

GRIS

Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé
Secteur santé publique
Faculté de médecine

*Féminisation de la profession médicale
et transformation de la pratique au Québec*

*André-Pierre Contandriopulos
Marc-André Fournier*

R07-02

Novembre 2007

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-923544-11-3 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923544-12-0 (PDF)

FÉMINISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE
ET TRANSFORMATION DE LA PRATIQUE AU QUÉBEC

par

André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D.
Marc-André Fournier, M.Sc.

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Faculté de médecine
Université de Montréal

Novembre 2007

Étude réalisée à la demande de
L'ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC

Table des matières

Faits saillants	iii
Introduction	1
1. Contexte.....	2
2. Objectif de l'étude	3
3. Évolution du pourcentage de femmes au Québec et ailleurs	4
4. Répartition des femmes selon la spécialité	5
5. Comparaison de l'activité des hommes et des femmes	7
5.1 Le niveau d'activité.....	7
<i>Les heures travaillées</i>	7
<i>Le travail à temps partiel</i>	9
5.2 Le type d'activité.....	10
5.3 La répartition de l'activité selon le lieu de pratique	10
5.4 Les modalités de pratique.....	11
<i>L'ensemble de la pratique</i>	11
<i>La pratique en cabinet</i>	12
6. Les aspects positifs de la féminisation	13
Bibliographie	16
Annexes. Tableaux et graphiques.....	22

Faits saillants

- L'entrée massive des femmes dans la profession médicale au cours des dernières décennies est un élément structurant de l'évolution de cette profession. Elle a des conséquences importantes sur les pratiques médicales, l'accès aux services, la qualité des soins et l'organisation du système de santé. Une analyse fine de ce phénomène est nécessaire pour répondre aux évolutions technologiques, sociales et démographiques qui sont à l'œuvre au Québec, au Canada et dans tous les pays développés.
- La féminisation de la profession médicale est un phénomène amorcé depuis plus de 50 ans mais qui a pris de l'ampleur depuis les années 1970. Au Québec le pourcentage de femmes a augmenté d'un pour cent par année depuis 1976, passant de 8% à 38%. La féminisation a commencé un peu plus tard au Québec mais a pris beaucoup plus d'ampleur depuis les années 70 que dans les autres provinces et territoires. L'analyse de la situation Québécoise devrait donc être utile aux autres provinces du Canada.
- La féminisation s'est d'abord fait sentir chez les omnipraticiens puis s'est manifestée dans presque toutes les spécialités sauf quelques spécialités chirurgicales. Depuis quelques années, près des deux tiers des étudiants en médecine sont des femmes. En 2004 et 2005, 75% des nouveaux résidents dans les programmes de formation postdoctorale en médecine familiale et 58% dans les programmes en spécialité étaient des femmes. Certaines spécialités attirent davantage les femmes : pédiatrie (84%), obstétrique-gynécologie (87%), dermatologie (78%), neurologie (75%) et psychiatrie (73%).
- La féminisation a des effets sur le volume d'activité des médecins, l'accès aux services, l'organisation des pratiques médicales et finalement sur la profession médicale elle-même.
- L'écart dans le nombre d'heures travaillées entre les hommes et les femmes est aujourd'hui d'environ 10 % (un peu plus pour les omnipraticiens et un peu moins pour les spécialistes). Il s'est réduit de façon importante au cours du temps, d'une part, parce que les femmes ont augmenté leur temps de travail à tous les âges au cours des dernières années et, d'autre part, parce que, jusqu'au milieu des années 1990, les hommes ont en moyenne réduit leur temps de travail.
- Même si les écarts entre les femmes et les hommes pour le temps de travail sont relativement peu importants, les écarts pour le volume de services et le nombre de patients sont plus élevés. Les femmes omnipraticiennes voient environ 15% moins de patients par heure en cabinet que les hommes. Elles ont, par contre, 6% moins de visites par patient. On peut attribuer cet écart à un mode d'intervention demandant moins de visites par patient ou encore à une plus grande implication dans la pratique sans rendez-vous. Ces résultats correspondent à ce qu'on retrouve dans la littérature.

Une méta-analyse a montré que les femmes médecins de famille consacrent en moyenne 10% (2 minutes) plus de temps par patient que les hommes.

- Les données disponibles ne permettent pas de conclure que les femmes médecins sont moins efficaces que leurs confrères. Est-ce que les hommes ne consacrent pas assez de temps à leurs patients en cabinet ou est-ce que les femmes y consacrent trop de temps?
- En termes de planification de main-d'œuvre, les données rassemblées dans cette étude provenant du Québec et d'ailleurs indiquent qu'il faut tenir compte que les femmes ont un niveau d'activité inférieur à celui des hommes en nombre d'heures de travail et en volume de services.
- Un certain nombre d'hommes et de femmes pratiquent différemment, surtout chez les omnipraticiens. Les hommes, particulièrement les jeunes, pratiquent davantage dans les salles d'urgence et en cabinet alors que les femmes sont davantage présentes en CLSC et dans les unités d'hospitalisation. Elles font davantage d'activités de prévention et sont plus impliquées auprès des populations défavorisées. Elles sont moins présentes en recherche et dans les activités de gestion mais un peu plus dans les activités d'enseignement. On peut se demander alors si les deux groupes, dans l'ensemble, y trouvent leur compte et si ce partage de l'activité médicale correspond aux attentes, aux préférences et aux habiletés que l'on peut généralement attribuer à chacun des deux sexes. Ce qui se traduirait par une meilleure utilisation des qualités de chacun des deux groupes.
- Bien que la féminisation entraîne une baisse du niveau moyen d'activité des médecins, plusieurs études identifient des aspects positifs associés à l'entrée des femmes dans la profession médicale, entre autres, sur les relations médecins-patients, sur l'organisation des services, sur l'accès et la qualité des services ainsi que pour la profession.
- De façon générale, les femmes communiquent mieux et établissent de meilleures relations avec leurs patients que les hommes, ce qui se traduit par une plus grande satisfaction des patients et par une amélioration de l'efficacité des interventions préventives et curatives.
- Les femmes ont, en général, plus d'aptitudes pour assurer un leadership dans la mise en place et le fonctionnement d'équipes multidisciplinaires. La féminisation pourrait ainsi faciliter l'implantation de réseaux intégrés de soins et participer à la réorganisation du système de santé.
- Les femmes pourraient contribuer à améliorer l'accès et la qualité des services. Dans l'ensemble, les valeurs des femmes sont davantage congruentes avec une utilisation optimale des ressources. Elles sont moins portées vers l'emploi des technologies particulièrement dans un contexte d'acharnement thérapeutique. Elles seraient plus portées vers une approche plus holistique et orientée vers la prévention. Elles sont

davantage impliquées auprès des populations défavorisées et des clientèles vulnérables.

- La féminisation devrait avoir un impact positif sur la profession. D'abord, en amenant les hommes médecins à développer un meilleur équilibre entre le travail et la vie familiale. La féminisation pourrait aussi contribuer à accroître la légitimité de la profession en amenant l'ensemble de la profession à adopter des pratiques qui répondent davantage aux attentes grandissantes de la population sur la qualité des relations avec les patients et leurs proches.
- Les femmes continuent à être sous-représentées en milieu académique et dans les postes de gestion dans les organismes professionnels et dans les organisations de santé. Plusieurs y voient un problème majeur pour la profession tant en termes d'équité entre les femmes et les hommes qu'en termes de sous-utilisation des capacités d'une grande partie des effectifs de la profession. La mise sur pied de programmes visant à promouvoir et faciliter l'avancement des femmes médecins dans des fonctions de responsabilité et dans leur carrière académique, comme cela s'est fait ailleurs, devrait être envisagée.

INTRODUCTION

Au Québec comme ailleurs, la profession médicale est en transformation et doit s'adapter aux évolutions sociales, technologiques et démographiques ainsi qu'aux nouveaux modèles organisationnels mis en place pour y répondre. L'entrée massive des femmes dans la profession est un élément structurant de ces évolutions. Aucune étude approfondie n'a été effectuée pour en mesurer les effets. Mais les données montrent, qu'en général, les femmes et les hommes ont des comportements un peu différents pour ce qui est entre autres du volume et du type d'activités et de leurs types de pratique clinique.

La féminisation de la profession est un phénomène inéluctable dans les sociétés développées comme celle du Québec. Il faut donc chercher à identifier les implications de ce phénomène sur l'accès aux services, l'organisation et la qualité des soins, la pratique médicale et finalement sur la profession médicale dans son ensemble.

La croissance rapide de la proportion de femmes dans les facultés de médecine et parmi les médecins en exercice au Québec et au Canada est un phénomène qu'on retrouve dans tous les pays occidentaux. Au Canada, pour plusieurs, la féminisation est perçue comme une menace à l'accès aux services médicaux étant donné qu'en moyenne les femmes ont un niveau d'activités professionnelles inférieur à celui des hommes. Cette situation est plus problématique dans le contexte canadien et québécois où l'on ressent une pénurie importante de médecins pour répondre aux besoins de la population.

Dans les autres pays développés, où le ratio médecins par 1000 habitants est beaucoup plus élevé qu'ici (50% pour la moyenne des pays de l'OCDE) et que les autres professionnels de la santé jouent un rôle plus important dans la dispensation de services, les enjeux liés à la féminisation de la profession médicale ne portent pas tellement sur l'accès aux services mais surtout sur l'équité entre les hommes et les femmes médecins dans les carrières académiques ou dans des postes de responsabilité à cause des barrières liées aux sexes dans une profession historiquement profondément masculine (McMurray et al 2002; Bickel 2000; Roter et Lurie 2007). Ce qui signifierait aussi une mauvaise utilisation des compétences de la profession.

Dans le contexte québécois, on doit se demander quels seront les effets des transformations des caractéristiques des médecins, en particulier la féminisation de la profession, sur les types de pratique des médecins du Québec et sur l'accès aux services médicaux. Quelles spécialités seront les plus touchées en termes d'offre de services au cours des prochaines années ?

Par ailleurs, on doit se demander si, au-delà des problèmes d'accessibilité liés au fait que les femmes travaillent moins d'heures, la féminisation peut, sur certains aspects, être bénéfique pour permettre à la profession de s'adapter aux exigences des nouveaux modes de pratique et de fonctionnement et ainsi contribuer à l'amélioration du système de santé et de la qualité des soins. Et quels sont les défis à relever pour que tout le potentiel des femmes soit utilisé dans un contexte d'une profession dont les mécanismes de fonctionnement et de reconnaissance étaient essentiellement masculins ?

1. CONTEXTE

La question de la féminisation de la profession s'inscrit dans un contexte qui se caractérise par de très nombreuses mutations :

- Le développement rapide des connaissances et des technologies d'interventions au cours des dernières décennies a eu pour conséquence d'augmenter de façon considérable les capacités d'interventions et de diagnostics. Ce qui demande un nombre de plus en plus grand d'intervenants médicaux et d'autres catégories de professionnels pour diagnostiquer, traiter et pour assurer le suivi des patients. Le médecin ne peut plus travailler en solitaire. Il doit travailler en collaboration avec un nombre de plus en plus grand de professionnels qui ont chacun un rôle spécifique à jouer. Le corollaire de cette spécialisation accrue est une demande de plus en plus forte pour une véritable intégration de ces services. Un des défis actuels de la profession est donc de réussir à travailler dans une approche d'intégration de services. Les médecins doivent donc avoir les habiletés nécessaires pour fonctionner dans cette perspective au sein d'équipes multidisciplinaires.

- Les transformations majeures de l'environnement de pratique, et en particulier celui des médecins généralistes, visent à répondre à de nouveaux besoins. Les réformes amorcées au Québec depuis quelques années avec la création des CSSS et des réseaux locaux de services, la loi 90 sur le code des professions, les garanties d'accès aux soins, sont des éléments de réponse à ces nouveaux besoins.
- Le vieillissement de la population, qui découle en partie des progrès de la médecine, amène aussi des changements profonds dans la pratique médicale. Les patients ont changé, passant d'une majorité d'enfants à une majorité de personnes âgées. L'éventail des problèmes de santé n'est plus le même et les besoins en services ont évolué (davantage de malades chroniques et de personnes en perte d'autonomie qui, il y a quelques années, seraient décédées de leur maladie, etc.).
- Les attentes de la population face aux médecins ont aussi changé. La compétence technique permettant de résoudre un problème de santé spécifique n'est plus suffisante. Il faut aussi que les médecins sachent coordonner une prise en charge continue et globale mobilisant des ressources tant en première ligne qu'en médecine spécialisée.
- Parallèlement à toutes ces transformations, on connaît une pénurie de ressources. Depuis 1995, l'augmentation du nombre de médecins au Québec est à peine supérieure à celle de la population alors que le vieillissement de cette population et le développement technologique entraînent une croissance constante de la demande de services. Cette situation ne devrait pas s'améliorer à court terme étant donné le nombre élevé de départs à la retraite très important au cours des prochaines années, particulièrement chez les spécialistes. L'augmentation importante du nombre d'admissions en médecine, amorcée en 1999, n'aura d'effets significatifs que dans 10 ou 15 ans.

2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'étude vise à comparer, à partir des données et des études existantes, le volume et le type de pratique des hommes et des femmes omnipraticiens et spécialistes du Québec et leur évolution au

cours des dernières années, à identifier les tendances dans le choix de la spécialité de formation postdoctorale au cours des dernières années et à estimer l'impact de ces choix sur la composition par sexe des effectifs de chaque spécialité au cours des prochaines années. Elle vise aussi à mieux comprendre et interpréter la situation du Québec en regardant les analyses faites ailleurs sur les différences de comportements de pratique des hommes et des femmes et de l'impact de la féminisation de la profession. Elle vise enfin à identifier, en se basant sur la littérature existante, les effets de la féminisation sur la relation patient-médecin, sur l'organisation des services et les pratiques, sur l'accès aux services et enfin sur la profession médicale.

3. ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE FEMMES AU QUÉBEC ET AILLEURS

Chez les médecins inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), le nombre de femmes est en croissance constante depuis le milieu des années 1970 alors que le nombre d'hommes est à toute fin pratique stable depuis 20 ans (graphique 1). Le pourcentage de femmes a augmenté régulièrement d'un pour cent par année depuis 1976, passant de 8% à 38% (graphique 2). La féminisation touche davantage les omnipraticiens surtout jusqu'au milieu des années 1980 (graphiques 3 et 4). Le pourcentage de femmes parmi les omnipraticiens est passé de 10% à 25% entre 1976 et 1985 puis à 45% en 2005 alors que pour les spécialistes, le pourcentage de femmes est passé de 6% à 12% de 1976 à 1985 puis à 32% en 2005.

Ce rythme de croissance de la féminisation va se poursuivre au cours des prochaines années. Les retraités seront presque tous des hommes (90% des médecins âgés de plus de 60 ans sont des hommes) et la proportion de femmes parmi les étudiants admis en médecine ne cesse d'augmenter, quoi que le rythme de croissance ralentisse. La proportion de femmes parmi les nouveaux étudiants en médecine a augmenté de un pour cent en moyenne par année entre 1980 et 1995, passant de 44% à 61 %, alors qu'il a progressé de moins de 0,5% depuis 1995. Presque les deux tiers (65%) des nouveaux étudiants en médecine sont des femmes en 2005 (tableau 1).

Le Québec est légèrement en avance dans l'évolution de la féminisation de la profession par rapport au reste du Canada. Selon les données de l'Association médicale canadienne (AMC), les

femmes représentaient 32,5% de l'ensemble des médecins au Canada (tableau 2). Le Québec est la province où le pourcentage de femmes est le plus élevé avec 37,5%. La plupart des autres provinces ont entre 29% et 33% de femmes. Le pourcentage de femmes parmi les nouveaux étudiants demeure plus élevé au Québec (65% vs 58%).

La féminisation de la profession médicale est aussi avancée sinon davantage dans la plupart des pays développés. En France, le pourcentage de femmes en exercice est passé de 24% en 1984 à 36% en 2001 et on prévoit qu'elles seront majoritaires d'ici 2020 (CAREPS 2003). En Allemagne, 37% des médecins sont des femmes (Weinbrenner et Busse *in* OMS-Dubois, 2006) et en Grande-Bretagne, 35% en 2002 (Buchan et Maynard *in* OMS 2006). En Autriche, 63% des nouveaux étudiants étaient des femmes en 2000. Le phénomène est moins avancée aux États-Unis où seulement 27% des médecins sont des femmes en 2006 (AAMC, 2006).

Les données disponibles sur la situation dans les pays européens montrent que les femmes sont majoritaires parmi les étudiants en médecine depuis plusieurs années (McMurray et al 2002). Les femmes devraient être majoritaires dans plusieurs pays d'ici 10 à 20 ans. Aux États-Unis, la progression est plus lente. En 2006, 48% des nouveaux étudiants sont des femmes (AAMC, 2006). La situation au Canada et surtout au Québec est proche de celles des pays européens : 58% des nouveaux étudiants dans les facultés canadiennes et 65% dans les facultés du Québec sont des femmes. La féminisation est donc un phénomène bien amorcée depuis quelques décennies au Canada comme dans d'autres pays. La situation du Québec est intéressante parce qu'elle peut servir de modèle à ce qui va se passer au cours des prochaines années dans les autres provinces ou territoires du Canada.

4. RÉPARTITION DES FEMMES SELON LA SPÉCIALITÉ

La progression de la féminisation se fait à un rythme assez semblable selon la spécialité, sauf pour quelques spécialités. En 2005, si on considère l'ensemble des spécialités médicales, les spécialités de laboratoire et la radiologie diagnostique, environ le tiers de l'ensemble des effectifs de ces trois groupes étaient des femmes alors que ce pourcentage est seulement de 23% pour les spécialités chirurgicales (graphique 5). Chez les moins de 35 ans, l'écart s'est rétréci légèrement

entre les grands groupes de spécialités (graphique 6). On observe aussi que plus de 70% des omnipraticiens de moins de 35 ans sont des femmes.

Les écarts entre chacune des spécialités sont plus élevés (tableau 3). En 2005, deux spécialités, la gériatrie et la pédiatrie, sont composées majoritairement de femmes alors que d'autres sont presque exclusivement masculines (chirurgie cardiaque, chirurgie orthopédique et neurochirurgie).

Les écarts sont moins grands chez les plus jeunes médecins (tableau 4). Si on regarde le pourcentage de femmes parmi les médecins âgés de moins de 35 ans, seulement neuf spécialités ont moins de la moitié de leurs effectifs composés de femmes alors que neuf autres spécialités ont plus de 75% de femmes.

La composition par sexe des personnes admises dans les programmes de formation postdoctorale (tableau 5) montre clairement que cette tendance va se maintenir. Au cours des deux années 2004-05 et 2005-06, 65% des résidents admis étaient des femmes. En médecine familiale, c'est 75% et dans l'ensemble des programmes de spécialité, 58%. Certaines spécialités attirent davantage les femmes : pédiatrie (84%), obstétrique/gynécologie (87%), dermatologie (78%), neurologie (75%) et psychiatrie (73%).

5. COMPARAISON DE L'ACTIVITÉ DES HOMMES ET DES FEMMES

5.1 Le niveau d'activité

On peut mesurer le niveau d'activité des médecins selon trois dimensions : la *disponibilité* (le nombre d'heures et le nombre de jours), le *volume d'activité* (le nombre de visites et le coût des visites) et la *responsabilité* (nombre de patients). Bien que ces trois dimensions de l'intensité soient souvent corrélées, elles mesurent des aspects différents de la charge de travail. L'information disponible permettant de comparer l'activité des hommes et des femmes provient de données d'enquêtes sur les heures totales travaillées et sur les heures consacrées au soin des patients ainsi que des données de facturation à la RAMQ.

Les heures travaillées

Dans une étude portant sur les données fournies par l'ensemble des médecins actifs dans le questionnaire annuel du Collège des médecins du Québec, Fournier et Contandriopoulos (2005) ont montré que, entre 1994 et 2003, le nombre total d'heures travaillées par semaine a augmenté de 1,2 heures, passant de 46,5 heures par semaine à 47,7 heures soit une hausse de 2,6%. La hausse a été plus importante chez les omnipraticiens, de 43,8 à 45,2 heures, que chez les spécialistes, de 49,3 à 50,2 heures.

Le nombre d'heures travaillées a augmenté pour tous les groupes d'âge autant pour les hommes que pour les femmes, sauf pour les hommes omnipraticiens de moins de 35 ans. Il y a un rapprochement entre les heures travaillées par les femmes et les hommes (graphique 7). La croissance du nombre d'heures travaillées par les femmes a été trois fois plus élevée que celle des hommes : 2,9 heures par semaine comparativement à 1,0 heure pour les hommes. Alors que les femmes travaillaient 6,0 heures de moins que les hommes en 1994, l'écart n'est plus que de 4,0 heures en 2003. L'écart est passé de 6,1 à 4,5 heures chez les omnipraticiens et de 3,5 à 2,2

heures chez les spécialistes. Cela signifie que l'écart entre les hommes et les femmes n'est plus que de 8,5% (9,4% pour les omnipraticiens et 4,3% pour les spécialistes)¹ (graphique 7).

C'est entre 35 et 44 ans que la différence est la plus forte chez les omnipraticiens et avant 35 ans chez les spécialistes. Cette différence diminue graduellement par la suite. Elle n'est que de 1,8 heures chez les spécialistes et est pratiquement nulle chez les omnipraticiens de 65 ans et plus (graphique 8).

Le nombre de semaines a diminué de 45,5 à 44,8 chez les hommes spécialistes et est demeuré pratiquement inchangé chez les hommes omnipraticiens (de 46,4 à 46,5) alors qu'il a augmenté chez les femmes : de 44,7 à 45,1 pour les spécialistes et de façon appréciable de 44,6 à 45,9 pour les omnipraticiennes. Cette évolution différente entre les hommes et les femmes fait en sorte qu'en 2003 le nombre moyen de semaines travaillées par les femmes spécialistes est supérieur de 0,3 à celui de leurs confrères alors que les femmes omnipraticiennes ont travaillé 0,6 semaine de moins que leurs confrères omnipraticiens.

Cette augmentation du temps de travail depuis le milieu des années 1990 est un reversement de la tendance observée depuis les années 1970. Entre 1980 et 1994, le nombre d'heures par semaine des omnipraticiens est passé de 47,9 à 43,8 et celui des spécialistes de 51,8 à 49,2 heures. La baisse a touché les deux sexes, mais elle a été beaucoup plus marquée pour les hommes. On observe aussi ce phénomène dans l'ensemble du Canada (graphique 9). Selon les données des différentes enquêtes effectuées par l'Association médicale canadienne (AMC), le nombre d'heures par semaine aux soins des patients par les hommes omnipraticiens et spécialistes est passé de 39,9 heures en 1986 à 36,9 en 1993 puis a augmenté à 37,3 en 2003, comme cela a été observé au Québec. La tendance est moins claire chez les femmes.

Crossley, Hurley et Jeon (2006) ont utilisé les données des enquêtes de l'AMC pour expliquer les variations dans le nombre d'heures travaillées aux soins directs aux patients par les omnipraticiens. Entre 1982 et 2003, le nombre moyen d'heures travaillées aux soins directs aux patients par les omnipraticiens a diminué de 16% (de 45,4 à 38,3). L'analyse de cette baisse (en

¹ Soulignons que l'écart entre les femmes et les hommes est un peu plus élevé dans les données du *Sondage national auprès des médecins* (SNM) de 2004 : 13,5% chez les omnipraticiens et 6,5% chez les spécialistes.

maintenant constant le pourcentage de femmes et les heures des hommes) montre que la féminisation explique 2,0 de cette diminution de 7,2 heures et la baisse des heures des hommes, 3,3 heures. La baisse des heures travaillées par les hommes a donc eu un impact beaucoup plus grand que la féminisation. Une analyse par cohortes (gradués des années 1950, 1960, 1970, 1980 et 1990) montre que la réduction de l'activité des hommes a été plus importante avant le milieu des années 1990. Ce n'est donc pas les cohortes les plus récentes qui ont réduit leur temps de travail. Les auteurs observent aussi que quelles que soient les années, le nombre d'heures chez les femmes diminue graduellement entre 30 et 38 ans puis augmente par la suite alors que chez les hommes, il est relativement uniforme entre 30 ans et 55-60 ans. Ces résultats sont donc similaires à ceux que nous venons de présenter pour le Québec (graphique 8)

Il faut donc nuancer la perception répandue que l'entrée des femmes dans la profession a entraîné une baisse significative de la disponibilité de services médicaux, car il y a eu une baisse importante du temps de travail des hommes entre les années 1970 et le milieu des années 1990 alors que le temps de travail des femmes tend à augmenter, même s'il demeure inférieur à celui des hommes.

Le travail à temps partiel

En 1994, selon les données du questionnaire du CMQ, parmi les médecins ayant facturé à la RAMQ, 11,6% des femmes déclaraient travailler à temps partiel, 12% des omnipraticiennes et 9,8% des spécialistes, soit presque deux fois plus que les hommes (Fournier et Contandriopoulos 2005). De plus, 5,1% des femmes étaient temporairement inactives et seulement 0,8% des hommes. Mais moins de un pour cent des hommes et des femmes déclarent travailler moins de 25 semaines. Deux fois plus de femmes que d'hommes travaillent moins de 30 heures par semaine (30% vs 15%). On ne trouve pas le même écart chez les spécialistes (22,5% vs 20,2%). Nous n'avons pas de données ventilées par âge, mais on peut croire que chez les femmes, ce sont surtout celles dans la trentaine et au début de la quarantaine qui travaillent à temps partiel alors que ce serait davantage des préretraités chez les hommes.

Selon les données du *Sondage national auprès des médecins* (SNM) de 2004, 20% des femmes se sont absentes du travail au cours de la dernière année comparativement à 8% des hommes et celles qui se sont absentes l'ont fait pour en moyenne 70 jours, soit cinq fois plus que les hommes (14 jours) (tableau 6). Il serait intéressant de connaître la distribution de la durée des ces absences pour estimer l'ampleur et la durée des congés parentaux.

5.2 Le type d'activité

Selon les données du SNM 2004, les femmes omnipraticiennes et spécialistes du Québec consacrent moins d'heures aux soins directs aux patients que les hommes mais davantage aux soins indirects (pratique multidisciplinaire, communications avec la famille, etc.) (tableau 7). Elles font autant d'enseignement et participent autant aux comités de leur établissement mais consacrent moins de temps à la recherche, à la gestion de leur pratique ou de leur établissement. Selon le même sondage, les femmes omnipraticiennes consacrent autant de temps aux activités de garde en disponibilité que les hommes (129 heures par mois) alors que les femmes spécialistes y consacrent moins de temps que leurs confrères (104 vs 120) (tableau 9).

La pratique différente des femmes se reflète dans leur mode de rémunération. Selon les données de la RAMQ, 56% des femmes omnipraticiennes ont le paiement à l'acte comme principal mode de rémunération comparativement à 70% pour les hommes. L'écart est aussi grand chez les spécialistes (52% vs 65%)². Par ailleurs, le pourcentage de femmes en GMF est légèrement supérieur à celui des hommes (16,7% vs 15,4%).

5.3 La répartition de l'activité selon le lieu de pratique

Les données du SNM montrent que, pour les omnipraticiens, 60% des femmes et des hommes ont leur principal lieu de pratique en première ligne (cabinet, clinique sans rendez-vous et CLSC) mais les femmes omnipraticiennes sont deux fois plus présentes en CLSC que les hommes (22% vs 10%) et moins en clinique privée (tableau 8). Chez les spécialistes, un peu plus de femmes que

² Données transmises par le MSSS (MPL).

d'hommes ont comme principal lieu de pratique un CHU, mais elles sont moins présentes en clinique privée. Autant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes, les femmes sont moins présentes dans les activités de recherche et dans les organismes professionnels et gouvernementaux.

5.4 Les modalités de pratique

L'ensemble de la pratique

Il y a peu de données permettant de comparer l'organisation de la pratique des hommes et des femmes. Les données provenant d'une étude sur la pratique des omnipraticiens du Québec permet de mieux comprendre comment les hommes et les femmes organisent leur pratique de façon différente en mettant en relation le nombre d'heures et de jours travaillés, le nombre de patients et le nombre de visites de ces patients selon le lieu de pratique³ (Contandriopoulos et al 2007). En 2002, les femmes travaillent 14% moins d'heures et 10% moins de jours par année que les hommes et voient 31% moins de patients (tableau 10). Le partage de l'activité entre les lieux de pratique est également différent (tableau 11). Les hommes ont 50% de leur pratique en cabinet et les femmes 40%. Par contre, elles travaillent davantage en CLSC (21% vs 9%). En milieu hospitalier, les hommes sont plus impliqués à l'urgence (13% vs 8%) et les femmes dans les unités d'hospitalisation en CHCD (24% vs 18%).

Cet écart dans la participation à l'urgence et dans les unités d'hospitalisation est beaucoup plus élevé chez les médecins âgés de moins de 35 ans. Les hommes ont 46% de leur pratique à l'urgence et les femmes seulement 19% alors que l'implication est respectivement de 19% et 28% dans les unités d'hospitalisation et de 20% et de 24% en cabinet. La pratique en cabinet et en CLSC représente moins du tiers de l'activité des jeunes hommes et environ la moitié de celle des jeunes femmes. Les jeunes femmes semblent donc favoriser une pratique dans les unités

³ Cette étude porte les omnipraticiens âgés de moins de 70 ans et qui ont au moins deux ans de pratique. Les données proviennent du questionnaire annuel du Collège des médecins et de la RAMQ incluant tous les modes de rémunération.

d'hospitalisation et les hommes en salle d'urgence. Elles sont cependant plus impliquées en cabinet que les hommes (24% vs 20% de leur pratique).

La pratique en cabinet

La mise en relation du nombre d'heures et de jours travaillées ainsi que le nombre de patients et de visites en cabinet permet de mieux comprendre les différences de pratique entre les hommes et les femmes. Cette restriction de l'analyse à la pratique en cabinet est nécessaire étant donné l'importance de la rémunération à salaire et à taux horaire : 33% des services fournis par les femmes et 19% par les hommes sont sous ces modes alternatifs. L'étude de Contandriopoulos et al (2007) a analysé ces comportements de pratique pour les omnipraticiens « rémunérés à l'acte » (médecins dont le paiement à l'acte est le principal mode de rémunération et dont le revenu est supérieur à 30 000 \$). Ils représentent 80% des omnipraticiens ayant une pratique clinique et une faible portion de leur pratique n'est pas à l'acte (9% pour les femmes et 7% pour les hommes).

L'écart dans les comportements de pratique des femmes et des hommes est beaucoup moins élevé que celui observé précédemment pour l'ensemble des omnipraticiens (tableau 12). Pour l'ensemble de la pratique de ces médecins, les femmes consacrent 7% moins d'heures que les hommes et dispensent 19% moins de services (mesurés par le coût des services fournis).

En cabinet ou en clinique privée, au cours de l'année, les femmes travaillent moins de jours (-10%) et moins d'heures (-9%), ont un bassin de patients plus petit (-19%) et ont moins de visites (-24%). En termes d'intensité de pratique, elles voient moins de patients par jour (-15%) et moins de patients par heure (-17%, soit 2,4 vs 2,9). Elles accordent moins de visites par patient par année (-6%) mais ont une intensité de services par visite supérieure à celle des hommes. Le plus faible nombre de visites par patient s'explique par le fait que le celui-ci augmente avec l'âge des médecins autant chez les hommes que chez les femmes (de 1,7 chez les moins de 35 ans à 2,2 pour les 55-70 ans) parce que la prise en charge de patients lourds augmente avec les années de pratique et que le pourcentage d'hommes est plus élevé aux âges avancés. La supériorité de l'intensité de services peut être attribuée à une proportion plus élevée d'examen complets majeurs et de psychothérapie (7,6% vs 4,3% des actes et 8,6% vs 5,3%). Soulignons que

l'ensemble de ces résultats varient peu selon l'âge et sont très semblables à ceux observés en 1994 et 1998.

En résumé, les femmes qui travaillent en cabinet y travaillent moins d'heures que les hommes et voient moins de patients par heure. Par contre, l'intensité de services par patient est légèrement supérieure. Ces résultats corroborent ceux d'autres études. Dans une méta-analyse sur les différences entre les hommes et les femmes médecins en première ligne dans le type de communication avec les patients, Roter et al (2002) ont constaté que parmi les études consultées, la durée des visites pour les femmes était, en moyenne, de 10% (2 minutes par visite) supérieure à celle des hommes. Ces résultats ne s'observent pas chez les obstétriciens et les gynécologues.

6. LES ASPECTS POSITIFS DE LA FÉMINISATION

Bien que la féminisation entraîne une baisse du niveau moyen d'activité des médecins et certains problèmes d'accès découlant des congés parentaux et du travail à temps partiel pour un certain nombre de femmes, plusieurs voient, par contre, en s'appuyant sur les résultats de plusieurs études, l'entrée des femmes dans la profession médicale comme un phénomène positif. Parmi les aspects positifs plusieurs auteurs insistent sur les relations médecins-patients, sur l'organisation des soins, sur l'accès et la qualité des services ainsi que sur l'évolution de la profession médicale.

Plusieurs études montrent que, de façon générale, les femmes peuvent mieux communiquer et établir de meilleures relations avec leurs patients, ce qui se traduit par une plus grande satisfaction des patients (Roter et al 2002) et par une amélioration de l'efficacité des interventions préventives et curatives (Levinson et Lurie 2004). Dans la perspective où les médecins doivent fournir des soins centrés sur le patient, les femmes auraient plus d'aptitudes naturelles à avoir une plus grande sensibilité aux besoins des patients et à les faire participer aux processus de décisions concernant leurs besoins de santé. Elles adoptent davantage un style de communication qui favorise l'échange et elles sont plus sensibles non seulement aux besoins biomédicaux des patients mais aussi à leur préoccupations émotionnelles. On retrouve les mêmes résultats sur la comparaison du style de communication entre les hommes et les femmes dans la littérature

portant sur d'autres domaines d'activité que la médecine (Roter et al 2007). L'importance de ces habiletés de communications font maintenant partie des exigences de plusieurs organismes d'agrément comme l'Accreditation Council for Graduate Medical Education des Etats-Unis.

Un plus grand nombre de femmes faciliterait l'implantation des réformes portant sur la réorganisation des services et des pratiques pour améliorer l'intégration des soins. Ces réformes visent à introduire des équipes multidisciplinaires et les femmes ont, en général, plus d'aptitudes pour assurer un leadership dans la mise en place et le fonctionnement d'équipes multidisciplinaires que les hommes (Levinson et Lurie 2004).

Les femmes pourraient contribuer à améliorer l'accès et la qualité des services. Dans l'ensemble, les valeurs des femmes sont davantage congruentes avec une utilisation optimale des ressources. Elles sont moins portées vers l'emploi des technologies particulièrement dans un contexte d'acharnement thérapeutique. Elles seraient plus portées vers une approche plus holistique et orientée vers la prévention. Elles sont davantage impliquées auprès des populations défavorisées et des clientèles vulnérables. Les données du SNM illustrent clairement ce phénomène.

L'accès géographique ne serait pas affecté par un plus grand nombre de femmes. Les données du SNM et celles de la RAMQ montrent bien que le choix d'un lieu de pratique varie peu selon le sexe. De plus, selon les données du SNM auprès des médecins résidents du Canada, elles seraient deux fois moins disposées à émigrer que les hommes. Enfin, le fait de travailler à temps partiel peut aussi avoir des effets bénéfiques non seulement sur la qualité du compromis famille-travail mais aussi sur la productivité du travail professionnel (Parkerton, et al 2003; Fairchild et al 2001).

La féminisation devrait aussi avoir un impact positif sur la profession. D'abord, en amenant les hommes médecins à développer un meilleur équilibre entre le travail et la vie familiale. Ensuite, la féminisation va contribuer à accroître la légitimité de la profession. Si depuis les années 1950, la légitimité de la médecine se définissait surtout en fonction des progrès de la recherche médicale et de la capacité technique des médecins à répondre à leurs besoins de santé, aujourd'hui cette légitimité repose aussi sur la qualité de la pratique clinique et sur la qualité des relations avec les

patients ou leurs proches (Levinson et Lurie 2004). Les femmes semblent avoir gagné cette légitimité. Plusieurs études montrent qu'une proportion importante des patients préfèrent une femme médecin (More et Greer, 2000; Roter et al 2002)

Cependant, les femmes sont sous-représentées en milieu académique et dans les postes de gestion dans les organismes professionnels et des organisations de santé. Plusieurs y voient un problème majeur pour la profession (Levinson et Lurie 2004; Jagsi et al 2006) tant en termes d'équité entre les femmes et les hommes qu'en termes de sous-utilisation des capacités d'une grande partie des effectifs de la profession. Plusieurs organismes et institutions, comme l'Association of American Medical Colleges, ont établi des programmes visant à promouvoir et faciliter l'avancement des femmes médecins (Bickel 2000).

BIBLIOGRAPHIE

AAMC (2006). "Table 19: Total Enrollment by Sex and School, 2002-2006." FACTS-Applicants, Matriculants and Graduates. Site internet accédé le 26 mars 2007, <http://www.amc.org/data/facts/2006/factsenrl.htm>.

Ash, A. S., Carr, P.L., Goldstein,R., Friedman,R.H. (2004). "Compensation and advancement of women in academic medicine: Is there equity?" Ann Intern Med **141**: 205-212.

Barnett, R. C., Gareis, K.C., Carr, P.L. (2005). "Career satisfaction and retention of a sample of women physicians who work reduced hours." Journal of women's health **14**(2): 146-152.

Bean-Mayberry, B. A., Chang,C.C.H., McNeil, M.A., Scholle,S.H. (2006). "Ensuring high quality primary care for women: predictors of success." Women's health issues **16**: 22-29.

Bertakis, K. D., Helms, J., Callahan, E.J., Azari, R., Robbins, J.A. (1995). "The influence of gender on physician practice style." Medical care **33**(4): 407-416.

Bertakis, K. D., Franks, P., Azari, R. (2003). "Effects of physician gender on patient satisfaction." Journal of American Medical Women's Association **58**(2): 69-75.

Bickel, J. (2000). "Women in academic medicine." Journal of the American medical women's association **55**(1): 10-13.

Brundtland, G. H. (2000). "The woman physician in the year 2000." Journal of the American medical women's association **55**(1): 3-4.

CAREPS, Ed. (2003). Étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact.

Chan, B., Anderson, G.A., Thériault, M-É (1998). "High-billing general practitioners and family physicians in Ontario: How do they do it?" CMAJ **158**(6): 741-746.

Clicquot-McAlister, C. (2006, 7 mars). "Women: Surgery vs. family: Does a woman have to choose?" The Medical Post Retrieved Special reports.

Cohen, M. L., Woodward, C.A., Ferrier, B.M., Williams, A.P. (1996). "Interest in different types of patients: What factors influence new-to-practice family physicians?" Canadian family physician **42**: 2170-2178.

Contandriopoulos, A. P. and M. A. Fournier (1998). Les effectifs médicaux au Québec : Situation de 1977 à 1984 et projection pour 1988. C. p. d. m. d. Québec. Montréal.

Contandriopoulos, A. P., Fournier, M.A. et al (2007). Évolution de la pratique des médecins omnipraticiens du Québec de 1994 à 2002. Montréal, GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.

Contandriopoulos, A.-P., M.-A. Fournier, et al. (2001). Profil de pratique des médecins généralistes du Québec., GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé: 54.

de Jong, J. D., Heiligers, P., Groenewegen, P.P., Hingstman, L. (2006). "Part-time and full-time medical specialists, are there differences in allocation of time?" BMC Health services research **6**(26).

De Koninck, M., Bergeron, P., Bourbonnais, R. (1997). "Women physicians in Quebec." Social science and medicine **44**(12): 1825-2832.

Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.P., Desjardins, S. (1995). "Convergence or divergence of male and female physicians' hours of work and income." Medical care **33**(8): 796-805.

Derose, K. P., Hays, R.D., McCaffrey, D.F., Baker, D.W. (2001). "Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department?" J Gen Intern Med **16**: 218-226.

Diamond, E. E. (1987). Theories of career development and the reality of women at work. Women's career development. L. Larwood. Newberry Park, California, Sage publications.

Dufort, F., Maheux, B. (1995). "When female medical students are the majority: Do numbers really make a difference?" Journal of the American medical women's association **50**(1): 4-6.

Fairchild, D. G., McLoughlin, K.S., Gharib, S., Horsky, J., Portnow, M., Richter, J., Gagliano, N., Bates, D.W. (2001). "Productivity, Quality and Patient Satisfaction: Comparison of part-time and full-time primary care physicians." J Gen Intern Med **16**: 663-667.

Ferrier, B., Woodward, CA, Cohen, MA, Williams, AP (1996). The employed spouse: impact on physicians' career and family decisions, McMaster University/ Centre for health economics and policy analysis: 18.

Flocke, S. A., Gilchrist, V. (2005). "Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services." Medical care **43**(5): 486-492.

FMOQ (2000). "La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés: Positionnement des cabinets privés." Le médecin du Québec **35**(3): 103-134.

Fournier, M. A., P. Brodeur, et al. (1997). Les effectifs médicaux au Québec : mieux comprendre le passé pour envisager l'avenir. Situation de 1980 à 1994 et projections pour les années 2000., Collège des médecins du Québec.

Fournier, M. A. and A. P. Contandriopoulos (2005). Caractéristiques des médecins du Québec et de leur pratique selon le temps consacré à leurs activités professionnelles, GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.

Gable, M. S., Mohr, J.D., O'Brien, T.P., Lee, P., Colenbrander, A., Singh, K. (2000). "The subspecialty training, practice type and geographical distribution of recently trained ophthalmologists: a study of male and female physicians." Journal of the American medical women's association **55**(1): 20-23.

Gjerberg, E. (2002). "Gender similarities in doctors' preferences-and gender differences in final specialisation." Social science and medicine **54**: 591-605.

Heiligers, P. J. M., Hingstman, L. (2000). "Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists." Social science and medicine **50**: 1235-1246.

Hojat, M., Gonnella, J.S., Erdmann, J.B., Rattner, S.L., Veloski, J.J., Glaser, K., Xu, G. (2000). "Gender comparisons of income expectations in the USA at the beginning of medical school during the past 28 years." Social science and medicine **50**: 1665-1672.

Jeon, S. H., Hurley, J. (2004). The relationship between physician labour supply, service volume and service intensity, McMaster University/ Centre for health economics and policy analysis: 1-15.

Jovic, E., Wallace, J.E., Lemaire, J. (2006). "The generation and gender shifts in medicine: an explanatory survey of internal medicine physicians." BMC Health services research **6**(55).

Keane, D., Woodward, C.A., Ferrier, B.M., Cohen, M.L., Goldsmith, C.H. (1991). "Female and male physicians: Different practice profiles." Canadian family physician **37**: 72-81.

Kerssens, J. J., Bensing, J.M., Andela, M.G. (1997). "Patient preference for genders of health professionals." Social science and medicine **44**(10): 1531-1540.

Kim, C., McEwen, L.N., Gerzoff, R.B., Marerro, D.G., Mangione, C.M., Selby, J.V., Herman, W.H. (2005). "Is physician gender associated with the quality of diabetes care?" Diabetes care **28**(7): 1594-1598.

Lambert, E. M., Holmboe, E.S. (2005). "The relationship between specialty choice and gender of US medical students, 1990-2003." Academic medicine **80**(9): 797-802.

Levinson, W., Lurie, N. (2004). "When most doctors are women: What lies ahead?" Ann Intern Med **141**: 471-474.

Lorber, J. (2000). "What impact have women physicians had on women's health?" Journal of the American medical women's association **55**(1): 13-15.

Maheux, B., Dufort, F., Lambert, J., Lévesque, A. (1989). "The professional attitudes and practice characteristics of male and female specialists." Journal of the American medical women's association **44**(5): 154-158.

Maheux, B. D., F., Béland, F., Jacques, A., Lévesque, A. (1990). "Female practitioners: More preventive and patient oriented?" Medical care **28**(1): 87-92.

McMurray, J. E., Linzer, M., Konrad, T.R., Douglas, J., Shugerman, R., Nelson, K. (2000). "The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group." J Gen Intern Med **15**(6): 372-380.

More, E. S., Greer, M.J. (2000). "American women physicians in 2000: A history in progress." Journal of the American medical women's association **55**(1): 6-9.

Neumayer, L., Kaiser, S., Anderson, K., Barney, L., Curet, M., Jacobs, D., Lynch, T., Gazak, C. (2002). "Perceptions of women medical students and their influence on career choice." American Journal of Surgery **183**: 146-150.

Parkerton, P. H., Wagner, E.H., Smith, D.G., Straley, H.L. (2003). "Effect of part-time practice on patient outcomes." J Gen Intern Med **18**: 717-724.

Rodrigue, J., Savard, I., Dubé, R., L'Heureux, M. (1999). "Les cabinets privés d'omnipraticiens sous la loupe." Le médecin du Québec **34**(11).

Rosser, W. W. (2002). "The decline of family medicine as a career choice." CMAJ **166**(11): 1419-1420.

- Roter, D. L., J. A. Hall, et al. (2002). "Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review." JAMA **288**(6): 756-764.
- Samuels, M. E., Cochran, C.R., Shi, L. (2001). "A profile of women medical directors in community and migrant health centers." Journal of ambulatory care management **24**(1): 84-91.
- Schnuth, R. L., Vasilenko,P., Mavis,B., Marshall, J. (2003). "What influences medical students to pursue careers in obstetrics and gynecology?" American Journal of Obstetrics and Gynecology **189**: 639-643.
- Stratton, T. D., McLaughlin,M.A., Witte, F.M., Fosson, S.E., Nora, L.M. (2005). "Does students' exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect speciality choice and residency program selection?" Academic medicine **80**(4): 400-408.
- Wallace, A. E., Weeks, W.B. (2002). "Differences in income between male and female primary care physicians." Journal of the American medical women's association **57**(4): 180-184.
- Warde, C., Allen, W. Gelberg, L. (1996). "Physician role conflict and resulting career changes: Gender and generational differences." J Gen Intern Med **11**: 729-735.
- Watson, D. E., Katz, A., Reid,R.E., Bogdanovic,B., Roos, N., Heppner, P. (2004). "Family physician workloads and access to care i Winnipeg: 1991 to 2001." CMAJ **171**(4): 339-342.
- Weill, C. (1997). La pratique médicale peut-elle changer?, ENSP.
- Wendel, T. M., Godellas,C.V., Prinz, R.A. (2003). "Are there gender differences in choosing a surgicla career?" Surgery **134**: 591-598.
- Woodward, C., Cohen, M.L., Ferrier, B.M. (1990). "Career interruptions and hours practiced: Comparisons between young men and women physicians." Canadian journal of public health **81**: 16-20.
- Woodward, C., Hurley, J. (1995). "Comparison of activity level and service intensity of male and female physicians in five fields of medicine in Ontario." CMAJ **153**(8): 1097-1106.
- Woodward, C., Hutchison, B.G., Abelson, J., Norman, G. (1996). "Do female primary care physicians practise preventive care differently from their male colleagues?" Canadian family physician **42**: 2370-2379.

Woodward, C., Williams, AP, Ferrier, B.M.,Cohen, M.L. (1996). "Time spent on professional activities and unwaged domestic work: Is it different for male and female primary care physicians who have children at work ?" Canadian family physician **42**: 1928-1935.

Woodward, C., Cohen, M.L., Ferrier, B.M., Brown, J. (2000). Physicians certified in family medicine: What are they doing eight to ten years later? , McMaster University/ Centre for health economics and policy analysis: 30.

Woodward, C., Ferrier, B.M., Cohen, M.L., Brown, J. (2000). Professional activity: How is worktime changing among a cohort of family physicians?, McMaster University/ Centre for health economics and policy analysis: 30.

Woodward, C. A., Ferrier, B.M., Cohen, M.L., Williams, A.P., Vayda, E. (1993). Gender of physician, gender of patient: Influences on new primary care physicans' practice development, McMaster University/ Centre for health economicsand policy analysis: 20.

Zaharias, G., Piterman,L., Liddell, M. (2004). "Doctors and patients: Gender interaction in the consultation." Academic medicine **79**(2): 148-155.

ANNEXES. TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableaux

- Tableau 1 Pourcentage de femmes parmi les inscriptions en première année de médecine, de 1970 à 2005, Québec et Canada
- Tableau 2 Pourcentage de femmes au Canada, selon la province, en 2007 (ensemble des médecins)
- Tableau 2a Pourcentage de femmes dans certaines spécialités, certains pays
- Tableau 3 Pourcentage de femmes par spécialité, Québec, en 1995 et 2005
- Tableau 4 Pourcentage de femmes chez les moins de 35 ans et 35-39 ans, Québec, en 2005
- Tableau 5 Nombre d'admissions dans les programmes de résidence (contingent régulier)
- Tableau 6 Pourcentage des médecins qui se sont absentés au cours de la dernière année et durée moyenne de l'absence, Québec, 2004
- Tableau 7 Nombre moyen d'heures par semaine (excluant le temps de garde), Québec, 2004
- Tableau 8 Répartition des médecins selon le principal milieu de travail, Québec, 2004
- Tableau 9 Nombre d'heures de garde en disponibilité par mois, Québec, 2004
- Tableau 10 Volume d'activité de l'ensemble des omnipraticiens, Québec, 2002
- Tableau 11 Répartition de l'activité de l'ensemble des omnipraticiens, Québec, 2002
- Tableau 12 Caractéristiques de la pratique en cabinet des omnipraticiens rémunérés à l'acte, Québec, 2002

Tableau 1

Pourcentage de femmes parmi les inscriptions
en première année de médecine, de 1970 à 2005, Québec et Canada

	Canada	Québec
1970	20,2 %	
1980	40,0 %	44,0 %
1990	45,5 %	56,9 %
1995	52,2 %	60,8 %
2000	54,1 %	62,9 %
2005	57,7 %	64,9 %*

* Montréal, Sherbrooke et Laval = 67,7 %

Source : Association des Facultés de médecine du Canada.

Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada, diverses années.

Tableau 2

Pourcentage de femmes au Canada, selon la province, en 2007
(ensemble des médecins)

Canada	32,5 %
Terre-Neuve	29,0 %
Ile-du-Prince-Édouard	25,4 %
Nouvelle-Écosse	32,9 %
Nouveau-Brunswick	32,0 %
Québec	37,5 %
Ontario	31,1 %
Manitoba	30,5 %
Saskatchewan	27,1 %
Alberta	31,5 %
Colombie-Britannique	29,9 %
Territoires du Nord-Ouest	41,5 %

Source : CMA Masterfile, Janvier 2007, Association médicale canadienne (AMC).

Tableau 2a

Pourcentage de femmes dans certaines spécialités, certains pays

	Australie	Canada	Royaume-Uni	États-Unis
	1999	1999	1998	1999
Ensemble des femmes	28 %	28 %	27 %	23 %
Anesthésiologie	19 %	23 %	24 %	20 %
Cardiologie	8 %	12 %	---	26 %
Médecine familiale	33 %	33 %	31 %	24 %
Chirurgie générale	3 %	9 %	5 %	6 %
Médecine interne	9 %	16 %	18 %	26 %
Obstétrique-gynécologie	15 %	29 %	20 %	33 %
Chirurgie orthopédique	1 %	5 %	---	3 %
ORL	3 %	9 %	---	7 %
Pédiatrie	24 %	41 %	36 %	50 %
Psychiatrie	27 %	31 %	32 %	19 %
Radiologie	16 %	21 %	26 %	12 %

Source : McMurray et al. (2002).

Tableau 3

Pourcentage de femmes par spécialité, Québec, en 1995 et 2005

	2005 <i>Nombre de femmes</i>	1995 %	2005 %
Ensemble des médecins	5965	28 %	38 %
Médecins omnipraticiens	3453	35 %	45 %
Médecins spécialistes	2512	21 %	32 %
Spécialités médicales	1672	24 %	34 %
Allergie	15	12 %	29 %
Anesthésiologie	189	21 %	31 %
Cardiologie	60	7 %	15 %
Dermatologie	82	41 %	45 %
Endocrinologie	57	23 %	40 %
Gastro-entérologie	41	6 %	23 %
Génétique médicale	10	0 %	42 %
Gériatrie	27	24 %	52 %
Hématologie	26	22 %	30 %
Santé communautaire	58	32 %	41 %
Médecine interne	120	18 %	31 %
Néphrologie	51	17 %	34 %
Neurologie	52	17 %	24 %
Oncologie médicale	37	0 %	28 %
Pédiatrie	290	40 %	51 %
Physiatrie	25	20 %	34 %
Pneumologie	47	11 %	23 %
Psychiatrie	434	28 %	40 %
Radio-oncologie	25	24 %	37 %
Rhumatologie	26	24 %	31 %
Spécialités chirurgicales	491		24 %
Chirurgie cardiaque	5	4 %	8 %
Chirurgie générale	117	9 %	23 %
Chirurgie orthopédique	32	6 %	11 %
Chirurgie plastique	19	9 %	18 %
Gynéco/Obs	169	25 %	42 %
Neurochirurgie	6	2 %	10 %
Ophtalmologie	82	22 %	29 %
ORL	42	11 %	22 %
Urologie	19	8 %	13 %
Spécialités de laboratoire	167		34 %
Anatomo pathologie	73	25 %	37 %
Biochimie médicale	9	17 %	18 %
Médecine nucléaire	17	15 %	19 %
Microbiologie médicale	68	37 %	43 %
Radiologie diagnostique	182	31 %	33 %

Source : RAMQ, Statistiques annuelles.

Tableau 4

Pourcentage de femmes chez les moins de 35 ans et 35-39 ans, Québec, en 2005

	Nombre		Pourcentage	
	< 35 ans	35-39 ans	< 35 ans	35-39 ans
Ensemble des médecins	1317	1072	64 %	56 %
Médecins omnipraticiens	800	553	71 %	64 %
Médecins spécialistes	517	519	55 %	49 %
Spécialités médicales	335	344	57 %	53 %
Allergie	2	4	67 %	57 %
Anesthésiologie	48	34	51 %	37 %
Cardiologie	11	20	23 %	32 %
Dermatologie	8	16	80 %	70 %
Endocrinologie	11	17	79 %	81 %
Gastro-entérologie	18	10	67 %	53 %
Génétique médicale	1	2	100 %	50 %
Gériatrie	9	8	90 %	57 %
Hématologie	7	3	50 %	38 %
Santé communautaire	9	6	75 %	75 %
Médecine interne	34	30	47 %	41 %
Néphrologie	19	7	68 %	50 %
Neurologie	9	11	39 %	38 %
Oncologie médicale	4	7	80 %	47 %
Pédiatrie	51	66	76 %	76 %
Physiatrie	5	4	83 %	67 %
Pneumologie	13	11	57 %	50 %
Psychiatrie	67	79	60 %	68 %
Radio-oncologie	5	4	50 %	36 %
Rhumatologie	4	5	50 %	42 %
Spécialités chirurgicales	122	114	51 %	40 %
Chirurgie cardiaque	1	0	50 %	0 %
Chirurgie générale	44	29	56 %	37 %
Chirurgie orthopédique	7	8	23 %	19 %
Chirurgie plastique	2	6	25 %	55 %
Gynéco/Obs	41	40	82 %	80 %
Neurochirurgie	1	1	20 %	17 %
Ophtalmologie	10	14	53 %	36 %
ORL	13	12	42 %	52 %
Urologie	3	4	18 %	17 %
Spécialités de laboratoire	22	29	54 %	42 %
Anatomo pathologie	8	15	44 %	44 %
Biochimie médicale	1	1	50 %	25 %
Médecine nucléaire	2	3	29 %	23 %
Microbiologie médicale	11	10	79 %	56 %
Radiologie diagnostique	38	32	57 %	48 %

Source : RAMQ, Statistiques annuelles.

Tableau 5

Nombre d'admissions dans les programmes de résidence (contingent régulier)

Programme	Total sur 2 ans			Pourcentage de femmes		
	2000 et 2001	2002 et 2003	2004 et 2005	2000 et 2001	2002 et 2003	2004 et 2005
Médecine familiale	328	372	471	75 %	64 %	75 %
Chirurgie						
Chirurgie générale	48	45	51	35 %	42 %	53 %
Chirurgie orthopédique	27	24	23	22 %	29 %	35 %
ORL	13	11	14	54 %	36 %	43 %
Urologie	14	13	12	21 %	31 %	17 %
Chirurgie cardiaque	5	7	3	20 %	29 %	0 %
Chirurgie plastique	8	7	13	63 %	0 %	54 %
Neurochirurgie	9	10	6	44 %	40 %	17 %
Total chirurgie	124	117	122	35 %	34 %	42 %
Médecine						
Médecine interne	131	160	185	51 %	51 %	55 %
Génétique médicale	3	4	2	67 %	50 %	50 %
Neurologie	14	17	20	36 %	53 %	75 %
Physiatrie	3	2	6	67 %	50 %	67 %
Dermatologie	6	7	9	67 %	43 %	78 %
Total médecine	157	190	222	51 %	51 %	58 %
Autres programmes						
Anatomo pathologie	13	14	15	46 %	64 %	53 %
Anesthésie-réanimation	45	43	50	53 %	53 %	54 %
Psychiatrie	51	53	64	51 %	62 %	73 %
Radiologie diagnostique	32	36	45	38 %	44 %	53 %
Médecine d'urgence	9	7	8	33 %	43 %	63 %
Obst/Gynécologie	28	32	31	86 %	88 %	87 %
Radio-oncologie	13	20	24	38 %	65 %	50 %
Santé communautaire	7	5	5	86 %	80 %	60 %
Biochimie médicale	2	3	4	0 %	0 %	50 %
Ophthalmologie	14	16	21	57 %	50 %	67 %
Médecine nucléaire	4	6	9	0 %	17 %	22 %
Microbio/Infectiologie	4	9	10	50 %	56 %	50 %
Total autres prog.	222	244	286	52 %	59 %	62 %
Pédiatrie	38	31	37	74 %	77 %	84 %
Total spécialité	541	582	667	49 %	52 %	58 %
Grand total	869	954	1138	59 %	57 %	65 %

Source : CREPUQ

Tableau 6

Pourcentage des médecins qui se sont absentés au cours de la dernière année et durée moyenne de l'absence, Québec, 2004

	Omnipraticiens			Spécialistes			Total		
	H	F	T	H	F	F	H	F	F
% qui se sont absentés	8,9 %	20,0 %	14,2 %	7,4 %	19,1 %	10,8 %	8,1 %	19,7 %	12,5 %
Nombre de jours d'absence	17	74	55,8	10,3	64,6	39,5	13,5	70,5	48,8

Source : Sondage national 2004 auprès des médecins.

Tableau 7

Nombre moyen d'heures par semaine (excluant le temps de garde), Québec, 2004

	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Soins directs aux patients sans enseignement	30,84	25,68	25,86	23,03
Soins directs aux patients avec enseignement	3,31	3,81	7,58	8,41
Enseignement/formation	0,82	0,91	2,02	1,94
Soins indirects aux patients	4,11	4,66	3,24	4,37
Comités des établissements	0,70	0,70	0,94	0,94
Gestion de la pratique	1,22	0,76	1,29	0,92
Recherche	0,92	0,38	2,52	1,77
Administration	2,47	1,67	2,81	1,99
FMC/DPC	2,72	2,48	3,21	3,22
Autre	1,57	1,04	1,67	1,22
Total	48,67	42,08	51,13	47,82

Source : Sondage national 2004 auprès des médecins.

Tableau 8

Répartition des médecins selon le principal milieu de travail, Québec, 2004

	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cabinet privé	49,6 %	37,8 %	19,6 %	16,7 %
CLSC	9,7 %	22,3 %	0,6 %	0,6 %
Clinique SRV	1,9 %	0,9 %	0,1 %	0,3 %
CHU	5,7 %	6,5 %	39,2 %	44,3 %
CH	9,1 %	10,1 %	30,7 %	29,4 %
Salle d'urgence	10,1 %	10,0 %	1,8 %	1,8 %
CHSLD	2,1 %	2,0 %	0,2 %	0,0 %
Bureau administratif	2,6 %	1,3 %	2,3 %	0,8 %
Unité de recherche	0,9 %	0,2 %	1,6 %	0,9 %
Clinique privée labo/radio	0,1 %	1,0 %	0,8 %	0,9 %

Source : Sondage national 2004 auprès des médecins.

Note : Cette question permettait des réponses multiples.

Tableau 9

Nombre d'heures de garde en disponibilité par mois, Québec, 2004

Nombre d'heures de garde			
Omnipraticiens		Spécialistes	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
128	129	120	104

Source : Sondage national 2004 auprès des médecins.

Tableau 10

Volume d'activité de l'ensemble des omnipraticiens, Québec, 2002

	Hommes	Femmes	Total	Écart en % : F / H
<i>N</i>	3465	2466	5931	---
Heures-totales/an	2 134	1 834	2 009	-14 %
Heures-activités cliniques/an	1884	1644	1784	-13 %
Jours	216	195	208	-10 %
Visites en cabinet	2925	1756	2439	-40 %
Visites totales*	4 836	3 323	4 216	-31 %

* L'information sur les visites (au moins un acte facturé dans une journée par un même médecin pour un patient) n'étant disponible que pour les services à l'acte, le nombre de visites a été ajusté pour tenir compte des services payés à salaire et à vacation en prenant l'inverse du ratio du revenu non à l'acte sur le revenu à l'acte.

Source : Contandriopoulos, AP, et al. (2007).

Tableau 11

Répartition de l'activité* de l'ensemble des omnipraticiens, Québec, 2002

Tous âges	Hommes %	Femmes %	Total %	Écart en % : F / H
Cabinet	50,0 %	39,6 %	45,6 %	-10,4 %
CLSC	9,3 %	21,1 %	14,2 %	11,8 %
Domicile	3,4 %	1,3 %	2,5 %	-2,1 %
Urgence	12,5 %	8,1 %	10,6 %	-4,4 %
Clinique externe	1,3 %	1,4 %	1,4 %	0,0 %
CHCD	17,7 %	23,7 %	20,2 %	6,0 %
CHSLD	4,7 %	3,8 %	4,3 %	-0,9 %
Autre	1,3 %	1,2 %	1,3 %	-0,1 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Âgés de moins de 35 ans	Hommes %	Femmes %	Total %	Écart en % : F / H
Cabinet	19,7 %	24,3 %	22,9 %	4,6 %
CLSC	11,3 %	24,1 %	20,4 %	12,8 %
Domicile	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %
Urgence	45,6 %	19,3 %	27,0 %	-26,3 %
Clinique externe	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,0 %
CHCD	18,8 %	28,2 %	25,4 %	9,3 %
CHSLD	2,8 %	2,3 %	2,5 %	-0,4 %
Autre	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

* Revenu selon les tarifs de base (ex. non majoré pour les régions éloignées, plafonds, etc.) et réduit de 35% en cabinet pour ne pas tenir compte des frais de fonctionnement.

Source : Contandriopoulos, AP, et al. (2007).

Tableau 12

Caractéristiques de la pratique en cabinet des omnipraticiens
rémunérés à l'acte*, Québec, 2002

	Hommes	Femmes	Total	Écart F/H
<i>N</i>	2 676	1 457	4 133	-46 %
Ensemble des activités				
Semaines	46,8	46,3	46,6	-1 %
Heures activités cliniques	42,9	40,0	41,9	-7 %
Services cliniques (\$) **	131 448	106 280	122 576	-19 %
Activités en cabinet				
Jours	151	135	146	-10 %
Heures/semaine	27,0	25,0	26,3	-7 %
Services (\$)	72 909	58 928	67 980	-19 %
Heures/année	1 266	1 156	1 227	-9 %
% des heures cab/total	63 %	62 %	63 %	-1 %
% des services cab/total	55 %	55 %	55 %	0 %
Patients	1 776	1 436	1 656	-19 %
Visites	3 662	2 792	3 356	-24 %
Visites/jour	24,2	20,6	23,1	-15 %
Visites/heure	2,9	2,4	2,7	-17 %
Visites/patient	2,1	1,9	2,0	-6 %
Services/patient	41,0	41,0	41,0	0 %
Services/visite	19,9	21,1	20,3	6 %
Services/heure	57,6	51,0	55,4	-12 %

* Médecins dont le revenu à l'acte est supérieur à 30 000 \$ et représente plus de 50 % du revenu total.

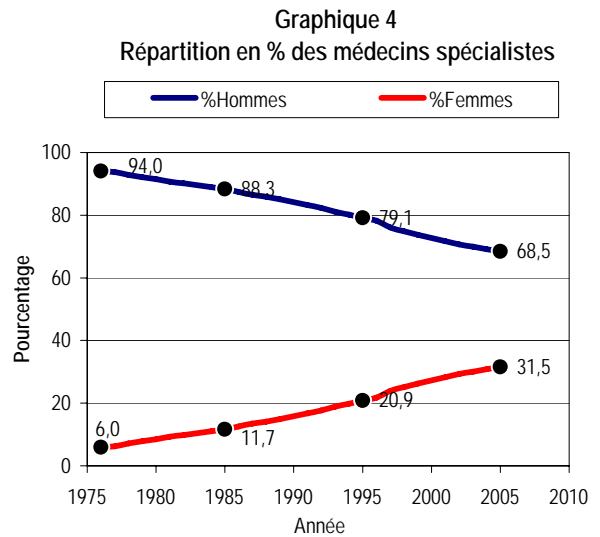
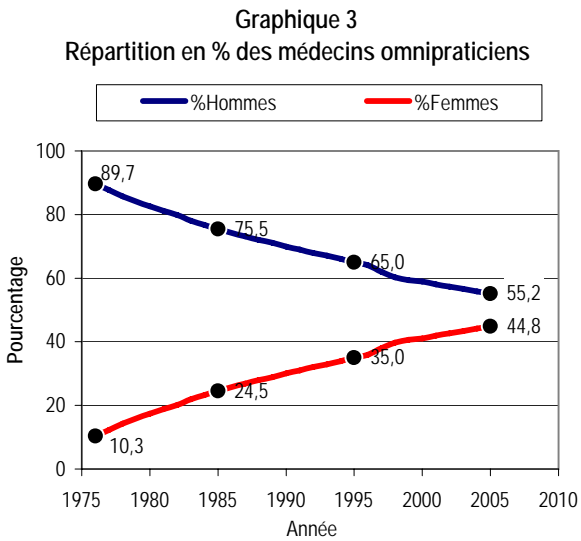
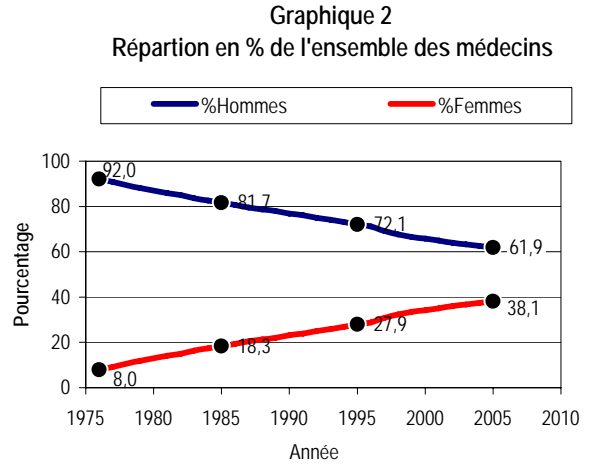
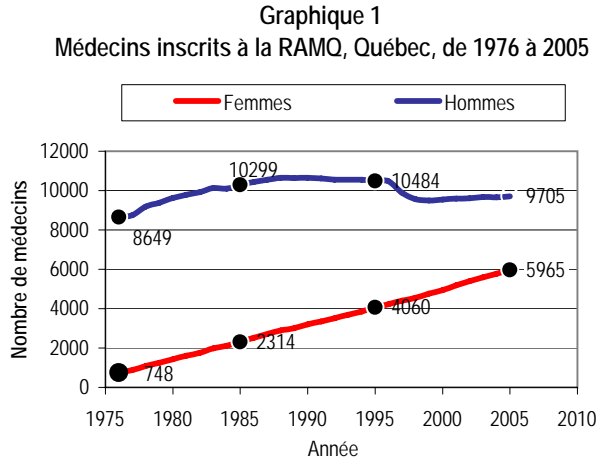
** Revenu selon les tarifs de base (ex. non majoré pour les régions éloignées, plafonds, etc.) et réduit de 35 % en cabinet pour ne pas tenir compte des frais de fonctionnement.

Source : Contandriopoulos, AP, et al. (2007).

Graphiques

- Graphiques 1 à 4 Nombre et pourcentage d'hommes et de femmes médecins au Québec, 1975 à 2005
- Graphique 5 Pourcentage de femmes dans chaque groupe de spécialité, Québec, 1985, 1995, 2005
- Graphique 6 Pourcentage de femmes de moins de 35 ans dans chaque groupe de spécialité, Québec, 1985, 1995, 2005
- Graphique 7 Écart du nombre d'heures entre les hommes et les femmes selon l'âge, Québec, 1994 et 2003
- Graphique 8 Nombre d'heures par semaine, selon l'âge, Québec, 2003
- Graphique 9 Évolution du nombre moyen d'heures par semaine aux soins directs aux patients (omnipraticiens et spécialistes), au Canada, de 1986 à 2003, selon l'âge.
- Graphique 10 Évolution du nombre moyen d'heures par semaine aux soins directs aux patients (omnipraticiens et spécialistes), au Québec, de 1986 à 2003, selon l'âge

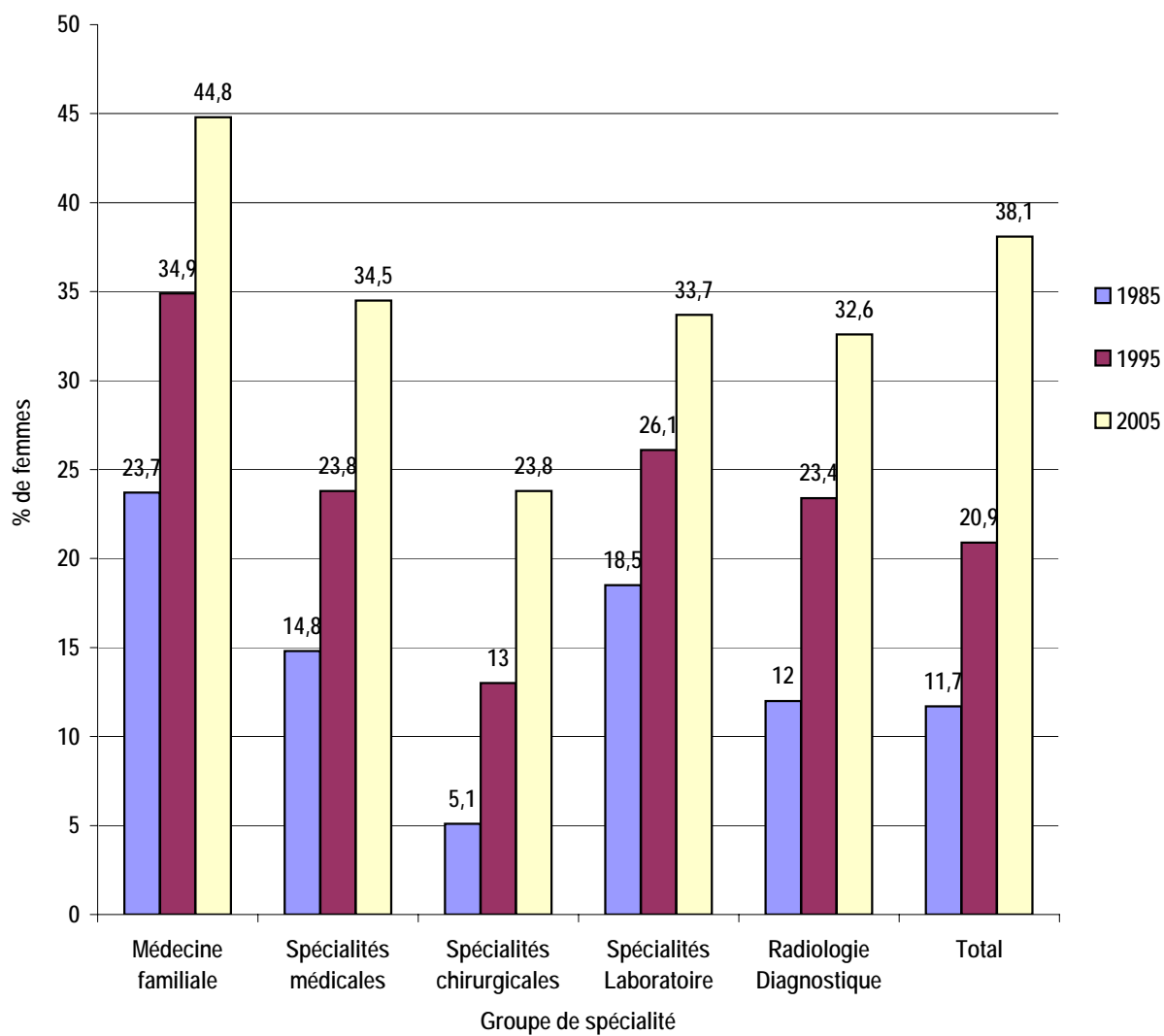
Graphiques 1 à 4 Nombre et pourcentage d'hommes et de femmes médecins au Québec, 1975 à 2005



Source : RAMQ, Statistiques annuelles.

Graphique 5

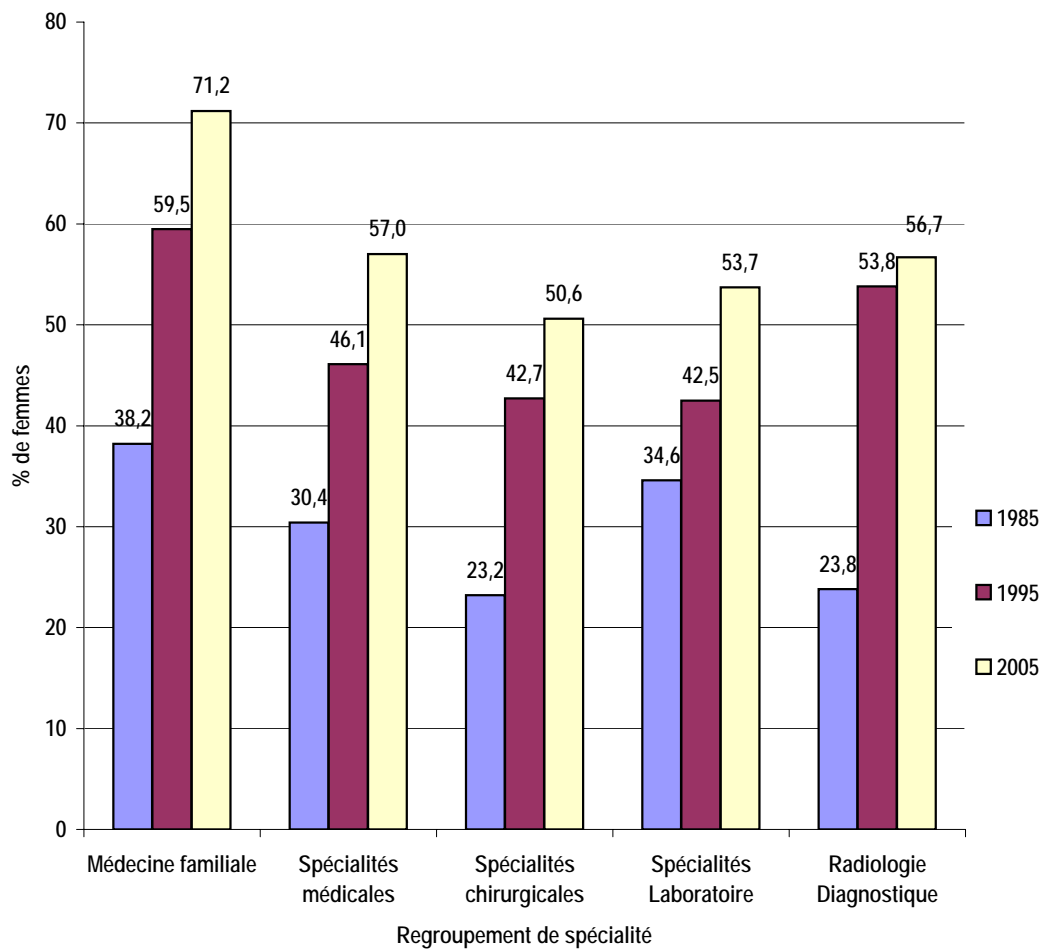
Pourcentage de femmes dans chaque groupe de spécialité, Québec, 1985, 1995, 2005



Source : RAMQ, Statistiques annuelles.

Graphique 6

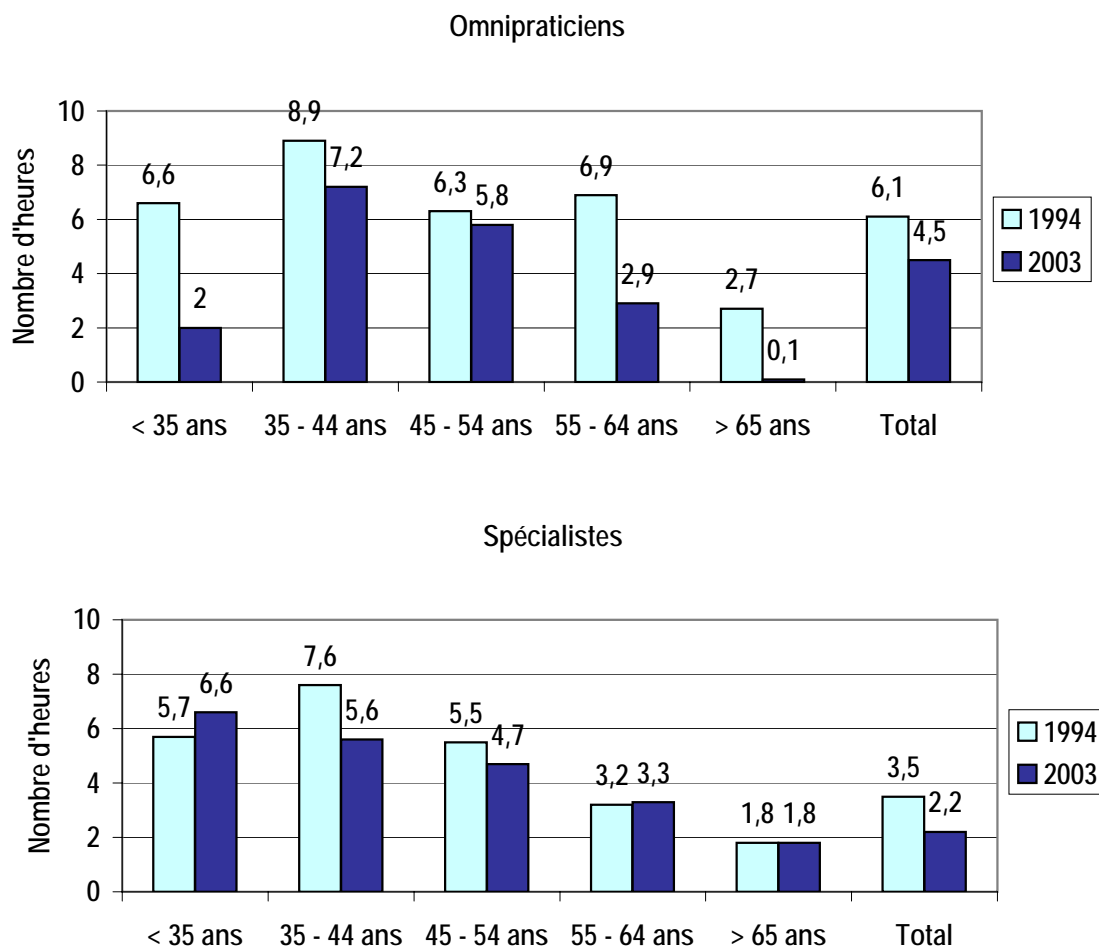
Pourcentage de femmes de moins de 35 ans dans chaque groupe de spécialité, Québec, 1985, 1995, 2005



Source : RAMQ, Statistiques annuelles.

Graphique 7

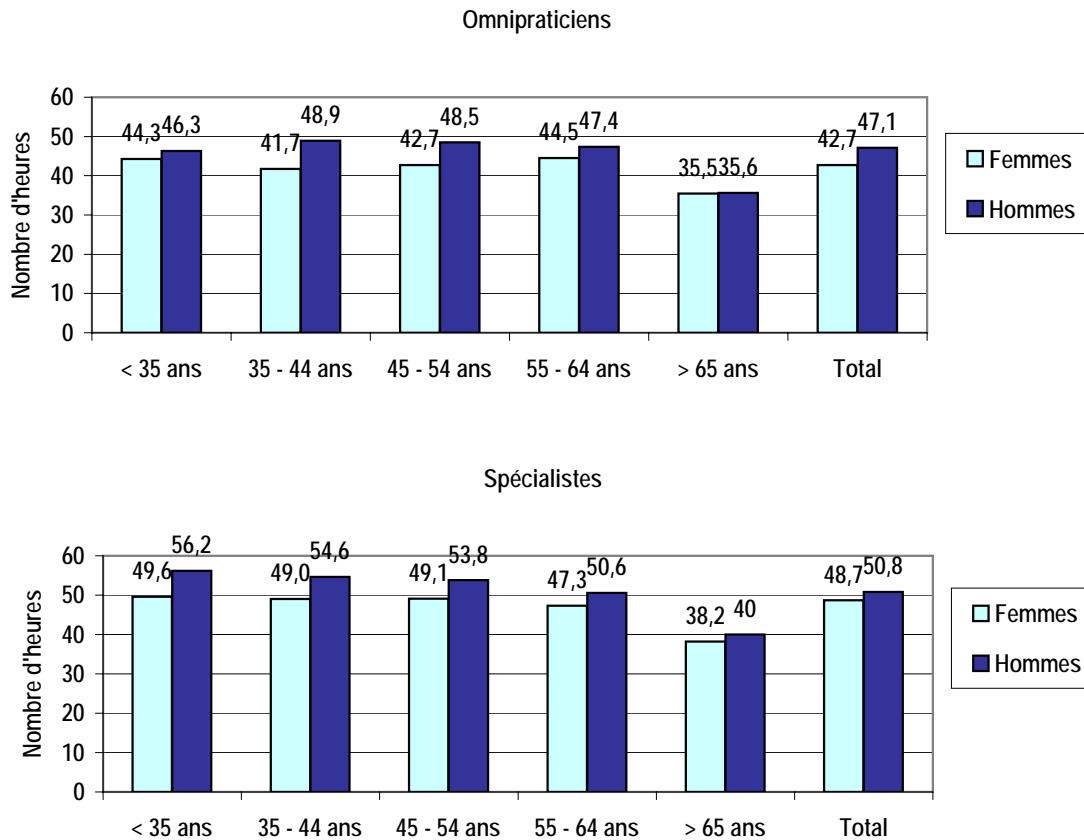
Écart du nombre d'heures entre les hommes et les femmes selon l'âge, Québec, 1994 et 2003



Source : Fournier M-A, Contandriopoulos A-P, 2005, d'après les données du CMQ.

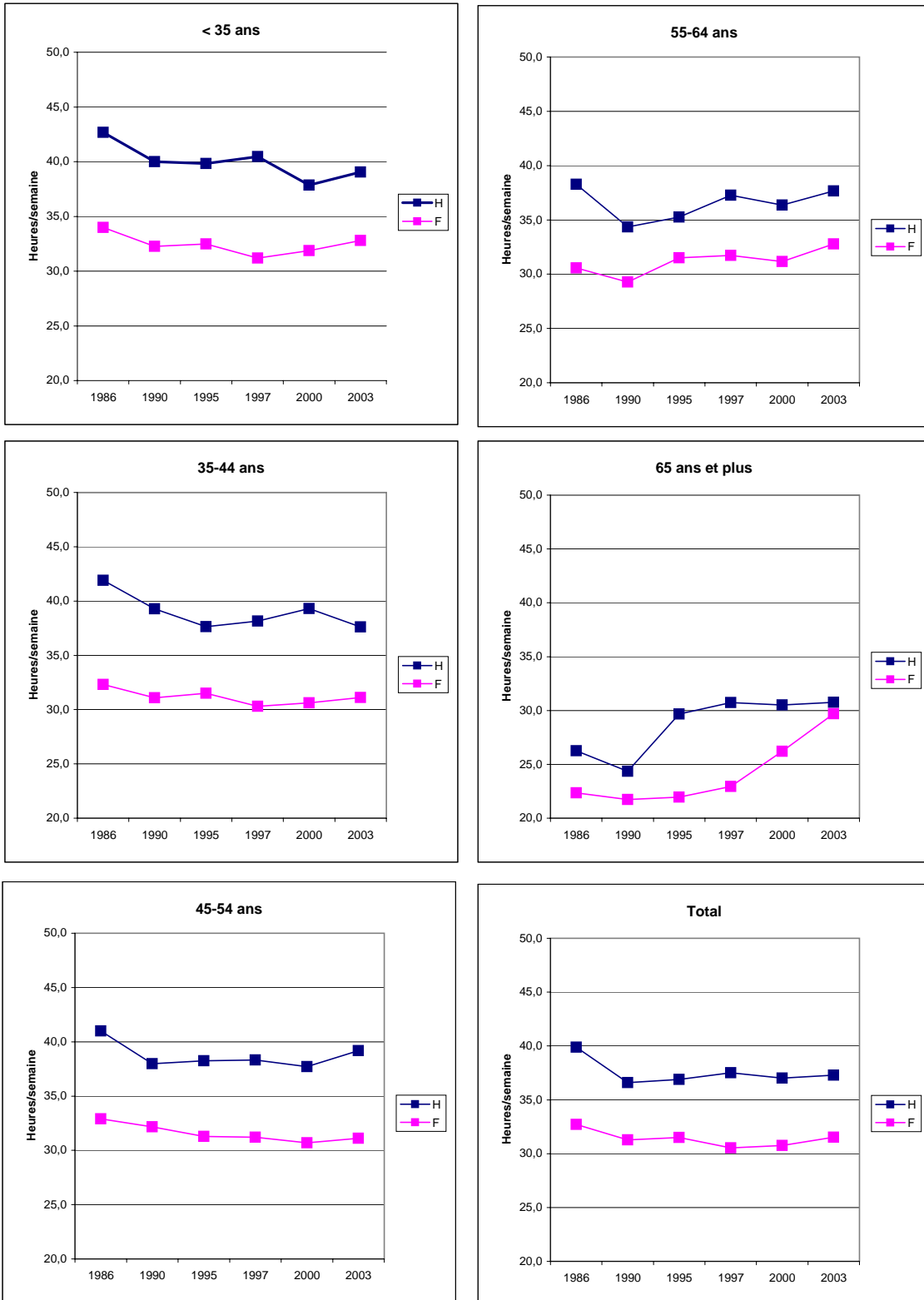
Graphique 8

Nombre d'heures par semaine, selon l'âge, Québec, 2003



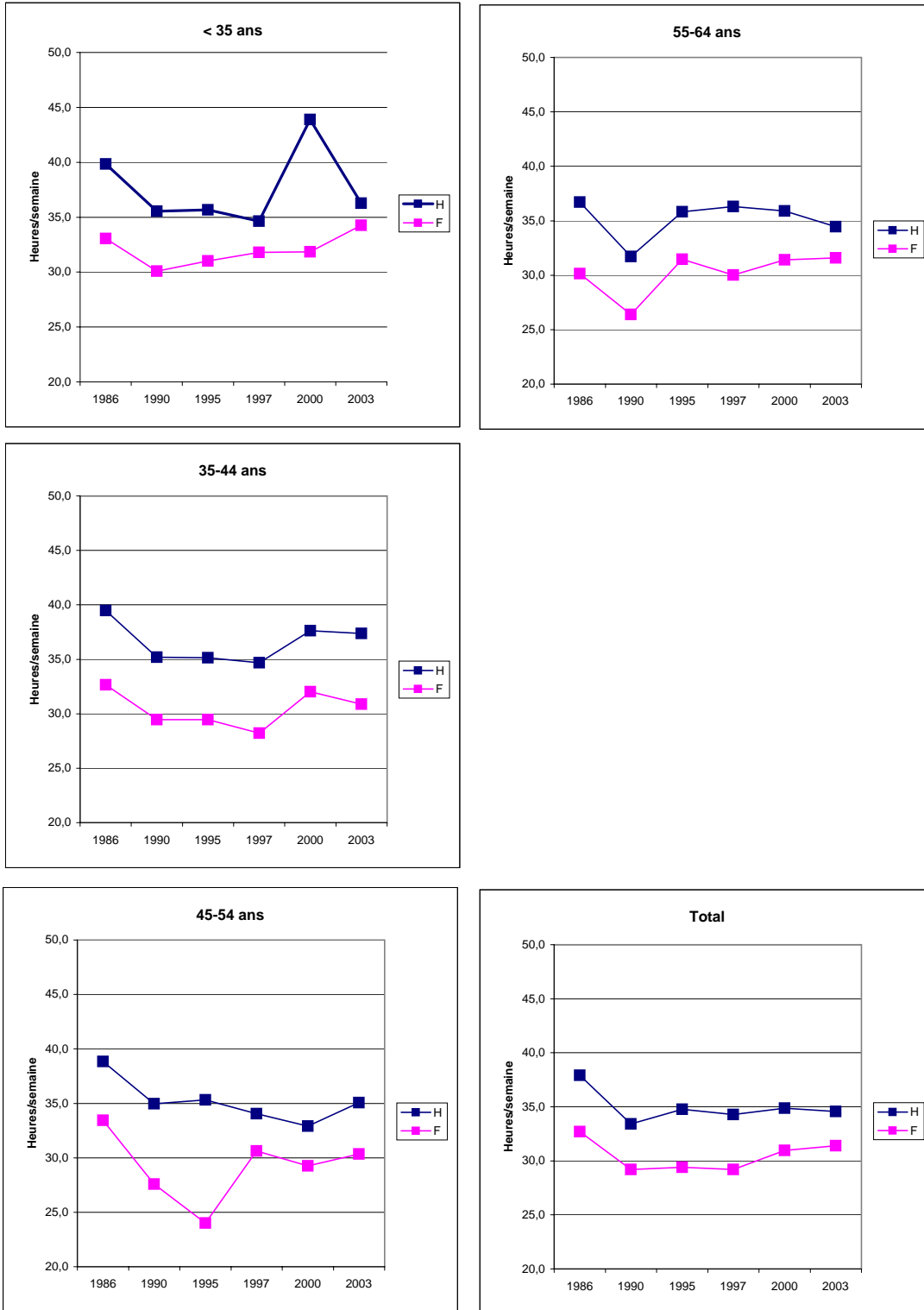
Source : Fournier M-A, Contandriopoulos A-P, 2005, d'après les données du CMQ.

Graphique 9.
Évolution du nombre moyen d'heures par semaine aux soins directs aux patients
(omnipraticiens et spécialistes), au Canada*, de 1986 à 2003, selon l'âge.



*Excluant les heures de garde.
 Source: 1995 Physician Resource Questionnaire, CMA

Graphique 10.
Évolution du nombre moyen d'heures par semaine aux soins directs aux patients
(omnipraticiens et spécialistes), au Québec*, de 1986 à 2003, selon l'âge.



*Excluant les heures de garde.
 Source: 1995 Physician Resource Questionnaire, CMA

Adresse de correspondance

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Secteur santé publique
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185
Télécopieur : (514) 343-2207

Adresse de notre site Web

<http://www.gris.umontreal.ca/>