La médecine se conjugue-t-elle au féminin?

Nicole Jaunin-Stalder[a], *Alain Pécoud*[b], *Gabrielle de Torrenté de la Jara*[c]

a chef de clinique, médecine générale FMH

b professeur, médecine interne FMH

c chef de clinique, médecine interne FMH

Pas de collusion d'intérêts.

Correspondance:
Nicole Jaunin-Stalder
Policlinique Médicale Universitaire
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
Tél. 021 314 49 05
Fax 021 314 61 06

nicole.jaunin@hospvd.ch

alain.pecoud@hospvd.ch

gabrielle.de-torrente@hospvd.ch

Introduction

Dès 2005, les femmes sont majoritaires à obtenir leur diplôme de médecin (2006: 59 % de femmes, 2007: 54 % de femmes). Ces changements démographiques ont des implications importantes tant au niveau des spécialités, du mode de travail que du parcours professionnel [1], problématiques que nous développons ci-après.

Comment les femmes choisissent-elles leur spécialité?

En Suisse, le nombre absolu de médecins en exercice est de 29 052 avec 19 129 hommes et 9923 femmes. Les hommes et les femmes se répartissent différemment selon les spécialités avec une majorité de femmes en pédopsychiatrie et une minorité en chirurgie (tab. 1). Les femmes ont une préférence pour la médecine interne, la psychiatrie et la médecine générale. Le choix des hommes se porte sur la chirurgie (toutes spécialités confondues), puis la médecine interne et la médecine générale.

La position actuelle de la femme en médecine est la résultante de forces complexes: sociales, historiques, politiques et psychologiques. Chez les étudiants finalistes interrogés dans une cohorte suisse [2], les femmes préfèrent de manière significative avoir un contact intensif avec les patients et une durée courte de spécialisation. Les hommes par contre recherchent une médecine plus technique, une spécialité avec des opportunités de recherche et des revenus élevés.

Les femmes ont tendance à choisir des spécialités déjà investies par des femmes, telles que la pédiatrie ou la gynécologie obstétrique. Pour ces spécialités, les femmes y ont une longue histoire, même s'il existe aussi une proximité dite «naturelle».

Nous relevons, dans ce contexte, l'importance du mentoring, auquel les femmes semblent particulièrement sensibles; le mentor pouvant être homme ou femme, s'il/elle comprend les enjeux du parcours professionnel au féminin.

La vie extraprofessionnelle joue également un rôle dans le choix des spécialités. Aux USA, il y a une diminution d'intérêt de 20 %, égale entre les hommes et les femmes, pour les spécialités dont les horaires ne sont pas contrôlables: médecine interne, médecine générale, chirurgie, obstétrique, pédiatrie. En Suisse, les femmes prennent plus en compte que les hommes les facteurs non liés à la nature même de la spécialité dans leur choix (heures de travail, responsabilité familiale, sécurité de l'emploi). Ces tendances reflètent un changement social plus vaste, lié à l'avènement de la génération X (tab. 2), explicité ci-dessous.

Enfin, les femmes, avec le désir de fonder une famille, rencontrent une difficulté spécifique; la formation postgraduée et l'âge de procréer étant concomitants.

Tous les facteurs ci-dessus influencent le choix de spécialité. Il est utile d'en avoir conscience, afin de permettre aux médecins de choisir avec plus de liberté leur spécialité et de pouvoir modifier les barrières formelles et informelles qui entravent ce libre choix.

Wird die Medizin weiblich konjugiert?

Seit 2005 schliessen mehr Frauen als Männer ihr Medizinstudium ab. Dies bringt viele Änderungen mit sich. Die Frauen wählen andere Spezialitäten als die Männer, wie Kinderpsychiatrie, Gynäkologie und Pädiatrie, sind aber wenig an der Chirurgie interessiert. Die Frauen sind mehr an der Kommunikation mit den Patienten und an der Prävention beteiligt, dafür weniger technisch. Frauen arbeiten öfter Teilzeit. Weniger zu arbeiten, ist aber auch ein Wunsch der jungen Männer. Schliesslich streben die Frauen weniger eine klassische Karriere an. Dies heisst nicht, dass sie weniger begabt sind als die Männer, aber sie ziehen oft die Familie der Karriere vor. Dies wird auch bei den jungen Männern der X-Generation beobachtet.

Diese Änderungen rufen nach einer neuen Definition der Medizin in der Arbeit mit den Patienten, in der Verteilung der Ärzte in den Spezialitäten, in dem Arbeitsmodus und in der Karriere. Ambulant heisst das mehr Gruppenpraxen und im Spital eine Reorganisation.

Tableau 1
Répartition des médecins en exercice par spécialités en 2007.

Spécialistes en exercice	Femmes	Hommes
Psychiatrie de l'enfance et adolescence	58%	42%
Pédiatrie	47%	53%
Gynécologie-obstétrique	42%	58%
Dermatologie	40%	60%
Psychiatrie	39%	61%
Médecine interne	25%	75%
Médecine générale	22%	78%
Cardiologie	11%	89%
Chirurgie*	10%	90%

* toutes les spécialités de chirurgie comprises.

Tableau 2
Différences entre les générations des baby-boomers et de la génération X.

	Baby-boomers (1945–1962)	Génération X (1963–1981)
Travail	Loyauté	Equilibre travail–vie privée
Emploi	Même emploi à long terme	Flexibilité
Salaire	Important	Moins important
Sacrifice personnel	= vertu	Occasionnel
Autorité	Respect	Mise en question

Les femmes sont-elles aussi compétentes que les hommes?

Dans une méta-analyse de 26 études [3] investiguant la médecine de premier recours, les femmes effectuent des visites plus longues de 10% en moyenne. Elles parlent plus. En centrant leur discours plus sur des aspects émotionnels, elles offrent plus d'encouragements et sourient plus que leurs collègues masculins. Elles décrivent aussi voir plus de patients avec des problèmes psychosociaux complexes. D'autre part, les femmes médecins offrent plus de conseils préventifs, en particulier aux patientes, ainsi que d'avantage de conseils en matière de santé. Elles demandent plus d'examens, tout en référant moins pour des interventions techniques et en prescrivant moins. Ces derniers domaines restent toutefois encore à explorer, car peu d'études s'y sont intéressées.

Les patients en interaction avec une femme médecin parlent plus et donnent plus d'informations, en médecine de premier recours. La femme médecin et son patient interagissent d'avantage comme partenaires dans la consultation médicale. Les études analysant la satisfaction des patients donnent des résultats divergents. Les femmes ont tendance à choisir des femmes médecins surtout lorsqu'il s'agit de soins «intimes» (physique ou émotionnel). Toutefois, les facteurs les plus importants pour les femmes dans le choix du médecin sont les capacités de communication, les compétences cliniques et non pas le genre.

Mythes et réalités du temps partiel

La notion de temps partiel doit être nuancée. En effet, de nombreux médecins hospitaliers et installés cumulent plusieurs activités à temps partiel: clinique, recherche, enseignement et activités hors du cabinet. La plupart des médecins travaillant à temps partiel sont occupés le reste de leur temps par la garde des enfants ou de parents dépendants. Certains optent aussi pour ce mode de travail à la préretraite, à cause d'une maladie et, plus rarement, pour d'autres intérêts dans la vie.

Le travail à temps partiel, défini comme une activité rémunérée à moins de 100%, est pratiqué majoritairement par des femmes, même si de plus en plus d'hommes optent pour ce mode de travail. Toutefois, l'offre de travail à temps partiel au niveau des hôpitaux ne correspond souvent pas à la demande et ne reflète pas la réalité en pratique privée, où un tiers des femmes travaillent à temps plein et deux tiers à temps partiel.

Tant les médecins qui pratiquent le travail à temps partiel que les patients suivis par ceux-ci, sont satisfaits, surtout si le médecin est remplacé par un collègue désigné. Les collègues de ces médecins acceptent tout à fait ce mode de travail, même si au niveau hospitalier certains doutes persistent [4]. Finalement la qualité des soins semble égale, voire meilleure, même si cette entité reste difficile à quantifier et étudier.

L'augmentation du travail à temps partiel implique qu'il faudra former plus de médecins afin de faire la même quantité de travail. En médecine ambulatoire, ceci se reflète par une augmentation de cabinets de groupe, ce qui permet une couverture optimale des soins, mais demande une certaine flexibilité aux patients qui ne verront pas toujours le même médecin. Ceci implique d'excellentes transmissions que ce soit par la qualité des dossiers, mais aussi par transmission orale entre les médecins. Une étude américaine a évalué qu'il faudrait engager 10% de plus de personnel pour pouvoir couvrir le même travail en comptant les congés maternité, les activités à temps partiel et les médecins réduisant leur temps de travail à cause de leur âge.

Comment envisager la carrière au masculin et au féminin dans le futur?

La carrière académique exige non seulement de bonnes connaissances cliniques, mais aussi des publications, des activités d'enseignement ainsi que des compétences en gestion. Ces pré-

requis ont été définis par des hommes pour des hommes. Selon l'étude de la cohorte suisse, les hommes ont plus d'intérêt pour la recherche, une meilleure capacité décisionnelle et une confiance en soi plus importante. Les femmes qui décident de faire carrière doivent aussi faire face à de nombreux obstacles: un certain sexisme de la part de la hiérarchie, le rôle social dévolu aux femmes (femme et famille, manque de capacités techniques) et une carence de mentors. De plus, une maternité peut retarder le développement de la carrière d'une femme par rapport à un homme. Finalement, les femmes publient en général moins que les hommes même si cette différence diminue (1970: 4% par des femmes; 2004: 19% par des femmes).

De plus, sur le plan sociologique, le changement de génération entre les baby-boomers et la génération X joue un rôle dans la perception de la carrière. Les médecins appartenant à la génération X, en âge de faire carrière, ont d'autres objectifs de vie que la génération précédente (tab. 2) [5].

Dans ce contexte, et au vu de la diversité des parcours professionnels actuels et probablement à venir, un changement de notre vision de la carrière et du «succès» sera certainement nécessaire pour que le système académique ne perde pas un nombre important de médecins qualifiés et engagés. En Suisse, des pédiatres de l'Hôpital Universitaire de Zurich ont développé un programme de promotion de carrière pour les femmes avec le soutien du directeur médical de l'Hôpital Universitaire de Zurich [6].

Conclusions

Au vu de ces changements, nous devons donc sérieusement revoir l'organisation du travail et la vision de la trajectoire professionnelle des médecins. En effet, il faudra créer des postes à temps partiel sans incidence sur la trajectoire professionnelle, promouvoir la culture du partage permettant une prise en charge adéquate des patients, tant en milieu hospitalier qu'en milieu ambulatoire, faciliter le retour après une pause (p. ex. congé maternité prolongé) et soutenir la création de cabinets de groupe. Ceci nous amène aussi inévitablement à devoir former plus de médecins, pour éviter une pénurie qui se dessine déjà dans certains secteurs.

La réalisation de ces objectifs demande non seulement une volonté du corps médical [6], mais aussi une volonté politique claire.

Ces changements représentent aussi la chance de nous questionner sur le «genre» de manière plus large en médecine et ouvrent ainsi des perspectives en clinique, en recherche et dans l'enseignement.

Références

1 de Torrenté de la Jara G, Pécoud A, Jaunin-Stalder N. Y a-t-il un avenir pour les femmes et le temps partiel en médecine de premier recours? Rev Med Suisse. 2005;1:2457-62.

2 Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. Swiss Med Wkly. 2003;133:535-40.

3 Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication. JAMA. 2002;288:756-64.

4 McMurray JE, Heiligers PJM, Shugerman RP, Jeffrey AD, Gangnon RE, Voss C et al. Part-time medical practice: where is it headed? Am J Med. 2005;118(1):87-91.

5 Bickel J, Brown AJ. Generation X: Implication for faculty recruitment and development in academic health centers. Acad Med. 2005;80(3):205-20.

6 Latal B, Saurenmann T. Feminisierung in der Medizin am Beispiel der Pädiatrie. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(9):354-8.