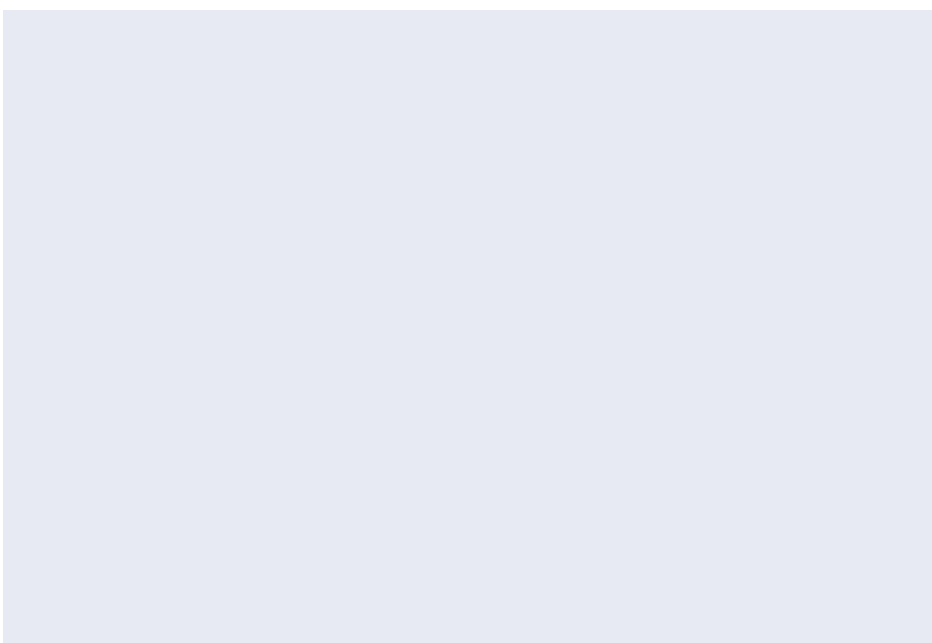


Australie occidentale

Les médecins généralistes étrangers et leurs conjoints dans les zones rurales

Par Angela Durey,
Enseignante, Edith Cowan University, Perth, Australie occidentale
et John Duff,
Expert, Edith Cowan University, Perth, Australie occidentale



Journalières s'apprêtant à descendre dans un étang destiné à l'élevage des crevettes depuis que la salinisation des terres par l'élévation du niveau de la mer a conduit au remplacement du riz, Bangladesh © Laurent Weyl/Argos/Pictoretank

Cet article analyse la politique de recrutement des médecins ayant un diplôme étranger pour répondre à la pénurie de professionnels de la santé dans les zones rurales de l'Australie. Il analyse le contexte de maintien de ces médecins dans un environnement social plus vaste, notamment par un examen des conséquences des attentes et expériences de ces médecins et de leurs conjoints.

L'Australie souffre d'une pénurie de professionnels de la santé dans ses zones rurales et ses régions isolées⁽¹⁾. Le gouvernement a beau consacrer des millions de dollars à la formation de nouveaux médecins australiens pour tenter de pallier ce manque à long terme⁽²⁾, les enquêtes ont montré à de multiples reprises que les médecins australiens n'avaient guère envie d'exercer en dehors des grandes villes. Une enquête australienne portant sur près de 5 000 praticiens détenteurs d'une thèse a bien confirmé que la pratique de la médecine générale en milieu rural n'était pas une option de choix.

Ce milieu est perçu comme un secteur de travail à haut risque, rendu encore moins attractif par les menaces de poursuites judiciaires de la part des patients et par l'augmentation des assurances des médecins⁽³⁾. Comme rien ne garantit que les nouvelles cohortes de médecins formés en Australie choisiront de travailler dans une zone rurale classée en pénurie de professionnels de santé, le problème risque de persister. Les gouvernements des États ne peuvent contraindre les diplômés en médecine à travailler dans des zones défavorisées sans contrevenir à la Constitution australienne, qui interdit toute forme de conscription civile⁽⁴⁾. Malgré les nombreuses mesures d'aide à l'installation des médecins en zone rurale – bourses, formation continue, primes de suppléance, soutien individuel et familial⁽⁵⁾ – les postes de généralistes de nombreux centres ruraux restent vacants.

Dans les années quatre-vingt-dix, l'Australian Medical Workforce Advisory Committee (l'AMWAC, le Comité australien de prévision du développement médical)⁽⁶⁾ a adopté une politique à court terme consistant à faire appel à des médecins à diplôme étranger détenteurs d'un visa temporaire pour assurer les services médicaux dans les régions d'Australie qui n'étaient pas assez attractives pour les médecins locaux. Cette politique, conçue au départ comme une mesure provisoire, semble actuellement condamnée à persister indéfiniment.

Cet article s'appuie sur une recherche ethnographique menée dans la région sud de l'Australie occidentale en vue d'identifier les facteurs sociaux qui peuvent décider les médecins étrangers et leurs conjoints ou leurs partenaires à aller vivre et travailler dans les zones rurales australiennes.

Il aborde le contexte général dans lequel s'inscrit le problème du recrutement et de l'implantation des généralistes ruraux, en examinant notamment les politiques de santé et d'immigration ayant un impact pertinent sur les médecins étrangers désireux de travailler en Australie. Il identifie également le genre comme une question structurelle plus vaste, ayant un rôle significatif dans la décision des médecins et de leurs conjoints de poursuivre ou non la pratique de la médecine en milieu rural.

Aspects généraux

Récemment, le nombre de médecins étrangers pratiquant en Australie a considérablement augmenté. Selon Birrell et Hawthorne⁽⁷⁾, les nouvelles cohortes de médecins australiens n'ont pas suffi à satisfaire les besoins en généralistes et en médecins hospitaliers, ni même en différentes spécialités médicales. Il en a résulté une pénurie de médecins généralistes en milieu rural. Une pression accrue du gouvernement du Commonwealth pour régler ce problème a conduit en 2004 à l'introduction du programme Medical Plus. Ce plan vise à fournir aux zones classées "en pénurie" 1 500 médecins à plein temps dans les spécialités requises, dont la plupart viennent de l'étranger⁽⁸⁾. Il se propose en outre de recruter 725 médecins supplémentaires à plein temps d'ici à 2007, pour un coût de 432,5 millions de dollars⁽⁹⁾. Les médecins étrangers représentent actuellement 25 % des professionnels de santé en Australie, dont 1 500 travaillent dans les zones déficitaires en personnel médical⁽¹⁰⁾. Sans négliger l'importance des généralistes, il faut noter que des demandes plus diversifiées, reflétant l'éventail des besoins dans les communautés rurales, sont souvent subsumées sous une approche "taille unique" et la croyance qu'une communauté rurale a besoin d'un médecin généraliste⁽¹¹⁾.

Des données non publiées du Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs (DIMIA, le ministère de l'Immigration et des Affaires multiculturelles et indigènes) indiquent que si la plupart de ces médecins étrangers ont obtenu leurs diplômes au Royaume-Uni et en Irlande, beaucoup sont désormais recrutés en Afrique du Sud. Ils sont en outre de plus en plus nombreux à venir d'Asie, notamment d'Inde, du Pakistan, du Sri Lanka, de la Malaisie et des Philippines⁽¹²⁾. Diverses agences expriment leur préoccupation sur le problème éthique que pose le recrutement de médecins issus de pays en développement ayant un besoin aigu de leurs professionnels de santé. L'Australian Rural and Remote Workforce Agencies Group (ARRWAG, Groupement australien des agences du développement rural et de la main-d'œuvre isolée)⁽¹³⁾ soutient le principe de recrutement éthique des médecins en ne recrutant pas activement dans les pays en développement. Il reconnaît toutefois aux médecins le droit de choisir à titre individuel leur lieu de travail et examine les demandes des médecins issus de pays en développement s'ils font leur demande directement auprès des agences du développement rural (Rural Workforce Agencies, RWA).

Pour entrer en Australie, les médecins doivent demander un visa temporaire ou un visa de résident permanent quand ils entrent à titre de conjoint d'un citoyen australien, ou de conjoint accompagnant un migrant ou un citoyen de Nouvelle-Zélande⁽¹⁴⁾. Pour pratiquer la médecine en Australie, certains prérequis sont nécessaires. Ils ne

sont pas les mêmes dans tout le pays, malgré le besoin reconnu de cohérence dans l'évaluation des médecins à diplôme étranger à l'échelon national⁽¹⁵⁾. L'ordre des médecins de chacun des États ou des Territoires australiens est chargé de l'enregistrement des médecins – et les critères déterminant leur aptitude à la pratique peuvent varier. Les médecins à diplôme étranger qui n'ont pas passé les examens de l'Australian Medical Council (AMC) suivis d'une année de formation sous tutorat ou qui ne sont pas inscrits à l'Australian College of General Practitioners (ACGP) peuvent malgré tout pratiquer la médecine générale dans une zone de pénurie, avec un numéro d'enregistrement temporaire. Il n'y a actuellement aucun critère minimum pour ce type d'inscription et les exigences comme les processus d'évaluation peuvent varier de façon significative⁽¹⁶⁾. Les compagnies privées recrutent et sélectionnent des médecins au même titre que les agences publiques⁽¹⁷⁾. Les visas de résidence temporaire sont délivrés pour quatre ans, en général, sous condition que les médecins, le plus souvent des généralistes, exercent dans les secteurs classés en pénurie par l'État – plutôt que par le gouvernement du Commonwealth⁽¹⁸⁾. Ainsi, un médecin bénéficiant d'un visa temporaire, malgré une évaluation limitée de ses qualifications, de sa compétence et de son expérience, peut se voir refuser le droit d'exercer la médecine dans une partie du pays tout en étant accepté dans une autre⁽¹⁹⁾. Une étude⁽²⁰⁾ a montré que, dans le Queensland, les médecins détenteurs d'un visa temporaire constituaient 19 % des médecins ruraux (soit 175 médecins à visa temporaire). 85 (49 %) d'entre eux étaient issus d'Asie et du Pacifique, 46 (26 %) d'Afrique, et 38 (22 %) d'Europe. La base de données du Western Australian Centre for Remote and Rural Medicine (WACRRM) indiquait qu'en 2006, 68 médecins étaient entrés en Australie occidentale et travaillaient en milieu rural : 26 (38 %) venaient d'Afrique du Sud, 11 (16 %) du Royaume-Uni, et 9 (13 %) du Nigeria. 23 % étaient des femmes⁽²¹⁾.

Les principales raisons avancées pour intégrer le programme sur cinq ans étaient la possibilité d'obtenir un numéro de Medicare non restrictif et de devenir résident permanent, voire citoyen australien.

Mais le recrutement de médecins à diplôme étranger ne va pas sans certaines difficultés. Si Birrell et Hawthorne reconnaissent, avec l'Australian Doctors Trained Overseas Association (ADTOA) – la première organisation nationale pour les médecins internationaux en Australie –, que toutes les évaluations ne sont pas biaisées en défaveur des médecins issus de pays non anglophones, ils estiment toutefois qu'une certaine forme d'évaluation est nécessaire pour pratiquer la médecine en Australie. Le nombre des bénéficiaires de visas temporaires est passé de 664 en 1993-1994 à

2 496 en 2003-2004⁽²²⁾. Ce chiffre soulève des questions sur l'équilibre qu'il convient de respecter entre la nécessité de recruter des praticiens et l'exigence de soins de qualité⁽²³⁾. Selon Birrell et Hawthorne, certaines formations médicales délivrées à l'étranger ne constituent pas toujours une préparation suffisante pour travailler en Australie et satisfaire aux caractéristiques du profil de santé des patients australiens. Les critères de formation entre écoles médicales au niveau international, la préparation adéquate des médecins appelés à travailler dans l'Australie rurale et la gestion des différences transculturelles lors de la délivrance des soins sont autant de questions qui méritent examen. Bien qu'une bonne connaissance de l'anglais soit un prérequis nécessaire pour exercer la médecine en Australie, certains États n'exigent aucun test de langue anglaise des médecins à diplôme étranger⁽²⁴⁾. L'ARRWAG⁽²⁵⁾ recommande une cohérence nationale dans la mise au point de critères d'évaluation satisfaisants, au "niveau standard des bonnes facultés de médecine universitaires". Il suggère aussi qu'une orientation professionnelle et personnelle appropriée est nécessaire pour familiariser les médecins étrangers avec la culture rurale australienne. Si l'on se fixe pour objectif des soins médicaux de qualité pour les communautés rurales, il est important d'offrir une formation adéquate aux médecins étrangers travaillant dans des régions culturellement, linguistiquement et géographiquement différentes. La compréhension transculturelle semble particulièrement pertinente pour ceux qui exercent dans des zones à forte population aborigène, avec les îliens de Torres Strait et d'autres populations ethniquement diverses.

Programme de recrutement de médecins étrangers sur cinq ans

Divers modèles de recrutement ont été mis en place pour attirer les médecins en Australie, dont le Five Years Overseas Trained Doctor Recruitment Scheme (Programme de recrutement de médecins étrangers sur cinq ans). Ce programme est une initiative du gouvernement fédéral visant à pourvoir les postes vacants dans les zones classées en pénurie de médecins. Il est perçu comme une solution à court ou moyen terme pour assurer des services médicaux, dans la mesure où le taux actuel de rotation des médecins locaux ne suffit pas à satisfaire la demande. Il permet aux médecins étrangers ayant une qualification de généraliste d'obtenir une résidence permanente une fois qu'ils ont passé avec succès les épreuves d'aptitude du Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), et à la condition d'accepter de travailler cinq ans dans une zone classée en pénurie de médecins⁽²⁶⁾. Le programme est administré par les agences du développement rural (Rural Workforce

Agencies, RWA) dans chaque État. Ces agences ont été développées pour promouvoir le recrutement et l'implantation de médecins généralistes dans des zones rurales en offrant aux praticiens et à leur famille un soutien éducationnel et une assistance financière afin de faire face aux coûts d'installation. Une fois que les médecins étrangers ont intégré ce programme, ils peuvent demander un numéro de Medicare non restrictif, qui les autorise à exercer la médecine générale n'importe où en Australie⁽²⁷⁾. Une récente disposition de l'ARRWAG recommande la modification du programme sur cinq ans. Les médecins qui travaillent dans un secteur isolé pendant un an peuvent compter cette période comme l'équivalent de deux ans dans un centre rural. Si un médecin étranger reste dans une zone isolée pendant deux ans et demi, il devient éligible pour remplir les critères du programme sur cinq ans et peut se voir attribuer un numéro de Medicare non restrictif⁽²⁸⁾.

Une enquête gouvernementale récente a analysé le point de vue des généralistes exerçant dans les zones isolées et rurales dans le cadre du programme sur cinq ans. Sur les 250 médecins étrangers engagés dans le plan, 145 ont participé à l'enquête (taux de réponse 58 %). Celle-ci a montré que 60 % des médecins étrangers déclaraient vouloir continuer à exercer la médecine générale dans les zones rurales et isolées. 63 % avaient obtenu un visa de résident permanent et 37 % avaient des visas temporaires. Le profil typique du médecin étranger était un homme dans la quarantaine avec une qualification de niveau 3^e cycle. Les principales raisons avancées pour intégrer le programme sur cinq ans étaient la possibilité d'obtenir un numéro de Medicare non restrictif et de devenir résident permanent, voire citoyen australien⁽²⁹⁾.

Climat social actuel

Les changements socio-économiques des quarante dernières années dans les pays occidentaux industrialisés ont conduit les femmes à travailler de plus en plus en dehors de chez elles. Leur entrée dans l'économie de marché a non seulement modifié leur vie de façon spectaculaire⁽³⁰⁾, mais elle a eu aussi un puissant impact sur les pratiques professionnelles. Les perspectives théoriques sur la pratique médicale ont d'abord été élaborées sans référence au genre, alors même que, selon Game et Pringle⁽³¹⁾, *“le genre est fondamental dans le mode d'organisation du travail ; et le travail est un aspect central de la construction sociale du genre”*. Le lieu de travail était structuré de manière à présenter un mode biaisé de fonctionnement organisationnel, favorisant les pratiques professionnelles des hommes et ne reconnaissant pas – ou ne satisfaisant pas – les besoins des femmes, à qui revenait l'essentiel de la charge du travail domestique et des soins aux enfants dans le foyer⁽³²⁾.

Cette structure organisationnelle a modelé les croyances et les valeurs qui informent les pratiques professionnelles en médecine, où les intérêts des femmes sont moins bien servis que ceux de leurs collègues masculins⁽³³⁾. L'absence de considération de l'impact du travail domestique des femmes généralistes sur leur disponibilité professionnelle révèle la prévalence des pratiques de genre dominantes dans la médecine rurale, où l'on préfère les praticiens disponibles 24 heures sur 24. Selon Pringle, si les médecins ne se conforment pas à ces modèles horaires, ils ne sont pas considérés comme de "vrais docteurs" et sont jugés comme "manquant de sérieux dans leur carrière". Dans un tel climat, les généralistes femmes ont dû faire de gros efforts pour s'adapter à cette structure, malgré leur implication au sein de leur foyer⁽³⁴⁾.

Étant donné la féminisation croissante des praticiens de santé dans les pays autres que l'Australie⁽³⁵⁾, il convient de considérer sérieusement les besoins des femmes médecins dans le cadre des politiques de recrutement et d'implantation. En effet, pour faire face aux changements démographiques, aux changements concomitants dans les pratiques professionnelles et au départ en retraite imminent de nombreux généralistes ruraux âgés, il est possible qu'il faille recruter davantage de médecins. Les tendances actuelles suggèrent que les femmes constitueront, en 2010, 41 % du personnel de santé⁽³⁶⁾. Actuellement en Australie, les femmes représentent près de 60 % des étudiants en médecine⁽³⁷⁾; de plus, 65 % des généralistes de moins de 45 ans sont des femmes. Dans la plupart des États et des Territoires d'Australie, les femmes constituent entre 25 et 30 % des professionnels de la santé et sont plus jeunes que leurs homologues masculins⁽³⁸⁾. Si les médecins étrangers masculins travaillant en Australie sont encore la majorité, le nombre de leurs homologues féminins est significatif puisque 23 % des médecins étrangers engagés dans le programme sur cinq ans en Australie occidentale sont des femmes⁽³⁹⁾.

Une étude ethnographique

Une recherche ethnographique dans le cadre d'un projet de thèse a été menée dans la région méridionale de l'Australie occidentale pour étudier les facteurs affectant la décision des généralistes ruraux et de leurs conjoints concernant le fait de poursuivre ou de cesser la pratique en milieu rural. Cette étude avait pour cible les médecins à diplôme étranger vivant et travaillant dans des agglomérations rurales et dont les attentes ou les expériences sont souvent mal représentées dans les études sur le recrutement et l'implantation des médecins. Dans son rapport de 2005, l'ARRWAG a fortement appuyé l'idée que la prise en compte des besoins familiaux est l'un des meilleurs moyens d'attirer les médecins vers l'Australie rurale et de les y implanter.

L'ethnographie a été utilisée efficacement dans la recherche sur la santé au cours de ces vingt dernières années, et elle implique souvent des études à petite échelle, concentrées sur un lieu ou un groupe unique, au sein d'une communauté plus vaste. Cette approche donne du temps pour construire un rapport de confiance avec les participants en vue de mieux appréhender leurs rôles, normes et croyances culturelles et de mieux comprendre les comportements des participants. Le terme "rural" étant très contesté⁽⁴⁰⁾, nous avons établi des distinctions entre grands, moyens et petits centres ruraux, selon la taille de la population et le nombre de généralistes pratiquant dans chaque centre de la zone couverte par la Division of General Practice (DGP, Division des praticiens généralistes). Un centre non métropolitain de plus de 20 000 habitants et comptant plusieurs praticiens généralistes est désigné comme un grand centre rural. Une ville de 4 000 à 19 999 habitants comptant un groupe ou plus de praticiens est classée centre moyen. Un petit centre rural dénote une population inférieure à 4 000 habitants, comptant un seul généraliste. La recherche a été menée sur plusieurs mois dans une zone de 87 000 km² couverte par la Great Southern Division of General Practice (GSDPG, division des praticiens généralistes du Grand Sud) et a pris en compte une soixantaine de généralistes. Dans cette zone, on a décompté un cabinet individuel et huit cabinets de groupe, dans le grand centre rural, six cabinets de groupe dans le centre moyen et huit cabinets individuels dans les petits centres. Au cours du travail de terrain, les chercheurs ont rendu visite à tous les généralistes installés dans la zone pour les inviter, ainsi que leurs conjoints, à participer à des entretiens approfondis. Les autres méthodes de collecte de données comprenaient l'observation du participant, des discussions informelles et l'examen de matériel d'archives constitué de rapports gouvernementaux, de matériel démographique, de documents historiques et d'articles de presse sur la pratique des médecins à diplôme étranger dans les zones rurales et isolées. Cette méthode par triangulation, où l'observation du participant et les entretiens sont étayés par d'autres méthodes de recueil de données, a ajouté de la profondeur à l'analyse. Les médecins étrangers travaillaient essentiellement dans des centres ruraux petits et moyens, tant individuellement qu'en cabinets de groupe.

Les entretiens ont été menés avec quatorze médecins à diplôme étranger, douze hommes et deux femmes issus de différents pays d'Asie, d'Europe et d'Afrique et dont le séjour en Australie rurale variait de trois mois à quinze ans ; onze conjoints ont aussi accepté d'être interrogés. L'âge moyen des médecins était de 48 ans, celui de leurs conjoints de 43 ans. Les médecins étrangers hommes inclus dans l'étude

Les tendances actuelles suggèrent que les femmes constitueront, en 2010, 41 % du personnel de santé.

représentaient 27 % des généralistes masculins de la zone considérée et les médecins étrangers femmes 13 % de toutes les femmes généralistes travaillant dans la division. Quatre participants étaient des généralistes indépendants en cabinet privé, huit avaient intégré le programme sur cinq ans présenté plus haut (le Five Years Overseas Trained Doctor Recruitment Scheme) et deux autres envisageaient de s'y inscrire. Tous les médecins étrangers travaillaient à plein temps au moment des entretiens, mais une femme généraliste espérait réduire ses heures une fois que son mari aurait trouvé un emploi à plein temps. Un seul médecin étranger travaillait dans le grand centre rural. Six travaillaient en cabinet individuel dans de petits centres ruraux et sept exerçaient dans des cabinets de groupe dans des centres ruraux moyens. La plupart de ces agglomérations avaient été désignées comme des zones en pénurie de services médicaux. Le temps de travail variait d'un praticien à l'autre.

Onze médecins étrangers vivaient avec leur conjoint, deux ne voyaient leur famille que le week-end et un seul médecin était célibataire. L'accès aux conjoints en vue d'un entretien était en général assuré par le généraliste. Tous les participants étrangers ont accepté que leur conjoint soit contacté et tous les conjoints approchés ont accepté d'être questionnés. Il a été impossible d'obtenir des détails privés sur le conjoint quand le médecin lui-même avait refusé tout entretien. La durée des entretiens allait de vingt minutes à deux heures et certains participants ont été interrogés plus d'une fois.

Onze conjoints ont été interviewés, dont deux hommes. Sept d'entre eux étaient sans emploi ; l'un des deux conjoints masculins cherchait activement du travail, l'autre avait récemment trouvé un emploi à plein temps dans sa profession après un an de chômage, au cours duquel il avait inversé les rôles avec sa femme généraliste. Une épouse étudiait à l'université à mi-temps et aidait parfois son mari en chirurgie, deux travaillaient à temps partiel, ce qui supposait pour l'une d'elles de passer des semaines d'affilée loin de son foyer. La majorité des épouses avaient été formées à des professions variées dans les domaines scientifique, artistique ou encore ceux de la santé et de l'enseignement.

Pour protéger la confidentialité et distinguer entre les médecins et leurs conjoints, chaque généraliste est désigné par des initiales : MGH (médecin généraliste homme), MGF (médecin généraliste femme), de 1 à 14 ; les conjoints sont désignés par CF (conjoint féminin) ou CM (conjoint masculin), de 1 à 11.

Les facteurs structurels

Les résultats d'ensemble de cette étude suggèrent que des questions structurelles plus vastes ont contribué à modeler la décision des médecins étrangers et de leurs conjoints de poursuivre la pratique rurale. Nous nous appuyons sur la notion décrite

par Connell⁽⁴¹⁾ de “structure”, pour décrire comment des modèles récurrents de relations sociales sont organisés et influencés par un jeu complexe de pouvoirs entre des institutions sociales telles que l’État, le système de santé et la famille. Si l’adaptation transculturelle à la vie et au travail en Australie rurale a influencé le processus d’installation et si les facteurs politiques et économiques ont eu un impact sur les attentes et les expériences pratiques des médecins étrangers dans un cadre rural, la question du genre, souvent négligée jusque-là, a aussi émergé comme une influence structurelle significative affectant la pratique sociale des médecins étrangers et de leurs conjoints. Les entretiens avec quatorze médecins étrangers ont révélé que douze d’entre eux entendaient poursuivre la pratique générale rurale en Australie. Tous les participants sauf un étaient mariés ou entretenaient une relation à long terme. La plupart des neuf épouses interrogées s’adaptaient aux besoins de leur époux. Les deux conjoints masculins cherchaient du travail dans leur domaine de compétence et l’un des deux s’était assuré un emploi à plein temps. Les épouses dotées d’une expérience professionnelle étaient souvent contraintes de modifier ou de revoir à la baisse leurs aspirations de carrière. Aucune des épouses n’exerçait d’activité à plein temps : elles travaillaient soit à mi-temps, soit ponctuellement, et six étaient sans emploi.

Genre

Les attentes sur les rôles par genre affectent autant les pratiques professionnelles des médecins que la répartition des tâches au foyer. Il est donc aussi important de veiller aux besoins des conjoints qu’à ceux des médecins installés en milieu rural. Selon Kamien⁽⁴²⁾, *“la pratique rurale est une affaire familiale et le succès de l’implantation d’un médecin dépend dans une large mesure de l’adaptabilité de son conjoint”*. Ne pas inclure les conjoints dans le processus de recrutement et d’implantation revient à négliger leur importance et à renforcer leur subordination. La féminisation accrue des professions de la santé exige d’introduire de nouveaux paramètres dans l’analyse de la pratique médicale et des problèmes liés au recrutement. De nombreuses femmes médecins préfèrent en effet des pratiques flexibles qui leur permettent de remplir leurs engagements domestiques⁽⁴³⁾.

Féminisation du personnel médical

Le défi que pose la double journée des généralistes femmes aux pratiques dominantes en milieu rural suscite souvent des tensions avec leurs collègues masculins. Ce qu’on

demande aux femmes généralistes, censées se conformer aux pratiques professionnelles classiques tout en assurant les tâches ménagères et les soins aux enfants, n'est pas réalisable. Les femmes *“ne peuvent pas être disponibles à la fois pour leur clientèle et pour leur famille sans un soutien extérieur”*⁽⁴⁴⁾. Mais, en milieu rural, les services de garde d'enfants sont souvent limités. De cette tension a émergé l'idée que l'organisation des pratiques médicales est actuellement modelée par des relations sociales en mutation où le genre est un facteur clé.

Les femmes qui intègrent en nombre croissant les professions de la santé apportent avec elles une attente ou une “aspiration” sociale : assumer des responsabilités domestiques – notamment la responsabilité de s'occuper des membres de la famille. Cela se traduit par une demande accrue, de leur part, de flexibilité dans leurs heures de travail. En effet, si les femmes médecins généralistes agissent comme des agents de changement sur le lieu de travail, elles se conforment aux attentes dominantes sur

La pratique rurale est une affaire familiale et le succès de l'implantation d'un médecin dépend dans une large mesure de l'adaptabilité de son conjoint.

la division du travail au foyer. Ces demandes de changement sur le lieu de travail ne sont pas nouvelles, mais elles se font de plus en plus entendre à mesure que davantage de femmes intègrent les professions médicales⁽⁴⁵⁾. Ce développement a un impact significatif sur les modèles de pratique médicale dans les pays industrialisés⁽⁴⁶⁾ – une tendance qui va sans doute s'accroître.

Une étude sur le personnel médical australien a été menée sur un ensemble de 296 praticiens, dont 51 % étaient des femmes. Les résultats ont montré que 95 % des femmes interrogées assumaient l'essentiel des soins aux enfants. Comme on pouvait s'y attendre, les carrières des praticiens masculins étaient moins susceptibles d'être influencées par des considérations familiales⁽⁴⁷⁾. Ces résultats démontrent une fois encore que la demande de pratiques professionnelles différentes de la part de nombreux médecins femmes pour concilier ces deux rôles affecte les modèles professionnels conventionnels à un niveau structurel.

Toutefois, la recherche a aussi montré que les femmes pratiquant la médecine sont réticentes à contester la structure patriarcale de la profession médicale, alors même qu'elle affecte négativement leurs pratiques professionnelles et leurs efforts pour trouver un équilibre entre le travail et le foyer. Les résultats d'études menées sur des femmes médecins en Grande-Bretagne indiquent que la norme est la conformité aux attentes sociales plutôt que leur contestation. Les médecins femmes ont fait, au cours de leur formation, des choix sur les rôles traditionnels par genre, supposant qu'elles assumeraient aussi la responsabilité de leur futur foyer – ce

qu'elles ont fait le plus souvent⁽⁴⁸⁾.

Au lieu de contester, au cours de nos entretiens, le manque de flexibilité des structures institutionnelles afin de mieux répondre aux besoins des mères au travail, les réponses des généralistes ruraux masculins ont été plutôt axées autour des répercussions négatives sur eux-mêmes du travail à temps partiel de leurs collègues féminines. Ils évaluent mal la charge additionnelle de travail que représentent pour elles les tâches domestiques. Au contraire, ils tendent à décrier leurs collègues à temps partiel, qui, à leurs yeux, ne prennent pas leur rôle professionnel assez au sérieux – *“virevoltant et filant à tire-d'aile à la première occasion”*, selon le commentaire d'un des médecins interrogés. Pour d'autres, accroître le *ratio* de femmes médecins est *“une grande erreur”* (MGH10) et va constituer *“un très gros problème”* (MGH13), qui aura un *“grave impact dans les zones rurales”* (MGH10), parce qu'il reviendra aux praticiens masculins de *“payer les pots cassés”* (MGH5). Aucun n'a mentionné la difficulté pour leurs collègues féminines d'assumer leur double rôle au travail et au foyer, ni l'inadéquation de la structure organisationnelle du travail médical aux besoins des femmes qui travaillent et qui ont des enfants. Il faut noter qu'une femme médecin a fait chorus avec ses collègues masculins sur les effets négatifs du temps partiel pratiqué par les femmes. Elle parlait de *“l'énorme impact”* de la féminisation croissante de la médecine sur le futur personnel médical rural, en s'appuyant sur une idée de la médecine étayant les pratiques de travail masculines : *“C'est différent pour les femmes médecins. Nous avons des enfants, nous nous marions et nous ne travaillons pas toujours à plein temps. Donc l'argent dépensé pour former une femme médecin n'est pas toujours un très bon investissement.”* (MGF2)

De telles attitudes reproduisent les croyances dominantes issues d'un modèle masculin d'exercice professionnel et de la division genrée du travail au foyer. Dès que le partenaire de cette généraliste eut trouvé un emploi à plein temps, elle travailla à temps partiel. La recherche britannique a montré que la majorité des femmes dans les familles à double revenu percevaient leur contribution financière comme secondaire par rapport à celle de leur partenaire masculin⁽⁴⁹⁾. D'autres recherches ont montré plus spécifiquement que la majorité des médecins femmes assumaient les tâches domestiques, tandis que leur partenaire était le pourvoyeur principal⁽⁵⁰⁾. Les entretiens avec les généralistes femmes aux diplômes australiens révélaient leurs difficultés à équilibrer travail et vie de famille, notamment lorsqu'elles avaient des enfants en bas âge, sentiment que l'on retrouvait dans les réponses des femmes médecins à diplôme étranger. Leur rôle de mère, important pour leur sentiment d'identité, était compromis quand elles travaillaient à plein temps : *“J'ai toujours été très impliquée avec les enfants et je n'arrivais plus à tout faire*

[quand je travaillais à plein temps].”(MGF2)

Cette généraliste à diplôme étranger montre une forte inclination à passer plus de temps avec sa famille, concédant qu’*“il est très difficile de concilier carrière et enfants”*. Ces réponses reflètent la tension provoquée par le double rôle de nombreuses généralistes femmes. Cette femme médecin généraliste (MGF2) était venue en Australie pour offrir un avenir plus sûr à ses enfants ; elle avait travaillé à plein temps mais n’avait pas l’habitude d’être le principal pourvoyeur. Inverser les rôles avec son mari avait été pour elle quelque chose d’*“énorme”*, car elle avait jusque-là *“toujours été très impliquée avec les enfants”* (MGF2), tout en reconnaissant non sans difficultés que si les enfants *“avaient besoin d’une mère, ils n’avaient pas autant besoin de moi que moi d’eux”* ! Elle notait que l’inversion des rôles avec son mari avait donné à celui-ci *“le sentiment d’être un étranger pendant les premiers mois”*. Une autre généraliste exerçant à plein temps ressentait une tension dans sa relation avec son mari pendant qu’il cherchait du travail. Si elle *“adorait”* travailler en Australie, elle se sentait *“responsable”* du bonheur de son mari et *“coupable”* de l’avoir *“amené jusque-là”*, d’autant qu’il avait abandonné *“un travail prestigieux”* pour rester avec elle. Elle déclara qu’elle était prête à quitter son travail et à déménager *“si c’était mieux pour lui”* : *“Il est très intelligent. Je ne suis rien. Je ne suis qu’un petit médecin qui s’occupe de quelques personnes. Il sait tellement de choses.[...] Je ne serais pas venue ici [dans une zone rurale] si j’avais su que mon mari aurait autant de mal à trouver du travail.”* (MGF1)

À l’évidence, les attentes sur les rôles par genre au foyer jouent un rôle significatif dans les pratiques professionnelles de la plupart des femmes généralistes en milieu rural, révélant souvent la tension qui existe à l’intersection entre sphère publique et sphère privée⁽⁵¹⁾. Les généralistes femmes risquent d’avoir à lutter *“avec la profession, avec les maris et avec des forces profondément ancrées en elles”* et de devoir résoudre des *“contradictions apparemment insurmontables dans leur vie”*⁽⁵²⁾, quand les notions héroïques d’exercice de la médecine rurale entrent en intersection avec le rôle domestique des femmes. Des solutions comme de meilleurs services de garde d’enfants n’entraînent pas de changements profonds et structurels, mais aident les femmes généralistes à s’adapter à l’actuelle division genrée du travail, reproduisant ainsi des modèles professionnels dominants où le rôle des femmes généralistes sur le lieu de travail est subordonné à celui de leurs collègues masculins.

C’est l’impact de ces impératifs sur la pratique professionnelle qui met en question le lien entre la structure organisationnelle de la médecine rurale et les problèmes de recrutement et d’implantation. Ce changement est clairement associé à la féminisation croissante de la profession. Elle conduit à un changement de priorités qui fait passer la médecine comme vocation à la médecine comme métier, phénomène dont on retrouve l’écho dans les aspirations de carrière de certains

jeunes diplômés masculins, qui donnent la priorité à “*un mode de vie équilibré*” plutôt qu’à la vocation, en choisissant de travailler moins d’heures. Certains généralistes plus âgés voient aussi les avantages de réduire leur charge de travail pour réaliser un meilleur équilibre entre le travail et la maison⁽⁵³⁾.

Néanmoins, il reste des poches de résistance à ce développement chez les généralistes en milieu rural, qui continuent à exercer selon un schéma d’organisation conventionnel. De façon peu surprenante, beaucoup de généralistes hommes travaillent de longues heures, fait qu’ils imputent notamment à leurs collègues féminines qui refusent de travailler à plein temps, parce qu’elles partiraient “*quand il y a un coup de feu*”. Ces médecins se sentent souvent frustrés qu’on leur “*laisse le bébé sur les bras*” au travail, sans pourtant examiner de façon critique leur sentiment que les femmes généralistes devraient partager de façon plus égale la charge de travail professionnel. Il semble y avoir peu de réflexion sur l’inégalité dans la division genrée du travail, où la femme assume l’essentiel des tâches domestiques – un facteur significatif de son désir de bénéficier d’horaires plus flexibles.

En transposant à la sphère domestique l’idée de Beagan⁽⁵⁴⁾ sur le biais induit par les relations de genre, il est permis de penser que tant que les généralistes hommes ne verront pas leurs propres biais dans la division genrée du travail domestique et tant que les généralistes femmes ne questionneront pas leur inclination à se plier aux pratiques de genre conventionnelles, il n’y aura guère de changements. Ces réactions assurent la prévalence des pratiques actuelles en milieu rural, qui renforcent les approches dominantes de la division genrée du travail. Devant la féminisation croissante du personnel médical, les pratiques qui subordonnent les besoins des femmes généralistes exigent un sérieux examen pour esquisser de nouvelles stratégies de recrutement de médecins en milieu rural. La division du travail par genre est aussi un thème qui apparaît dans les attentes et les expériences des conjoint(es) des généralistes exerçant en milieu rural.

Les conjoints

En milieu rural, la “femme du docteur” est perçue comme un soutien au travail de son conjoint, ce qui la conduit souvent à rabaisser ses propres aspirations professionnelles⁽⁵⁵⁾. La recherche sur le rôle, les attentes et les expériences des conjoints est peu abondante, mais quelques études ont abordé la nécessité de satisfaire les besoins professionnels, éducationnels et de formation des épouses dans les zones rurales⁽⁵⁶⁾ et les effets de la perte de leur identité propre⁽⁵⁷⁾. Selon Kamien⁽⁵⁸⁾, les conjoints contribuent de façon significative à la décision de poursuivre ou

d'abandonner la médecine générale en milieu rural.

Si la pratique sociale de genre chez les médecins étrangers et leurs partenaires entrait dans le schéma conventionnel, certaines épouses se sentaient frustrées par les contraintes qu'imposait la vie dans une zone rurale. En dépit de leur formation professionnelle, plusieurs ont revu leurs aspirations de carrière à la baisse pour endosser le rôle de dispensatrice de soins domestiques à plein temps. Certaines insistaient sur l'importance de ce rôle : *“Les épouses sont essentielles, surtout dans les endroits isolés. Si la femme n'est pas là, tout s'écroule.”*(CF8)

Mais d'autres se sentaient perplexes ou frustrées de la perte de leur identité professionnelle : *“On continue à me présenter comme la femme du docteur, alors que j'ai moi-même une profession. C'est la première fois qu'on me présente comme ça. [...] Il n'y a qu'ici que les gens ignorent ce que j'ai fait et d'où je viens. On me voit uniquement comme une mère à plein temps.”*(CF3)

“Je ne vais pas passer ma vie ici. Il y a une limite au temps que je peux rester ici. C'est très bien pour mon mari [...] mais pour moi [...]. J'ai horreur de rester à la maison et de m'occuper des tâches domestiques, parce que ce n'est pas ma vie.”(CF2)

Un autre médecin étranger déclarait que sa femme *“n'avait jamais vécu dans un endroit aussi petit”*. En Afrique, les petits villages isolés étaient *“dix fois plus grands qu'ici”*. Travailler l'aidait à s'intégrer et à rencontrer des gens, mais l'adaptation à un nouveau lieu et à une nouvelle culture était difficile pour sa femme : *“Ma femme n'a pas pu s'adapter et elle est repartie [dans son pays d'origine]. Il n'y avait rien à faire pour elle ici. Elle avait une formation et elle s'ennuyait ici à ne rien faire. Elle avait toujours travaillé et n'était jamais restée à la maison jusque-là, [alors ça faisait] une grosse différence.”*(MGH8)

Ces propos soulignent les défis spécifiques qu'affrontent les conjoints sans emploi confrontés à l'isolement culturel, social et géographique. Les conjoints qui travaillaient dans leur pays d'origine mais qui n'avaient pas pu retrouver de travail dans les zones rurales d'Australie perdaient leur activité professionnelle, leur indépendance financière et le sens de leur identité propre. Cette perte était exacerbée par la longueur et l'irrégularité des heures de travail de leur partenaire, qui accroissaient encore leur sensation d'isolement. Une épouse issue d'une sphère culturelle et linguistique différente avait l'habitude de travailler à plein temps dans sa profession, tandis que sa famille élargie prenait soin des enfants ; elle jugeait difficile de s'adapter à l'absence totale de travail et à la nécessité d'assumer la totalité des soins aux enfants. Les longues heures de travail de son époux aggravaient le problème, au point, disait-elle, qu'*“on ne se rencontre plus qu'au lit”*.(CF5) Elle vivait depuis plus de 18 mois dans une petite ville rurale, où elle s'occupait à *“lire, coudre et aider les enfants à faire leurs devoirs”*. Une femme hautement qualifiée dans sa profession avait travaillé de nombreuses années dans son pays d'origine. En arrivant en Australie, elle fut confrontée à des obstacles bureaucra-

tiques qui l'empêchèrent de prendre rapidement un emploi. Si elle n'écartait pas la possibilité de retrouver un travail dans l'avenir, elle avait revu à la baisse ses aspirations : *“Finalement, si je trouve un autre travail, je le prendrai. J'ai pensé à chercher s'il y a ici un collègue technique pour suivre un cours de secrétariat et trouver un boulot qui soit demandé par ici. Ils ont tous besoin de gens pour garder les enfants.”*(CF4)

Les conjoints masculins de médecins étrangers femmes se conformaient aussi aux attentes dominantes de leur rôle comme pourvoyeur. L'inversion des rôles était perçue comme une mesure temporaire jusqu'à ce qu'ils trouvent un emploi rémunéré hors de chez eux et que leur partenaire généraliste puisse travailler à temps partiel. Tout en appréciant le temps supplémentaire que la situation lui permettait de passer avec ses enfants, un époux se consolait ainsi : *“Tout au fond de moi, je savais que j'étais avocat.”*(CM2) Mais, dès qu'il a trouvé un emploi à plein temps, son épouse a réduit ses heures de travail pour redevenir la première dispensatrice des soins domestiques. Cet article examine la logique qui sous-tend le besoin d'amener des médecins à diplôme étranger à travailler dans des zones rurales et explique certains des défis qu'ils doivent affronter avant de pouvoir exercer la médecine en Australie. Il situe aussi le discours sur le recrutement et le maintien des médecins dans un contexte social plus vaste, par un examen critique de l'impact d'influences structurelles – comme le genre – sur les attentes et les expériences quotidiennes des médecins étrangers et de leurs conjoints ou partenaires. Les résultats montrent qu'élargir les paramètres d'étude permet d'obtenir une compréhension plus complexe et plus nuancée des facteurs qui influencent la décision de s'implanter ou non dans les zones rurales. Il en ressort en conclusion que si nous n'examinons pas l'effet de facteurs structurels sur les décisions des médecins étrangers et de leurs conjoints nous ne serons ni en mesure de résoudre les problèmes de recrutement et d'implantation durable des généralistes ni en mesure d'aborder de façon adéquate les problèmes de la santé en milieu rural. Une telle approche ouvre la porte à l'examen critique des similarités et des différences dans le recrutement et l'implantation d'autres professionnels à diplôme étranger tels que les dentistes, les juristes ou les comptables et leurs conjoints ou partenaires dans un cadre rural. ■

Sigles utiles

- ACGP : Australian College of General Practitioners.
- ADTOA : Australian Doctors Trained Overseas Association.
- AMC : l'Australian Medical Council.
- AMWAC : Australian Medical Workforce Advisory Committee (Comité australien de prévision du développement médical).
- ARRWAG : Australian Rural and Remote Workforce Agencies Group (Groupement australien des agences du développement rural et de la main-d'œuvre isolée).
- DGP : Division of General Practice (Division des praticiens généralistes).

- DIMIA : Department of Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs (ministère de l'Immigration et des Affaires multiculturelles et indigènes).
- GSDPG : Great Southern Division of General Practice (Division des praticiens généralistes du Grand Sud).
- RACGP : Royal Australian College of General Practitioners.
- RWA : Rural Workforce Agencies (agences du développement rural).
- WACRRM : Western Australian Centre for Remote and Rural Medicine (Groupement ouest-australien des agences du développement rural et de la main-d'œuvre isolée).

Notes

1. *Australia's health workforce. Research report*, Productivity Commission, Australian Government, Canberra, 2005.
2. Abbot, T., *Budget 2004-2005 Health 1-6*, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, 2004.
3. Career Decision Making by Doctors in Vocational Training : AMWAC Medical Careers Survey 2002, Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC), Sydney, 2003, p. 10.
4. *Geographic allocation of Medicare provider numbers : Position Statement*, Australian Medical Association, Canberra, 2001 ; *Geographic Provider Numbers*, Rural Doctor's Association of Australia, 2003, voir le site : <http://www.rdaa.com.au/default.cfm?action=publications>.
5. Annual report, Australian Rural and Remote Workforce Agencies Group, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, 2003-2004 ; Guidelines for the Workforce Support for Rural General Practitioners Program under the Divisions of General Practice Program, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, 2002.
6. *Temporary Resident Doctors in Australia : Distribution, Characteristics and Role*, Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC), n° 1999.3, Sydney, 1999.
7. Birrell, R. et Hawthorne, L., "Medicare Plus and Overseas Trained Medical Doctors", *People and Place*, 12(2), 2004, p. 84-100.
8. Birrell, R. et Hawthorne, L., art. cit., 2004, *Ibid.*
9. *Medicare Plus*, Australian Government Department of Health and Ageing, 2004, voir le site : .
10. *The General Practice Workforce in Australia : Supply and Requirements to 2013*, n° 2005.2, Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC), Sydney, 2005.
11. Keleher, H., "Rural Public Health Matters", *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 23(4), 1999, pp. 242-245.
12. Birrel et Hawthorne, art. cit., 2004.
13. "Overseas Trained Doctors and the Rural and Remote Workforce: Policy Position Paper 2", Australian Rural and Remote Workforce Agencies Group (ARRWAG), Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, 2004.
14. Birrell, R., "Australian Policy on Overseas Trained Doctors", *Medical Journal of Australia*, 181(11-12), 2004a, p. 635-639.
15. "Recruitment, Recognition and Retention of Overseas Trained Doctors for the Rural and Remote Medical Workforce in Australia. Policy Position Statement", Australian Rural and Remote Workforce Agencies Group (ARRWAG), Melbourne, 2005a ; "Supporting Doctors' Families in Rural and Remote Practice: Policy Position Statement", Australian Rural and Remote Workforce Agencies Group (ARRWAG), Melbourne, 2005b.
16. "Overseas Trained Doctors and the Rural and Remote Workforce: Policy Position Paper 2", art. cit., ARRWAG, 2004.
17. Birrel et Hawthorne, art. cit., 2004.
18. Birrel et Hawthorne, art. cit., 2004.
19. "Recruitment, Recognition and Retention of Overseas Trained Doctors for the Rural and Remote Medical Workforce in Australia. Policy Position Statement", art. cit., ARRWAG, 2005a.
20. Pope, J., et Deeble, J., *Reality Bites : Rural and Remote GP Workforce Information*, Australian Rural and Remote Workforce Agencies Group (ARRWAG), Canberra, 2003.
21. Roach, S., *Overseas Trained Doctors : The WACRRM Program 1999-2002*, Western Australian Centre for Rural and Remote Medicine (WACRRM), Perth, 2003.
22. Birrel et Hawthorne, art. cit., 2004.
23. "Recruitment, Recognition and Retention of Overseas Trained Doctors for the Rural and Remote Medical Workforce in Australia. Policy Position Statement", art. cit., ARRWAG, 2005a.
24. Birrell, R., "The Regulation of Medical Practice in Australia, Canada, United States and Britain", *People and Place* 12 (3), 2003, pp. 40-51.
25. "Overseas Trained Doctors and the Rural and Remote Workforce: Policy Position Paper 2", art. cit., ARRWAG, 2004.
26. *The General Practice Workforce in Australia : Supply and Requirements to 2013*, op. cit., AMWAC, 2005.
27. Roach, S., *op. cit.*, 2003.
28. "Overseas Trained Doctors and the Rural and Remote Workforce: Policy Position Paper 2", art. cit., ARRWAG, 2004.

29. Survey of Doctors Working in Rural and Remote Locations under Australia's Five Year Overseas Trained Doctor Recruitment Scheme : Report to the National Review Steering Committee of the Five Year Overseas Trained Doctor Scheme, Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC), n° 2004.1, Sydney, 2004.
30. Hochschild, A., *The Commercialization of Intimate Life : Notes from Home and Work*, University of California Press, Berkeley, California, 2003.
31. Game, A. et Pringle, R., *Gender at Work*, George, Allen and Unwin, Sydney, 1983.
32. Davies, C., "The Sociology of Professions and the Profession of Gender", *Sociology*, 30(4), p. 661-679 ; Witz, A., *Professions and Patriarchy*, Routledge, Londres, 1992.
33. Pringle, R., *Sex and Medicine : Gender, Power and Authority in the Medical Profession*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.
34. Crompton, R. et Le Feuvre, N., "Continuity and Change in the Gender Segregation of the Medical Profession in Britain and France", *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(4-5), 2003, p. 36-58.
35. Elston, M., "Women Doctors in a Changing Profession : the Case of Britain", in Riska, E. et Wegar, K. (dir.), *Gender, Work and Medicine : Women and the Medical Division of Labour*, Sage, Londres, 1993, p. 27-61 ; Lapeyre, N., "Professional and Domestic Work Arrangements of Women General Practitioners in France", *International Journal of Sociology and Health Policy*, 23(4/5), 2003, p. 97-122.
36. *The General Practice Workforce in Australia : Supply and Requirements 1999-2010*, Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC), n° 2000.2, Sydney, 2000.
37. *The General Practice Workforce in Australia : Supply and Requirements to 2013*, op. cit., AMWAC, 2005.
38. Pope, J., et Deeble, J., op. cit., 2003.
39. Roach, S., op. cit., 2003.
40. Black, A., "Rural Communities and Sustainability", in Cocklin, C. et Dibden, J. (dir.), *Sustainability and Change in Rural Australia*, University of New South Wales Press, Sydney, 2005, pp. 20-37.
41. Connell, R. W., *Gender and Power : Society, the Person and Sexual Politics*, Allen and Unwin, Sydney, 1987.
42. Kamien, M., *Report of the Ministerial Inquiry into the Recruitment and Retention of Country Doctors in Western Australia*, University of Western Australia, Perth, 1987.
43. Crompton, R. et Le Feuvre, N., "Continuity and Change in the Gender Segregation of the Medical Profession in Britain and France", art. cit., 2003 ; Pringle, R., op. cit., 1998 ; Wainer, J., "Work of Female Rural Doctors", *Australian Journal of Rural Health*, 12, 2004, p. 49-53.
44. Wainer, J., "Work of Female Rural Doctors", art. cit., 2004.
45. Pringle, R., op. cit., 1998.
46. Lapeyre, N., "Professional and Domestic Work Arrangements of Women General Practitioners in France", art. cit., 2003 ; Wainer, J., "Work of Female Rural Doctors", art. cit., 2004.
47. *Influences in Participation in the Australian Medical Workforce*, Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC), n° 1998.4, Sydney, 1998.
48. Crompton, R. et Le Feuvre, N., "Continuity and Change in the Gender Segregation of the Medical Profession in Britain and France", art. cit., 2003.
49. Hakim, C., *Models of the Family in Modern Societies : Ideals and Realities*, Ashgate, Aldershot, 2003.
50. Crompton, R. et Le Feuvre, N., "Continuity and Change in the Gender Segregation of the Medical Profession in Britain and France", art. cit., 2003 ; Lapeyre, N., "Professional and Domestic Work Arrangements of Women General Practitioners in France", art. cit., 2003.
51. Pringle, R., op. cit., 1998.
52. Pringle, R., op. cit., 1998, p. 159.
53. Young, R., Leese, B. et Sibbald, B., "Imbalances in the GP Labour Market in the UK: Evidence from a Postal Survey and Interviews with GP Leavers", *Work, Employment and Society*, 15(4), 2001, p. 699-719.
54. Beagan, Brenda L., "Neutralizing Differences : Producing Neutral Doctors for (almost) Neutral Patients", *Social Science et Medicine*, 51, 2000, p. 1253-1265.
55. Sevier, K., "Spouse Discussion Group", article présenté à la 2^e conférence annuelle de la Rural Doctors' Association, Coff's Harbour, NSW, 1990, ms ; Wise, A., Nichols, A., Chater, A. et Craig, M., *Rural Doctors' Spouses : Married to the Practice ?*, Queensland Medical Education Centre, Brisbane, 1996.
56. Nichols, A., "The Spouses of Rural Doctors : a Significant Influence on Professional Life in the Bush", article présenté à la 4^e National Rural Health Conference, Western Australie, Perth, 9-12 février 1997 ; Wise, A., Nichols, A., Chater, A. et Craig, M., op. cit., 1996.
57. Lippert, N., "The Spouses : a Major Support for the Rural Doctor", article présenté à la 1^{re} National Rural Health Conference, Queensland, Toowoomba, 14-16 février 1991.
58. Kamien, M., op. cit., 1987.