

Femme, jeune et médecin

Pourquoi pas ?

L'actualité récente par l'intermédiaire du dossier de la couverture maternité des femmes libérales où nous avons participé activement, le SNJMG a décidé de consacrer sa réunion du conseil national des 28 et 29 janvier 1995 au dossier des femmes médecins, et en particulier des jeunes femmes médecins.

Nous avons tenté de faire le point sur l'état des lieux des jeunes femmes médecins aujourd'hui, et tout spécialement des généralistes. Y a-t-il des particularités d'exercice des femmes médecins ? Si oui, quelles sont-elles et quelles en sont les déterminants ? Quels sont les problèmes particuliers qui se posent aux femmes médecins ?

A travers ces questions, nous avons abordé les thèmes de l'exercice mixte, de la sécurité, de la retraite, de la maternité et de l'adaptation de la profession médicale aux femmes. Nous avons également réfléchi ensemble à des propositions qui pourraient améliorer les conditions d'exercice de la médecine générale pour les femmes en tenant compte de leurs besoins spécifiques.

La féminisation de la médecine est déjà une réalité de la démographie médicale française.

La part des femmes dans la profession médicale est passée de 13% en 1980 à 31% en 1993.

La tendance va se poursuivre, et même s'accroître, si l'on en croit les analyses du Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) du ministère des Affaires Sociales.

Il faut savoir en effet que parmi les jeunes médecins installés depuis moins de 10 ans le taux de féminisation est de 38%, et qu'il est de 54% pour les diplômés les plus récents.

D'autre part, le taux de féminisation des étudiants du Premier Cycle des Etudes Médicales a atteint 60%.

Le Syndicat des Jeunes Médecins Généralistes doit tenir compte de ces chiffres, car ils indiquent clairement que la population à laquelle il s'adresse est pour moitié constituée de femmes, et que cette tendance va s'accroître avec le temps.

La proportion d'adhérents féminins au SNJMG reflète partiellement cette réalité avec un taux de 50%.

Patrick Verta

© L'exercice mixte

Ghislaine Audran

Le salariat et l'exercice mixte préférentiellement pratiqués par les femmes appartiennent aux prérogatives de la médecine générale. Il est donc normal que les MG soient présents dans ces domaines tels que la P.M.I., la médecine scolaire, certaines vacations hospitalières, enseignement de la MG, certains établissements de longs séjours etc.

Les MG femmes exercent ces emplois salariés pour la souplesse des horaires afin de pouvoir concilier la vie professionnelle et la vie de famille et pour une certaine sécurité financière par rapport aux charges minimales incompressibles de l'exercice libéral.

L'exercice mixte :
un choix imposé

D'autre part, en plus de l'interactivité du travail en équipe d'autres aspects du salariat séduisent le MG habituellement libéral : un exercice différent de la médecine avec un autre abord du patient, la possibilité de retrouver une certaine globalité à la MG, notamment dans le domaine de la prévention (P.M.I., Planification familiale, médecine scolaire) qu'il ne peut habituellement pas faire dans le cadre libéral de la rémunération à l'acte, un engagement plus spécifique dans un des aspects de la MG nécessitant une prise en charge particulière des patients (réseaux Ville-Hôpital...).

Pourtant, ces jeunes femmes MG exerçant de façon mixte ont une insatisfaction de fond. Le statut financier peu valorisant, avec le plus souvent un état de vacataire sans grands avantages sociaux, le manque de moyens pour pouvoir exercer leur travail dans de bonnes conditions (ex. médecine scolaire) concourent à confiner ces femmes dans des emplois généralement

dévalorisés et démotivés.

De plus, on constate que leurs activités libérale et salariée sont extrêmement cloisonnées, sans interactivité, alors que dans les deux cas elles exercent la médecine générale.

Un exercice mixte
dans un cadre libéral ?

Que faire pour remédier à cet état des choses ? Revaloriser les salaires ? Sûrement mais le système en lui-même n'est pas satisfaisant. Pourquoi ne pas proposer une nouvelle alternative à cette opposition médecine libérale-médecine salariée ?

Par exemple un mode de rémunération forfaitaire pour des participations à des actes dans le domaine médico-social, notamment dans la médecine de prévention. Le médecin serait rémunéré de façon forfaitaire pour participer à certaines actions relevant de la médecine générale dans un cadre de santé publique.

Cette solution permettrait de répondre aux impératifs de rémunération garantie puisque forfaitaire, à ceux d'horaires planifiés permettant une organisation du travail à l'avance. Elle donnerait également une certaine variabilité dans l'exercice de la médecine générale, laissant la possibilité de choisir une ou plusieurs activités de ce type.

Enfin cette alternative constituerait pour la jeune généraliste la possibilité de s'installer dans de meilleures conditions, lui garantissant un minimum d'activités forfaitaires au début. Elle pourrait les réduire progressivement à mesure que sa clientèle et son activité à l'acte se majorent. Cela réglerait également un certain nombre de problèmes liés au poids des charges sociales en début d'exercice puisque ces rémunérations forfaitaires s'inscriraient dans le cadre de la profession libérale. □



Adaptation de l'exercice libéral du médecin femme

Françoise Bernard

L'exercice médical au féminin présente certaines particularités propres : le choix de pratiquer une médecine spécialisée ou sous un mode particulier plutôt que la médecine générale, d'avoir une activité à temps partiel (40 heures tout de même...) et plutôt en secteur 2, de préférer le salariat. Si nous assurons peu la permanence des soins et si notre activité de garde est faible, nos consultations sont par contre plus longues que celles de nos confrères masculins. De fait, nos revenus sont plus faibles que ceux des hommes.

Plusieurs raisons expliquent ces différences. Bon nombre de remplaçantes ayant goûté à l'activité sacerdotale de nos aînées ne l'envisagent pas pour leur pratique future. Déjà mère ou en passe de l'être, nous avons envie de mener de front une vie familiale, affective et professionnelle épanouissante. La maîtrise de notre temps est indispensable. Est-ce que la médecine générale le permet actuellement ? Combien de femmes sont obligées de faire un choix en dévaluant leur exercice ?

La situation actuelle

Les gardes sont l'exemple flagrant : en dehors de peut-être une moins grande envie à gérer l'urgence, les problèmes d'insécurité, de garde des enfants et la prise des appels pendant leur absence deviennent vite ingérables, d'autant plus que comme dans le reste de la population, le nombre de femmes seules avec enfants est sans cesse croissant ? Car la garde est un service public théoriquement obligatoire à chaque installé. Nos consultations plus longues impliquent de moindres revenus et la pratique d'un exercice particulier et/ou en secteur 2 nous attirent puisqu'ils

offrent un meilleur rendement financier, une certaine adaptation et "revalorisation" de la profession. Mais qu'en sera-t-il pour nous (le secteur 2 n'existe plus et que nous ne savons toujours pas qui pourra bénéficier du secteur optionnel si celui-ci voit le jour...). La sécurité de l'emploi, la maîtrise possible du temps et une vision différente que nous avons de notre carrière rendent le salariat attrayant. Ce que nous regrettons, c'est qu'il soit dénigré et si mal rémunéré (tels que la médecine scolaire, la P.M.I.) et que surtout que nos confrères femmes acceptent de brader leur valeur professionnelle pour de si ridicules salaires. Ceci n'encourage pas la revalorisation...

Avenir et solutions...

La féminisation inéluctable de la profession médicale risque donc, si aucune adaptation de la médecine générale n'est faite, de voir cette dernière disparaître. Le défi est donc d'intégrer la particularité des médecins femmes à la définition de la médecine générale (premier recours, synthèse et continuité des soins) en faisant des propositions pour modifier les contraintes

d'exercice de la profession. Ces modifications favoriseront l'exercice des médecins généralistes femmes et par là même de la médecine générale dans son ensemble.

Afin d'assurer la permanence des soins, l'exercice en groupe doit être favorisé et une reconnaissance financière, d'un montant forfaitaire, pour la prise de garde doit être créée. L'activité de garde devrait être plus légère avec une meilleure information sur le recours à l'urgence assurée par les caisses d'assurance maladie, par une éducation des patients (et des médecins...). Etant une mission de service public, la sécurité des médecins doit être assurée par les collectivités locales. La revalorisation de l'acte médical, de meilleures conditions d'exercice et l'aménagement du temps de travail par le biais des remplacements seraient un bon début. Le remplacement, même pour plusieurs jours par semaine, doit être favorisé en maintenant toutefois des garde-fou. Il faudrait que l'Ordre des Médecins s'occupe enfin de la qualité d'exercice médical indispensable à la qualité des soins. Enfin, l'adaptation des charges professionnelles est indispensable : des cotisations au régime de base de la CARMF et à l'Ordre proportionnelles aux revenus (la suppression de la part forfaitaire), l'aménagement du paiement dans les mois suivant la maternité...

Ces quelques remarques ne sont qu'un début. La conclusion de ces réflexions est que pour nous assurer à tous (femmes et hommes) un exercice mieux adapté et plus valorisant que ce que nous pouvons entrevoir, il ne faut pas attendre que le problème soit encore plus aigu qu'il ne l'est actuellement. Les solutions doivent être apportées dès maintenant. En un mot, mobilisez vous... □

Quelques chiffres

NATUREL'ACTIVITÉPROFESSIONNELLE

	Femmes	Hommes
• Activité exercée	40 %	48 %
• Médecine générale	11 %	4 %
• Sans activité de soins		

TEMPSD'ACTIVITÉPROFESSIONNELLEDES FEMMES MÉDECINS (MG ET SPÉCIALISTE):

en activité libérale :		7,3 %
• Temps partiel inférieur à 20 heures =		
• Temps partiel de 20 à 39 heures =	38,4 %	
• Temps plein de 39 à 50 heures =	37,9 %	
• Plus de 50 heures =	16,4 %	

en activité salariée :

• Temps partiel =	60 %
• Temps plein =	40 %

ECHELLES REVENUS

Elle montre des valeurs nettement inférieures à celles des hommes, et des valeurs de revenus salariés beaucoup plus faibles que ceux des revenus libéraux.

Classe de revenus	Salariés	Libéraux
< 5 000 F	24 %	9 %
5 000-10 000 F	17 %	12 %
10 000-15 000 F	18 %	14 %
15 000-20 000 F	17 %	15 %
20 000-30 000 F	19 %	20 %
> 30 000 F	5 %	30 %

source : enquête du Conseil de L'Ordre 1993

© Maternité

Françoise Bernard



épouses (!) collaboratrices depuis l'été 1994. C'était déjà un grand pas ... évident mais nécessaire avant tout changement. Nous faisons partie actuellement du lot des femmes exerçant une profession libérale. L'obtention d'une allocation maternité a prouvé que pour une fois tous les syndicats médicaux étaient capables d'enterrer la hache de guerre et ils ont montré qu'une entente réelle est possible et efficace.

Il faut tout de même noter que si les femmes des syndicats ne s'étaient pas mobilisées, nos confrères hommes n'en n'auraient pas été les initiateurs...

Ces allocations sont forfaitaires, les médecins femmes en âge de procréer, donc jeunes à priori, y compris les remplaçantes, ne sont pas pénalisées. Pourtant il reste encore beaucoup à faire. Les syndicats signataires de la convention vont ils être capables de négocier dans les discussions (éternelles !) conventionnelles un supplément de prestation ? A suivre... ☐

Enfin, nous allons pouvoir faire des enfants et pouponner en toute (ou presque) sérénité ! Même les remplaçantes ! En effet, la loi sur les prestations maternités est passée au J.O. le 5 Février 95. Un petit rappel : nous ne sommes plus assimilées aux

Voici une comparaison de ce qui se faisait et de ce que l'on a obtenu

AVANT FÉVRIER 95

• allocation repos maternel	1 SMIC
• indemnité de remplacement	1 SMIC
total	12 000F

DEPUIS FÉVRIER 95

• allocation de repos maternel (sans arrêt obligatoire)	1 plafond de la S.S.
• allocation de cessation d'activité	1 plafond de la S.S.
Total	25 000F

— SÉCURITÉ —

Régulièrement, nous entendons parler de la part de nos consœurs et confrères d'histoires d'agression ou de mise en situation difficile.

Les médecins généralistes, en particulier les femmes, sont les premiers confrontés à ces situations, notamment parce qu'ils assurent les urgences, se déplacent au domicile des patients, à toute heure du jour et de la nuit. Et cela dans des contextes bien souvent de crise pour lesquelles notre situation de "solitaire" et notre absence de formation nous laissent démunis. Sans parler de ceux qui travaillent dans des quartiers particulièrement difficiles.

Vols d'ordonnances, menaces et agressions physiques, dégâts matériels, insécurité au cabinet et au domicile sont monnaies courantes. Depuis 1965, 39 médecins sont décédés à la suite d'une agression dans leur exercice professionnel, et 11 les 10 dernières années ; dans les Hauts de Seine, la moitié des médecins s'est déjà fait agresser !

S.O.S

Des dispositions sont prises de façon locales. Ainsi à Dreux, depuis 93, les femmes ne font plus partie du tableau de garde nocturne. Les médecins sont équipés d'un talkie-walkie et peuvent prévenir la police en cas de danger. Ailleurs, des médecins assurent leur garde avec leur chien (pas un yorkshire !). Ces initiatives personnelles et locales sont insuffisantes et surtout la collectivité devrait assurer la sécurité de ses médecins. Bien souvent lorsque nous sollicitons les forces de police pour "maîtriser" une personne potentiellement dangereuse, le problème médical est mis en avant et le MG doit le prendre en charge ! Que penser de nos confrères psychiatres qui n'assurent aucune garde en ville alors que partout on observe une augmentation du nombre d'appels pour raison psychiatrique !

VITE !

La féminisation de notre profession, la dégradation de la qualité de vie de nos concitoyens nous imposent de prendre rapidement conscience du danger (si cela n'est déjà fait) et d'y trouver les solutions. Doit-on attendre le décès d'autres médecins ? ☐

Françoise Bernard