

## Trois études sur la féminisation de la profession médicale

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



**Un programme d'études de  
l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes  
conduit dans le cadre de la Commission Démographie**



**Comité de Pilotage :**

*Patrick ROMESTAING, Président de la Commission Démographie*

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

**Etudes réalisées par le**



**Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire**  
*Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA, Dr Claire BEAUVAIS*

*Nous tenons à remercier pour leur disponibilité et leur collaboration à cette étude les 807 médecins et 63 étudiants ayant participé à l'enquête, ainsi que*

*Mme Claudine CARRIE, directrice administrative et Mme Anne-Marie CAILLOUX, service scolarité, faculté de médecine de Lyon Sud,*

*Mme RAMBAUD (Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Savoie),*

*Mme MADINER (Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Rhône)*

**CAREPS**

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

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



## EDITORIAL

L'Union Régionale des Médecins Libéraux dans sa démarche d'exploration de la démographie médicale a souhaité faire une synthèse des trois études sur la Féminisation, conduites par la Commission Démographique de l'Union, analyse à la fois qualitative et quantitative, avec une enquête auprès d'une promotion d'étudiants en cinquième et sixième année, une enquête postale auprès d'un échantillon aléatoire de 1.500 médecins en exercice hommes et femmes et enfin une enquête auprès des services de scolarité d'une des quatre facultés de Médecine Lyonnaise et du Conseil de l'Ordre Départemental du Rhône.

Cette synthèse des différents travaux a, bien évidemment, confirmé que l'avenir de la profession médicale était fortement impacté par sa féminisation, confirmant également, sans provocation aucune, que le temps de travail d'un médecin homme était plus important que celui d'un médecin femme. Outre le volume d'activité, cet impact joue également sur le type d'activité médicale, ceci concourant à une volonté de réduction de l'activité, que l'on peut également constater chez les étudiants en médecine arrivant en fin de cursus.

Par ailleurs, il nous a semblé intéressant, d'analyser de façon plus fine, la nette tendance à la féminisation des études médicales, cette étude démontrant que cette tendance à la féminisation n'était pas, comme on pouvait le penser primitivement secondaire à une plus grande réussite des filles par rapport aux garçons, mais, à réussite égale, à une nette tendance à la baisse des inscriptions masculines ainsi qu'à une augmentation des inscriptions féminines. La comparaison des différentes cohortes de 1970 – 1980 à 1990 a montré que l'exercice de la médecine au féminin tendait de plus en plus à se rapprocher de celui des hommes, l'exercice salarié, non hospitalier étant délaissé au profit de l'exercice libéral hospitalier avec un début d'activité professionnelle plus rapide après la thèse. Pour cela, il sera également nécessaire de prendre en compte l'application moins grande des femmes généralistes dans les gardes libérales.

Enfin il sera bien évidemment nécessaire d'intégrer cette étude dans les projections démographiques, ne pas en tenir compte serait dangereux pour l'avenir de la profession médicale.

Jacques CATON  
Président de l'URML RA

Patrick ROMESTAING  
Président de la Commission Démographie



# CONTEXTE

## L'avenir au féminin

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

En 2001, 36% des médecins en exercice étaient des femmes alors qu'elles ne représentaient que 24% des effectifs en 1984. En Rhône-Alpes, cette proportion est de 39% en 2003.

Le mouvement s'amplifie donc et, chez les médecins de moins de 35 ans, cette proportion est de 56%. Tous âges confondus, les femmes représenteront à l'horizon 2020 50% des médecins en exercice. La féminisation touche tous les secteurs de l'activité médicale bien que de manière non homogène. Elle est moins forte en libéral (29%) qu'en exercice salarié (40% en milieu hospitalier, 66% en exercice salarié non hospitalier) et, au sein du secteur libéral, elle est légèrement plus faible chez les généralistes (27%) que chez les spécialistes (32%).

**En 2020, on estime que 43% des médecins exerçant en libéral seront des femmes.**

## Le féminin s'accorde avec le quotidien...

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

## Un autre mode d'exercice

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

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

- 1/ enquête auprès d'une promotion d'étudiants en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année (DCEM3 et DCEM4) cherchant à appréhender la manière dont ils projettent leur exercice professionnel,
- 2/ enquête postale auprès d'un échantillon aléatoire de 1 500 médecins en exercice, hommes et femmes (1000 libéraux et 500 salariés),
- 3/ enquête auprès des services de scolarité d'une faculté de médecine lyonnaise et des instances ordinales départementales.



# SYNTHESE

## 1/ Enquête auprès des étudiants

L'enquête par questionnaire à laquelle ont répondu la moitié des étudiants en DCEM3 et DCEM4 de cette faculté apporte des informations sur la manière dont ces futurs médecins envisagent leur avenir et les choix qu'ils auront à faire entre leurs aspirations professionnelles et la préservation de leur vie privée.

**En terme de filière professionnelle envisagée, les étudiants des deux sexes expriment leur choix préférentiel pour une pratique spécialisée et pour un exercice libéral (en particulier les femmes).**

Cette enquête montre également que, même si les étudiants de sexe masculin sont désireux de préserver un large espace de vie privée (à l'évidence bien plus que ne l'étaient leurs aînés), une différence entre sexes persiste dans la manière dont les uns et les autres projettent leur avenir professionnel. Nombreux sont les étudiants (et plus encore les étudiantes) à affirmer que les conditions de travail sont susceptibles d'influencer leur choix de carrière et qui font une place importante à la qualité de vie pour décider de ce choix (les étudiantes restent 2 fois plus nombreuses que leurs collègues à considérer cette qualité de vie comme étant le facteur premier du choix).

**On note enfin que les deux tiers des étudiants (avec une légère différence en faveur des femmes) pensent que, s'ils ont des arbitrages à faire, ils privilégieront plutôt leur vie privée.**

La différence entre sexes est plus nette lorsqu'on considère ceux qui se déclarent prêts à certains renoncements professionnels pour consacrer plus de temps à leurs enfants.

En définitive, malgré les limites évidentes de cette approche (faiblesse des effectifs et limitation de l'étude à une seule faculté pouvant présenter un profil particulier), celle-ci apporte d'intéressantes informations sur le thème de la féminisation de la profession médicale. Elle met en particulier en évidence :

- le moindre attrait exercé par les études médicales sur les jeunes hommes qui explique en grande partie la féminisation professionnelle,
- une certaine homogénéisation des aspirations professionnelles des hommes et des femmes, ces dernières ne se contentant plus de certaines "niches" de l'activité médicale,
- le souci flagrant, relevé chez les étudiants en médecine des deux sexes, de ne pas sacrifier autant que l'ont fait nombre de leurs aînés leur vie privée aux exigences de leur carrière professionnelle,
- le maintien cependant d'une différence entre les deux sexes dans la manière dont est projeté le futur équilibre entre vie professionnelle et vie privée (les femmes restant davantage prêtes à certains renoncements professionnels, en particulier pour consacrer davantage de temps à leurs enfants).

## 2/ Enquête auprès des médecins en exercice

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

Les principaux enseignements tirés de l'enquête peuvent être regroupés en 10 points :

**1. Assez peu de différences entre les deux sexes en matière d'études médicales et de formations complémentaires** : un peu plus de CES chez les femmes et un peu moins d'anciens internes (mais les différences sont relativement minimes), les délais de thèse et de premier exercice professionnel sont également souvent un peu plus longs mais l'obtention de diplômes complémentaires médicaux ou non médicaux est aussi fréquente que chez les hommes.

**2. Certaines orientations professionnelles privilégiées par les femmes** et, par conséquent, un taux de féminisation hétérogène : l'exercice salarié (exclusif) est choisi par les femmes presque à égalité avec l'exercice libéral alors que seuls 30% des hommes ont fait ce choix. Le taux de féminisation atteint 50%. La moitié du temps - et bien plus souvent que chez les hommes - les emplois salariés occupés par les femmes sont extra-hospitaliers (santé scolaire, PMI, médecine du travail...).

Les emplois salariés féminins sont souvent occupés par des généralistes (40% contre moins de 20% chez les hommes). **L'exercice libéral est moins féminisé**, en particulier la médecine générale (31%). La proportion de spécialistes diffère peu dans les deux sexes. Chez les omnipraticiens libéraux, les femmes privilégient davantage que les hommes les exercices particuliers de la médecine (homéopathie...) : 19% contre 11%. Chez les spécialistes libéraux, certaines disciplines sont largement privilégiées par les femmes : gynécologie médicale (taux de féminisation = 90%), endocrinologie (65%), dermatologie (64%), pédiatrie (54%).

**3. Des conditions différentes de l'exercice libéral** : on retrouve moins de femmes généralistes à la campagne, moins de femmes spécialistes en milieu typiquement urbain et davantage en milieu périurbain ou dans des petites villes, moins de femmes exerçant en libéral dans des établissements de soins privés (exclusivement ou en complément de l'activité en cabinet), davantage de femmes spécialistes exerçant une activité salariée complémentaire (souvent dans un cadre non pérenne).

**4. Une activité médicale libérale globalement moins importante chez les femmes.** La différence entre les sexes concerne aussi bien les salariées (38% sont à temps partiel contre 6% des hommes) que les libérales. Chez ces dernières, les différences se situent au niveau du nombre d'heures hebdomadaires de travail (différence de 12 heures chez les généralistes, de 13 heures chez les spécialistes). Chez les femmes généralistes, une tendance à la réduction est notée chez les moins de 45 ans. Il existe également une différence du nombre de demi-journées de travail (écart de 1.7 demi-journée par semaine chez les généralistes, 1.4 chez les spécialistes), du nombre de consultations au cabinet chez les généralistes (83 par semaine contre 101, constat non vérifié chez les spécialistes), et du nombre de semaines d'interruption de l'activité (1 semaine de plus par an pour les femmes, généralistes comme spécialistes). Les femmes généralistes font également moins de visites à domicile : elles sont moins nombreuses à en faire (68% contre 87% des hommes) et celles qui en font moins (7 par semaine contre 12 chez les hommes).

**5. Une implication beaucoup moins grande dans les gardes libérales** : les femmes généralistes sont moins nombreuses à en faire (66% contre 82% des hommes) et celles qui en font en font moins (15 nuits/an contre 29, 3 W.E./an contre 6). Chez les spécialistes, l'écart est encore plus grand mais difficilement interprétable en raison des spécificités de l'exercice.

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

- 7. Une moindre implication des femmes en matière de formation médicale continue et d'échanges professionnels :** on relève chez elles moins de 1/2 journées d'EPU (un tiers de moins) en médecine générale, constat non retrouvé chez les spécialistes libéraux et les salariés). On dénombre également moins de congrès.
- 8. Des femmes dont l'orientation professionnelle a été, plus souvent que pour les hommes, dictée par des contraintes externes :** 28% des femmes (contre 18% des hommes) parlent de choix influencé par des contraintes externes, ce qui est particulièrement net chez les femmes salariées. Plus souvent que pour les hommes ce choix est influencé par le souhait de garantir une qualité de vie et est soumis à certaines contraintes : éducation des enfants (a pesé fortement dans le choix de 57% des femmes), autres contraintes familiales (31%), carrière du conjoint (41%)...
- 9. Un décalage fréquent entre les aspirations initiales et la réalité actuelle** et un équilibre bien difficile entre vie professionnelle et vie familiale : le constat est fréquemment dressé d'un décalage par rapport aux aspirations initiales (40%) mais pas plus souvent chez les femmes que chez les hommes, hormis chez les femmes salariées.
- 10. De même, le regret de ne pas avoir su trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (35%) n'est pas plus fréquent dans un sexe que dans l'autre.** Les femmes sont cependant plus nombreuses que les hommes à parler d'une vie professionnelle sacrifiée (plutôt sacrifiée ou tout à fait sacrifiée : 70%, proportion particulièrement élevée chez les salariées) et souvent aussi, le sentiment d'avoir perdu sur les deux tableaux (33%, proportion particulièrement élevée chez les femmes généralistes).

### **3/ Suivi rétrospectif du parcours universitaire et professionnel d'anciens étudiants de la faculté de médecine de Lyon Sud**

Cette approche conduite à partir des données fournies par le service de scolarité de cette faculté et le Conseil de l'Ordre confirme la **nette tendance à la féminisation des études médicales** mais montre que celle-ci serait autant liée à une baisse des inscriptions masculines qu'à une augmentation des inscriptions féminines. Pour le reste, le parcours universitaire des étudiantes en médecine apparaît identique en tous points à celui de leurs homologues masculins : même durée d'études, même proportion d'arrêt en cours d'études, même taux de réussite en 1<sup>ère</sup> année et à l'internat (contrairement aux années 70 où leur taux de réussite était supérieur).

En comparant les cohortes 1970-1980-1990, on observe que l'exercice de la médecine au féminin tend à se rapprocher de plus en plus de celui des hommes : l'exercice salarié non hospitalier est délaissé au profit de l'exercice libéral ou hospitalier et le début d'activité professionnelle est rapide après la thèse.

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

L'impact de la féminisation est multiple et joue tout à la fois sur le type d'activités médicales choisies et sur le volume d'activité. En l'occurrence, sans provocation aucune, on ne peut considérer comme valide - sur le plan quantitatif, s'entend -, l'équation "1 médecin femme = 1 médecin homme.

Les projections démographiques sur lesquelles doivent (ou devraient) s'appuyer ceux qui ont en charge la planification de la santé n'ont de sens que si les particularismes de l'exercice de la médecine au féminin sont intégrés dans les modèles projectifs.

A l'heure où l'on sait qu'à l'horizon 2020, 50% des médecins en exercice seront des femmes, ne pas intégrer cette donnée dans les critères définissant le numerus clausus serait proprement inconséquent.

On a pu mesurer, dans la présente enquête, quelles sont les difficultés rencontrées par les femmes dans l'exercice de la profession médicale et les renoncements qui, souvent, ont été les leurs pour tenter - quand elles y parviennent - de concilier ce qu'elles sont en droit de revendiquer : un épanouissement personnel, familial et professionnel. Compte tenu de ces difficultés, et compte tenu de l'évolution des mentalités allant plutôt dans le sens d'une volonté de réduction de l'activité (dont on a pu mesurer certains prémices dans cette enquête confirmant ainsi les résultats de l'enquête en milieu étudiant), il paraît difficile d'imaginer que l'attitude des femmes médecins puisse être radicalement différente dans le futur de ce qu'elle est aujourd'hui (en termes de filières ou de types d'exercice privilégiés, de volume d'activité, d'organisation du travail, etc.).

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



# SOMMAIRE

|                                                                                    |              |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE</b>                                            | <b>p. 1</b>  |
| <b>SCHEMA GENERAL DE LA METHODE D'INVESTIGATION</b>                                | <b>p. 3</b>  |
| <b>SYNTHESE DES RESULTATS</b>                                                      | <b>p. 5</b>  |
| <b>A - Enquête auprès des étudiants en médecine</b>                                | <b>p. 5</b>  |
| <b>B - Enquête auprès des médecins en exercice</b>                                 | <b>p. 11</b> |
| <b>C - Suivi rétrospectif du cursus universitaire et du parcours professionnel</b> | <b>p. 23</b> |
| <b>CONCLUSIONS GENERALES</b>                                                       | <b>p. 25</b> |



## CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

La féminisation de la profession médicale est une réalité avec laquelle devront compter aussi bien les instances professionnelles que les décideurs ayant en charge l'organisation des soins. En effet, malgré les évolutions intervenues dans les représentations et les comportements, les femmes médecins demeurent, bien plus que leurs confrères, placées dans l'obligation d'arbitrer au quotidien entre les contraintes de la vie familiale et celles d'une pratique professionnelle exigeante. Il en résulte que, sur un certain nombre de points, l'exercice féminin de la médecine se distingue de l'exercice masculin<sup>(1)</sup> (choix privilégié de certains modes d'exercice et de certaines filières, choix privilégié de l'exercice en milieu urbain ou périurbain, volant d'activité plus faible<sup>(2)</sup>, aménagement des horaires, interruptions plus fréquentes d'activité...). Tant qualitativement que quantitativement, l'activité "moyenne" des femmes médecins n'est donc pas équivalente à celles des médecins de sexe masculin. Cette "non équivalence" doit être mesurée, caractérisée et prise en compte dans toute projection se rapportant à la démographie médicale.

En 2001, 36% des médecins en exercice étaient des femmes alors qu'elles ne constituaient que 24% des effectifs en 1984<sup>(3)</sup>. En Rhône-Alpes, cette proportion est de 39%<sup>(4)</sup> en 2003. Le mouvement s'amplifie donc et, chez les médecins en exercice de 34 ans et moins, cette proportion est de 56%<sup>(5)</sup>. Tous âges confondus, les femmes représenteront à l'horizon 2020 50% des médecins en exercice<sup>(3)</sup>. La féminisation touche tous les secteurs de l'activité médicale bien que de manière non homogène. Elle est moins forte en libéral (29%) qu'en exercice salarié (40% en milieu hospitalier, 66% en exercice salarié non hospitalier)<sup>(3)</sup> et, au sein du secteur libéral, elle est légèrement plus faible chez les généralistes (27%) que chez les spécialistes (32%)<sup>(1)</sup>. En 2020, on estime que 43% des médecins exerçant en libéral seront des femmes<sup>(3)</sup>.

(1) Les effectifs et la durée de travail des médecins au 1<sup>er</sup> janvier 1999. Ministère de l'emploi et de la solidarité. DREES. Etudes et Résultats N°44, décembre 1999.

(2) Enquête emploi. INSEE 1999.

(3) La démographie médicale à l'horizon 2020. Ministère de l'emploi et de la solidarité. DREES. Etudes et Résultats N°161, mars 2002.

(4) Fichier ADEL des professionnels de santé. DRASS Rhône-Alpes, données de mars 2003.

(5) Proportion de femmes selon l'âge - répartition généralistes-spécialistes, donnée au 01-01-2001. Ordre National des Médecins.

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

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

Trois approches complémentaires ont été développées par le CAREPS :

- 1/ enquête auprès d'une promotion d'étudiants en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année (DCEM3 et DCEM4),
- 2/ enquête auprès d'un échantillon de médecins en exercice (hommes et femmes),
- 3/ enquête rétrospective auprès des services de scolarité d'une faculté de médecine lyonnaise et des instances ordinales (suivi de "cohortes").

### **Objectif général des trois études**

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

### **Objectifs opérationnels**

#### ***a. Enquête auprès des étudiants :***

- Décrire la manière dont ces futurs professionnels projettent leur métier (orientation envisagée, amplitude du temps de travail jugée acceptable...),
- Etudier la manière dont les jeunes générations envisagent l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et voir si les perceptions diffèrent selon le sexe de l'étudiant

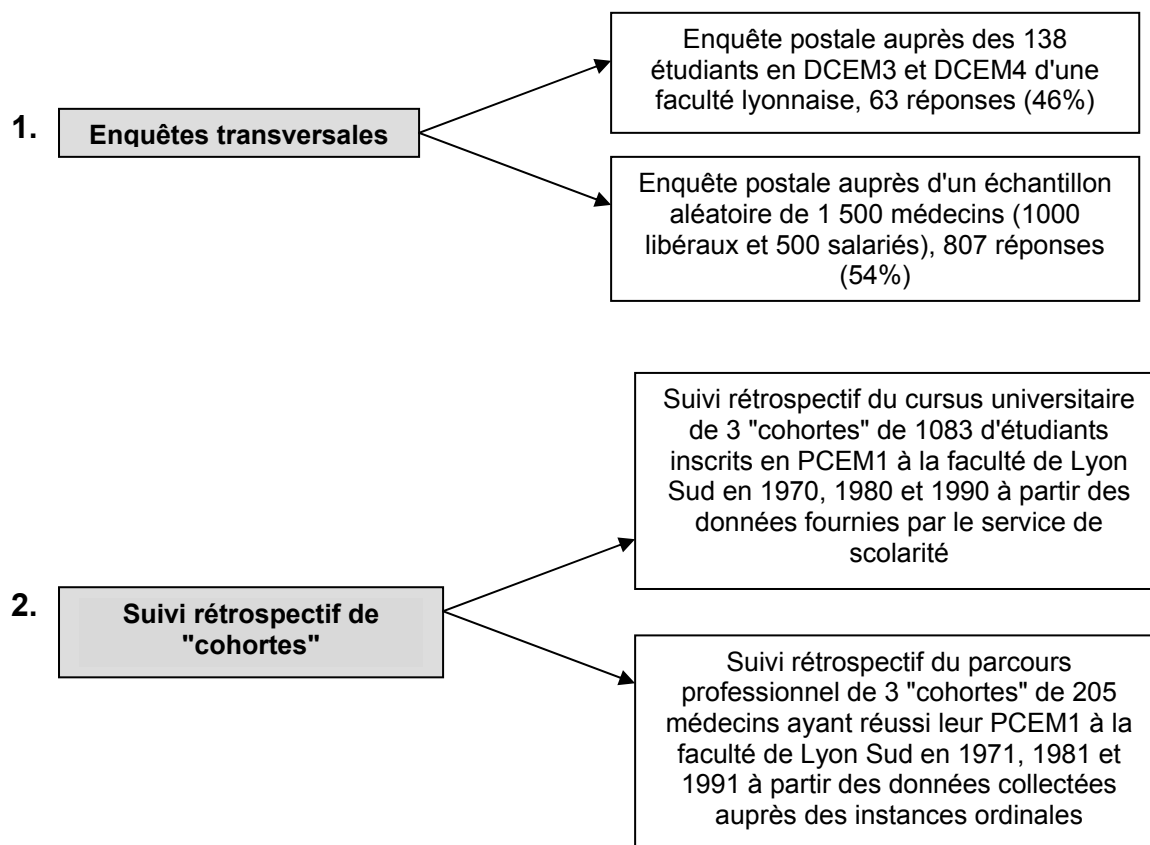
#### ***b. Enquête auprès des médecins en exercice :***

- Mesurer les caractéristiques du mode d'exercice de la médecine selon qu'elle est pratiquée par des hommes ou des femmes et étudier les facteurs qui ont pu influencer, en positif ou en négatif, le choix de carrière.
- Mesurer l'activité produite par les médecins libéraux des deux sexes à l'aide d'indicateurs sélectionnés.
- Etudier un éventuel effet "génération" dans les attitudes et pratiques.
- Identifier les spécificités de l'exercice médical féminin dont un impact peut être attendu sur l'organisation des soins.
- Analyser les difficultés rencontrées par les médecins, hommes et femmes, pour trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, les renoncements éventuellement consentis et analyser le bilan qu'ils dressent quant aux choix.
- Etudier les différents éléments analysés en fonction de la "filière" professionnelle (généralistes libéraux, spécialistes libéraux, médecins salariés).

#### ***c. Enquête rétrospective auprès des services de scolarité et du Conseil de l'Ordre :***

- Tenter de reconstituer certains éléments du cursus universitaire et professionnel des médecins hommes et femmes.

## SCHEMA GENERAL DE LA METHODE D'INVESTIGATION





## SYNTHESE DES RESULTATS

### **A. Enquête auprès des étudiants en médecine**

Les résultats de l'enquête auprès des étudiants en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> années des études médicales (DCEM3 et DCEM4) de la faculté de Lyon Sud doivent être interprétés avec prudence en raison de la faiblesse de l'effectif sur lequel ils portent (62 questionnaires exploités). Toutefois, cet effectif correspond à la moitié des étudiants inscrits dans les deux années concernées et les non réponses semblent davantage liées aux difficultés d'acheminement des questionnaires dans les services hospitaliers qu'à un désintérêt pour l'étude. On remarquera d'ailleurs que le taux de réponse observé chez les hommes n'est pas moins élevé que celui relevé chez les femmes, pourtant a priori davantage concernées par le thème de l'étude.

Un problème de représentativité peut donc se poser, de même que peut se poser la question de la représentativité des étudiants de Lyon Sud par rapport à l'ensemble des étudiants rhônalpins (il avait été initialement prévu de conduire une enquête parallèle à la faculté de médecine de Grenoble) mais la faiblesse de l'effectif étudié affecte en fait surtout la puissance des tests statistiques utilisés et la possibilité de conclure à l'existence de différences significatives entre les deux sexes.

Ces précautions étant prises, l'enquête apporte néanmoins indéniablement des informations intéressantes sur les différences relevées dans la perception des étudiants par rapport à celle des médecins en exercice interrogés parallèlement (cf. §2) et dans la perception respective des étudiants des deux sexes.

#### **Principaux constats :**

##### **I. Le choix de carrière**

##### **1. La médecine générale moins souvent choisie a priori par les étudiants (sans distinction de sexe) qu'elle ne l'était par leurs aînés.**

Un tiers seulement d'entre eux pensent a priori opter pour la médecine générale (contre 49% des médecins rhônalpins en exercice). La proportion relevée chez les hommes et les femmes est comparable mais l'indécision quant à leur future orientation semble un peu plus grande chez les étudiantes.

##### **2. Des étudiants - et en particulier des étudiantes - qui, comme leurs aînés, privilégient encore le libéral.**

La proportion d'étudiants pensant opter pour un exercice libéral de la médecine se rapproche de celle des médecins en exercice (près de 60% chez les étudiants contre 62% chez les médecins rhônalpins en exercice). Bien que la différence ne soit pas significative en raison de la faiblesse des effectifs, les femmes sembleraient un peu plus nombreuses que les hommes à émettre une préférence pour un exercice libéral. Si ceci était vérifié, il s'agirait d'une inversion de tendance par rapport à la situation actuelle qui voit seulement la moitié des femmes médecins exercer en libéral alors que cela est le cas de plus des deux tiers des médecins de sexe masculin.

**3. Le rural et le centre-ville moins privilégiés pour l'exercice libéral que le périurbain, mais des étudiantes qui envisagent assez volontiers une installation en milieu rural.**

L'exercice en milieu rural est envisagé par 14% des étudiants qui ont déjà une idée sur la question (parmi les médecins libéraux en exercice, 20% environ exercent soit en milieu franchement rural soit mixte à prédominance rurale). De manière surprenante - et en rupture par rapport à la situation actuelle et certaines idées reçues - l'orientation vers le milieu rural est plus souvent citée par des étudiants de sexe féminin (20% de celles qui optent pour le libéral).

**4. Le cabinet de groupe plébiscité comme modalité d'exercice libéral par les étudiantes (et presque tout autant par les étudiants).**

Presque tous les étudiants qui pensent s'orienter vers le libéral (94%) et, en particulier, toutes les étudiantes, indiquent qu'ils souhaitent exercer au sein d'un cabinet de groupe (à l'heure actuelle, seuls 58% des médecins libéraux en exercice [proportion identique dans les deux sexes] travaillent en association).

**5. L'hôpital, le lieu par excellence souhaité pour l'exercice salarié, quel que soit le sexe de l'étudiant.**

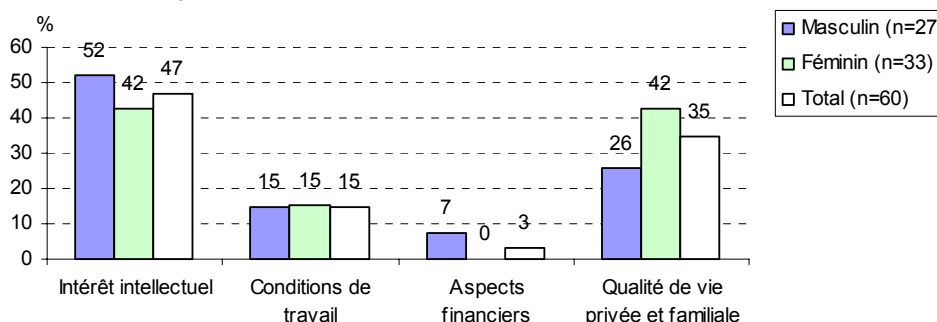
Les trois quarts des étudiants envisageant un exercice salarié (74%, proportion relativement voisine dans les deux sexes) souhaiteraient exercer plutôt à l'hôpital ou dans un autre établissement de santé. Cette proportion est légèrement plus élevée que celle observée chez les médecins en exercice (63% globalement, soit 58% chez les femmes et 69% chez les hommes).

## **II. Eléments susceptibles d'influer sur le choix de carrière**

**1. Des étudiantes qui, bien plus souvent que les étudiants, font une place importante à la qualité de vie pour décider d'un choix de carrière.**

Globalement, l'intérêt intellectuel du travail demeure le principal critère de choix (c'est le cas pour 47% d'étudiants, la qualité de la vie privée et familiale étant cependant placée en première position par 35%). Chez les femmes l'intérêt intellectuel du travail et la qualité de la vie privée sont placés à égalité (élément principal pour, respectivement, 42% et 46%) alors que chez les hommes, l'intérêt intellectuel du travail domine encore largement sur la qualité de la vie privée (52% contre 26%).

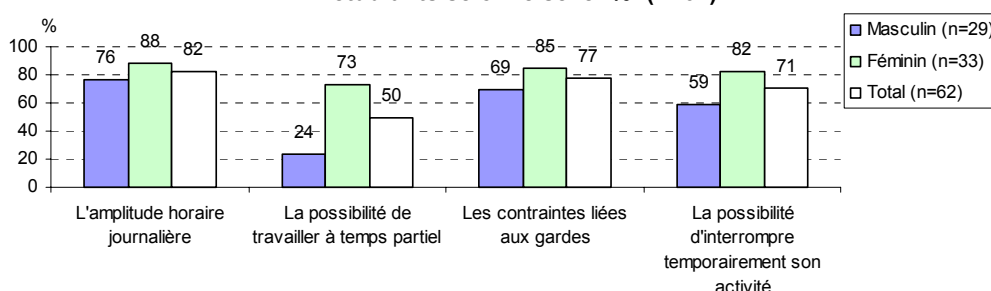
**Figure A.1**  
**Proportion d'étudiants classant chacun des 4 critères suivants en 1<sup>ère</sup> position parmi ceux qui guideront leur choix de carrière selon le sexe (n=60)**



## 2. Des conditions de travail susceptibles d'influencer le choix de carrière de nombreux étudiants, mais plus souvent chez les femmes.

Indéniablement, les étudiants accordent une grande importance aux conditions de travail. Ainsi, l'amplitude horaire journalière est susceptible d'influencer le choix de 82% des étudiants (à égalité dans les deux sexes) ; les contraintes liées aux gardes pourraient influencer celui de 77% des futurs médecins (jusqu'à 85% chez les femmes) ; la possibilité d'interrompre temporairement son activité pourrait jouer un rôle pour 71% des répondants (et 82% des femmes) ; enfin, la possibilité de travailler à temps partiel serait susceptible de guider l'orientation de 73% des femmes (et de 24% des hommes, proportion certes 3 fois moins importante mais qui est loin d'être marginale).

**Figure A.2**  
Eléments autres que l'intérêt du métier susceptibles d'influencer le choix de carrière des étudiants selon le sexe -%- (n=62)

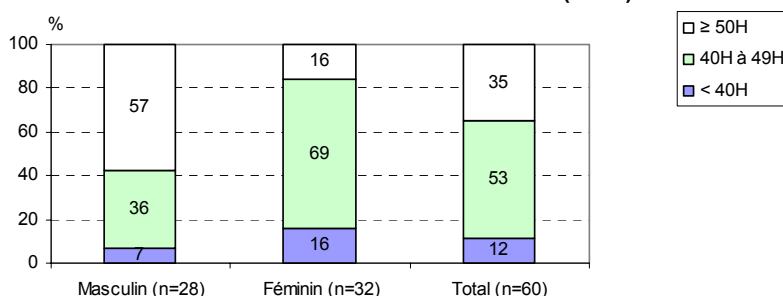


## III. Volume d'activité envisagé par les étudiants

### 1. Une différence persistante entre les deux sexes dans l'amplitude "projetée" de la durée du travail hebdomadaire.

Un écart significatif persiste entre les deux sexes (le temps de travail hebdomadaire acceptable est de 43H chez les étudiantes contre 48H chez leurs collègues masculins, tandis que 16% seulement des premières contre 57% des seconds sont prêts à travailler plus de 50 heures).

**Figure A.3**  
Nombre d'heures de travail par semaine que les étudiants seraient prêts à accepter (hors gardes) dans leur futur métier selon le sexe -%- (n=60)



**2. En libéral, un volume d'activité projeté plus faible que chez leurs aînés et un écart entre sexes qui se réduit sensiblement par rapport à la situation actuelle.**

L'amplitude hebdomadaire de travail indiquée par les étudiants pensant s'orienter vers le libéral est plus faible que celle indiquée par les médecins en exercice (§ B) : respectivement 44 heures contre 47 heures, mais l'écart entre sexes se réduit beaucoup (la différence hommes - femmes est de 5 heures chez les étudiants alors qu'elle est de 13 heures chez les médecins en exercice). En fait, c'est surtout, une diminution très nette de l'amplitude de travail projetée par les étudiants de sexe masculin (47 heures) par rapport à leurs aînés (52 heures) qui en est la cause. Au contraire, les étudiantes projettent une amplitude de travail plus importante que celle relevée chez les médecins en exercice de sexe féminin (il est probable que certaines n'envisagent pas à cet âge de travailler avec des horaires aménagés). Cette impression est confortée par le fait que les étudiantes qui pensent s'orienter vers le libéral projettent de travailler pratiquement toutes à plein temps (9,6 demi-journées par semaine en moyenne) alors que la moyenne relevée chez les femmes exerçant en libéral est de 7, 4 demi-journées.

**IV. Balance entre vie professionnelle et vie personnelle**

**1. Des étudiants (et surtout des étudiantes) prêts à certains renoncements professionnels pour ne pas sacrifier leur vie privée.**

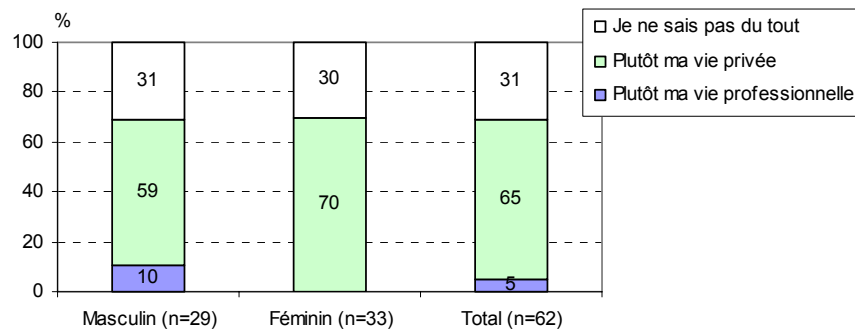
Pour consacrer plus de temps à leurs enfants, 58% d'entre eux (70% des femmes et 45% des hommes) se disent prêts à modifier leurs conditions d'exercice (réduire ou aménager leur temps de travail...) tandis que 26% (36% des femmes et 14% des hommes) se déclarent prêts à un changement *radical* d'orientation médicale. Pour suivre leur conjoint ou favoriser leur vie de couple, 42% se disent prêts à modifier leurs conditions d'exercice et 23% à un changement plus radical, sans différence entre les deux sexes. Enfin, pour avoir plus de temps libre ou de loisirs, 32% se disent prêts à modifier leurs conditions de travail et 15% à changer radicalement d'orientation, là encore, sans différence significative entre les deux sexes. On voit donc que dans les jeunes générations, la volonté de ne pas tout sacrifier à sa vie professionnelle est forte. Visiblement, les jeunes hommes ont fait du chemin sur ce point, mais l'écart entre les deux sexes n'est pas totalement aboli.

**2. Des étudiants qui, majoritairement, pensent que s'ils ont des choix à faire, ils privilégieront plutôt leur vie privée**

Les deux tiers d'entre eux sont de cet avis (93% de ceux qui expriment une opinion sur ce plan), avec une différence relativement modérée entre les sexes (70% des femmes et 59% des hommes). Seuls 5% (uniquement des hommes) sont d'un avis opposé.

**Figure A.4**  
**Opinion générale des étudiants en médecine sur l'équilibre qu'ils feront entre vie professionnelle et vie privée -%-**

*"Si vous avez plus tard à faire des choix entre votre vie professionnelle et votre vie familiale ou privée, que privilégieriez-vous ?"*



**En conclusion :** malgré les limites évidentes de cette approche (faiblesse des effectifs et limitation de l'étude à une seule faculté pouvant présenter un profil particulier), cette enquête auprès d'étudiants en médecine met en évidence deux points essentiels :

- leur souci flagrant, relevé dans les deux sexes, de ne pas sacrifier autant que l'ont fait nombre de leurs aînés leur vie privée aux exigences de leur carrière professionnelle,
- le maintien cependant d'une différence entre les deux sexes dans la manière dont est projeté le futur équilibre entre vie professionnelle et vie privée (les femmes restant davantage prêtes à certains renoncements professionnels, en particulier pour consacrer davantage de temps à leurs enfants).



## **B. Enquête auprès des médecins en exercice**

L'enquête a reposé sur un questionnaire relativement lourd (102 variables) administré par voie postale à un échantillon aléatoire de 1 500 médecins de Rhône-Alpes (fichier ADELI de l'administration de la santé) : 500 généralistes libéraux, 500 spécialistes libéraux et 500 médecins salariés. Après relance, le taux de réponse a été de 54% (807 questionnaires exploités, soit 5% de l'ensemble des médecins rhônalpins en exercice). Ce taux, plus élevé de manière logique chez les femmes que chez les hommes (64% contre 47%) peut être considéré comme très satisfaisant, eu égard à la lourdeur du questionnaire et témoigne d'un intérêt évident du corps médical pour ce thème. Lors de l'analyse, une pondération *a posteriori* a permis de rectifier l'hétérogénéité des fractions de sondage et l'hétérogénéité des taux de réponse, de manière à restituer à chaque " filière" professionnelle et à chaque sexe son poids réel.

### **Les principaux éléments du constat**

#### **I. Des orientations professionnelles et un cursus différents chez les hommes et les femmes**

L'enquête confirme les données classiquement décrites relatives à la démographie médicale et apporte des informations supplémentaires.

- 1. Une féminisation déjà largement engagée** : 39% des médecins rhônalpins sont des femmes (36% au niveau national en 2001).
- 2. Des femmes qui s'orientent davantage que les hommes vers un exercice salarié** (48% choisissent ce mode d'exercice contre 30% des hommes). A l'heure actuelle 50% des emplois médicaux salariés sont féminins.
- 3. Des femmes moins attirées que les hommes par la médecine libérale et, surtout, la médecine générale libérale** (28% seulement d'entre elles ont choisi cette voie contre 40% des hommes et elles ne représentent que 31% des effectifs).
- 4. Un taux de spécialisation identique dans les deux sexes** (de l'ordre de 51%), **légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes en libéral** (45% contre 42%), mais par contre **sensiblement plus faible chez les femmes exerçant une activité salariée** (56% contre 73% chez les hommes).
- 5. Des femmes qui, en médecine générale libérale, choisissent deux fois plus souvent que les hommes un exercice particulier prédominant** (homéopathie...) : 19% contre 11%.
- 6. Des femmes médecins plus récemment en activité que leurs confrères, corollaire d'un âge moyen plus bas** et d'une montée en charge de la féminisation relativement récente (écart moyen égal à 4 ans - 15 ans d'ancienneté professionnelle chez les femmes et 19 chez les hommes - et égal à 6 ans chez les généralistes libéraux).
- 7. Une soutenance de thèse un peu plus tardive** (écart d'environ 1 an) chez les femmes que chez les hommes exerçant en médecine générale libérale (seule catégorie suffisamment homogène pour qu'une telle comparaison ait un sens).

8. **Un peu moins d'anciens internes** chez les femmes (36% contre 42%) et **un peu plus de CES** (18% contre 14%).
9. Des diplômes médicaux complémentaires (AEU, DU, capacités...) obtenus en proportion identique chez les hommes (69%) et chez les femmes (71%), cette égalité étant retrouvée au sein des trois catégories professionnelles.
10. **Un début d'activité professionnelle légèrement plus tardif chez les femmes** que chez les hommes de la classe d'âge la plus avancée (> 43 ans) : respectivement 11.9 ans et 11.3 ans après le début des études, cet écart entre les deux sexes, relevé presque exclusivement chez les généralistes libéraux, **n'est plus retrouvé dans la plus jeune génération** ( $\leq 43$  ans).
11. De **fréquentes interruptions de longue durée** (> 3 mois) de l'activité professionnelle chez les femmes médecins (54% contre 7% des hommes) et presque 60% de celles qui se sont arrêtées l'ont fait à plusieurs reprises. Rapporté à l'ensemble des médecins, le nombre moyen d'arrêts de longue durée est plus de 10 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Huit fois sur dix, les arrêts féminins sont liés à la maternité. Les autres motifs sont identiques dans les deux sexes : santé, convenance personnelle, raisons familiales.

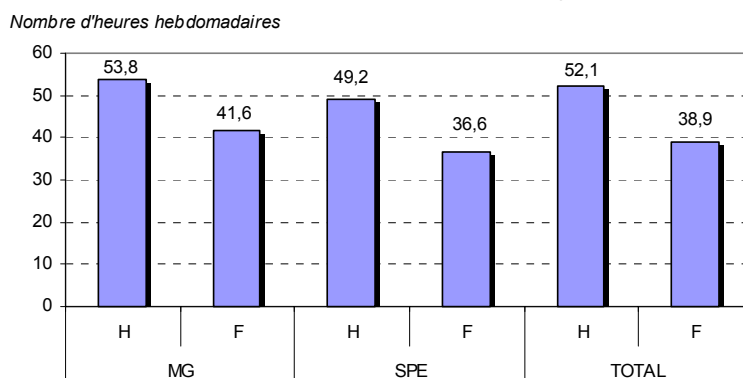
## **II. De nettes différences dans les caractéristiques de l'exercice professionnel et dans l'amplitude de travail**

### **a L'activité libérale**

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

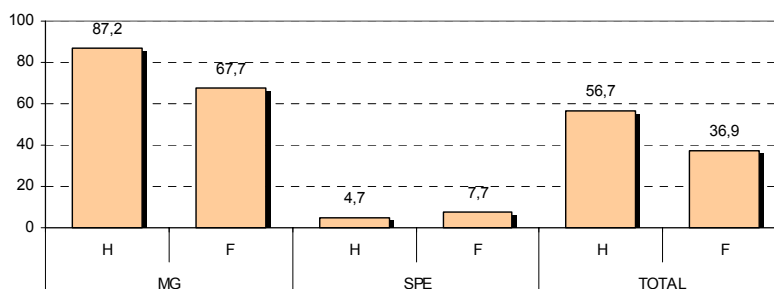
3. **Une amplitude moindre de l'activité médicale libérale chez les femmes** : le **nombre d'heures hebdomadaire** est plus faible que chez les hommes, aussi bien chez les généralistes (42 heures contre 54) que chez les spécialistes (37 heures contre 49). Le **nombre de demi-journées hebdomadaires** est également plus faible, chez les généralistes (7.6 demi-journées contre 9.3) comme chez les spécialistes (7.3 demi-journées contre 8.7). Le **nombre de consultations au cabinet** est plus faible mais uniquement chez les généralistes (83 par semaine contre 101). Enfin, le **nombre de semaines non travaillées** dans l'année est plus important pour les femmes que pour les hommes chez les généralistes (7.0 contre 5.8) et également, bien que de manière non significative, chez les spécialistes (7.1 contre 6.2). De plus, chez les généralistes de sexe féminin, un **effet de l'âge** indéniable est observé : les plus jeunes d'entre elles développant une activité moindre que leurs aînées (moins d'heures et moins de demi-journées hebdomadaires, davantage de semaines non travaillées dans l'année). Ce n'est pas le cas chez les hommes ni chez les spécialistes femmes (hormis pour les semaines de vacances).

**Figure B.1**  
**Nombre moyen d'heures hebdomadaires effectuées par les médecins libéraux**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle**  
 -calcul réalisé sur 475 dossiers renseignés : 94.1%-

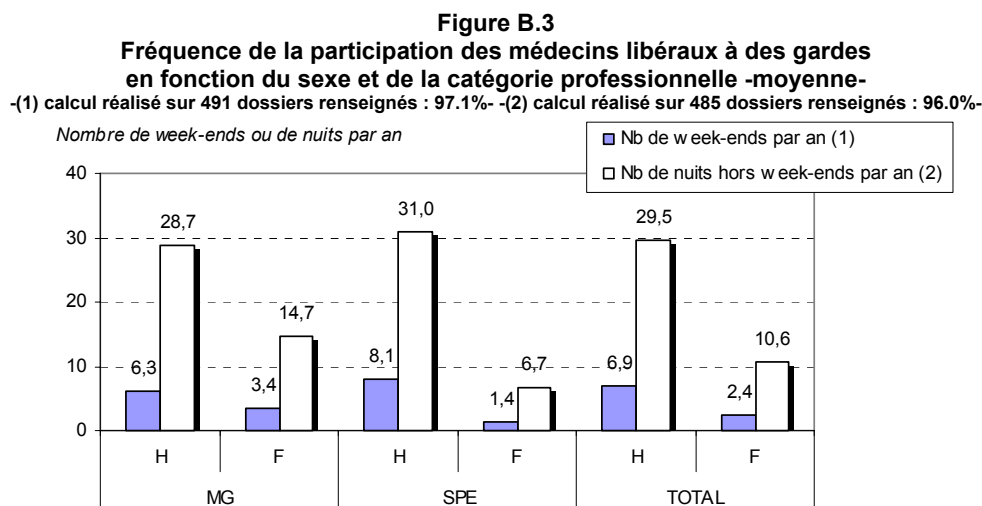


4. **Moins de visites à domicile réalisées par les femmes généralistes** : elles sont **moins nombreuses que les hommes à faire des visites** (68% contre 87%) et de plus, **celles qui en font en réalisent presque deux fois moins** que les hommes (7 par semaine contre 12).

**Figure B.2**  
**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%-



5. **En libéral, moins de gardes prises par les femmes médecins** : chez les généralistes, elles sont **moins nombreuses que les hommes à avoir fait des gardes** au cours des 3 dernières années (66% contre 82%), chez les spécialistes l'écart est encore plus grand (17% contre 56%, mais d'une part il s'agit probablement le plus souvent de gardes au sein d'un établissement et, d'autre part, l'hétérogénéité des structures et des activités ne permet pas une comparaison). De plus, **les femmes généralistes qui prennent des gardes en prennent deux fois moins que leurs confrères** : 15 nuits par an contre 29 et 3.4 week-ends contre 6.3). Chez les spécialistes, les écarts sont encore plus importants mais la comparaison n'a pas beaucoup de sens en raison de l'hétérogénéité des profils.



6. **Des femmes médecins très sensibles aux contraintes générées par les gardes** : si presque toutes déplorent, à l'égal des hommes, la fatigue et l'empiètement sur la vie familiale, l'**insécurité** apparaît un problème plus spécifiquement féminin. Les trois quarts des généralistes de sexe féminin pointent ce problème (problème important pour 40% d'entre elles), de même que la **garde des enfants**, pointée par 60% des femmes (problème important pour 40%). Les autres problèmes générés par les gardes ne distinguent pas les hommes et les femmes.
7. **En libéral, des femmes médecins plus souvent victimes d'insécurité, en particulier sous la forme de violences verbales, que les hommes** : l'insécurité est devenue une composante non exceptionnelle de l'exercice médical libéral, en particulier chez les généralistes : 60% de ceux-ci et 50% des spécialistes en ont été victimes au cours des 3 dernières années. La proportion est un peu plus élevée chez les femmes (68% pour les femmes généralistes), essentiellement victimes de violences verbales (67%, dont 46% à plusieurs reprises) et de vols (35%, dont 14% à plusieurs reprises), plus rarement de violences physiques (15%, dont 3% à plusieurs reprises).
8. **Le télé-secrétariat en vogue chez les femmes ; le secrétariat assuré par le conjoint, un cas de figure non exceptionnel chez les hommes** : certaines femmes généralistes, en proportion égale à celle relevée chez leurs confrères masculins, disposent d'une secrétaire médicale (31%) ou assurent elles-mêmes leur secrétariat (47%). Par contre, elles ont plus souvent que les hommes recours au **télé-secrétariat** (19% contre 9%), ce qui compense peut-être le fait de ne pas disposer d'un conjoint prêt à assurer cette tâche (2% contre 14% chez

les hommes, cette situation se raréfiant cependant chez les plus jeunes). Chez les spécialistes, les femmes assurent plus souvent elles-mêmes leur secrétariat (22% contre 12% des hommes) et font également plus souvent appel au télésecrétariat (18% contre 7%).

**b L'activité salariée**

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

**c La formation et les échanges professionnels**

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

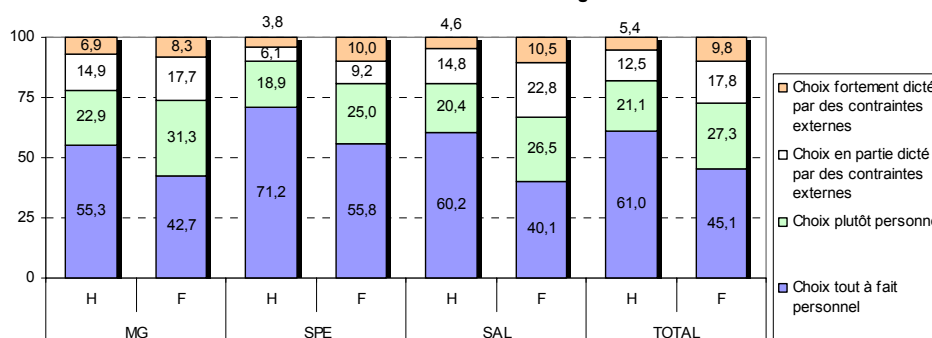
### **III. Vie privée et engagements publics**

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

### **IV. Balance entre vie privée et vie professionnelle**

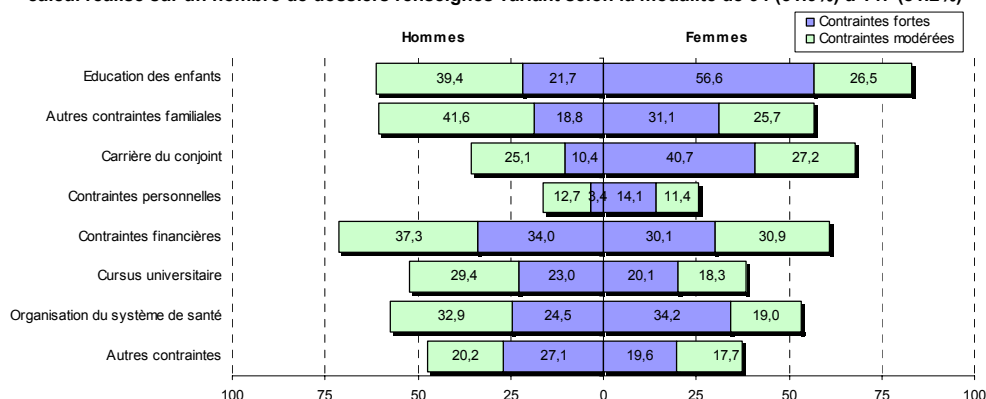
- 1. Plus fréquemment pour les femmes (28%) que pour les hommes (18%), l'activité résulte parfois d'un choix plus ou moins dicté par des contraintes externes** : une femme sur 10 affirme que son choix a été *fortement* dicté par de telles contraintes. Les différences entre sexes sont particulièrement nettes chez les **médecins salariés** et, à un degré moindre, chez les spécialistes libéraux. Les réponses des médecins sont identiques dans les deux tranches d'âge.

**Figure B.4**  
**Degré de liberté dans le choix du type d'activité médicale exercée**  
**en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 805 dossiers renseignés : 99.8%-



2. Lorsqu'il s'agit d'un choix plutôt personnel, certains éléments qui ont influé "en positif" sont pointés avec une fréquence inégale par les hommes et par les femmes : l'attrait pour le type d'activité (rôle important pour plus de 85%, aussi bien chez les hommes que chez les femmes), la **qualité de vie**, plus souvent mise en avant avec force par les femmes (48% contre 29% chez les hommes), en particulier chez les médecins salariés et les spécialistes libéraux, l'**opportunité**, plus souvent citée par les femmes (33% contre 22%), l'**activité du conjoint** (rôle important pour 22% des femmes et seulement 7% des hommes), la **lucrativité** escomptée (motivation forte pour 10% dans les deux sexes).
3. Lorsqu'il s'agit d'un choix plus ou moins influencé, certaines contraintes ont davantage pesé "en négatif" chez les femmes que chez les hommes : l'**éducation des enfants** (contrainte forte pour 57% des femmes et seulement 22% des hommes), les **autres contraintes familiales** (31% contre 19%), la **carrière du conjoint** (41% contre 10%, la différence étant particulièrement nette chez les médecins salariés), des **contraintes personnelles** (14% contre 3%). Par contre, d'autres contraintes (aspects financiers, organisation du système de santé, cursus universitaire) ont pesé du même poids dans les deux sexes.

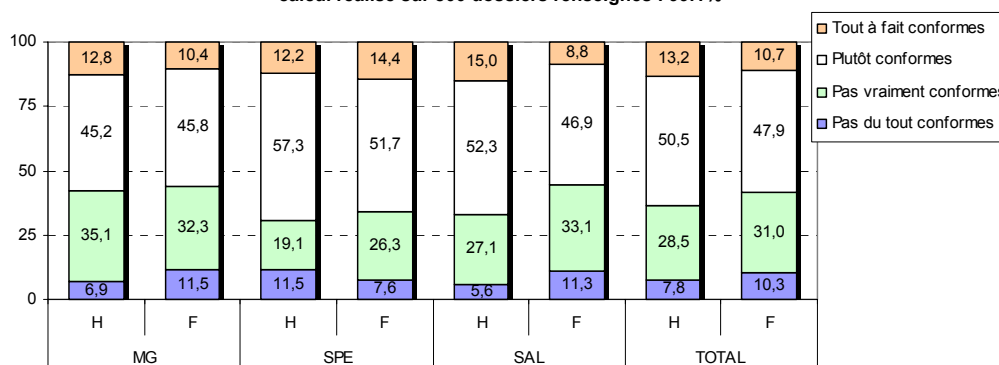
**Figure B.5**  
**Contraintes externes ayant surtout pesé sur l'orientation professionnelle des médecins considérant que cette orientation était plus ou moins imposée par des contraintes externes -%-**  
 -calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 94 (51.9%) à 147 (81.2%)



4. De nombreux médecins estiment que leur activité actuelle n'est pas vraiment conforme à leurs aspirations initiales (40%, voire davantage chez les généralistes) mais une différence de jugement entre les deux sexes n'est retrouvée que chez les médecins salariés (avec des "désillusions" plus souvent pointées par les femmes). L'âge n'intervient pas chez les femmes alors

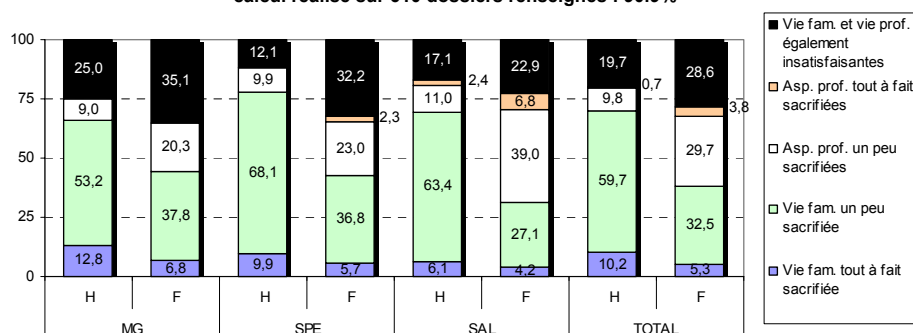
que les hommes de plus de 45 ans sont plus nombreux que leurs cadets à considérer que leur exercice n'est pas conforme à leurs aspirations initiales.

**Figure B.6**  
**Jugement des médecins sur l'adéquation entre leur activité actuelle et la manière dont ils l'exercent et les aspirations qui étaient les leurs lorsqu'ils étaient étudiants en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 800 dossiers renseignés : 99.1%-



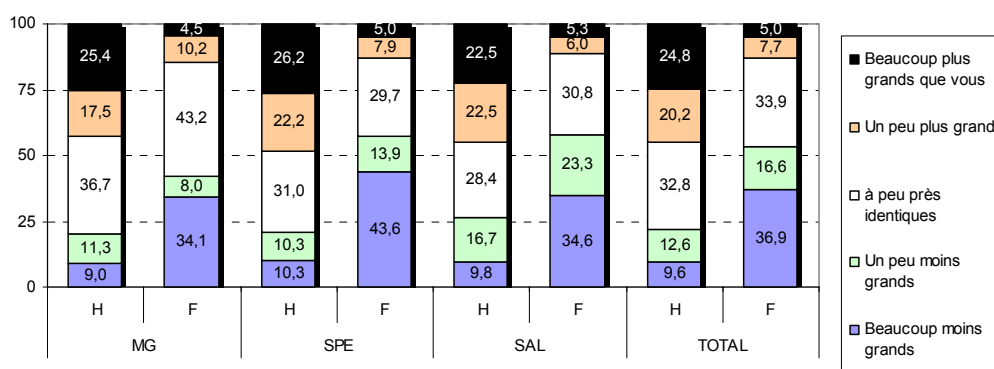
5. De nombreux médecins, aussi bien hommes (37%) que femmes (31%) estiment ne pas avoir réussi dans leur carrière à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale : ce sentiment est particulièrement fort chez les généralistes libéraux des deux sexes. Il n'est pas lié à l'âge des médecins ni au fait d'avoir eu ou non des enfants.
6. Parmi les médecins qui dressent le constat d'un équilibre imparfait entre leur vie professionnelle et leur vie familiale, les deux tiers des femmes (contre le tiers des hommes) évoquent une vie professionnelle insatisfaisante ou des aspirations professionnelles sacrifiées : près de 30% des femmes (contre 20% des hommes) considèrent avoir perdu sur les deux tableaux et elles sont par ailleurs bien plus nombreuses que les hommes à considérer que leurs aspirations professionnelles ont été sacrifiées (33% contre 10%). **Au contraire les hommes, davantage que les femmes, considèrent que c'est leur vie familiale qui a été sacrifiée (70% contre 38%).** Le sentiment d'avoir perdu sur les deux tableaux est plus fréquent chez les femmes exerçant en libéral, celui d'avoir sacrifié ses aspirations professionnelles l'est davantage chez les femmes salariées. Les femmes qui évoquent une insatisfaction en matière de vie familiale sont en proportion identique dans les deux tranches d'âge considérées mais les plus de 45 ans parlent plus volontiers d'une insatisfaction à la fois sur le plan personnel et professionnel.

**Figure B.7**  
**Nature du déséquilibre entre vie familiale et vie professionnelle observé, le cas échéant, par certains médecins en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 610 dossiers renseignés : 90.9%-



7. **Plus d'une femme sur quatre considère ne pas avoir été spécialement aidée par son conjoint pour concilier vie familiale et aspirations professionnelles. Seuls 11% des hommes dressent le même constat.** Les femmes de plus de 45 ans sont plus nombreuses que leurs cadettes à constater l'absence d'aide réelle de la part du conjoint (32% contre 23%).
8. **Plus de la moitié des femmes médecins (53%) estiment que, par rapport à elles-mêmes, leur conjoint a consenti de moins grands sacrifices sur le plan professionnel (beaucoup moins grands pour 37%).** Seuls 22% des hommes dressent le même constat. Les femmes médecins les plus âgées sont les plus nombreuses à évoquer un déséquilibre important.

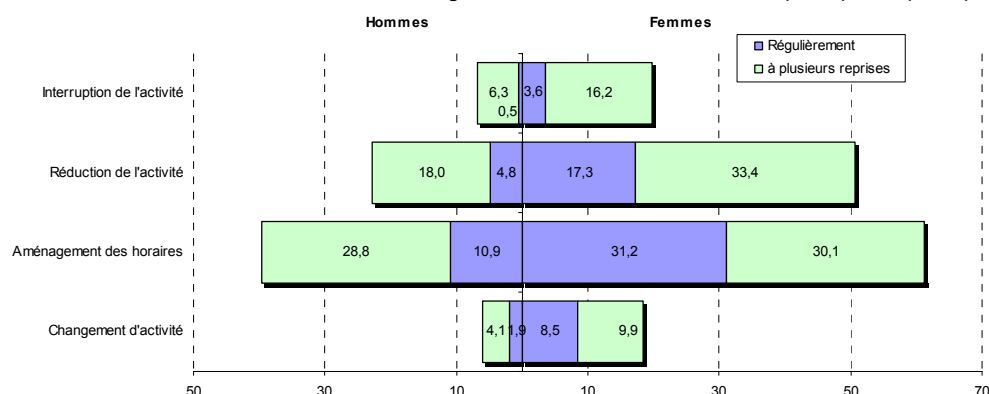
**Figure B.8**  
**Jugement des médecins sur les sacrifices consentis sur le plan professionnel par le conjoint (le cas échéant) en fonction du sexe et de la catégorie professionnelle -%-**  
 -calcul réalisé sur 726 dossiers renseignés : 90.0%-



9. **20% des femmes médecins en exercice ont eu à interrompre leur activité professionnelle en raison de contraintes familiales, ce qui n'a été le cas que de 7% des hommes.** La proportion est plus élevée chez les généralistes libérales (29%) et elle est supérieure chez les femmes de plus de 45 ans (28% contre 13% des plus jeunes).
10. Des **souhaits d'interruption temporaire de l'activité empêchés par les contraintes professionnelles** plus souvent décrits par les femmes (37%) que par les hommes (28%). De tels souhaits "contrariés" sont pointés par presque 60% des femmes généralistes libérales.
11. Des femmes médecins très régulièrement contraintes **d'écourter le délai pré ou post natal** (50% globalement, à plusieurs reprises dans la moitié des cas, et 69% chez les libérales, généralistes comme spécialistes). Les raisons mises en avant étant essentiellement des raisons économiques, la crainte d'une fuite de la clientèle, les difficultés à se faire remplacer, plus rarement sont signalées en libéral les pressions de la patientèle.
12. **50% des femmes médecins ont eu à réduire leur activité professionnelle en raison de contraintes familiales** (une fois sur trois de manière régulière), ce qui n'a été le cas que de **23% des hommes**. Cette proportion est plus élevée chez les femmes exerçant en libéral que chez les salariées. Sur ce point, on n'a pas relevé d'hétérogénéité en fonction de l'âge.

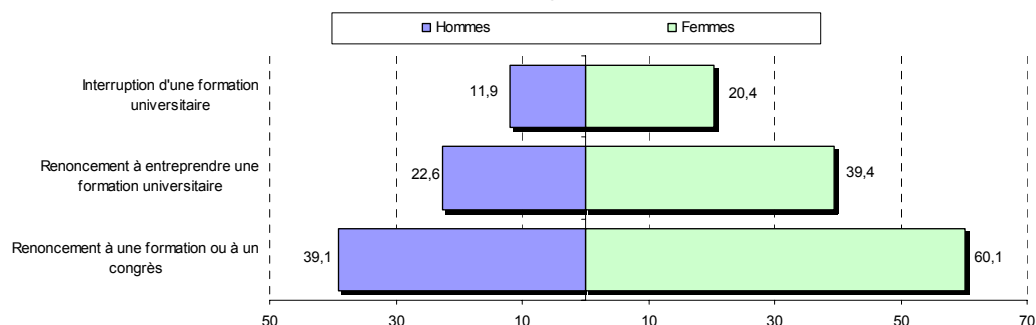
13. **61% des femmes médecins ont dû aménager leurs horaires de travail en raison de contraintes familiales** (une fois sur deux de manière régulière), seuls **40% des hommes** ont eu à le faire). Les femmes de plus de 45 ans sont un peu plus nombreuses que leurs cadettes à l'avoir fait (67% contre 56%).
14. **18% des femmes médecins ont changé d'activité pour des raisons familiales**, ce qui n'est le cas que de **6% des hommes**. Cette proportion est plus élevée chez les femmes salariées (certaines ayant d'ailleurs opté pour une activité salariée précisément en raison de ces contraintes familiales). Les femmes de plus de 45 ans sont deux fois plus nombreuses que leurs cadettes à avoir changé leur activité (23% contre 14%).

**Figure B.9**  
Proportion de médecins ayant dû, en raison de contraintes familiales, modifier l'organisation de leur activité professionnelle en fonction du sexe  
-calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 657 (81.4%) à 713 (88.4%)



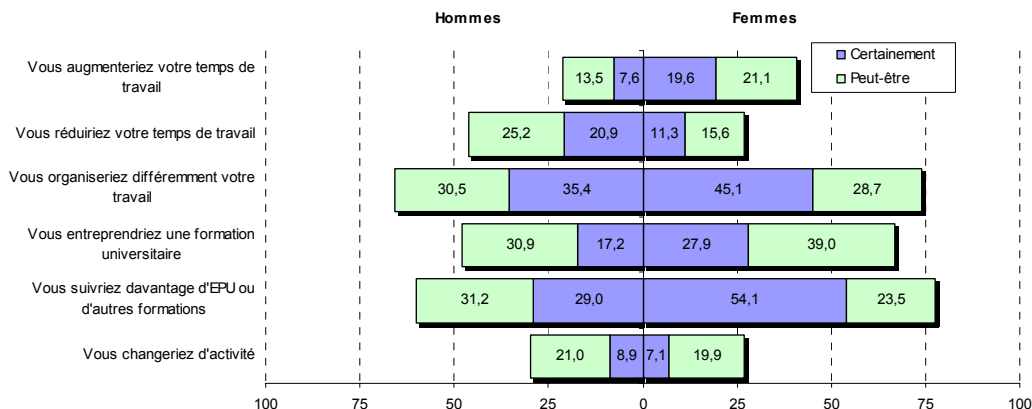
15. **20% des femmes médecins (contre 12% des hommes) ont interrompu une formation universitaire en raison de contraintes familiales.** On n'a pas relevé chez les femmes d'hétérogénéité en fonction de l'âge.
16. **39% d'entre elles (contre 23% des hommes) ont renoncé pour ce motif à une formation universitaire.** L'âge n'intervient pas dans les réponses des femmes, par contre les hommes de moins de 45 ans sont plus nombreux que leurs aînés à évoquer un tel renoncement.
17. **60% des femmes médecins (contre 39% des hommes) ont renoncé à une formation ou à un congrès sur un thème pourtant motivant en raison de contraintes familiales.** Ce constat est dressé avec une fréquence comparable dans les deux classes d'âge.

**Figure B.10**  
Proportion de médecins ayant dû, en raison de contraintes familiales, renoncer ou modifier certains de leurs projets professionnels en fonction du sexe  
-calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 712 (88.2%) à 756 (93.7%)



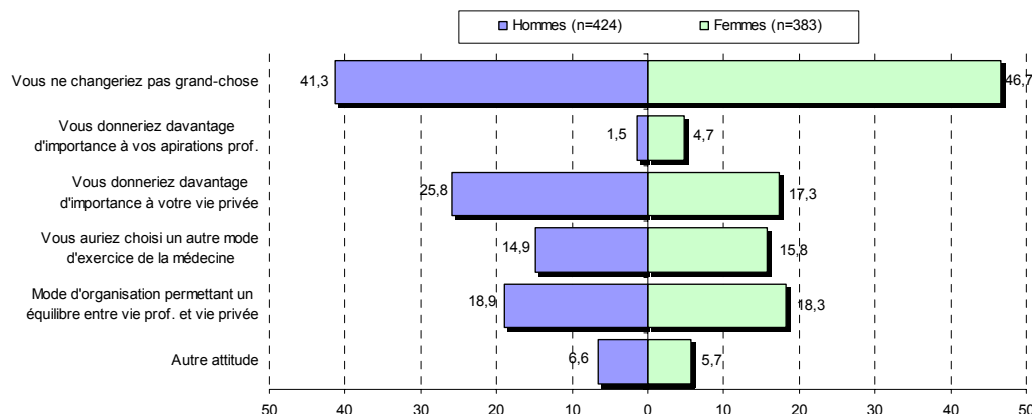
18. Si elles étaient dégagées de toutes contraintes familiales, plus souvent que les hommes, les femmes médecins affirment qu'elles modifieraient l'organisation de leur activité professionnelle : 54% suivraient *certainement* davantage d'EPU (contre 29% des hommes), 45% organiseraient *certainement* différemment leur travail (contre 35%), 28% (contre 17% des hommes) entreprendraient *certainement* une formation universitaire (jusqu'à 37% chez les salariées). Elles sont par contre moins nombreuses que les hommes à déclarer qu'elles réduiraient *certainement* leur temps de travail (11% contre 21%). Enfin, 7% (pratiquement à égalité avec les hommes) changeraient *certainement* d'activité.

**Figure B.11**  
Souhaits de modifications de l'activité professionnelle des médecins s'ils étaient dégagés de toute contrainte familiale en fonction du sexe -%-  
-calcul réalisé sur un nombre de dossiers renseignés variant selon la modalité de 688 (85.3%) à 712 (88.2%)



19. Pourtant, "si c'était à refaire", les attitudes des femmes médecins ne diffèreraient pas beaucoup de celles de leurs confrères : une grande partie d'entre elles (47%) ne changeraient finalement pas grand-chose (réponse également faite par 41% des hommes). Certaines (17%) donneraient davantage d'importance à leur vie privée mais les hommes sont plus nombreux à faire cette réponse (26%). A l'opposé, 5% d'entre elles (contre seulement 1% des hommes) donneraient davantage d'importance à leurs aspirations professionnelles. Enfin, 18% choisiraient un mode d'organisation permettant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, tandis que 16% opteraient pour un autre mode d'exercice de la médecine (ces deux dernières proportions étant strictement identiques à celles relevées chez les hommes).

**Figure B.12**  
"Finalement, si c'était à refaire, quelle serait votre attitude ?". Etude en fonction du sexe -%-  
-calcul réalisé sur 807 dossiers renseignés : 100%-



## **En conclusion :**

Les principaux enseignements de l'enquête auprès des médecins en exercice peuvent être regroupés en 10 points :

- 1. Assez peu de différences entre les deux sexes en matière d'études médicales et de formations complémentaires**
- 2. Certaines orientations professionnelles privilégiées par les femmes et, par conséquent, un taux de féminisation hétérogène**
- 3. Des conditions différentes de l'exercice libéral**
- 4. Une activité médicale globalement moins importante chez les femmes** (sachant qu'une moyenne recouvre une disparité de situations)
- 5. Une implication beaucoup moins grande dans les gardes**
- 6. Une activité professionnelle plus souvent interrompue** (huit fois sur dix du fait de la maternité)
- 7. Une moindre implication des femmes en matière de formation médicale continue et d'échanges professionnels**
- 8. Des femmes dont l'orientation professionnelle a été, plus souvent que pour les hommes, dictée par des contraintes externes**
- 9. Un décalage fréquent entre les aspirations initiales et la réalité actuelle** mais pas plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, hormis chez les salariées.
- 10. un équilibre bien difficile entre vie professionnelle et vie familiale**  
Les femmes (en particulier les salariées) sont plus nombreuses que les hommes à parler d'une vie professionnelle sacrifiée, les hommes, quant à eux, sont nombreux à évoquer une vie familiale sacrifiée. De plus, le tiers des femmes (en particulier chez les généralistes) expriment le sentiment d'avoir perdu sur les deux tableaux.

Cette enquête, à laquelle ont participé plus de 800 médecins, confirme que l'exercice médical féminin diffère sensiblement - en moyenne - de l'exercice masculin, tant sur le type d'activité que sur son amplitude. Mais par delà ce constat, elle met également en lumière les difficultés que les femmes médecins rencontrent pour concilier leur vie professionnelle et leur vie privée et les renoncements qu'elles doivent - bien plus souvent que les hommes - consentir.

## **C. Suivi rétrospectif du cursus universitaire et du parcours professionnel**

Une analyse comparative du cursus universitaire des étudiants des deux sexes a été conduite auprès du service de scolarité de la faculté de médecine de Lyon Sud. Parallèlement une analyse comparative du parcours professionnel après la thèse a été conduite à partir des données notifiées dans les fichiers du Conseil de l'Ordre. Différentes "cohortes" d'anciens étudiants ont été analysées afin d'identifier d'éventuelles évolutions générationnelles.

### **Rappel de la méthode :**

- **Le parcours universitaire** a été étudié chez 3 "cohortes" d'anciens étudiants inscrits en PCEM1 en 1970, 1980 et 1990. Pour ces 1083 étudiants, l'ensemble des informations, quantitatives et non nominatives, ont été recueillies par le service de scolarité de la faculté de médecine de Lyon Sud.
- **Le parcours professionnel** a été étudié chez 3 "cohortes" d'anciens étudiants admis en PCEM2 en 1971, 1981 et 1991. Ces cohortes étaient soit exhaustives, soit constituées par tirage aléatoire. Les listes nominatives de ces étudiants, communiquées par le service de scolarité de la faculté de Lyon Sud, ont été adressées au Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Rhône (département où devaient être inscrits a priori le plus grand nombre de ces anciens étudiants) et de la Savoie (pour des raisons de commodité d'accès à la base de données) qui ont recherché dans leur base de données les informations relatives aux variables d'étude.

### **Les principaux éléments du constat :**

#### **a. Cursus universitaire :**

1. La féminisation de la profession médicale est une réalité mais l'étude montre qu'elle est tout autant due à une augmentation des inscriptions féminines qu'à une très nette diminution des inscriptions masculines. Ainsi, sur Lyon Sud, le nombre d'étudiantes en première année en 1990 est de 50% supérieur à celui de 1970, tandis que, dans le même temps, celui des hommes a presque diminué de moitié. De nombreuses hypothèses pourraient expliquer cette désaffection masculine de la profession médicale (contraintes, perte de prestige, niveau de revenus ...).

Tableau C.1  
Nombre d'étudiants inscrits à la faculté de Lyon Sud et sexe ratio

| Année d'inscription en PCEM1 | Hommes | Femmes | Total | Sexe ratio H/F |
|------------------------------|--------|--------|-------|----------------|
| 1970                         | 269    | 116    | 385   | 2.32           |
| 1980                         | 221    | 160    | 381   | 1.38           |
| 1990                         | 148    | 169    | 317   | 0.87           |

2. **Le parcours de formation des femmes est tout à fait équivalent à celui des hommes** : même durée d'études, même taux de réussite en 1<sup>ère</sup> année et à l'internat. Toutefois, on remarque que l'impact des différentes réformes est plus important et immédiat pour elles. Il en fut ainsi de celle de 1984 qui a freiné leur accès à l'internat.
3. **Les femmes n'interrompent pas plus souvent leurs études** que les hommes.

4. **Les parcours de formation des femmes sont plus "homogènes"**, on observe en effet une plus grande dispersion des données dans les cohortes masculines où des valeurs extrêmes sont plus grandes et plus fréquemment rencontrées (durée des études avant admission en 3<sup>ème</sup> cycle ou avant obtention du diplôme).

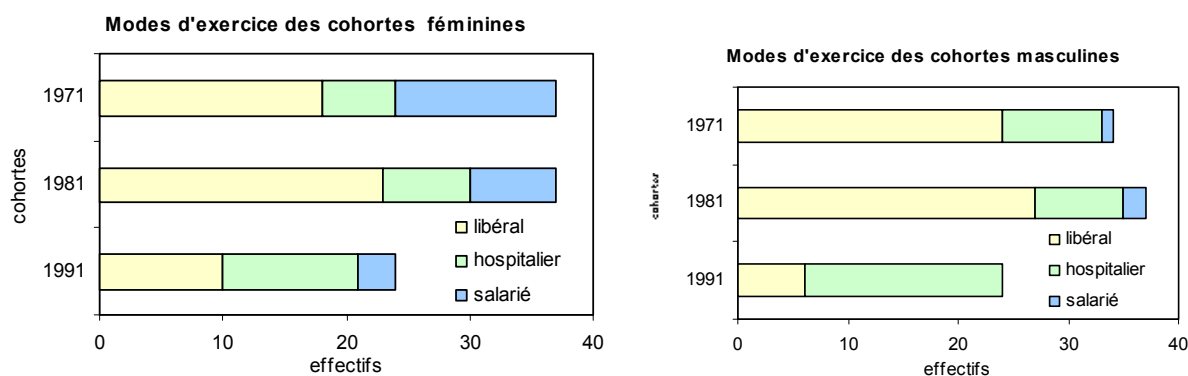
#### b. Parcours professionnel

##### 1. **L'exercice de la médecine au féminin tend à se rapprocher de plus en plus de celui des hommes :**

- l'exercice salarié non hospitalier est délaissé au profit de l'exercice libéral ou hospitalier,
- l'installation est rapide après la thèse, dans l'année en moyenne.

**Figure C.2**

**Nombre d'étudiants s'orientant vers la médecine générale et la médecine spécialisée selon la cohorte considérée et le sexe**



2. La poussée de la médecine générale, dans la cohorte 1981, chez les hommes comme chez les femmes, est étonnante : les médecins généralistes représentent les  $\frac{3}{4}$  de cette génération (effet possible du régime du nouvel internat).
3. L'exercice hospitalier de la médecine, peu fréquent en 1971, est devenu majoritaire dans la cohortes 1991 mais le développement de l'emploi médical hospitalier a davantage bénéficié aux hommes qu'aux femmes : 75% des hommes exercent à l'hôpital contre 46 % des femmes de cette génération.
4. L'exercice "intermittent" de la médecine (code 06 dans la base de données de l'Ordre) n'est pas plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, au moins dans les générations les plus récentes.
5. La faiblesse des effectifs ne permet pas d'affirmer que les femmes cessent leur activité plus tôt que les hommes, mais une faible différence semble se faire jour.

**En conclusion**, la féminisation des études médicales est autant le fait d'un afflux de jeunes femmes en première année que d'un désintérêt des jeunes hommes pour cette filière. Par ailleurs, si le parcours de formation et l'exercice professionnel des femmes semblaient différents de celui de leurs homologues masculins dans la génération de 1971 (avec, en particulier, des taux de réussite plus importants aux examens), il n'en est plus de même pour celle de 1991. Toutefois, il conviendrait de réitérer ces observations dans le temps afin d'étudier les deux cohortes avec un recul équivalent.

## CONCLUSIONS GENERALES TIREES DES 3 APPROCHES

Les différentes approches conduites confirment le fait que l'avenir de la profession est fortement impacté par sa féminisation (de même qu'il l'est par son vieillissement et par la réduction d'effectifs qui se profile).

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

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

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

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

En définitive, la féminisation de la profession médicale est le résultat de deux phénomènes concomitants : l'augmentation du nombre de jeunes femmes s'inscrivant en faculté de médecine (+ 46% entre 1970 et 1990) et, parallèlement, le moindre attrait exercé par cette filière sur les jeunes hommes (leurs inscriptions ont baissé de 55% dans le même temps). Ainsi, tout naturellement, la proportion de femmes achevant les études médicales progresse-t-elle très sensiblement, passant de 38% dans la "cohorte" des étudiants inscrits en 1970 à 53% dans celle des étudiants inscrits en 1990.

Cette progression s'opère malgré le fait que les taux de réussite aux examens soient désormais égaux pour les deux sexes (alors que dans les années 70, lorsqu'elles étaient minoritaires, les femmes avaient un taux de réussite plus élevé que les hommes). Le résultat de cette féminisation se manifeste aussi bien sur le type d'activité choisi que sur le volume d'activité, conduisant à un impact indéniable sur la démographie médicale. Cet impact est par ailleurs renforcé par les évolutions sociétales auxquelles les jeunes médecins (et plus encore les futurs médecins) de sexe masculin ne restent pas étrangers, les conduisant à envisager de développer une amplitude de travail moindre que leurs aînés afin de préserver davantage leur vie privée.









► N° Vert 0 800 880 607

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

---