juin 2004, n° 4939

Le Généraliste, Elles bousculent la profession, 4 mars 2005

Dr Levasseur Gwénola, Les résidents en médecine générale deviennent ils généralistes? enquête réalisée par le CNGE, Rennes, novembre 2003

ADSP, Histoire et démographie médicale: n°32, septembre 2000

Repères en Gériatrie, Démographie médicale, projection à l'horizon de 2025, n° 46, décembre 2004

Le Quotidien du Médecin, Qui sont les femmes généralistes (l'amour du métier, malgré les difficultés), 8 mars 2005, n° 7703

Annexes

VII Annexes

1) (Q1)

- **Age :**
- **Sexe :**
- **Année d'étude** (TCEM1, TCEM2, TCEM3) : _____

2) Mode d'exercice professionnel envisagé ? (Q2)

a. Ambulatoire libéral exclusif
b. Ambulatoire salarié (médecine générale dans un centre de santé, mutuelle : ex sncf, mgen..)
c. Ambulatoire et hospitalier (temps partagé)
d. Hospitalier exclusif

3) Dans quelle région voulez vous travailler ? (Q3)

a. Lorraine
b. Région limitrophe de la Lorraine
c. Région Parisienne
d. Sud de la France
e. à l'étranger
f. autre

4) En ce qui concerne les résidents envisageant de rester travailler en Lorraine : dans quel département ? (Q4)

a. Meurthe et Moselle
b. Meuse
c. Moselle
d. Vosges

4) En ce qui concerne les résidents envisageant une activité ambulatoire

- ***Type d'activité (Q5):***

a. Isolé
b. En association avec un ou plusieurs médecins
c. Maison médicale pluridisciplinaire (infirmiers, kinésithérapeute, spécialiste…)

- ***Zone (Q6) :***

a. Rurale
b. Semi rurale
c. Urbaine

- ***Temps de travail (Q7) :***

a. Temps plein
b. Temps partiel

➢ *Activité particulière ? (homéopathie, ostéopathie, acupuncture ...) (Q8)*

a. Oui
b. Non

5) **En ce qui concerne les résidents envisageant une activité hospitalière :**

➢ *Type d'activité (Q9) :*

a. Gériatrie
b. Médecine polyvalente
c. Urgences
d. Psychiatrie
e. Autre

➢ *Temps travail (Q10) :*

a. Temps plein
b. Temps partiel

➢ *Un décret est en passe d'être voté concernant la création du statut d'assistant salarié en médecine ambulatoire, si vous aviez la possibilité d'avoir un tel poste, cela vous inciterait il à exercer en soins primaires ?(Q11)*

a. Oui
b. Non

6) **Vous êtes étudiant en 3éme cycle de médecine générale (Q12) :**

a. Par vocation pour la médecine générale
b. Par dépit (ex : échec à l'internat)

7) **Si c'est par vocation, d'où vient elle ? (Q13)**

a. De votre propre médecin de famille
b. D'un parent lui-même médecin
c. De l'intérêt de la prise en charge globale de l'individu
d. De la relation d'aide

8) **Après 3 ans de résidanat, êtes vous attirés par la médecine générale ambulatoire (Q14) ?**

a. Oui
b. Non

9) **L'image que vous aviez de la médecine générale ambulatoire est- elle après le stage réalisé auprès d'un praticien (Q15) :**

a. Meilleure
b. Inchangée
c. Moins bonne

10) **D'après vous quels sont les principaux intérêts de la médecine générale (Q16) ?**

a. La prise en charge globale des patients
b. La diversité des pathologies à prendre en charge
c. Le suivi des patients dans la durée
d. L'autonomie professionnelle
e. La capacité à organiser son temps
f. Le rôle social
g. L'aspect financier
h. La reconnaissance des patients

11) D'après vous, quels sont les principaux inconvénients de la médecine générale (Q17)

a. La charge de travail
b. Les formalités administratives
c. L'exigence des patients
d. Le rôle croissant du médecin traitant (c.f. la nouvelle convention)
e. L'isolement professionnel
f. La comptabilité
g. La participation aux gardes
h. La diversité des pathologies à prendre en charge

12) Qu'est ce qui pourrait favoriser l'exercice ambulatoire rural ? (Q18)

a. La création (projet en cours) de poste d'assistant salarié en médecine ambulatoire rurale
b. Aides financières à l'installation en milieu rural
c. Aides financières à la création de maisons médicales en milieu rural
d. Organisation de la permanence des soins avec régulation
e. Développement d'infrastructures : hôpitaux locaux, laboratoires, centres d'imagerie...

13) Que préférez vous dans la médecine générale ambulatoire (Q19) :

a. Le côté humaniste, altruiste, relationnel
b. Le côté technique, scientifique

14) En ce qui concerne votre formation :
Avez-vous obtenu (ou suivez vous actuellement un formation pour obtenir) un DU, une capacité (Q20) ?

a. Oui
b. Non

➢ *Si oui, de quel diplôme s'agit il ?*

_____

➢ *Internet est il un outil de formation utilisé régulièrement ? (Q21)*

SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

a. Oui
b. Non

➢ *Etes vous abonné à une revue médicale? (Q22)*

a. Oui
b. Non

15) **Pensez vous que votre activité de médecin généraliste soit compatible avec votre épanouissement personnel ? (Q23)**

a. Oui
b. Non

16) **Pensez vous pouvoir assumer pleinement vos responsabilités familiales (actuelles et/ou futures)? (Q24)**

a. Oui
b. Non

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

VU

NANCY, le **12 septembre 2005**
Le Président de Thèse

Mme le Professeur G. KANNY

NANCY, le **15 septembre 2005**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **21 septembre 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RESUME DE LA THESE

La féminisation croissante de la médecine générale et l'évolution actuelle de la société nous a amené à réfléchir sur l'impact de cette féminisation quant à l'avenir de la médecine générale en Lorraine. Pour cela, nous avons réalisé un travail en trois parties. Premièrement, nous faisons un rappel historique de la féminisation médicale, puis nous présentons la situation actuelle à partir de plusieurs travaux réalisés sur le comportement professionnel des hommes et des femmes médecins généralistes ayant une activité libérale, avec une comparaison entre les sexes. Dans une troisième partie nous présentons une enquête que nous avons réalisé auprès des résidents de Lorraine sur leur projets professionnels, en présentant les résultats à nouveau avec une comparaison homme/femme afin d'établir s'il existe une différence entre les sexes, et ainsi envisager les conséquences de la féminisation médicale en Lorraine.

Le comportement des hommes et des femmes est commun concernant le mode d'installation, les intérêts portés à la médecine générale et la zone d'activité choisie. Les différences entre les hommes et les femmes se caractérisent par le temps de travail qui est plus important chez les hommes, le mode d'activité à prédominance salarié chez les femmes et l'importance accordée par les femmes à la régulation des gardes.

Concernant l'avenir de la médecine générale en Lorraine, au vu de l'augmentation du temps de travail partiel, chez les femmes d'abord, mais aussi chez les hommes actuellement, et de l'orientation croissante vers les carrières hospitalières, l'accès aux soins primaires risque de devenir insuffisant si ces paramètres nouveaux ne sont pas pris en compte.

TITRE EN ANGLAIS :

Feminization of general medicine in Lorraine region : survey of house-physicians of medical faculty of Nancy conducted in 2005

THESE: médecine générale, 2005

MOTS CLES :

Femmes médecins, féminisation, histoire, statistique, épidémiologie, enquête, démographie

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex