



# Profession : les enjeux de la féminisation

► **Dr Evelyne Chartier**, coordinatrice des Assises des femmes médecins et toutes les libérales

**La féminisation du corps médical est une composante majeure du système de santé de demain. Ce phénomène, observé dans bien d'autres professions libérales, ne peut aujourd'hui être ignoré. En 2012, 41 % des médecins en activité étaient des femmes. En 2013, elles étaient 58 % à être inscrites au Conseil national de l'Ordre des médecins. Un chiffre qui augmente en moyenne de 1 % par an et qui explique que 60 % des étudiants en médecine en 2013 soient des femmes.**

**Les données sont indéniables, le monde médical se féminise progressivement mais sûrement. Une évolution qui entraîne notre profession vers de nouveaux horizons, où de nouvelles problématiques seront à relever.**

## Temps de travail et impact sur la rémunération

La première problématique notable concerne le temps de travail et son impact sur la diminution de la rémunération. En effet, selon l'étude menée par Philippe Le Fur dans la revue *Questions d'économie de la santé*<sup>(1)</sup>, la moyenne de temps de travail des femmes médecins libérales se situe autour de cinquante heures par semaine ; elles travaillent six heures de moins que leurs confrères masculins<sup>(2)</sup>. Par ailleurs, leur temps moyen de consultation est de dix-neuf minutes par patient, soit deux minutes de plus que leurs homologues masculins.

**Pourquoi la femme médecin a-t-elle une durée de travail inférieure à celle de ses confrères ?** Est-ce parce qu'elle doit se consacrer à plus de tâches relevant du confort du foyer que l'homme ?

Est-ce simplement son désir ? Selon une étude publiée dans la *Revue des affaires sociales*<sup>(3)</sup>, la femme médecin utilisera généralement son temps libre à la famille ; alors qu'un homme le consacrera à ses activités personnelles. La femme active qui a des enfants voue en effet 10 % de son temps à ses loisirs, alors que l'homme y dédie 15 %. L'Insee a étudié en 2010 les raisons du temps partiel chez les hommes et les femmes salariés, et il apparaît que 37 % des hommes le font car ils ne trouvent pas de temps plein et 36 % des femmes à cause de la nécessité de s'occuper des enfants ou d'un membre de la famille.

**Pourquoi la durée de consultation de la femme médecin est-elle plus longue que celle de l'homme ?** Est-ce sa faculté d'analyse et de synthèse d'un cas clinique qui est remise en question ? Les résultats des concours de médecine prouvent cependant le contraire ; puisqu'elles sont en effet plus nombreuses à réussir le fatidique passage de la première année. Est-ce parce qu'elles sont plus sollicitées par des attitudes bienveillantes

et d'écoute qui prennent plus de temps ? L'égalité de traitement entre les femmes et les hommes ne doit-il pas prendre en compte les spécificités et les différences de chacun et chacune, sans pour autant mettre en avant une théorie des genres qui paraît plus dogmatique qu'apaisante, chacun pouvant être respecté à sa juste place sans se sentir ni lésé ni blessé par le constat de tel ou tel trait distinctif.

## Volume d'activité

La deuxième problématique, qui en découle, est le volume d'activité. Celui-ci est inférieur de 26 % chez les femmes

comparativement à celui de leurs homologues masculins. Un constat qui diminue d'autant

## Organiser les soins en fonction de la parité homme/femme

leur revenu, car les charges fixes (loyers, taxes diverses...) restent les mêmes. Malgré ce volume d'activité moindre, les tâches administratives sont de plus en plus importantes au sein de la profession. La femme médecin libéral a ainsi des revenus moindres et un temps de travail tout de même élevé (50 heures par semaine en moyenne, versus 44,1 heures pour un cadre). Si on ajoute à cela l'insatisfaction de ne pas pouvoir consacrer suffisamment de temps à sa famille et ou à ses loisirs, il est important de soulever les risques d'obtenir une population médicale en souffrance.

## La spécialisation

Une troisième problématique se situe au niveau de la spécialisation, qui n'est pas le même pour les hommes et les femmes. Elles seraient en effet 16 % des femmes à être d'anciennes chefs de clinique, versus 24 % chez les hommes. Les femmes choisissent des spécialités avec moins d'actes techniques, pour consacrer plus de temps à la consultation, moins rémunérée que les actes techniques

(son niveau de rémunération est inférieur *ipso facto*). De ce fait, faudrait-il revaloriser la rémunération de consultation par rapport à l'acte technique ?

### Facteurs sociétaux

S'ajoutent à ces nouvelles dynamiques professionnelles, des facteurs sociétaux indépendants de leur volonté. Les agressions de médecins ne cessent d'augmenter (925 en 2013, contre 798 en 2011), ce qui incite les femmes médecins à opter pour les maisons médicales de garde, plus sécurisantes, pour assurer leur mission de permanence des soins. Un observatoire des violences en milieu de santé (ONVS) rattaché au ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a d'ailleurs été créé et étendu au libéral. Il travaille en lien avec les conseils départementaux de l'Ordre des médecins pour collecter et prévenir ces violences.

Les problématiques soulevées par la féminisation de la profession sont donc nombreuses et diverses dans leurs origines : certaines par volonté d'évolution, certaines par adap-

tation aux contraintes extérieures. Peu de perspectives sont aujourd'hui présentées pour faire évoluer le milieu médical et son organisation au regard de ces faits, et nous serons bientôt à un moment clé de cette évolution : la parité homme/femme dans la profession médicale.

Cette mise en perspective conduit à ouvrir le débat autour de différents éléments : comment repenser l'organisation des soins pour permettre à la profession d'évoluer comme elle le juge nécessaire ? Comment garantir aux médecins des conditions d'exercice convenables en termes de qualité de vie et de risques professionnels ? Comment organiser les soins et gardes en zones sensibles ? Comment aborder la question de la sélection au début des études médicales si l'on souhaite voir perdurer la parité dans le milieu médical ? •

1. Philippe Le Fur. Revue questions d'économie de la santé, n° 144, juillet 2009, SIRDES.

2. Enquête emploi 2013, INSEE.

3. Nathalie Lapeyre, Nicky Le Feuvre. Revue française des affaires sociales, 200, p. 322. Ed. la doc française

# Plan maladies neurodégénératives

## Mise en commun des moyens et des structures pour répondre à un même type de handicap

► **Pr Michel Clanet**, neurologue, CHU Toulouse

**Ce Plan maladies neurodégénératives 2014-2019, dont les maîtres mots sont participation et transversalité, se situe en continuité avec le Plan Alzheimer dont il reprend certains éléments, en élargit le périmètre, puisqu'il s'étend à la maladie de Parkinson et à la sclérose en plaques. Un élargissement qui avait été suggéré dans le rapport d'évaluation (dont le Pr Joël Ankri était un des rapporteurs) du troisième Plan Alzheimer.**

Cette approche transversale des maladies neurologiques, que nous souhaitons depuis plusieurs années, se justifie par un mécanisme physiopathologique commun à ces maladies, à savoir le processus dégénératif (même si la sclérose en plaques a en outre une composante inflammatoire qui est d'ailleurs aussi impliquée dans les maladies neurodégénératives [MND]). Par ailleurs, ces maladies partagent un même type de handicap cognitif, moteur et sensoriel à divers degrés, et relèvent donc d'une prise en charge et d'un accompagnement médico-social communs. À une époque où les ressources en professionnels de santé se font rares, il est important de mettre en commun des structures, telles que les « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) », destinées initialement aux seuls pa-

tients ayant une maladie d'Alzheimer et aujourd'hui aux personnes en perte d'autonomie, et donc rebaptisées « méthodes d'aide à l'intégration des personnes en perte d'autonomie ».

Les Plans Alzheimer et maladies apparentées successifs ont beaucoup contribué à structurer les parcours de soins, mais on peut espérer des progrès dans l'organisation des soins grâce à une meilleure intégration du sanitaire et du médico-social (par exemple, des guichets intégrés dans les MAIA) pour ne pas avoir de ruptures de parcours.

### Une approche transversale en respectant la spécificité des parcours

Il ne faut pas nier la spécificité des parcours. D'ailleurs, on va créer des centres experts dédiés à la sclérose en plaques,