

FÉMINISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE

LE POIDS FINANCIER DES INÉGALITÉS

NATHALIE VALLERAND

Au Québec, les femmes représentent désormais 62 % des médecins de famille. Or, malgré ce statut majoritaire, leur rémunération demeure inférieure à celle de leurs collègues masculins. Elles subissent aussi de la discrimination.



D^{re} Marie-Claude Moore

La spécialité de médecine de famille se féminise de plus en plus. Si 38 % des omnipraticiens de 60 ans et plus sont des femmes, cette proportion atteint 65 % chez les 45 à 60 ans, 71 % chez les 30 à 40 ans et 75 % chez les moins de 30 ans. Pourtant, l'arrivée massive des femmes dans la profession ne s'est pas traduite par un changement de culture, indique la **D^{re} Marie-Claude Moore**, conférencière au congrès des membres le 7 mai dernier. « Il s'agit toujours d'une culture patriarcale qui valorise des attributs typiquement associés aux hommes, comme l'ambition, les longues heures de travail et le dévouement. »

L'organisation des soins de santé en première ligne n'a par ailleurs pratiquement pas changé depuis les années 1960 et 1970, une époque où les hommes étaient sur le marché du travail, tandis que la majorité des femmes restaient à la maison. Cette organisation, explique la D^{re} Moore, reposait sur une hiérarchie entre les médecins – presque exclusivement masculins – et les autres professionnels de la santé, notamment les infirmières. Des traces de cette hiérarchie persistent encore aujourd'hui, bien qu'elles se manifestent souvent de manière inconsciente.

C'est aussi le cas des stéréotypes associés au genre. « Par exemple, les hommes sont encore perçus comme affirmés, indépendants, confiants et axés sur les résultats, tandis que les femmes sont considérées comme bienveillantes, sensibles, amicales et collaboratives », constate la D^{re} Moore, qui exerce à la Polyclinique du quartier, à Granby.

LE PRIX DES STÉRÉOTYPES

L'image des médecins dans la société repose également sur des stéréotypes. Dans l'imaginaire collectif, les traits de caractère des médecins sont calqués sur un idéal masculin : ils sont confiants, sûrs d'eux, ambitieux, directifs et entièrement disponibles. Or, comme la majorité des médecins sont maintenant des femmes, un décalage se crée entre ces attentes et la réalité, ce qui entraîne de la discrimination envers les femmes en médecine, affirme la D^{re} Moore. « Par rapport à leurs collègues masculins, les femmes rapportent davantage de harcèlement et d'incivilités, que ce soit de la part des patients ou d'autres professionnels de la santé. »

De plus, elles sont sous-représentées dans les postes de direction et dans les spécialités médicales considérées comme plus prestigieuses, comme la chirurgie. Les femmes progressent aussi plus lentement dans les carrières universitaires et sont moins souvent désignées par leur titre professionnel.

L'écart salarial constitue toutefois le signe le plus éloquent de la discrimination systémique en médecine. Dans toutes les spécialités, y compris celles à prédominance féminine, les hommes gagnent davantage que les femmes. Cet écart apparaît dès le début de la pratique et se maintient tout au long de la carrière, même après des ajustements statistiques tenant compte du nombre d'heures travaillées, de l'ancienneté et du type de pratique. « C'est un marqueur puissant des inégalités qui persistent dans le système de santé », relève la D^{re} Moore, en donnant l'exemple de l'Ontario, où la rémunération des pédiatres masculins est une fois et demie plus élevée que celle de leurs consœurs.



Les données montrent également un phénomène troublant : plus une spécialité se féminise, plus sa rémunération tend à diminuer. Selon une étude américaine¹, les spécialités dominées par les hommes, comme la neurochirurgie et la chirurgie orthopédique, figurent parmi les mieux rémunérées, avec des revenus annuels dépassant souvent le demi-million de dollars. À l'inverse, la médecine de famille, la pédiatrie, la médecine interne, la psychiatrie, l'obstétrique et la gynécologie – des disciplines majoritairement féminines – se situent sous la barre des 300 000 \$.

POURQUOI LES FEMMES GAGNENT MOINS

Pour la D^{re} Moore, des biais inconscients sont notamment en cause. « Dans notre société, le statut des femmes est encore considéré comme inférieur à celui des hommes. Il y a aussi l'idée qu'il est naturel pour elles de prendre soin des autres. Par conséquent, la valeur économique du travail des femmes en médecine est perçue comme moindre, ce qui nous nuit lors des négociations salariales. La maternité constitue également un frein, puisque les femmes demeurent les principales responsables des soins aux enfants. »

Dans toutes les spécialités, y compris celles à prédominance féminine, les hommes gagnent davantage que les femmes. Cet écart apparaît dès le début de la pratique et se maintient tout au long de la carrière, même après des ajustements statistiques tenant compte du nombre d'heures travaillées, de l'ancienneté et du type de pratique.

Mais ce n'est pas tout. L'approche clinique des femmes contribue indirectement à l'écart salarial. Les études indiquent en effet qu'elles accordent davantage d'importance à la communication, aux aspects psychosociaux, à la prévention et au respect des lignes directrices. Elles traitent aussi plus de problèmes par consultation, consacrent davantage de temps aux tâches administratives et prennent en charge des cas plus

complexes. Bref, tout cela prend plus de temps. Dans un système où la rémunération à l'acte récompense le volume, les femmes se trouvent ainsi désavantagées, selon la conférencière.

En outre, les femmes médecins optent plus fréquemment pour des modes de rémunération moins lucratifs, comme le salaire horaire, et facturent davantage d'interventions cliniques, généralement moins rentables.

Pour la D^{re} Moore, ces éléments mettent en évidence un décalage structurel entre l'organisation des soins et la réalité de la pratique médicale, où les femmes sont majoritaires. Elle plaide pour une approche axée sur la responsabilité collective, dans laquelle la continuité des soins repose sur l'équipe interdisciplinaire plutôt que sur le seul médecin. La capitation, par ailleurs, pourrait améliorer la situation des femmes en médecine. « Les études montrent qu'elle peut contribuer à réduire les inégalités, entre autres parce qu'elle favorise le travail d'équipe et permet de rémunérer le travail administratif. »

Il n'y a cependant pas de système de rémunération parfait. La D^{re} Moore conseille de bien choisir les actes rémunérés en surplus et à plein tarif. « Nous devons éviter de privilégier les interventions, comme les infiltrations, car elles sont le plus souvent réalisées par des hommes. La capitation continue par ailleurs d'encourager l'inscription d'un grand nombre de patients, tout en maintenant la notion de responsabilité individuelle. Il est donc important de réfléchir à ce que nous voulons promouvoir par la rémunération. Entre autres, la pondération des patients doit refléter la complexité de leur état de santé. Il faut aussi des indicateurs qui favorisent la qualité et la continuité des soins, et non seulement le volume et l'accès. » ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Pelley E, Carnes M. When a specialty becomes "women's work": trends in and implications of specialty gender segregation in medicine. *Acad Med.* 2020 ; 95(10) : 1499-1506. DOI : 10.97/ACM.0000000000003555