UCLouvain

Où sont les femmes : comment expliquer la sous-représentation féminine dans les instances de médecine générale ?

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET RECHERCHE QUALITATIVE AUPRÈS DES REPRÉSENTANT·ES DES INSTANCES PROFESSIONNELLES ET ACADÉMIQUES DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN BELGIQUE FRANCOPHONE

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

MASTER COMPLÉMENTAIRE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Année académique 2021-2022

DR SARAH CUMPS
PROMOTRICE : DR AURORE GIRARD

REMERCIEMENTS

À tous·tes les participant·es de cette enquête, pour l'intérêt qu'iels ont manifesté pour le sujet, ainsi qu'au Dr Dominique Dubourg pour sa contribution,

Au Dr Louis Van Maele, pour ses conseils avisés et son encadrement bienveillant des premières étapes de ce travail,

À Quentin et mes mentors de la SSMG, de m'avoir aidée à trouver ma voie,

À ma promotrice, Dr Aurore Girard, pour son temps et sa disponibilité, et de m'avoir encouragée à faire de ce travail ce qu'il est aujourd'hui,

Au Dr Anne Gillet, pour nos discussions passionnantes, et le modèle qu'elle représente pour moi,

À toute l'équipe du cabinet Mosaïque, pour leur bienveillance et leurs encouragements. En particulier, merci à Julie d'avoir été ma sœur d'armes pendant ces derniers mois. Cette aventure n'aurait pas eu la même saveur si elle n'avait pas été partagée avec toi,

À mes proches, de m'avoir patiemment écoutée et soutenue depuis des mois. Merci pour votre regard critique et le temps passé à mes côtés, les discussions animées, les dimanches matin chez Léopold, les soirées studieuses et les week-ends en musique. En particulier,

À Cyril, Adrien et Olivier, pour leur relecture attentive et leurs commentaires (im)pertinents,

À Michael, pour son incroyable travail de consultance bénévole et son amitié,

À Alex, pour sa relecture minutieuse, son support infaillible et sa folie des grandeurs,

À ma mère, pour ses conseils et son support inconditionnel,

À mon père, pour le temps immense qu'il a consacré à ce travail et à sa relecture. L'aide que tu m'apportes, comme toujours, est inestimable.

Ce travail, comme tant de mes projets, n'aurait pas été le même sans votre infaillible soutien. Merci pour votre présence, votre intelligence, et votre affection.

TABLE DES MATIERES

Résumé 1

1 Introduction 2

1.1 Motivation personnelle 2

1.2 Sexe, genre et stéréotypes 3

1.3 La féminisation de la médecine : historique et origine du phénomène 3

1.4 Le contexte belge 4

1.5 Les changements en médecine générale liés à la féminisation 5

1.6 Représentation dans les instances professionnelles 6

2 Elaboration de la recherche et méthodologie 7

2.1 Définition de la problématique 7

2.2 Recherche bibliographique 7

2.3 Entretiens exploratoires 8

2.4 Enquête démographique 8

2.5 Construction du modèle d'analyse 9

2.6 Comité d'éthique 10

2.7 Echantillonnage et recrutement 10

2.8 Encodage et analyse 11

3 Résultats 12

3.1 Première partie : enquête démographique 12

3.1.1 Médecins généralistes en activité en Belgique francophone 12

3.1.2 Dans les instances professionnelles 13

3.2 Deuxième partie : enquête qualitative 14

3.2.1 Présentation des résultats 14

3.2.2 Le contexte général : une société qui se transforme 15

3.2.3 Au cœur du phénomène : la féminisation de la médecine générale 16
3.2.4 Le dernier étage : les instances représentatives et décisionnelles 18
3.2.5 Ressentis personnels des représentant·es 32
4 Discussion 33
4.1 Les principaux résultats 33
4.2 Ce qu'elles en pensent : l'avis des intéressées 33
4.3 La féminisation : un sujet tabou ? 36
4.4 Et après ? Pistes de solutions 37
4.5 Limites et biais du travail 40
4.6 Originalité et pistes d'enrichissement 41
5 Conclusion 42
Bibliographie 43
Annexes 47

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABSyM	Association Belge des Syndicats Médicaux
AViQ	Agence pour une Vie de Qualité
CCFFMG	Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale
CMG	Collège de Médecine Générale
COCOM	Commission Communautaire Commune
FAGW	Fédération des Associations de Médecins Généralistes de la région Wallonne
FAMGB	Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles
GBO	Groupement Belge des Omnipraticiens
SPF Santé Publique	Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement de Belgique
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
TFE	Travail de fin d'études
UCLouvain	Université Catholique de Louvain
ULB	Université Libre de Bruxelles
ULiège	Université de Liège

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Etapes de l'analyse des données recueillies lors des entretiens 11
Figure 2 Genre des médecins généralistes actifs en région Wallone en 2021 12
Figure 3 Evolution du ratio hommes/femmes en fonction de l'âge 12
Figure 4 Représentation dans les instances selon le genre 13
Figure 5 Représentation dans les bureaux des instances selon le genre 13
Figure 6 Représentation dans les instances en fonction de l'âge, chez les < 40 ans (cercle intérieur) et les plus de 40 ans (cercle extérieur) 14
Figure 7 Les trois niveaux de présentation des résultats 15
Figure 8 Les différentes catégories d'obstacles 20
Figure 9 Balance coût-bénéfice d'une activité de représentation 37
Figure 10 Pistes de solutions 38

RÉSUMÉ

« Où sont les femmes : comment expliquer la sous-représentation féminine dans les instances de médecine générale ? »

Introduction. Depuis plusieurs années, toutes les branches de la médecine se féminisent. Cette féminisation entraîne des changements au niveau de l'organisation du soin et des pratiques individuelles. Cependant, les femmes sont sous-représentées dans les instances professionnelles, scientifiques et académiques. L'objectif de ce TFE est de décrire le paysage actuel de la médecine générale en Belgique francophone et de comprendre les raisons qui expliquent cette sous-représentation.

Méthodologie. Une enquête démographique a été réalisée, complétée par une recherche qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de 9 représentant·es d'instances de médecine générale en Belgique francophone.

Résultats. Les femmes représentent 45% des médecins généralistes en Belgique francophone. En comparaison, elles n'occupent que 32% des postes dans les instances représentatives de médecine générale. La moyenne d'âge élevée des représentant·es ne suffit pas à expliquer cette sous-représentation féminine. Certains éléments explicatifs sont les conséquences de facteurs sociétaux (responsabilités familiales) et générationnels (évolution du rapport au travail). Plusieurs freins concernent plus particulièrement les femmes : la disponibilité et l'investissement demandés, les biais de genre et l'entre-soi masculin, une expression différente de l'ambition et un complexe d'imposture, et le désintérêt pour certaines activités « politiques » au profit d'une plus grande priorité donnée aux patient·es. La diversité dans la représentation est pourtant perçue comme une richesse et une nécessité.

Conclusion. La profession a besoin de modèles de rôle féminins qui reflètent l'évolution du métier et influenceront son avenir. Des politiques institutionnelles doivent être envisagées pour augmenter l'attractivité des instances et adapter leur mode de fonctionnement, afin d'offrir aux femmes ainsi qu'aux jeunes un environnement de travail où iels peuvent s'épanouir de façon durable.

Mots-clés. Question de genre (QC2), médecin de famille (QS41), organisation académique (QT14), féminisation de la médecine

1 INTRODUCTION

1.1 MOTIVATION PERSONNELLE

L'impact du genre dans les situations de la vie quotidienne est un sujet auquel j'ai toujours été attentive. Pendant mes études et maintenant dans ma vie professionnelle, j'ai constaté que le monde médical ne faisait pas exception aux stéréotypes de genre. La majorité de mes professeur·es universitaires étaient des hommes, les femmes médecins se dirigent plus fréquemment vers les spécialités du soin à la personne (pédiatrie, gériatrie, … et médecine générale) et se font appeler "infirmière" par de nombreux·es patient·es, ... Les exemples ne manquent pas.

Or, pour ne prendre que le cas de la médecine générale, les femmes sont de plus en plus nombreuses. La pratique s'est aussi transformée : on s'éloigne du stéréotype du vieux médecin de famille travaillant en solo, pour trouver de plus en plus d'associations de médecins —souvent des jeunes femmes — avec des horaires clairs et définis et un système de garde bien organisé, pour décharger les médecins individuellement de la continuité des soins. Lors des manifestations organisées pendant mes études contre le numérus clausus, un argument qui revenait régulièrement était celui de la *féminisation de la médecine*, invoqué pour justifier la nécessité d'augmenter le nombre de médecins pour assurer la même quantité de travail.

Sans le moindre doute, ce terme de féminisation de la médecine est à la mode, et peut être considéré comme l'un des grands enjeux des années à venir. Or il n'est pas toujours clair de savoir ce que cette expression signifie : évidemment, la proportion de femmes en médecine ne cesse d'augmenter, il suffit de pousser la porte d'un auditoire pour le constater. Mais le terme de féminisation de la médecine peut également décrire un phénomène bien plus complexe, qui englobe toutes les transformations plus profondes de la profession depuis l'arrivée massive des femmes en médecine. Pour reprendre les mots de la chercheuse Cristina Morini, « *la notion de féminisation du travail n'est pas employée seulement pour définir l'aspect objectif de l'accroissement quantitatif de la part féminine dans la population active, elle désigne de plus en plus le caractère qualitatif et constitutif de ce processus*(1). »

1.2 SEXE, GENRE ET STÉRÉOTYPES

Dans ce texte, je parlerai d'hommes et de femmes, en référence à l'identité de genre et non au sexe[1]. Je n'aborderai pas les questions de non-binarité. De même, quand il sera mention des hommes ou des femmes comme groupe d'individus, il s'agit bien évidemment d'une simplification dans le seul souci de ne pas alourdir la discussion. Mon but n'est pas d'établir des généralités ou de renforcer des stéréotypes de genre mais d'analyser les tendances qui ressortent de ce travail. Le texte a été rédigé en utilisant l'écriture inclusive par respect et considération pour toutes les diversités.

1.3 LA FÉMINISATION DE LA MÉDECINE : HISTORIQUE ET ORIGINE DU PHÉNOMÈNE

Pour mieux appréhender l'impact et les différents enjeux liés à la féminisation du corps médical, il est important de comprendre comment ce processus s'est déroulé. Cette féminisation s'est opérée dans quasiment tous les pays occidentaux depuis la deuxième partie du XXème siècle, avec des modalités et un calendrier un peu différent(2).

En France, les premières femmes médecins ont investi les études de médecine assez discrètement : leur proportion a surtout augmenté pendant la Première Guerre Mondiale puis lentement dans l'entre-deux guerres, pendant l'absence des jeunes hommes partis au front. Elles pratiquaient une médecine différente de celles des hommes, s'occupant principalement des femmes et des enfants, travaillant en laboratoire ou dans la recherche. C'est le premier élément important souligné par la sociologue A. Hardy : *« les femmes ne prennent pas la place des hommes, elles occupent un espace vacant* »(2).

Une autre différence majeure dans la façon d'aborder leur profession est une divergence par rapport au modèle de référence de disponibilité permanente. Traditionnellement, l'homme médecin était la seule source de revenus du foyer, et pouvait – ou devait ? – s'adonner tout entier à son art de médecin. Or les premières pionnières n'avaient bien souvent pas cette même obligation de revenus. Elles ont pu développer d'autres formes de pratique : par

[1] Le sexe est une dénomination arbitraire pour répartir les individus en deux groupes selon des caractéristiques biologiques (organes génitaux, chromosomes, hormones) qui ne sont pas pertinentes pour ce travail.

exemple la médecine spécialisée de ville, uniquement sur rendez-vous(3). Cela a eu pour conséquence de graduellement modifier toutes les pratiques. Non seulement les femmes médecins n'avaient pas de conjoint pour s'occuper du foyer et devaient jongler entre leurs responsabilités privées et professionnelles, mais au fil du temps, les hommes médecins eux-mêmes n'ont plus eu d'épouse disponible pour gérer leur secrétariat. Leurs attentes vis-à-vis de leur sphère familiale se sont également modifiées. Cette déviation progressive du modèle de disponibilité permanente a également été perçue par les patient·es, qui n'ont plus les mêmes attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste. Ce changement pourrait se traduire par un recours plus fréquent aux salles d'urgences(3).

Les transformations du mode d'exercice de la médecine générale s'inscrivent donc dans un contexte de mutations sociales plus larges, qui entraînent une distanciation par rapport à l'*ethos professionnel*. Petit à petit, on observe une moindre valorisation de la « *vocation* » médicale et de l'idéal de disponibilité permanente, et une plus grande légitimation du temps passé dans la sphère privée. Le rapport au travail a changé, avec l'apparition de stratégies pour réguler – et non réduire ! – le temps de travail. On constate un effort pour densifier le travail, par exemple en incorporant des demi-jours de congé dans son horaire, pour profiter de plus de temps passé en famille. Les différences genrées ont tendance à s'estomper(4). Il y a une convergence des comportements à l'égard du travail chez les plus jeunes : les effets de genre et de génération semblent se conjuguer(5).

1.4 LE CONTEXTE BELGE

En Belgique, c'est en 1884 que la Dre Isala Van Diest, première femme médecin belge, est autorisée à exercer la médecine en Belgique grâce à la publication d'un arrêté royal spécial(6). Jusqu'en 1960, les femmes ne représentaient que 12% des diplômé·es en médecine, puis leur nombre a progressivement augmenté. Depuis 1992, il y a en Belgique plus de diplômées médecin que de diplômés(7).

Toutes spécialités confondues, les femmes représentaient en 2020 44% des médecins belges en exercice, et 59% des médecins en formation(8). En 2021, 68,8% des personnes ayant présenté l'examen d'entrée de Médecine et de Dentisterie étaient des femmes(9).

1.5 LES CHANGEMENTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE LIÉS À LA FÉMINISATION

"*Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine [est] le médecin lui-même*" — M. Balint (10)

Permettre un accès équitable à la profession de médecin est une question de justice et d'équité. La féminisation de la médecine est souvent évoquée pour deux aspects : d'une part, elle permettrait une humanisation de la profession, en lui apportant des qualités considérées comme « féminines ». D'autre part, certains choix de carrière des femmes risqueraient de provoquer ou d'exacerber une pénurie de médecins(11).

La littérature montre que les femmes ont une approche moins paternaliste et posent plus de questions sur le contexte biopsychosocial de leurs patients(12). En médecine générale, elles ont tendance à voir plus de patientes femmes que leurs homologues masculins et s'occupent plus de questions reproductives, du système génital féminin et de problèmes psychologiques ou sociaux. A l'inverse, elles traitent moins de problèmes musculosquelettiques et du système uro-génital masculin, et voient moins de patients gériatriques. Elles prescrivent moins de médicaments mais plus de traitements non médicamenteux, comme de l'éducation à la santé et des conseils hygiéno-diététiques. Elles prescrivent également plus de test de laboratoire et d'imagerie(13). De plus, l'augmentation du nombre de femmes en médecine a permis de mettre l'accent sur certaines problématiques spécifiques, telles que l'accès à la contraception ou l'interruption volontaire de grossesse(7).

Concernant la charge de travail, les femmes travaillent en moyenne moins d'heures par semaine, voient moins de patients par jour, ont des consultations plus longues et abordent plus de problèmes par consultation. Elles font plus de temps partiel, et ont tendance à moins travailler en dehors des heures ouvrables et à faire moins de visites à domicile(13). Elles prennent aussi plus de congés parentaux et de vacances(14). Cependant, peu d'études ajustent les réponses en fonction de l'âge des répondant·es ou des schémas de carrière différents. Les femmes ont une productivité variable au fil des années en fonction des périodes de maternité —l'effet des « *child-bearing years* » (13).

Une étude récente sur l'activité professionnelle des jeunes médecins généralistes en Belgique francophone montre que les femmes sont plus nombreuses à avoir arrêté toute activité

médicale dans les premières années qui suivent l'obtention du diplôme et qu'elles exercent plus fréquemment à temps partiel que les hommes(15).

1.6 Représentation dans les instances professionnelles

La Dre Boivin, qualifiée de pionnière du féminisme en médecine, déclarait dans un entretien en 2009 : « *Tout médecin a deux maîtres : le patient et la médecine. Avec les femmes médecins, les patients sont bien servis, la médecine étant d'abord un métier de service. Mais qu'en est-il de l'avancement de la science et de la défense même de la profession, alors que les femmes, qui se débattent contre les difficultés de leur vie familiale, donnent moins de temps à la chose sociale ?* » (16)

Dans cette deuxième facette du métier, il ressort que les femmes sont largement sous-représentées. Cette question fait l'objet de dizaines d'édito et de pièces d'opinion, aussi bien dans de prestigieuses revues médicales (17)(18) que dans les médias grands publics (19), certain·e·s allant jusqu'à décrire la féminisation de la médecine comme une *bombe à retardement* vu la moindre participation des femmes à l'aspect développement de la profession (recherche, enseignement, formation continue, représentation)(20). Iels plaident pour une plus grande implication des femmes dans les instances politiques et académiques, pour éviter que la médecine générale devienne une branche *pink-collar*[2] de la médecine, sous-défendue car trop féminine(21).

Plusieurs articles condamnent la culture *boys' club* de certaines instances, rapportant les témoignages de plusieurs femmes qui identifient le sexisme et une attitude condescendante comme frein à leur progression(22).

Dans le monde académique médical, il existe également une sous-représentation des femmes, qui publient moins souvent et demandent moins de bourses que leurs homologues masculins(23).

[2] L'expression « *pink-collar* », qu'on peut traduire en français par *cols roses* par opposition aux *cols bleus* ou *cols blancs*, désigne des métiers traditionnellement réservés aux femmes, qui demandent des compétences moindres et ne donnent pas accès au même salaire ni au même prestige que les métiers à *cols blancs.*

Fort·es du constat que les femmes apportent des changements positifs et souhaitables à la médecine, plusieurs auteur·rices soulignent l'importance de s'intéresser à leurs caractéristiques spécifiques et d'augmenter leur représentation dans les instances décisionnelles afin de leur permettre d'influencer les politiques publiques et les recommandations de bonne pratique (7)(18). En Belgique, la Dre Anne Gillet, présidente honoraire du Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO), déplorait la quasi-absence de représentation féminine dans les différents niveaux de décision, s'interrogeant des conséquences que cette absence pouvait avoir, par exemple sur le contenu de la formation universitaire ou sur des décisions syndicales(24).

2 ELABORATION DE LA RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE

2.1 DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE

Pour ce travail, j'ai adopté une démarche déductive, inspirée de celle proposée par Luc Van Campenhoudt dans son Manuel de Recherche en Sciences Sociales (Annexe 1) (25)

Ma question de départ était la suivante : *où en est la féminisation de la médecine générale en Belgique francophone en 2021* ?

La première phase d'exploration a consisté à dresser un état des lieux de la situation en Belgique par le biais d'une enquête démographique. Cette enquête a été progressivement plus ciblée au fil de mes lectures et des entretiens exploratoires réalisés, pour me diriger vers une problématique précise : la sous-représentation des femmes dans les instances professionnelles et les raisons qui peuvent l'expliquer.

2.2 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La première partie de ma recherche bibliographique a commencé dès novembre 2020 et a été étoffée au fil des mois (Annexe 2). Les articles retenus ont été analysés pour faire émerger les différents concepts évoqués dans la littérature, que j'ai classés en catégories grâce à un outil de *mind-mapping*. La bibliographie personnelle ainsi constituée m'a servi de base pour la suite du travail.

2.3 ENTRETIENS EXPLORATOIRES

J'ai mené plusieurs entretiens exploratoires tout au long de la réalisation de ce travail avec la Dre Anne Gillet, présidente honoraire du GBO et première femme à avoir occupé la présidence d'un syndicat médical en Belgique. Sa précieuse expérience sur le sujet m'a permis de mieux comprendre le paysage de la défense professionnelle belge francophone et d'identifier plusieurs enjeux de la représentation des femmes à explorer dans mes entretiens.

Je me suis également entretenue avec la Dre Dominique Dubourg, médecin généraliste et experte en Santé Publique à l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). Son expérience sur le sujet m'a permis d'orienter et de construire mon enquête démographique, grâce aux données les plus récentes de son cadastre qu'elle a accepté de partager avec moi.

2.4 ENQUETE DEMOGRAPHIQUE

Il existe plusieurs recensements du nombre de médecins généralistes en Belgique francophone, qui présentent des variations non négligeables concernant le nombre de médecins en activité. Le SPF Santé Publique publie chaque année un cadastre des médecins autorisés à pratiquer (8). L'AViQ recense également le nombre de médecins généralistes en activité en Wallonie. Pour ce travail, j'ai choisi de me baser sur les chiffres de l'AViQ de la situation au 1e janvier 2021[4].

Pour analyser la représentation des femmes dans les instances professionnelles de médecine générale de Belgique francophone, j'ai recensé les membres des différentes organisations représentées au Collège de Médecine Générale (CMG), qui a pour ambition de rassembler toutes les facettes de la médecine générale : les syndicats (GBO et ABSyM), la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), les cercles (Fédération des Associations de Médecins Généralistes de la région Wallone (FAGW) et Fédération des Associations de

[4] J'estime que ce cadastre est celui qui reflète le mieux la situation du terrain. Il s'appuie sur un contact direct avec les médecins généralistes en activité et ne tient pas compte des médecins ayant arrêté ou réorienté leur pratique. Cependant, ces chiffres ne comprennent pas les médecins francophones travaillant en région de Bruxelles-Capitale. Le dernier cadastre des médecins actifs en Région Bruxelloise date de 2016 (42). J'ai contacté la Commission Communautaire Commune (COCOM) pour avoir accès aux données plus récentes mais ma demande a été refusée.

Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB)), et les départements universitaires de médecine générale de l'Université Catholique de Louvain (UCLouvain), l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et l'Université de Liège (ULiège).

La décision d'étudier ces instances en particulier a été influencée par ma propre expérience. En effet, je suis moi-même membre de la SSMG et depuis plus récemment administratrice du CMG. Ces institutions sont donc celles que je côtoie et que je connais le mieux.

La liste des membres de chaque instance a été récoltée sur les sites internet des organisations, ou obtenue directement un des membres. Ces listes comprennent tous les membres des organisations, c'est-à-dire les administrateur·rices des ASBL, les membres invité·es et autres collaborateur·rices présent·es lors des réunions.

Tous·tes les membres ont été classé·es par genre (masculin ou féminin) et par âge (≤40 ans ou plus de 40 ans). Le genre a été supposé sur base du prénom et d'éventuelles photographies disponibles sur internet. Pour les personnes dont je ne connaissais pas l'âge, j'ai fait une estimation basée sur la date d'obtention du diplôme de médecin. Il existe donc une marge d'erreur possible pour les personnes qui n'auraient pas obtenu leur diplôme à l'âge de 25 ans ou les personnes qui ne s'identifient pas au genre que laisse supposer leur prénom officiel. J'estime que cette approximation est négligeable pour l'objectif de cette enquête.

2.5 CONSTRUCTION DU MODELE D'ANALYSE

Ma recherche bibliographique a mis en évidence plusieurs enjeux spécifiques à la féminisation de la médecine générale. L'un de ces enjeux est la sous-représentation des femmes dans les instances professionnelles et académiques.

La littérature sur le sujet compte de multiples appels à une meilleure représentation féminine dans les positions de décision et de représentation. Pour mieux comprendre la situation actuelle dans les instances de Belgique francophone et les raisons qui expliquent la sous-représentation féminine, j'ai opté pour une approche qualitative, en interrogeant directement les représentant·es des principales instances décisionnelles de médecine générale. J'ai fait le choix d'interroger les président·es des instances en ayant pleinement conscience qu'iels sont majoritairement des hommes. En effet, je tenais à ne pas limiter la question de l'absence des femmes uniquement à l'avis de celles-ci, comme si la responsabilité d'une représentation

adéquate ne pesait que sur les absentes. Au contraire, par leur fonction, l'avis des président·es est particulièrement intéressant, car ce sont elleux qui connaissent le mieux le fonctionnement de leur propre organisation, et qui sont les mieux placé·es pour agir si des changements doivent être mis en place.

Les entretiens semi-dirigés m'ont semblé être la méthode la plus appropriée pour provoquer une discussion ouverte, permettant d'appréhender le phénomène dans toute sa complexité et d'explorer différents aspects de la problématique spécifiques à chaque organisation.

Les entretiens commençaient par une question ouverte sur le sujet de la féminisation de la médecine générale de façon plus globale, avant de se diriger vers les questions plus spécifiquement liées à la représentation dans les différentes instances. Les participant·es n'étaient pas interrogé·es sur leur parcours ou leurs motivations personnelles, mais bien sur leur appréciation de la féminisation des différentes institutions. Le guide d'entretien utilisé se trouve en annexe (Annexe 3).

La question de recherche telle que je l'avais définie était la suivante : « Quelles sont les raisons avancées par les médecins généralistes représentant·es des organisations professionnelles pour expliquer la sous-représentation féminine dans les instances de régulation professionnelle, les associations professionnelles et le milieu académique ? »

2.6 COMITE D'ETHIQUE

Ce travail a fait l'objet d'une demande auprès du Groupe Interuniversitaire d'Ethique Médicale et du Comité d'Ethique de l'UCLouvain, et a reçu un avis favorable du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain. Cet avis se trouve en annexe (Annexe 4), avec la référence suivante : 2022/08MAR/103.

2.7 ECHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT

L'échantillon reprend tou·tes les président·es des institutions professionnelles et académiques de médecine générale en Belgique francophone représentées au Collège de Médecine Générale (CMG, GBO, ABSyM, SSMG, FAMGB, FAGW, départements de médecine générale de l'UCLouvain, de l'ULB et de l'ULiège), et compte donc 9 participant·es.

Le recrutement s'est fait par contact direct par email ou téléphone. Les participant·es ont été informé·es de l'objectif de l'enquête et leur consentement a été recueilli oralement.

2.8 Encodage et analyse

Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Les enregistrements ont été détruits après retranscription. Les verbatims extraits de ces retranscriptions ont été codés en émergence puis classés en catégories, dont certaines avaient été prédéterminées lors de la recherche bibliographique initiale, à l'aide d'un outil de *mind-mapping*. Plusieurs catégories et sous-catégories ont été rajoutées au fil de l'analyse des entretiens, et les verbatims ont été réorganisés à plusieurs reprises, afin de compléter la conceptualisation (Figure 1).

Figure 1 Etapes de l'analyse des données recueillies lors des entretiens

Vu le sujet de l'enquête et la nature de l'échantillon, une anonymisation satisfaisante des entretiens n'a pas été possible. Les verbatims classés par code thématique ont donc été rassemblés dans un glossaire qui se trouve en annexe de ce travail (Annexe 8). Les verbatims permettant d'identifier le·a participant·e ont été supprimés de ce glossaire après analyse.

3 RÉSULTATS

3.1 PREMIÈRE PARTIE : ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE

3.1.1 Médecins généralistes en activité en Belgique francophone

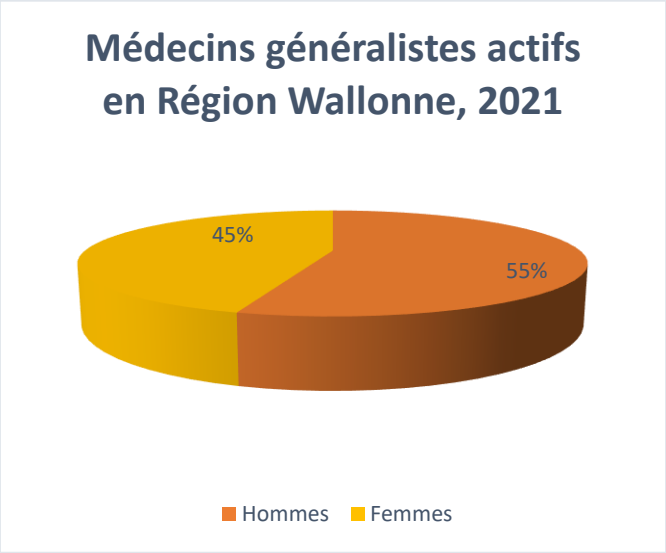

Figure 2 Genre des médecins généralistes actifs en région Wallone en 2021

Selon les données de l'AViQ, les femmes représentaient 45% du nombre total de médecins généralistes actifs en Région Wallonne en 2021 (Figure 2). Il existe de grosses différences en valeur absolue entre ces chiffres et ceux du rapport du SPF Santé, mais le ratio hommes/femmes est comparable entre les deux cadastres (Annexe 5).

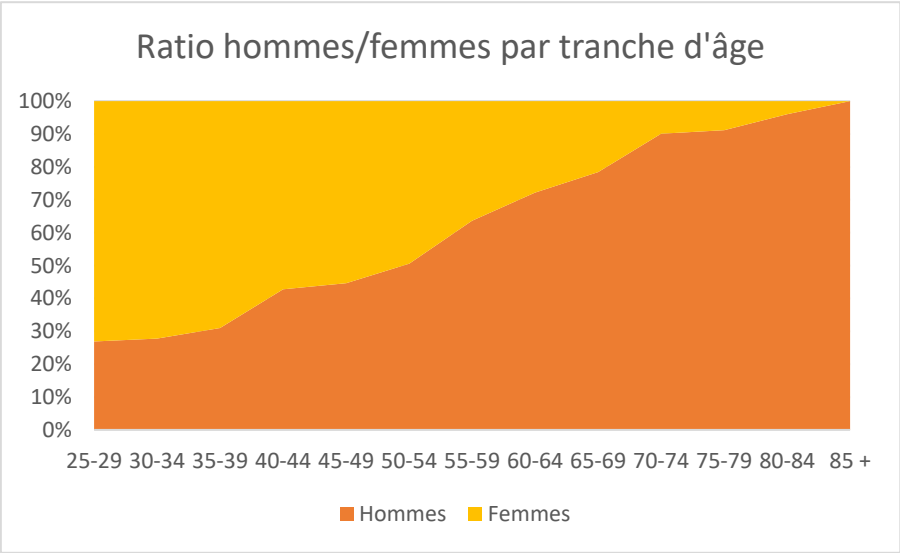

Figure 3 Evolution du ratio hommes/femmes en fonction de l'âge

La ratio hommes/femmes évolue fortement avec l'âge (Figure 3).

Indépendamment du genre, les médecins de plus de 40 ans représentent 70% des médecins en activité, et ils sont 21% à avoir plus de 65 ans (Annexe 5).

3.1.2 Dans les instances professionnelles

Dans les cercles de médecine générale de Bruxelles et de Wallonie, 79% des président·es sont des hommes.

Auprès des 3 universités dites « complètes[5] », 72% des enseignant·es de médecine générale sont des hommes.

Au sein du Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale (CCFFMG), les femmes ne représentent que 35% des membres du conseil d'administration, et seulement 24% des administrateur·rices ayant le droit de vote.

A la Commission d'Agrément des médecins généralistes, elles sont 33%.

Dans les 8 instances représentées au CMG ainsi qu'au CMG même, je recense un total de 263 postes. 68% de ces postes sont occupés par des hommes (Figure 5). Dans les postes des « bureaux » uniquement, c'est-à-dire les positions de Président·e, Vice-Président·e, Trésorier·e et Secrétaire Général·e, l'écart est encore plus marqué (Figure 4).

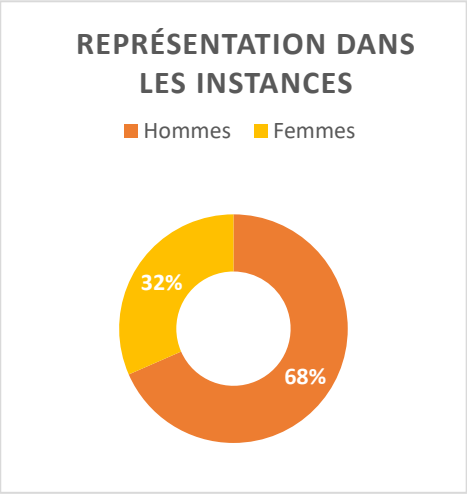

Figure 4 Représentation dans les instances selon le genre

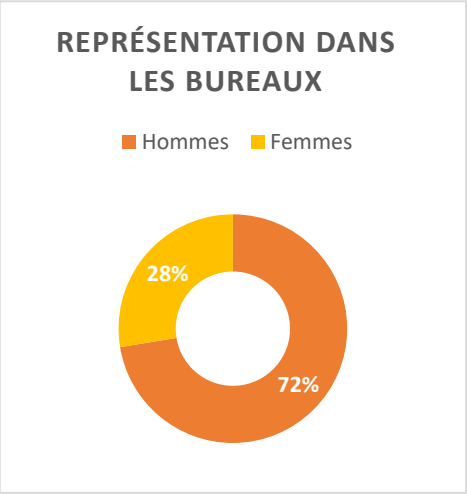

Figure 5 Représentation dans les bureaux des instances selon le genre

[5] Les universités dites complètes sont celles qui proposent la formation complète en médecine (Bachelier et Master)

Pour évaluer l'influence de l'âge, j'ai repris les deux catégories évoquées précédemment : les médecins de 40 ans et moins, et ceux de plus de 40 ans. 70% des postes dans les instances sont occupés par des médecins de plus de 40 ans, tous genres confondus (Annexe 5).

Chez les plus de 40 ans, les femmes ne représentent que 23% des postes — c'est-à-dire une sous-représentation par rapport aux 33,5% des médecins généralistes femmes du même âge. Chez les moins de 40 ans, la parité est presque parfaite — et bien loin des 71.5% de femmes médecins généralistes dans cette tranche d'âge (Figure 6).

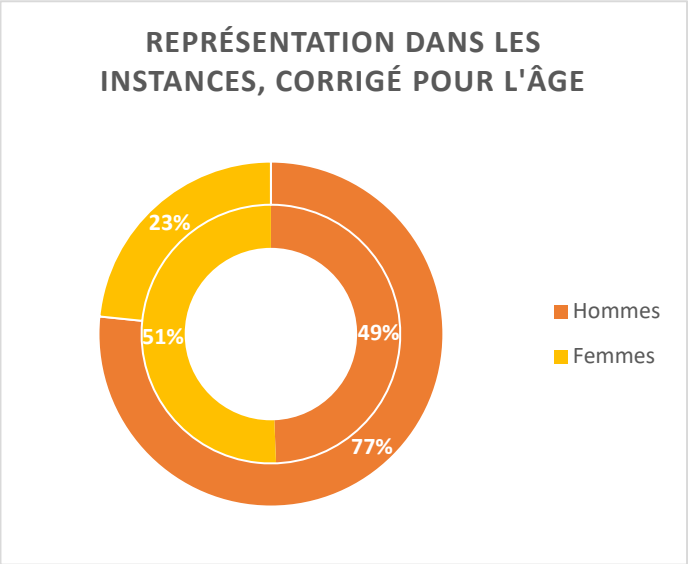

Figure 6 Représentation dans les instances en fonction de l'âge, chez les < 40 ans (cercle intérieur) et les plus de 40 ans (cercle extérieur)

3.2 Deuxième partie : enquête qualitative

3.2.1 Présentation des résultats

Les neuf personnes constituant l'échantillon ont répondu à l'enquête (Annexe 6). Le guide d'entretien a servi de fil conducteur pour aborder chacun des sujets prédéfinis, mais la possibilité était laissée au·à la participant·e de diriger la discussion comme iel le souhaitait. Chaque participant·e a répondu en apportant des spécificités liées à son domaine d'activité. La saturation des données n'a pas été atteinte, et des entretiens supplémentaires auraient permis d'étoffer la réflexion, bien que plusieurs résultats principaux aient pu être relevés.

Pour faciliter la présentation des résultats, je les ai classés selon trois niveaux, chacun influençant le suivant : les enjeux sociétaux et culturels, les éléments qui concernent la

féminisation de la médecine générale et l'organisation du soin, et la représentation dans les instances de décision (Figure 7).

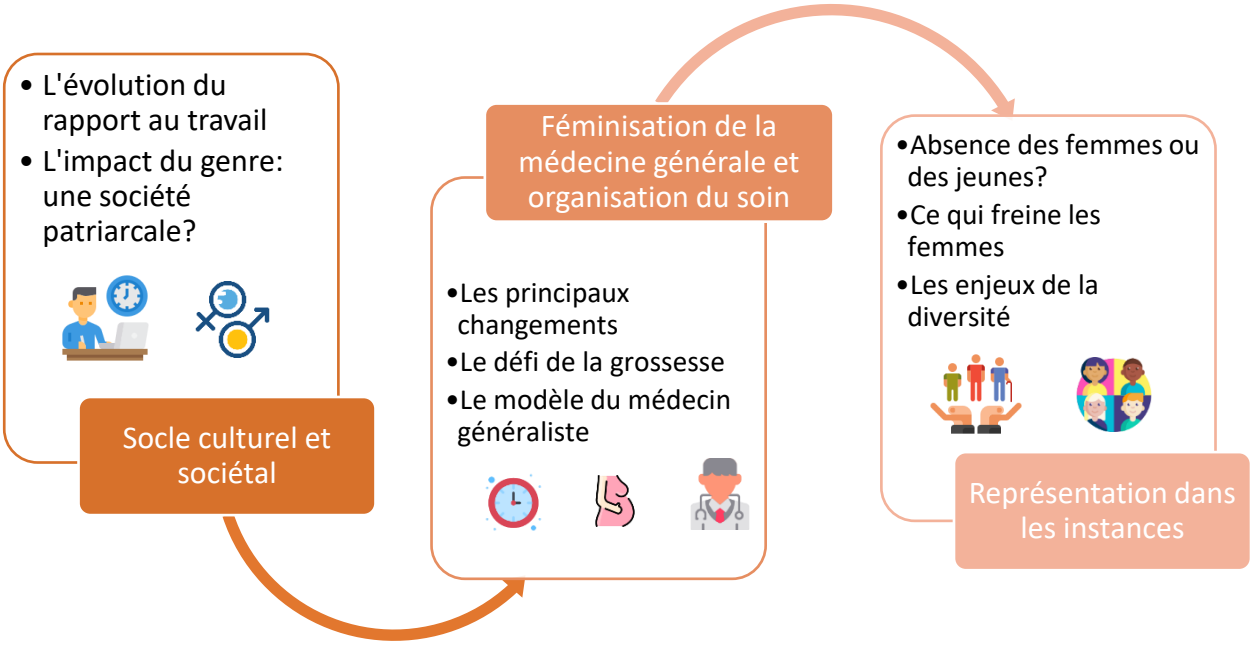

Figure 7 Les trois niveaux de présentation des résultats

Plusieurs sujets connexes ont été abordés lors des entretiens mais dépassent le cadre de cette recherche. Le glossaire qui se trouve en annexe (Annexe 8) permettra aux lecteur·rices les plus curieux·ses d'approfondir ces différents thèmes.

3.2.2 Le contexte général : une société qui se transforme

Il est vite apparu que le phénomène est complexe, et que la féminisation du travail ne représente qu'une des nombreuses facettes de l'évolution de la société. De nombreux changements dans les mentalités sont plus générationnels que genrés.

- *« Donc voilà, ça va plus loin que tout simplement généraliser en parlant de la féminisation de la médecine générale pour expliquer le changement au niveau de la façon de travailler, des horaires, des choses comme ça... Ça va plus loin que ça. »*
- *« Donc, en fait depuis 50 ans, cette distinction de différence entre hommes et femmes, en tout cas au niveau du métier, disparaît, progressivement, de plus en plus. »*

Premièrement, le rapport au travail s'est modifié : on observe chez les plus jeunes générations une volonté de recentrer le travail dans les heures ouvrables et de réduire le temps de travail, et une priorité plus importante donnée à l'équilibre entre la vie privée et professionnelle.

- *« Comme j'ai dit pour moi c'est plutôt générationnel que uniquement sexuel, je crois que on essaie de mettre plus en avant l'équilibre vie professionnelle et vie privée, au niveau des horaires, au niveau de la charge de travail, de l'équilibre familial. »*

La deuxième constatation des répondant·es est que le partage du travail domestique reste inégal et repose principalement sur les épaules des femmes.

- *« J'espère que le vécu intrafamilial au sein de notre société va se diriger vers un partage des tâches, et une chance équivalente pour l'époux et pour l'épouse de se développer professionnellement, de se développer de manière identique. Mais je crains qu'il n'y ait un poids culturel majeur, qui consiste à dire "*ouais, ce sont des femmes qui portent des enfants, et donc qui s'en occupent prioritairement*", et donc par conséquent qui font sacrifice d'une série de choses. »*

3.2.3 Au cœur du phénomène : la féminisation de la médecine générale

Tou·tes les répondant·es s'accordent à dire que la féminisation de la médecine générale est une évolution normale du métier, et constatent les changements rapides qu'elle a entraînés. Iels sont nombreux·ses à souligner l'influence positive que les femmes ont eu sur la manière de pratiquer la médecine générale, et à se réjouir de la mixité en médecine générale. Cependant, certain·es s'alertent d'une tendance inverse, parlant d'un « envahissement des femmes » dans les études de médecine, et des dérives que cela pourrait entraîner, par exemple en termes de diminution de la force de travail.

- *« Je pense que vivre en tant qu'homme ou vivre en tant que femme d'une manière générale, c'est différent. Et du coup, la médecine doit permettre aux deux de s'épanouir.»*
- *« Elles ont, et elles influencent probablement positivement la façon de pratiquer, la façon de penser. »*
- *« Et j'ai attiré l'attention très vite, -en ... je crois que c'est en en 2007, je crois- sur le fait de dire attention, on va droit dans le mur, parce que la force de travail des jeunes actuellement n'est pas la même que la force de travail des anciens, et on est en train de réduire l'accès à la profession. Et la féminisation était un élément qui rendait encore les choses, du point de vue sociologique, différentes, oui. »*

3.2.3.1 Les principaux changements

Je ne détaillerai pas ici toutes les spécificités d'une pratique « féminine » qui ont été évoquées pendant les entretiens, notamment liées à l'attitude en consultation, les différences dans la patientèle et les tropismes pour certains sujets ou certaines activités.

Un élément pertinent qui ressort des entretiens concerne l'organisation du travail : avec une féminisation croissante du métier est venue la volonté d'instaurer un cadre de travail bien défini, avec un meilleur respect des horaires, plus d'accent mis sur le confort de travail et une réduction globale de la disponibilité et des heures de travail totales.

- *«On le voit aussi dans le cadre des conventions avec les maîtres de stage, etc... Les femmes aiment bien que le cadre, soit plus mentionné en termes d'heures de travail. Donc je pense que ça ... Les femmes ont amené ça. »*
- *« C'est clair qu'on veut garder une porte sur les loisirs, on ne veut plus porter le fardeau de la continuité, comme nous l'avons porté. »*

3.2.3.2 Une différence capitale : la grossesse

Un élément spécifique qui a été relevé par les participant·es concerne la grossesse. Bien que la majorité des répondant·es estiment qu'il n'y a pas de différence majeure dans les besoins ou attentes des médecins généralistes en fonction de leur genre, la question des grossesses et des congés de maternité a plusieurs fois été identifiée comme un enjeu capital propre aux femmes. En effet, ce sont des périodes très particulières dans la vie des femmes médecins généralistes, avec des défis liés notamment à la fidélisation de la patientèle ou au stress financier qu'elles peuvent entraîner, influençant fortement la suite du parcours professionnel des mères — même si de plus en plus d'hommes prennent également des congés de paternité.

- *« Je n'ai pas l'impression [qu'il y ait une différence entre les attentes ou les besoins des femmes ou des hommes médecins généralistes]. Je suis même gêné pour répondre, parce que je n'ai jamais envisagé la question comme ça. Et donc ça veut, enfin, ça veut dire qu'elle ne transparaît pas comme ça. Je n'ai pas l'impression. »*
- *« Mais l'horloge biologique est là, hein. Et comme je dis toujours à mes collègues, qui se plaignent parce que leurs assistantes tombent enceintes, entre guillemets comme des mouches, je dis, pourquoi ? Est-ce qu'elles doivent absolument être obligées de faire une PMA pour avoir des enfants ? »*

3.2.3.3 Le modèle du médecin généraliste

Avec la féminisation de la médecine générale, l'image même du médecin généraliste se transforme, en s'éloignant du modèle dominant traditionnellement masculin. Plusieurs participant·es soulignent donc l'importance d'avoir des modèles de rôle féminins, notamment chez les enseignant·es universitaires, et de travailler l'attractivité de la médecine générale comme spécialité à part entière, et première en termes d'effectifs.

- *« La notion du métier de généraliste, médecin généraliste, tel qu'il était vu avant cela, il est probable que les jeunes femmes en s'engageant dans les études de médecine ont engendré .... un changement du métier en lui-même. Donc, il y a des phénomènes comme ça, qui sont interdépendants. »*
- *« Donc je pense que nous devons surtout donner une image de la médecine générale qui est l'image de ce qu'elle va être dans les 10 années qui viennent. Donc on doit avoir des enseignants jeunes, qui parlent dans le modèle de rôle qu'ils donnent à leurs enseignés, qui donnent l'impression de correspondre à ce qu'est l'avenir, plutôt que le passé. »*

3.2.4 Le dernier étage : les instances représentatives et décisionnelles

3.2.4.1 Sous-représentation des femmes, ou absence des jeunes ?

L'âge représente un facteur confondant important dans la question de la représentation féminine. En effet, l'absence de jeunes est tout aussi marquée que l'absence des femmes, et permet dans une certaine mesure d'expliquer celle-ci. Puisque la moyenne d'âge dans les instances est élevée et que la proportion des femmes est d'autant plus faible dans ces tranches d'âge, cela pourrait constituer une première explication.

- *« On a du mal à avoir des jeunes. J'ai envie de dire, d'une manière générale, on a plutôt du mal à avoir des jeunes que du mal à avoir des femmes. Parce que le problème est le même. »*
- *« Parce que c'est facile d'expliquer pourquoi il n'y a aujourd'hui pas de femmes dans les institutions, mais ça, c'est historique. Comment veux-tu ? Avec que des hommes dans le métier ? Forcément, y avait que des hommes dans le métier. »*

Toutefois, l'expérience peut représenter un atout dans les postes de représentation, et le début de carrière n'est pas forcément le moment idéal pour s'investir dans d'autres domaines Les participant·es insistent cependant sur l'importance que les jeunes et les femmes soient impliqué·es dans les processus de décision.

- *« Pourquoi ? Parce qu'essentiellement, et c'est la même chose pour les hommes, au début de carrière, on travaille, et on a peut-être d'autres choses à faire. Parce qu'on connaît pas encore bien trop le métier, l'organisation, l'expérience. Donc on n'a pas tellement envie de se lancer dans toute cette corporation de lobbying, de santé publique, de représentativité. C'est difficile de représenter quelque chose qu'on ne connaît pas bien. Il faut un tout petit peu avoir de l'expérience et du recul, un peu. »*
- *« Et c'est important parce que c'est souvent des endroits où sont négociés l'avenir de la profession. Et s'ils sont sous-représentées en termes de femmes... On va moins tenir compte de l'avis des femmes pour l'avenir. »*

De nombreux freins à l'implication dans les différentes instances sont perçus comme conséquences d'un effet générationnel plus que d'un effet de genre. Ces différences peuvent être sources de désaccords, d'incompréhensions voire de conflits entre les médecins de différentes générations.

- *« Parce qu'avec les modes de fonctionnement de nos instances actuellement, ça les rend peu attractif pour des jeunes médecins, donc pour des jeunes femmes. »*
- *« Et surtout en faisant admettre aux plus âgés d'entre nous qu'ils doivent aussi changer s'ils veulent que ça se passe, parce que de toute manière, les jeunes ont toujours le dessus. »*

Les participant·es estiment qu'une attention particulière doit être consacrée à attirer plus de jeunes, notamment en écoutant et en valorisant leur participation. Plusieurs pistes de solutions ont été proposées, comme la création de branches « jeunes » dans les institutions ou l'intégration d'une formation à la défense professionnelle dans le curriculum de base.

- *« Il faut attirer les jeunes, déjà. Donc c'est bien [une branche jeune], pour attirer les jeunes, et ça représente aussi la réalité des jeunes, déjà tout simplement, ou après leur donner envie d'aller plus loin, et de gravir les échelons. Donc ça commence avec les plus jeunes, en leur donnant la possibilité d'être écoutés, et de respecter leur point de vue, même si c'est différent de ce que diront [les plus anciens], même si l'avis n'est pas le même, qu'on écoute les deux, et qu'on considère les deux comme sur un pied d'égalité. Qu'ils se sentent respectés, écoutés, valorisés. Et aussi sur le plan financier. »*
- *« […] ça c'est un autre facteur explicatif, je pense qu'on n'enseigne pas assez la défense professionnelle, l'organisation du soin, la santé publique, l'importance de s'investir socialement, en tant que médecin aussi, pour participer au débat sur l'organisation du soin dans la formation de base. Ça devrait en faire partie. »*

3.2.4.2 Ce qui freine les femmes

Les obstacles rencontrés par les femmes ont été regroupés en quatre catégories (Figure 8).

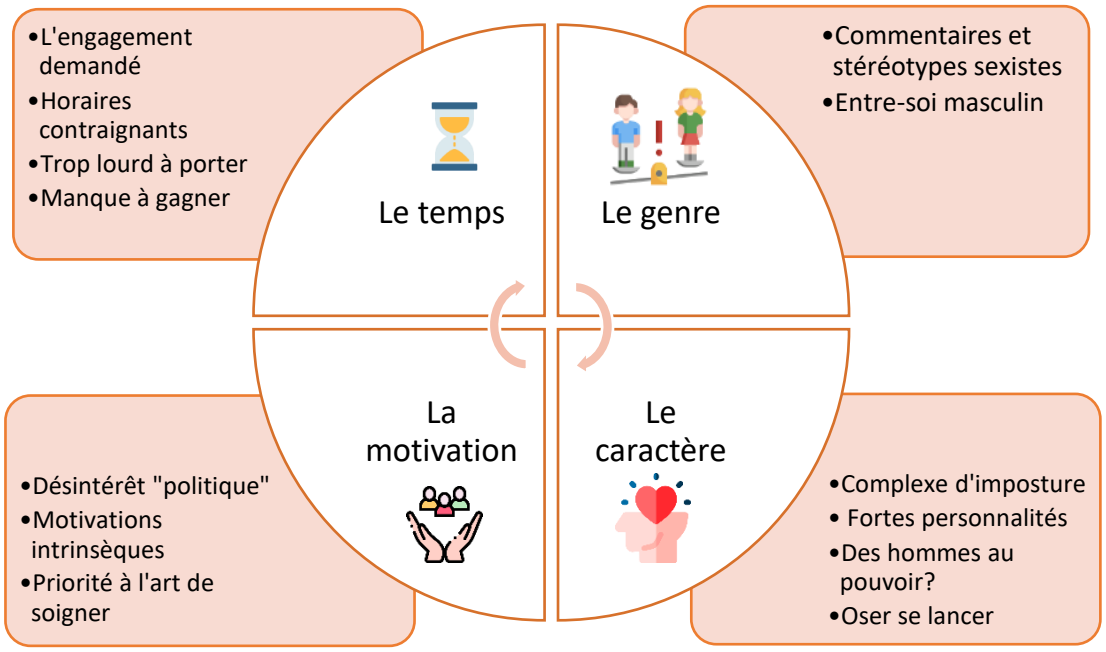

Figure 8 Les différentes catégories d'obstacles

3.2.4.2.1 Trop de travail, trop peu de temps

L'engagement demandé

Le premier obstacle mis en évidence est l'immense disponibilité que demande un travail dans une instance. L'implication dans la défense ou la représentation professionnelle prend du temps, et un engagement qui demande des sacrifices. Un des freins principaux serait donc la difficulté de concilier cet engagement avec une activité clinique, mais aussi avec les aspirations et responsabilités familiales.

- *« Mais tant que ce sont des activités qui ne prennent pas trop de temps, je crois qu'elles s'impliquent que à ce moment-là, oui, voilà, je crois que c'est une question de boulot, hein. C'est sûr, par exemple le boulot que je fais pour le moment, c'est un boulot dingue... C'est un boulot, enfin ... C'est un boulot à mi-temps, hein. »*
- *« [...] Quelque part, c'est du militantisme. Et pour faire du militantisme, on le sait bien, il faut être passionné. Et la passion dévore. Et donc c'est très difficile de mettre les limites. »*
- *« De base, on est d'abord généraliste, avec plus ou moins d'heures de travail. Et si on veut, on rajoute encore une couche, bah c'est ça qui à un moment donné, à mon sens, chez certaines consœurs, pose problème. C'est que, elles se disent voilà, j'ai déjà... mais*

je souhaite prioriser d'abord mon activité de mère, avant d'aller rajouter une couche à ma base professionnelle. »

Si le défi de la conciliation avec la vie de famille est décrit comme un obstacle principalement pour les femmes, il peut également être un facteur limitant chez les hommes, et ce type de contraintes demande le soutien du partenaire également.

Horaires contraignants

Une autre facette du problème qui a été évoquée est la disponibilité demandée, car la charge de travail est importante. Le nombre d'heures à y consacrer est élevé, nécessitant souvent d'adapter son organisation personnelle. De plus, les réunions ont souvent lieu le soir ou le week-end, en dehors des heures de travail classiques, à des horaires qui empiètent sur le temps libre et qui sont peu adaptés à la vie de jeune parent.

- *« Je pense que les freins sont organisationnels, mais c'est un peu général ... Si je veux terminer à travailler à 18h30, c'est pas pour aller dans les réunions à 20 heures, quoi. »*
- *« C'est pas simple, c'est pas simple parce que ça prend du temps. […] C'est compliqué quand on est en congé, ben j'ai les réunions, j'ai des réunions zoom, voilà de telle heure à telle heure, bon. Et si on veut faire une activité, bah on ne sait pas la faire parce qu'on va être occupés, donc ... C'est un bénévolat qui est fort contraignant, à l'heure actuelle. »*
- *« On dit souvent que les femmes elles ont deux journées, qu'elles ont leur journée professionnelle, et puis quand elles rentrent, il y a le reste à faire, il y a peut-être, entre guillemets, la préparation du repas et tout ce qui est intendance, et tout ce qui est s'occuper des enfants, et que quand on commence une réunion à 20h – surtout que avant, une réunion c'était en présentiel, donc il faut parfois partir plus tôt que ça bien sûr de chez soi – elles ont pas du tout fini, hein. Elles sont encore les mains dans le cambouis, avec les enfants, voilà, ça peut jouer... »*

Une des explications au retard de féminisation des instances résiderait donc dans le choix d'accepter ou non les contraintes liées à un poste de représentation.

- *« Et une des choses que l'on a comprises en tout cas, c'est que les hommes ont plus difficile à dire non actuellement à une augmentation de travail, ce que les femmes savent faire. »*

Plusieurs pistes ont été évoquées pour soulager ces contraintes, par exemple en adaptant les horaires des réunions ou en privilégiant la visio-conférence, ou en faisant preuve d'une plus grande flexibilité face à des parcours professionnels moins linéaires.

- *« On peut peut-être essayer de rendre les choses..., et par la force des choses hein, peut-être que les femmes qui vont arriver à la manœuvre vont peut-être infléchir le mode de fonctionnement. »*

Trop lourd à porter

Plusieurs participant·es considèrent que la charge de travail importante fait de l'engagement un exemple rébarbatif pour les plus jeunes, que certain·es vont jusqu'à qualifier de malsain, et explique au moins partiellement qu'il soit difficile de garder des jeunes impliqué·es de façon durable.

- *« On parlait, c'est dur, tantôt on disait, les jeunes viennent, et c'est dur de les faire rester.»*
- *« Mais je crois qu'il faut prendre le problème de manière globale, hommes et femmes jeunes, qu'est-ce qu'on attend de... En plus, tu connais le leitmotiv "équilibre vie privée vie professionnelle", écoute, c'est vraiment faites ce que je dis, pas ce que je fais. Donc, si les jeunes devaient voir notre vie, nous accompagner pendant 2-3 jours ou une semaine […] … Je n'oserais même pas le proposer ou l'accepter, parce que je suis sûr que c'est le meilleur moyen de dégoûter quelqu'un. C'est tout simplement pas possible, c'est tout simplement pas possible, c'est malsain. C'est générateur de maladies et de tout ce que tu veux, c'est pas un exemple à suivre. »*

Une solution évoquée par plusieurs participant·es serait de recruter plus de monde, afin de permettre un meilleur partage du travail, en respectant les domaines de compétence de chacun·e, avec un fonctionnement plus équitable et s'éloignant de la traditionnelle hiérarchie pyramidale.

- *« Donc c'est..., je pense qu'on n'est pas assez nombreux. On n'est pas assez nombreux, d'une manière générale, en tant que généralistes actifs en dehors de la clinique. Parce que si nous étions plus nombreux, et je pense que c'est là, c'est un des..., c'est peut être un des points qui va nous sauver, c'est d'être plus nombreux. En étant plus nombreux, on peut plus s'entraider, et du coup il y a des tas d'actions, d'activités qui peuvent être partagées... »*
- *«Parce que aussi, on a pas besoin non plus d'être présent, je dirais 20h par semaine...., chacun peut apporter sa petite pierre à l'édifice. On peut très bien dire, je consacre 2h tous les 15 jours, voilà et je ne sais pas consacrer plus. Je m'intéresse à un domaine bien précis où je vais être performant dans ce domaine. »*

Un manque à gagner

Le manque de rémunération a été évoqué à de nombreuses reprises comme un obstacle important, surtout s'il s'agit d'heures qui sont habituellement consacrées au travail.

- *« Donc pour moi, la solution ... c'est d'arrêter le bénévolat. Pour moi, le bénévolat, il a vécu. Mais pour arrêter le bénévolat, il faut des moyens. »*
- *« Maintenant si on creuse, et qu'on se dit qu'une femme on considère qu'elle travaille moins, parce que son mari n'aide pas, et donc elle a plus de trucs à côté, donc elle a moins de revenus directs par son travail de médecin généraliste. C'est normal aussi que ce qu'elle fait à côté en plus, malgré tout ce que je viens de dire, soit rémunéré. »*

Certain·es répondant·es considèrent la question de rémunération comme un élément central dans la sous-représentation des femmes et des jeunes, alors que d'autres trouvent que ce n'est pas le facteur principal. Tous ont évoqué la rémunération du travail de représentation au moins une fois, à l'exception de l'unique participante de genre féminin.

Plusieurs participant·es suggèrent de repenser le financement de la défense professionnelle, par le biais des structures de groupe, des cotisations des adhérent·es ou par les structures fédérales, pour réunir plus de moyens et permettre une meilleure rémunération des heures de travail.

- *« Si tu viens aujourd'hui [dans une organisation], tu dois assister à des réunions. Et si tu n'es pas financé par une institution à laquelle tu appartiens, à une maison médicale par exemple, ou une pratique de groupe qui pourrait convenir avec toi […] que tu as droit à une journée par semaine, […] que chaque médecin a droit à une journée par semaine dont il fait ce qu'il veut et c'est le groupe qui le finance. Par exemple, tu t'investis [dans une société scientifique], tu n'es pas payé pour, et bien le groupe va le financer. Tu veux faire du syndicalisme, évidemment, et le groupe accepte que voilà, ils trouvent ça intelligent de s'investir professionnellement dans la défense professionnelle, et le groupe assume ta participation à ça et finance le manque à gagner que ta participation implique. »*

3.2.4.2.2 Les biais de genre implicites

Stéréotypes et commentaires sexistes

Le sujet du sexisme a été évoqué par la majorité des répondant·es. Selon plusieurs d'entre elleux, ce n'est pas un facteur dans la sous-représentation des femmes.

- *« Mais honnêtement, on a une profession privilégiée pour ça. En tout cas, les gens de ma génération au moins, et puis de toutes celles qui suivent, c'est que on n'a, au sein de notre pratique, moi, je n'ai jamais fait de différence entre un collègue homme ou femme. Jamais. [...] Mais du coup, alors je suis peut-être un peu naïf et optimiste, mais moi je pense pas que ça pose de problème. »*

- "*Je ne pense ... enfin non, allez, qu'on ne me dise pas que c'est un milieu de machistes parce que c'est pas du tout le cas. Je n'ai jamais rencontré cela. Non non, non non, non, non, moi.... Je, je je peux pas, c'est peut-être moi, c'est mon opinion. »*

Au contraire, d'autres participant·es ont mentionné l'existence d'un *plafond de verre*, ainsi que des stéréotypes sexistes qui feraient obstacle à la progression des femmes dans la hiérarchie.

- *« Je dirais qu'il y a certains endroits où elles risquent d'être diminuées. Comment formuler ça... On risque de ne pas les prendre au sérieux à certains endroits. Par exemple [dans une autre instance], je sais que si c'est une femme qui représente [notre organisation] ils vont la voir un peu plus basse, plus manipulable que si c'est un homme. […] Je crois que malheureusement là il y a encore un peu de travail à faire. »*

L'impact de commentaires sexistes a également été évoqué, l'un·e d'elleux soulignant que c'est une tendance en diminution.

- *« Je ne pense pas que l'on ait des propos sexistes, à toutes les phrases. »*
- *« J'espère qu'il y aura beaucoup de candidates, mais c'est ça qui est difficile, mais je ne... Je n'ai jamais senti le moindre obstacle […], je ne vois pas —comment dire — une misogynie, je ne vois pas. Je la vois de moins en moins, en tout cas. Et ça, j'espère que ça va disparaître. »*

Veiller à maintenir un environnement de travail bienveillant est essentiel pour favoriser la présence des femmes, notamment en interdisant les commentaires racistes ou sexistes.

- *« Je crois qu'on est quand même assez bienveillants. Même les anciens, les "dinosaures" chez nous, ils sont aussi très bienveillants vis-à-vis des femmes. Ou bien ils sont eux-mêmes blacklistés s'ils commencent à avoir des propos trop racistes, sexistes. Donc je crois qu'on est quand même une organisation qui est très ouverte à ce niveau-là, et donc que ça facilite aussi les choses pour une femme qui voudrait montrer les échelons. »*

Entre-soi masculin

Selon certain·es participant·es, il peut être décourageant d'être la seule femme dans un milieu principalement masculin, ce qui renforce l'entre-soi masculin. La présence de femmes serait un facteur bénéfique pour encourager d'autres femmes à s'impliquer. Iels constatent par exemple que les femmes médecins généralistes sont plus nombreuses dans les groupes de collaboration avec d'autres métiers de la première ligne, traditionnellement plus féminins.

- *« Ce n’est pas facile d'être Don Quichotte contre des moulins à vent. Enfin on essaie, mais je ne suis pas sûr que je modifie la vision, les lunettes de ceux qui sont en face de moi. […] Donc celles qui sont déjà là, chapeau à elles, parce que c'est compliqué. »*
- *« Il faut aussi que l'institution soit organisée de manière telle que la femme s'y sente à l'aise. Et pas en face de vieux croûtons qui restent encore dans les clichés, «* oui, mais la femme ceci, la femme cela *» comme s'il y avait* La Femme*. Tu vois ce que je veux dire ? Et qui découragent, en se disant qu'avec ces gens-là, toute façon ce n’est pas possible de changer quelque chose, ils ne comprennent rien à ce qu'on vit, et cetera. Donc il y a peut-être de ça aussi, je n'en sais rien. »*

La majorité masculine pourrait s’expliquer par une forme de favoritisme, où les hommes privilégieraient d’autres hommes pour les remplacer. Au contraire, il pourrait s’agir d’une sorte d’inertie, où les mêmes personnes se présentent mandat après mandat, et finissent par occuper le terrain en empêchant presqu’involontairement de nouvelles personnes d’être élues. Une solution à ce problème serait d’instaurer une durée plus courte des mandats.

- *« Moi j'ai l'inverse, hein. J'ai des vieux qui sont assis sur la chaise d'un conseil d'administration depuis des mandats et des mandats, qui ne font rien, qui ne sont pas productifs, mais qui se représentent systématiquement, quoi. Et ça, c'est juste horrible. Parce que ça n'aide pas, ça encombre, je suis très péjoratif, là, et ça prend la place. […] Alors, en plus ils s'en plaignent, et ils disent ...*"Je viens parce qu'il n'y a personne"*. […] Parfois il faut savoir que, laisser une chaise vide, c'est une chaise.... Enfin, si on laisse pas la chaise vide, il y a personne qui vient prendre la place. Donc ils restent, avec cette fameuse phrase, — je viens parce qu'il n'y a personne —, et ils occupent quand même le terrain quoi. Et donc, c'est parfois plus compliqué de... de les avoir dehors. »*

Dans plusieurs exemples qui ont été avancés d’instances où les femmes sont majoritaires, leur arrivée faisait suite à des démissions ou départs en masse de l’équipe précédente.

- *« C'est tout. Dans les maisons médicales, à la Fédération des maisons médicales, je crois qu'il y a beaucoup plus de femmes au pouvoir, aujourd'hui. Mais il a fallu un petit peu dégager les dinosaures. Ce qui est dommage hein, parce qu'il ne faut pas en faire un combat homme/femme évidemment, mais parfois il faut passer par là, je n'en sais rien, mais là je vois plus de femmes en tout cas. Je peux me tromper, mais j'en vois plus. »*

L’idée d’instaurer des quotas genrés ou une politique institutionnelle de discrimination positive a été évoquée à plusieurs reprises. Cependant, la plupart des participant·es insistent sur l’importance de sélectionner des candidat·es sur leurs compétences plutôt que sur le seul critère du genre, et privilégient des mesures qui créent l’envie de s’impliquer.

- *« Je n'ai pas non plus envie de dire "*il faut une présidente qui soit une femme*", ce n'est pas non plus un bon message. Il faut que ce soit quelqu'un de compétent, on ne va pas obliger une femme à être présidente c'est évident. Il faut que ce soit quelqu'un qui a envie, et que ça soit la bonne personne au bon endroit. »*
- « *Mais alors, la question qui se pose c'est par exemple, faut-il imposer des quotas. Moi je pense pas que c'est comme ça qu'on va régler le problème. Tu n'attires pas... Tu ne détournes pas, si je peux dire ça comme ça, un homme ou une femme de son métier originel pour autre chose s'il n'a pas envie de le faire. Il faut créer l'envie, c'est tout. Il faut créer l'envie.* »
- *« Alors est ce qu'il faut instaurer, par exemple, des alternances au sein de la présidence ? Moi je trouve que ça serait pas mal, une fois un homme, une fois une femme pour les mandats. […] Pourquoi pas ? Il y a des ressources dans tous les sexes, donc voilà. Ça peut être un moyen. »*

3.2.4.2.3 Une question de caractère

Complexe d'imposture

Une autre hypothèse avancée par les participant·es serait un manque de confiance en soi des jeunes médecins et plus particulièrement des jeunes femmes, qui déclineraient plus souvent des responsabilités que leurs homologues masculins si elles ne se sentent « pas prête » ou « pas capables ». En conséquence, les femmes présentes dans les instances sont vues comme particulièrement compétentes et qualifiées.

- *« Je suis surtout très admiratif et passionné par des femmes qui sont dans des conseils d'administration avec une compétence, une connaissance, un discours et une réflexion, c'est remarquable ... Et c'est souvent plus remarquable que les hommes, hein. J'ai l'impression d'avoir...., de rencontrer dans ces fonctions-là, un pourcentage, elles sont pas nombreuses, mais proportionnellement, je pense qu'elles sont bien plus nombreuses à être des esprits supérieurs et très compétents par rapport au nombre d'hommes relativement moyens, si pas nuls, que l'on va retrouver dans ce même genre de structure. Beaucoup de postes, ces hommes, c'est ... Ils feraient mieux d'aller faire autre chose. Et j'ai beaucoup moins le cas avec les femmes. Donc, ce serait, c'est bien dommage, je pense qu'on perd beaucoup de compétences, et d'efficacité clairement. »*

Fortes personnalités

Un·e autre participant·e suggère qu'un mode de réunion où il faut batailler pour se faire entendre est probablement défavorable aux femmes, et que celles qui sont présentes ont souvent un fort caractère.

- *« Comme elles s'impliquent peu..., c'est difficile, hein. Les quelques-unes qui s'impliquent, c'est des femmes avec beaucoup de caractère... Des femmes... voilà, spitantes, etc ... »*
- *« Voilà, peut-être qu'il faut revoir notre méthodologie des réunions. Peut-être qu'on voit, qu'il y a quelques... Quelques mâles dominants qui prennent plus la parole, et qui quand ils l'ont, la garde plus longtemps, et quand ils s'emportent, ne font pas attention à ceux qui ont demandé la parole. Si on arrive à la réunion peut être qu'il faut être plus rigoureux par rapport à ça. En même temps, la femme, sexe faible, c'est quand même j'espère un concept révolu, j'espère... non? »*

Des hommes au pouvoir ?

Plusieurs répondant·es partagent cette idée que la personnalité est un facteur qui joue également, avec une connotation encore présente dans l'imaginaire collectif que les positions de pouvoir sont occupées par les hommes.

- *« Enfin..., en tout cas certains hommes, puisqu'on remarque que c'est toujours les mêmes qui souvent sont dans les mêmes endroits. Donc peut être qu'un travail complémentaire à celui-ci serait de s'intéresser... à la personnalité de ces gens qu'on retrouve..., de ces hommes qui.... Voilà, mais bon, ça c'est un autre sujet. »*
- *« Est-ce que c'est connoté aussi dans la tête des femmes, que c'était un homme qui doit gérer ou commander ça ? »*

Pouvoir et partage des responsabilités

L'hypothèse d'un·e participant·e est que les femmes seraient plus motivées par un souci du bien public que par ambition personnelle, et seraient plus disposées à partager les positions de pouvoir.

- *« J'ai l'impression que l'expression de l'ambition dans une population de femmes en moyenne est différente de l'expression de l'ambition dans une population d'hommes en moyenne. Donc voilà, c'est une impression, ça se base sur quelques constatations, mais je serais incapable de les ériger en règle. »*

Plusieurs répondant·es ont fait le lien avec une image d'homme guerrier, qui se dévouerait plus souvent pour prendre des responsabilités ou à se battre pour défendre une idée.

- *« Alors, de nouveau hypothèse : il faut explorer le plaisir du pouvoir. Est-ce que les hommes sont plus férus de pouvoir ? Dans l'acceptation la plus large du terme pouvoir, c'est à dire je suis militant, j'ai envie de défendre quelque chose et je vais donc essayer de prendre du pouvoir pour défendre mon idée, dans le sens le plus noble du terme, le plus positif du terme, pas le plaisir de prendre le pouvoir pour le pouvoir mais de dire... Je ne sais pas, c'est le guerrier. C'est l'homme guerrier, voilà. »*

- *« Je pense qu'il y a un fait d'éducation chez l'homme. […] La génération à laquelle j'appartiens, on n'était pas éduqué de la même façon, les filles, et les garçons. Les garçons travaillaient, et c'était eux qui devaient faire face à la difficulté, au travail dangereux et difficile, etc... Les hommes étaient en première ligne. […] Et donc il y a du travail, il faut y aller quoi.... Et on pense pas plus loin. »*

Enfin, l'aspect « exposé » des postes de représentation est également évoqué comme facteur dissuasif pour les femmes.

Franchir le cap

Plusieurs participant·es estiment qu'une des difficultés est d'oser se lancer : les portes sont ouvertes aux jeunes et aux femmes, mais celles-ci sont difficiles à convaincre, et se portent rarement volontaires pour prendre plus de responsabilités. Plusieurs exemples ont été évoqués de situations où les femmes s'étaient retrouvées en position dirigeante parce qu'elles avaient été désignées d'office, ou au prix d'une insistance appuyée.

- *« Les portes ne sont nullement fermées aux femmes, nullement, au contraire. Les portes sont d'ailleurs ouvertes à tout le monde hein, donc y a pas ... Et voilà, c'est difficile de les convaincre. »*
- *« Moi, je pense que y a une notion de besoin. Tant qu'il y a pas un vrai besoin, limite une urgence, elles s'effacent... Elles sont là pour sauver le truc qui se plante quoi, la dernière minute quoi... C'est le parachute de secours. »*
- *« C'est pour moi la même chose, sauf que... il n'y a pas grand monde qui lève la main pour dire "ah,ah... Moi je veux bien", parmi les femmes, donc voilà. »*

Cette réticence à s'engager pourrait venir de la méconnaissance du fonctionnement et du rôle des instances professionnelles, et les participant·es déplorent que ces aspects du métier s'apprennent « sur le tas » et ne soient pas intégrés dans le curriculum de base. Plusieurs participant·es parlent de l'importance de sensibiliser leurs collègues dans le but de recruter un maximum de monde, notamment par le biais de journées d'informations.

3.2.4.2.4 Un manque de motivation ?

Désintérêt « politique »

Plusieurs répondant·es ont comparé la sous-représentation des femmes dans les instances de médecine générale à celle qu'on retrouve en politique, s'interrogeant sur un éventuel désintérêt des femmes pour les activités de représentation, même si dans d'autres mouvements sociétaux ou de militantisme, elles sont largement présentes.

- *« Je suis en train de me dire que les femmes dans les positions dirigeantes clés, à l'INAMI, à la santé publique il y en n'a pas..., non plus. Dans la politique, il y a plus d'hommes que de femmes aussi, si je me trompe... Que tout ça, c'est un peu le même, le même..., le même type de fonction..., un même type d'activité. Donc je pense pas que ce soit un problème qui soit propre à la médecine générale. Et je pense que c'est pas, enfin..., c'est un problème qui est ancien, donc voilà. »*

Iels constatent un désinvestissement d'un pan entier de la profession, qui touche à la représentation, la défense professionnelle et la recherche en médecine générale.

- *« Là on est dans le cadre de prendre des responsabilités, là on n'est plus dans le métier. Le métier, c'est une chose, et prendre des responsabilités au niveau professionnel d'organisation, donc des responsabilités, par exemple de gestion de cercle, de gestion de PMG, et cetera. Et puis de gestion syndicale. »*
- *« Donc il y a besoin d'avoir une médecine générale forte sur le terrain, mais aussi avoir des femmes qui s'insèrent dans tous les organes de décision... pour montrer que c'est la première chose à déterminer... »*

Plusieurs répondant·es déplorent ce désintérêt et s'inquiètent que les jeunes n'adhèrent même plus aux instances traditionnelles.

- *« On s'est, on s'est posé la question […] mais où sont les jeunes quoi, ils sont pas là... Alors...? Mais comment ? Comment est-ce qu'ils se forment ? Que faire? »*

Motivations intrinsèques

Dans l'ensemble, les femmes qui s'impliquent dans les différentes instances semblent motivées par les mêmes raisons que les hommes, c'est-à-dire par curiosité scientifique, par conviction personnelle ou par envie de faire changer les choses. Indépendamment du genre, les motivations des membres sont diverses, et certains médecins ne sont simplement pas intéressé·es par ce type d'activités.

- *« Encore une fois, je dirais que les attentes sont les mêmes. Il y a très peu de, je veux dire, d'avis, d'opinions différentes qui sont liées au genre. Vraiment. Je le pense sincèrement. J'essaie de chercher ... »*
- *« Voilà, mais par définition, il y a un biais, tout le monde n'a pas la fibre pour s'engager, et donc forcément il y a toujours un biais. »*
- *« Voilà, alors peut-être que les femmes ont ..., bon, la sagesse d'avoir un besoin d'un équilibre, ou faire autre chose que de la médecine. Parce que c'est vrai que quand on travaille en médecine, en patientèle la journée, et que le soir on fait des réunions, on est toujours dans ce vase clos de la médecine. Voilà, est ce que c'est sain de faire ça. Mon épouse, elle joue au piano, elle aime bien de jouer du piano..., et puis ... et puis voilà, il y*

a peut-être d'autres qui font autre chose...., aussi donc.., c'est plutôt sain de faire autre chose. »

Priorité à l'art de soigner

Des facteurs liés au choix de la médecine générale ont également été avancés, suggérant que les femmes seraient plus attachées à l'aspect nourrissant du contact avec les patient·es, leur donnant une plus grande priorité.

- *« La féminisation de la médecine et de la médecine générale, il faut pouvoir bien étudier ça pour pouvoir expliquer au fond pourquoi les femmes ont choisi quand même ce métier, mais ne s'investissent pas beaucoup dans, justement, la défense collective de ce métier. »*
- *«* [Au sujet d'une consœur] *Elle est vraiment axée sur son métier en termes de relation avec son patient. Et donc c'est beaucoup ça, et donc ... tout le côté organisationnel, associatif, il existe aussi, ça... a moins d'importance, parce que ce qui est fondamental pour elle, c'est avoir du temps pour écouter son patient, et s'occuper de son patient. »*

Il ressort que les femmes sont plus attirées par certains domaines, comme la science et la formation continue, la pédagogie et l'implication dans les cercles.

- *« Est-ce que la SSMG est plus attractive parce que c'est la science, et que la science peut attirer un certain nombre de personnes, surtout au sortir des études et de la formation ? »*

Au contraire, celles-ci auraient tendance à se désintéresser d'activités comme le syndicalisme, notamment pour leur aspect juridique qualifié de « barbant » et le côté long et ardu de certaines réunions.

- *« Là, je vois une différence parce que justement je crois que l'homme s'intéresse plus au phénomène, je dirais, juridique. Et la femme a moins d'intérêt dans ce domaine-là, c'est l'aspect juridique qui est moins intéressant pour elle. Et donc elle s'implique moins au niveau juridique, et donc forcément elle a moins de connaissances, donc elle est moins à l'aise à ce moment-là. C'est une question de formation de nouveau. C'est un sujet qui est moins intéressant pour la femme en fait. »*

3.2.4.3 Les enjeux de diversité

L'ensemble des participant·es a évoqué l'importance d'une diversité d'individus dans les instances représentatives. Iels rappellent que le genre n'est cependant qu'un des nombreux enjeux de la diversité, et qu'il faudrait également veiller à une meilleure inclusion de personnes issues de minorités ethniques ou de milieux socio-économiques divers, ainsi qu'à

une représentation géographique de tout le territoire, pour refléter la diversité de la population au sens large et laisser la possibilité aux personnes minoritaires d'également influencer les mentalités et la pratique. S'iels insistent sur l'importance de la diversité, plusieurs nuancent le propos en rappelant que les intérêts d'un groupe peuvent également être défendus par des personnes qui n'y appartiennent pas.

- *« J'en reviens toujours à la sociologie, mais je pense qu'il y a une sous-représentation aussi de certaines classes sociales, à ce niveau-là. Donc en fait, le concept, si tu veux, si tu veux, que moi je défends c'est que la féminisation, c'est ... une des facettes, mais qu'il y a toutes les autres facettes qu'il faudrait développer en même temps, qui sont la culture, les classes sociales..., les conceptions..., enfin, la vision de la vie, pour avoir une grande diversité de représentation en médecine générale, ou sinon le risque, c'est qu'elle soit représentée par type culturel particulier. Donc la féminisation, c'est peut-être celui qui se voit le plus pour le moment. Mais on doit travailler au reste aussi. Et voilà, on y pense, on y travaille... »*
- *« […] même si je me considère ouvert, attentif, vigilant pour toujours avoir dans le collimateur l'avis, le vécu et les aspirations des femmes médecins généralistes, c'est pas pour ça que je suis le meilleur représentant. Quoique je suis de ceux qui pensent qu'il ne faut pas tomber dans les pièges manichéens ou un peu cliché, là tu sais de dire, "les femmes ne peuvent être représentées que par les femmes et les hommes par des hommes". Ce n'est pas ça. »*

La représentation féminine leur semble importante à la fois pour apporter une vision féminine du métier, mais également une réflexion et une façon de travailler différente, qui constitue une richesse.

- *« Parce que clairement, je pense que la manière de penser, de réfléchir, le rapport aux choses... est quand même différent, ou au moins nuancée. »*
- *« Et puis deuxièmement c'est, je dis, c'est à la fois cette possibilité d'être très bien dans l'analyse, mais aussi dans l'action, dans la réaction, dans la synthèse, dans la communication, pas tout ... Je trouve que, il y en a pas mal, elles prennent des choses en main, c'est remarquable. Alors bon, ça c'est un peu le pouvoir féminin, je pense, d'avoir à la fois le tact, de la douceur, la fermeté en même temps. Donc, on peut jouer les différents curseurs pour faire avancer le schmilblick, et c'est parfois très utile. »*

Il ressort également des entretiens une notion d'impératif moral d'assurer une vraie diversité dans la représentation, par souci d'équité, d'ouverture et de tolérance, et condamnant toute forme de discrimination.

- *« De manière générale, que ce soit le manque de jeunes, le manque de femmes, [le manque de représentation est un problème]. Parce que ça fait un entre-soi, et que ça ne représente qu'une partie de la médecine générale. »*
- *« Je ne suis certainement pas en train de défendre, enfin je... je suis horrifié de voir que certains défendent le modèle homme blanc... [...] Voilà, c'est ça, c'est le manque de diversité qui me déplaît. C'est pas le fait de me dire..., voilà. Parce que la diversité, ben par définition c'est l'ouverture, c'est la tolérance, c'est le..., voilà. C'est ça qui me tracasse quoi. »*

Plusieurs participant·es se questionnent sur l'objectif à poursuivre : une réelle parité à 50-50 ou une représentativité parfaite du terrain, avec ses disparités. Vu l'augmentation croissante de femmes en médecine, iels estiment que la question mérite d'être posée.

3.2.5 Ressentis personnels des représentant·es

L'ensemble des participant·es constate et déplore la sous-représentation féminine dans les instances. Cependant, iels trouvent tout de même que la situation s'améliore, et se montrent optimistes pour le futur.

- *« Et bien sûr, les femmes sont présentes, mais voilà, elles sont trop peu présentes, ça c'est sûr. Et c'est un peu dans tous les organismes... et pourquoi ? »*

Plusieurs répondants ont insisté sur le fait que leurs réponses n'étaient que des hypothèses, et qu'ils se sentaient mal placés pour tenter d'expliquer un phénomène qu'ils comprenaient mal. Cependant, iels se sont montré·es ouvert·es à la discussion et intéressé·es par les réponses de ce travail afin d'améliorer la représentation des femmes dans leurs organisations respectives.

- *« Malheureusement, je pense que ça sera très frustrant pour toi, parce que je n'apporte aucune solution et aucune explication. Je ne trouve comme toi que des questions. »*
- *« Et c'est plutôt comme ça que moi je le pose, mais alors on pourrait peut-être m'opposer en me disant "*tu te caches derrière ton petit doigt parce que tu contournes le problème*", je veux bien l'entendre et du coup, la discussion est ouverte. »*
- *« J'ai pas de recette miracle moi, je me réjouis de lire ton TFE, pour voir s'il y en a qui en ont. »*

Une suggestion qui a été fréquemment répétée est d'interroger plutôt les intéressées, déplorant que celles-ci ne donnent pas la réponse spontanément.

4 DISCUSSION

4.1 LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Le manque de représentation des femmes dans les instances est directement liée à la faible proportion de jeunes médecins dans ces instances. Les postes de représentation étant traditionnellement occupés par des médecins plus expérimenté·es, il n'est pas étonnant que les hommes y soient plus nombreux, vu leur proportion largement supérieure dans ces tranches d'âges.

Les résultats de notre enquête montrent cependant que l'évolution de ce ratio selon l'âge ne suffit pas à expliquer la sous-représentation féminine : dans chacune des deux catégories d'âge (moins de 40 ans et plus de 40 ans), les femmes sont sous-représentées par rapport à leur proportion dans la population de médecins généralistes.

Contrairement à l'impression rapportée dans certains entretiens, l'enquête démographique permet de constater que la proportion de médecins de moins de 40 ans occupant au moins un poste dans une des instances étudiées est similaire à la proportion de médecins généralistes en activité dans cette tranche d'âge. Plusieurs participant·es déplorent toutefois que leur présence ne soit pas plus importante en tant que premiers concernés par les décisions qui influenceront l'avenir de la profession, et s'inquiètent du désintérêt et du manque de durabilité de l'engagement des jeunes.

Même si de nombreux facteurs qui influencent la représentation féminine sont les conséquences d'un changement de mentalité générationnelle, ils ne suffisent pas à l'expliquer entièrement. Il existe manifestement des obstacles qui concernent plus particulièrement les femmes.

4.2 CE QU'ELLES EN PENSENT : L'AVIS DES INTÉRESSÉES

Plusieurs participants se trouvaient mal placés pour apporter une tentative de réponse, suggérant qu'il aurait mieux valu interroger principalement des femmes. Cependant, les principaux résultats des entretiens rejoignent ceux de la littérature.

Plusieurs études ont interrogé des femmes médecins qui occupent des postes académiques haut placés, ou qui au contraire ont quitté ce milieu, sur les freins et obstacles à leur progression professionnelle. Bien que ces études concernent le milieu académique spécifiquement, et ne se limitent pas au domaine de la médecine générale, les réponses des participantes rejoignent les résultats de notre enquête. Elles rapportent une forte motivation intrinsèque (« *l'envie de faire une différence* ») et un parcours professionnel décrit comme *hasardeux* et *plein d'imprévus*. Elles citent comme principaux freins un manque de confiance en elles et un plafond de verre auto-imposé, ainsi que l'impression que leur autorité est plus souvent remise en question que chez leurs homologues masculins. L'équilibre vie privée-vie professionnelle est un élément majeur avancé, ainsi que la conciliation avec d'autres activités telles que leur pratique clinique. Elles se décrivent comme ayant une façon de travailler différente de leurs collègues masculins, et se sentent moins à l'aise dans une culture de travail qu'elles qualifient de trop individualiste(26) (27).

Les analyses sociologiques de la féminisation du monde syndical rejoignent également les résultats de notre enquête et décrivent une volonté des femmes et des jeunes de repenser la façon de militer. L'engagement demandé est considéré comme trop important et le cumul des mandats et des responsabilités syndicales est perçu comme un obstacle (28).

Le manque de soutien professionnel et de mentoring est également décrit comme facteur de découragement et d'insatisfaction au travail (26)(27)(29)(30)(31). L'importance du modèle de rôle est un élément capital : les femmes soulignent l'importance de modèles féminins positifs auxquelles elles peuvent s'identifier dans des postes à responsabilités. L'absence d'exemples de femmes conciliant activité professionnelle et responsabilités familiales donne l'impression de devoir renoncer à l'un pour accomplir l'autre (27).

Une divergence entre les résultats de notre enquête et ce qui ressort de la littérature est la question de la rémunération : si le raisonnement des participant·es sur l'importance d'une rémunération adéquate du travail de représentation semble cohérent, cet élément ne ressort pas dans les études interrogeant des femmes. Au contraire, la littérature suggère que les femmes sont plus motivées par *une envie d'aider* que leurs collègues masculins, et moins par les facteurs extrinsèques comme le salaire ou la reconnaissance académique (32). Cependant, le fait que le mode de rétribution ne soit pas explicitement cité comme obstacle par les

femmes interrogées ne veut pas dire qu'une meilleure rémunération n'aurait pas un impact positif sur l'implication des femmes et des jeunes dans les activités de représentation professionnelle. C'est d'ailleurs une belle illustration de la richesse de la mixité : ouvrir ce débat permettra peut-être de réduire les inégalités de revenus qui continuent d'exister en médecine également (33).

Un autre élément récurrent dans la littérature est l'influence d'un *biais de genre implicite* (34), qui est peut-être sous-évalué par plusieurs participant·es de notre enquête. Les biais de genre inconscients viennent s'additionner aux éventuelles barrières systémiques ou organisationnelles (29). Autrement dit, rappeler que «*la porte est ouverte* » ne suffit pas. Il convient de s'interroger activement sur l'existence d'autres freins à l'intégration des femmes, plus insidieux. Ces inégalités commencent dès les études de médecine, où on constate que les étudiantes ont moins confiance en elles que leurs homologues masculins, alors même qu'elles performent aussi bien (35). Cette tendance ne fait que se renforcer si l'environnement de travail n'est pas favorable. Par exemple, travailler dans un groupe où le sexe opposé est majoritaire renforce le sentiment d'imposture (31). Les milieux avec une hiérarchie très pyramidale rendent l'inclusion plus difficile, et sont identifiés par les femmes comme des freins à leur progression, notamment si la durée des mandats est longue et réduit le *turnover* dans les équipes (36).

Plusieurs participant·es estiment que le sexisme n'est pas présent en médecine générale. A ce sujet, la Dre Dhara a décrit avec beaucoup de justesse l'impact que certains commentaires en apparence inoffensifs peuvent avoir sur le développement professionnel des jeunes femmes(37). Ce témoignage a suscité de nombreuses réactions élogieuses de consœurs, qui la remercient d'avoir mis en lumière la problématique des *micro-agressions* dont elles sont nombreuses à avoir fait l'expérience (38). Ces réflexions nous ramènent à l'idée que certains biais sont inconscients. Ces biais se retrouvent par exemple dans le langage. Plusieurs participant·es ont utilisé le mot « envahissement » pour décrire l'augmentation du nombre de femmes, ou ont fait référence à « vous les femmes », qu'on choisit ou non de « faire rentrer » dans une organisation. Est-ce anodin ?

4.3 LA FÉMINISATION : UN SUJET TABOU ?

Plusieurs participant·es ont exprimé leur désaccord ou leur malaise face à l'utilisation de l'expression *féminisation de la médecine*, craignant que celle-ci soit offensante, voire « antiféministe ».

- *« […] Je n'ai jamais voulu mettre en avant l'histoire de sexe, de genre; j'ai voulu mettre en avant l'histoire de génération. J'avais l'impression que j'étais... indélicat ou pas correct en disant «* c'est la féminisation de la médecine *». J'entends que des jeunes femmes n'en pensent pas la même chose, et tant mieux, et c'est bien, enfin bon, voilà, moi, j'avais l'impression que c'était peut-être un petit peu macho de dire, c'est à cause des femmes que ça change. »*

Loin de moi l'idée d'apporter un discours essentialisant la femme ou de renforcer des stéréotypes de genre. Je citerai ici Pr Lapeyre, sociologue : « *Au lieu d'ignorer ou de stigmatiser les prétendues « spécificités féminines » en matière d'exercice médical, les pouvoirs publics et les instances de décision de la profession auraient intérêt à réfléchir davantage sur les effets de la dynamique du genre sur les aspirations de l'ensemble des médecins -hommes et femmes – quant aux conditions d'exercice de leur métier à l'avenir.* » (3)

Ne pas ignorer, ne pas stigmatiser, mais ouvrir la discussion. Je crains qu'en choisissant de ne pas parler des changements amenés par les femmes, on continue implicitement de considérer que l'*ethos professionnel* traditionnellement masculin reste la norme. C'est un élément qui était déjà apparu lors d'un entretien exploratoire avec la Dre Anne Gillet. Celle-ci racontait que dans ses premières années d'activité syndicale, alors qu'elle était mère d'enfants en bas âge et seule représentante féminine autour de la table, elle était la plus âpre défenseuse d'une meilleure protection de la grossesse et des congés de maternité. Sans se heurter à une opposition ouverte ou à des contre-arguments, elle constatait qu'en son absence, ses collègues, tout simplement… oubliaient d'en parler.

« *Nous devons accroître la représentation des femmes dans toutes les sphères de la vie. En effet, quand de plus en plus de femmes accèdent à des positions de pouvoir ou d'influence, une nouvelle tendance émerge plus nettement encore : très simplement, les femmes n'oublient pas aussi vite l'existence des femmes que les hommes semblent le faire* ». (39)

4.4 ET APRÈS ? PISTES DE SOLUTIONS

Comprendre le phénomène permet d'identifier les facteurs sur lesquels agir. De nombreux aspects de la problématique sont des facteurs de société qui dépassent largement le champ de la médecine générale, et sur lesquels les institutions ne peuvent avoir d'influence. En revanche, comme l'ont souligné les participant·es, il est possible de changer le mode de fonctionnement de ces instances.

Le raisonnement qui ressort des entretiens est le suivant : l'évolution des mentalités et du rapport au travail a pour conséquence que les jeunes consacrent moins de temps au travail, et donc à la défense et la représentation professionnelle. Chez les femmes, cette réduction du « capital-temps » disponible est d'autant plus marquée qu'elles restent les principales responsables des charges domestiques et familiales.

Celles-ci semblent donc être plus strictes sur leurs propres limites et le respect du cadre de travail quand elles envisagent de s'engager dans une activité de représentation.

Pour analyser cette balance coût-bénéfice, je propose le modèle suivant (Figure 9).

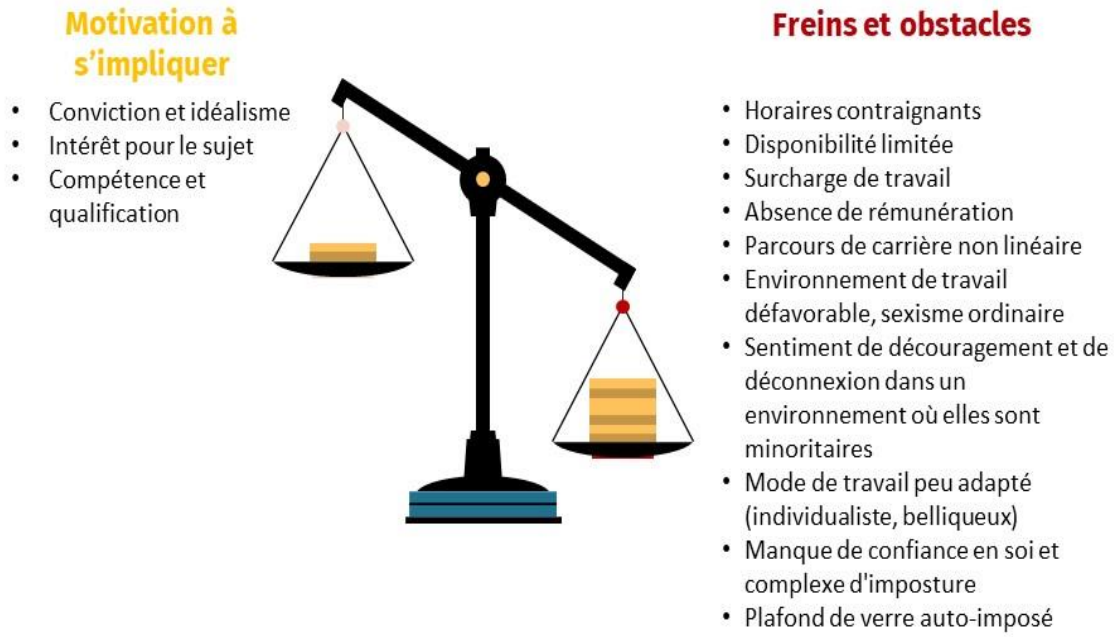

Figure 9 Balance coût-bénéfice d'une activité de représentation

Nous mettons donc en évidence deux axes sur lesquels travailler : d'une part, augmenter l'attrait de la représentation professionnelle et créer l'envie de s'y impliquer, d'autre part, adapter le mode de fonctionnement des institutions afin de réduire les obstacles à l'implication des femmes et des jeunes (Figure 10)

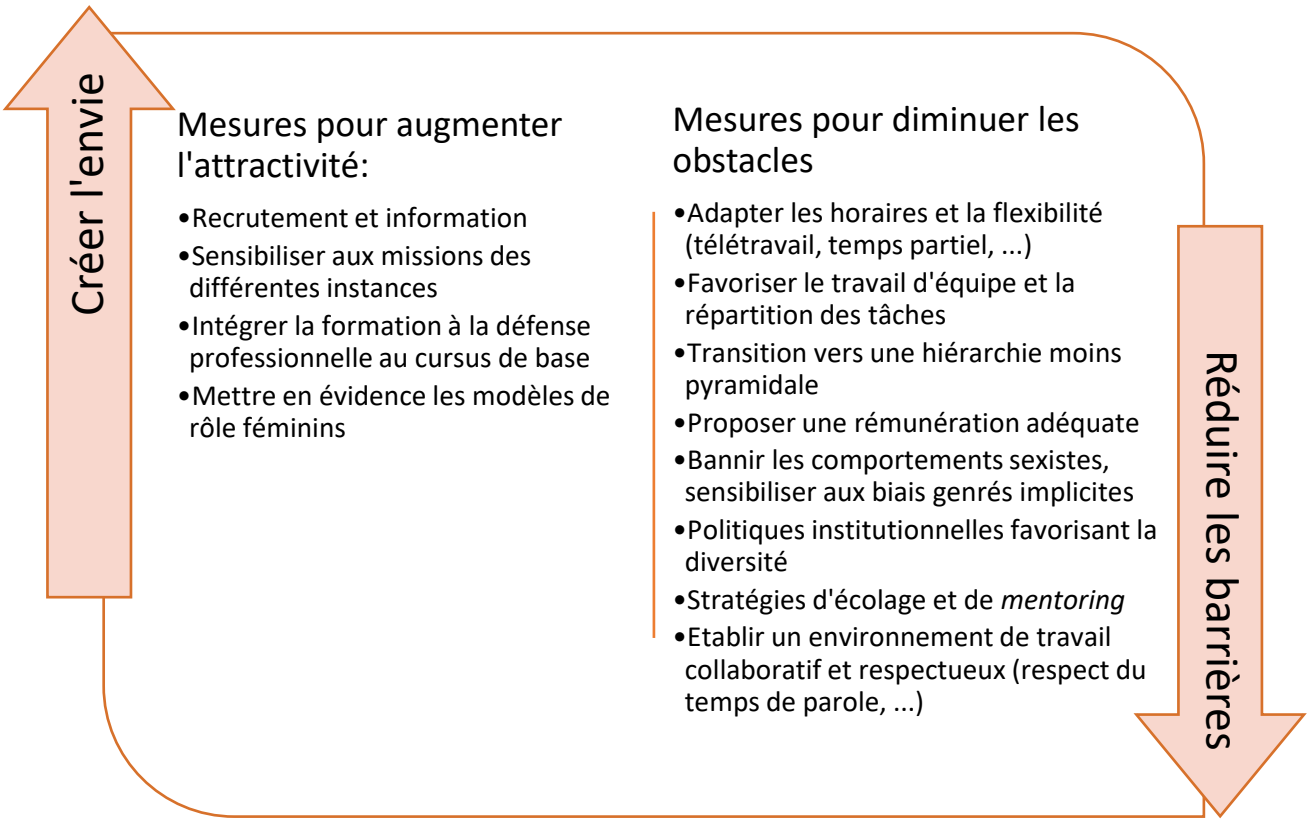

Figure 10 Pistes de solutions

Deux éléments tirés des entretiens ont particulièrement attiré mon attention. Premièrement, dans tous les exemples d'organisations où les femmes étaient majoritaires cités, ce changement faisait suite à une réorganisation récente de la structure ou à des démissions multiples dans l'équipe précédente. Ces femmes ne sont probablement pas des exceptions. On peut donc supposer qu'il y a parmi les médecins généralistes des dizaines d'autres recrues potentielles, hommes ou femmes, jeunes ou moins jeunes, prêt·es à reprendre le flambeau si une place claire et explicite leur est proposée.

Parmi les politiques institutionnelles permettant de favoriser la diversité, plusieurs pistes ont été évoquées : l'instauration de quotas genrés, une alternance homme/femme à la présidence, ou des mesures plus indirectes comme la mise en place d'une branche « jeunes » dans l'organisation. Cependant, le débat sur la pertinence et l'efficacité de ces mesures est

vaste et dépasse le cadre de ce travail. Par exemple, les quotas genrés existent dans les instances médicales officielles, et ne sont souvent jamais atteints, tout simplement par manque de main d'œuvre. D'autre part, tant que les femmes resteront minoritaires dans les instances, les quotas amènent le risque que la pression pour les remplir retombe toujours sur les rares concernées.

De même, la création d'une branche « jeune » dans une organisation doit s'inscrire dans une volonté plus globale de valorisation de l'opinion des jeunes et d'écolage. L'objectif n'est pas de créer un groupe isolé et déconnecté du reste de l'organisation, mais de proposer aux jeunes un environnement convivial et à leur image, où iels doivent pouvoir profiter de l'expérience de leurs aîné·es pour développer leurs propres compétences, tout en accomplissant des tâches qui correspondent à leur capacité de travail, d'influence et d'investissement.

Finalement, la question plus intime et personnelle des motivations intrinsèques mérite d'être explorée plus en profondeur. Le modèle proposé par Levine et al. pour expliquer les départs anticipés des femmes dans le monde médical académique est celui d'un déséquilibre entre les valeurs personnelles des participantes et celles de leurs institutions, ainsi que le sentiment de ne pas être appréciées à leur juste valeur (27). Cette différence plus subtile dans ce qui constitue la motivation professionnelle, ce qui *nourrit* l'individu, peut difficilement être changée. Une personne ayant fait le choix de se spécialiser en médecine générale pour le côté profondément humain de la relation avec les patient·es sera naturellement peu enthousiasmé·e à l'idée d'assister à des heures de réunions sur les technicités de l'organisation du métier. Cependant, la manière dont ces réunions se déroulent, l'environnement de travail et les relations interpersonnelles dans les équipes sont des éléments sur lesquels nous pouvons exercer une influence. Le travail de représentation, s'il est mené au sein d'un groupe soudé et bienveillant, peut alors également prendre sens et remplir ces critères de motivation intrinsèque.

Les arguments en faveur de la diversité sont par ailleurs nombreux. Dans le milieu de la santé, il a été prouvé qu'il y a là un bénéfice pour les patient·es, et que les équipes plus diverses sont plus innovantes et atteignent de meilleurs résultats (40). Pour atteindre cet objectif, il me semble essentiel de se montrer ouvert·e au changement et à l'influence que chacun·e peut

avoir sur le fonctionnement de l'organisation et sur la façon de travailler. Cela permettra une meilleure inclusion et l'épanouissement de chacun·e.

4.5 LIMITES ET BIAIS DU TRAVAIL

Pour évaluer la qualité du travail, je me suis basée sur les critères proposés par Mays et Pope (41) pour apprécier la validité des études quantitatives (Annexe 7).

Ce TFE est mon premier travail de recherche d'une telle envergure. J'ai été épaulée par ma promotrice qui est une chercheuse expérimentée en recherche qualitative, ainsi que par les modules de préparation au TFE proposés par l'UCLouvain.

L'enquête démographique a été réalisée dans le cadre de la phase exploratoire de mon travail avec pour seul objectif de mieux cerner la problématique. Le choix des instances étudiées était arbitraire et influencé par mon expérience personnelle. Les chiffres récoltés dans l'enquête n'ont pas fait l'objet d'une analyse par un·e statisticien·ne. Bien que la récolte des données ait été rigoureuse et méthodique, les résultats n'ont pas pour vocation de constituer un cadastre de la représentation dans toutes les instances où des médecins généralistes sont présent·es.

Un biais est lié au choix méthodologique de l'étude qualitative. J'étais la seule investigatrice et la classification des résultats est le produit de mon appréciation personnelle. Cependant, j'étais consciente de ma propre subjectivité, et j'ai tenté de limiter celle-ci en soumettant tous les verbatims à ma promotrice pour relecture, afin d'identifier d'éventuels oublis ou différences d'interprétation.

Enfin, un dernier biais découle de ma position de membre de la SSMG et administratrice du CMG. J'avais déjà eu des contacts personnels avec plusieurs participant·es avant la réalisation de l'enquête. Un participant est un collègue et ami, avec qui j'avais déjà discuté de ce sujet avant de diriger ma méthodologie vers des entretiens qualitatifs.

En tant que jeune femme médecin généraliste membre d'une instance de représentation, je fais partie de la population qui faisait l'objet de la discussion. Malgré ma volonté de préserver ma neutralité de chercheuse, cela s'est ressenti dans plusieurs entretiens où les participant·es m'ont prise à parti, m'interrogeant par exemple sur mon désir de maternité ou par des phrases comme « *des jeunes comme toi* ». Il est possible que cela ait influencé certaines réponses.

Cependant, cela représente également une force pour mon travail. Certain·es participant·es ont reconnu avoir accepté de répondre à ma demande d'entretien par confraternité car nous nous côtoyions au CMG, sans quoi iels auraient décliné l'invitation par manque de temps. J'étais donc dans une position unique pour réaliser un TFE comme celui-ci.

4.6 ORIGINALITE ET PISTES D'ENRICHISSEMENT

Le sujet de la féminisation de la médecine est à la mode mais il n'existait pas d'évaluation récente du paysage de la médecine générale belge. C'est là l'originalité et l'intérêt de ce travail, qui permet une évaluation concrète de la représentation féminine dans les instances de médecine générale en Belgique francophone, et qui propose des pistes de réflexions pour améliorer la diversité dans les institutions. En particulier, le choix d'interroger uniquement les représentant·es des différentes instances a permis d'apporter un regard très intéressant sur les transformations de l'exercice du métier et la situation propre à chaque organisation.

Chaque milieu (académique, syndical, …) ayant des particularités très spécifiques, il serait intéressant dans le futur d'explorer la question plus en profondeur pour chaque groupe séparément. Cependant, mon étude a permis de dresser un tableau général.

Conformément à leur demande, je vais envoyer ce travail aux représentant·es des instances interrogées. Dans le futur, il serait intéressant d'évaluer la pertinence et l'impact des solutions proposées, par exemple en récoltant l'avis de femmes médecins généralistes ou de médecins généralistes en formation.

Je me suis concentrée ici sur la situation spécifique de la médecine générale en Belgique francophone. Cette étude pourrait être enrichie par une comparaison avec les institutions belges néerlandophones, ou avec d'autres pays réputés pour leur excellente représentation des femmes dans le monde du travail. D'autre part, il serait intéressant d'élargir cette enquête à la diversité de la représentation dans tous les pans de la médecine, y compris dans des structures comme l'INAMI ou les directions médicales hospitalières.

Enfin, la sous-représentation des femmes n'est qu'une des facettes du manque de diversité dans les instances. Il me semble essentiel que des travaux ultérieurs s'intéressent également aux minorités ethniques et socio-culturelles.

5 CONCLUSION

La médecine est en pleine féminisation, un phénomène complexe qui entraîne une transformation du métier, aussi bien au niveau de la pratique et de l'organisation du soin que dans l'image même de ce que représente *un* médecin.

La médecine générale particulièrement attire de plus en plus de femmes : en Belgique francophone, près de trois médecins généralistes sur quatre de moins de 40 ans sont des femmes. Et pourtant, dans les instances syndicales, scientifiques, professionnelles et académiques, qui vont façonner la médecine générale de demain, moins d'un poste sur trois est occupé par une femme.

Cette sous-représentation féminine est multifactorielle et semble aller de pair avec un désinvestissement des jeunes de certains aspects de la défense professionnelle. Plusieurs éléments sociétaux, comme le partage des charges domestiques, trouvent leurs racines dans l'éducation de chacun·e et doivent se travailler au sein des familles. Cependant, d'autres facteurs sont liés au fonctionnement même des instances susmentionnées :

- Une charge de travail trop importante et mal répartie entre les différent·es acteur·rices, qui demande une trop grande disponibilité ;
- Des biais de genre implicites et un entre-soi masculin qui décourage les consœurs ;
- Un mode de travail selon un modèle hiérarchique très pyramidal, favorisant les personnalités fortes et belliqueuses plutôt que la collaboration.

Enfin, la motivation intrinsèque de chaque médecin est différente, et le souci premier du patient peut occulter d'autres d'aspects de l'avancement de la science et du métier.

J'espère que les réflexions apportées par ce travail permettront d'imaginer des solutions à implémenter dans chaque instance. Il est temps de mettre en avant des modèles de rôle féminins, et plus largement de s'ouvrir à plus de diversité dans les milieux de décisions. J'en suis convaincue, la médecine générale n'en sera que renforcée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Morini C. The feminization of labour in cognitive capitalism. Fem Rev. 2007;87(87):40-59.
2. Hardy A-C. Les transformations du genre médical. In: Travailler à guérir Sociologie de l'objet du travail médical [Internet]. Presses de l'EHESP; 2013 [cité 22 juill 2021]. p. 111-32. Disponible sur: https://www.cairn.info/travailler-a-guerir--9782810901111-page-111.htm
3. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Rev Fr Aff Soc. 2005;1(1):59.
4. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 2007;14(1):19.
5. Lapeyre N, Robelet M. Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? [Internet]. Singuliers Généralistes. 2010 [cité 22 juill 2021]. 365-378 p. Disponible sur: https://www.cairn.info/singuliers-generalistes---page-365.htm%0A
6. Carmon R. Ces Belges qu'on connaît moins : Isala Van Diest [Internet]. RTBF Culture. 2021 [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: https://www.rtbf.be/article/ces-belges-qu-on-connait-moins-isala-van-diest-10667216?id=10667216
7. Denekens JPM. The impact of feminisation on general practice. Acta Clin Belg [Internet]. 2002 [cité 29 juill 2021];57(1):5-10. Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/acb.2002.003
8. Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé. HWF STATAN 2020 | Santé Publique [Internet]. 2021 [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2020
9. ARES. Examen d'entrée et d'accès aux études en sciences médicales et dentaires. Statistiques descriptives - Éditions 2017 à 2021. Bruxelles; 2021.
10. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1966.

11. Phillips SP, Austin EB. The feminization of medicine and population health [Internet]. Vol. 301, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2009 [cité 4 mai 2021]. p. 863-4. Disponible sur: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1152830

12. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. J Am Med Assoc. 2002;288(6):756-64.

13. L H, ML B, K C, KM M, MR L, IL B. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. Hum Resour Health [Internet]. 4 juin 2014 [cité 22 juill 2021];12(1). Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24898264/

14. Weizblit N, Noble J, Baerlocher MO. The feminisation of Canadian medicine and its impact upon doctor productivity. Med Educ [Internet]. 1 mai 2009 [cité 3 mai 2021];43(5):442-8. Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2923.2009.03309.x

15. Lenoir A-L, Richelle L, Ketterer F, Fraipont B, Cayn M, Duchesnes C, et al. Young general practitioners' professional activities: a survey in the French-speaking part of Belgium. 2017 [cité 29 juill 2021]; Disponible sur: https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=yacb20

16. Dongois M. Il faut stopper la féminisation de la médecine - Interview de Monique Boivin [Internet]. L'Actualité. 2009 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: https://lactualite.com/sante-et-science/il-faut-stopper-la-feminisation-de-la-medecine/

17. Teljeur C, O'Dowd T. The feminisation of general practice-crisis or business as usual? Vol. 374, The Lancet. Elsevier B.V.; 2009. p. 1147.

18. Ingelfinger JR. Women in medicine: The Henry Higgins problem. Respirology. 1 avr 2020;25(4):348-9.

19. Faverau E. La féminisation de la médecine en pleine santé [Internet]. Libération. 2017 [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2017/10/10/la-feminisation-de-la-medecine-en-pleine-sante_1602155/

20. Mckinstry B. Are there too many female medical graduates? Yes. BMJ [Internet]. 3 avr 2008 [cité 23 juill 2021];336(7647):748. Disponible sur: https://www-bmj-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/content/336/7647/748

21. Biringer A, Carroll JC. What does the feminization of family medicine mean? CMAJ [Internet]. 16 oct 2012 [cité 23 juill 2021];184(15):1752-1752. Disponible sur: https://www.cmaj.ca/content/184/15/1752

22. Bailey EL. Women in medicine: Increasing in number but not regard [Internet]. Vol. 70, British Journal of General Practice. Royal College of General Practitioners; 2020 [cité 5 mai 2021]. p. 296. Disponible sur: https://bjgp.org/content/70/695/296

23. Penny M, Jeffries R, Grant J, Davies SC. Women and academic medicine: a review of the evidence on female representation. J R Soc Med [Internet]. 16 avr 2014 [cité 10 janv 2022];107(7):259-63. Disponible sur: https://europepmc.org/articles/PMC4093756

24. Gillet A. Les prestataires de soins : des femmes et des hommes - Fédération des maisons médicales. Santé Conjug [Internet]. oct 2007 [cité 5 mai 2021];(42). Disponible sur: https://www.maisonmedicale.org/Les-prestataires-de-soins-des.html

25. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. 5e éd. Malakoff: Dunod; 2017.

26. Curtis A, Eley L, Gray S, Irish B. Women in senior post-graduate medicine career roles in the UK: a qualitative study. JRSM Open [Internet]. 1 déc 2017 [cité 23 juill 2021];8(1):205427041666930. Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2054270416669305

27. Levine RB, Lin F, Kern DE, Wright SM, Carrese J. Stories from early-career women physicians who have left academic medicine: A qualitative study at a single institution. Acad Med. 2011;86(6):752-8.

28. Silvera R. Le défi de l'égalité hommes/femmes dans le syndicalisme. Mouvements. 2006;43(1):23.

29. Bates C, Gordon L, Travis E, Chatterjee A, Fivush B, Gulati M, et al. Striving for Gender Equity in Academic Medicine Careers: A Call to Action HHS Public Access. Acad Med. 2016;91(8):1050-2.

30. PL C, L S, R B, C C, T I. A « ton of feathers »: gender discrimination in academic medical careers and how to manage it. J Womens Health (Larchmt) [Internet]. 2003 [cité 21 juill 2021];12(10):1009-18. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14709189/

31. Sanford AA, Ross EM, Blake SJ, Cambiano RL, Aldridge A, Texas S, et al. Finding Courage and Confirmation : Resisting Impostor Feelings through Relationships with Mentors , Romantic Partners , and Other Women in Leadership. Adv Women Leadersh. 2015;35:31-41.

32. Wright SM, Beasley BW. Motivating factors for academic physicians within departments of medicine. Mayo Clin Proc [Internet]. 2004 [cité 19 avr 2022];79(9):1145-50. Disponible sur: https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/motivating-factors-for-academic-physicians-within-departments-of--4

33. Butkus R, Serchen J, Moyer D V., Bornstein SS, Hingle ST. Achieving gender equity in physician compensation and career advancement: A position paper of the American College of Physicians. Ann Intern Med. 15 mai 2018;168(10):721-3.

34. Bogler T, Lazare K, Rambihar V. Female family physicians and the first 5 years. Can Fam Physician [Internet]. 2019 [cité 22 juill 2021];65:585-8. Disponible sur: www.cma.ca/sites/default/files/

35. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Medical student gender and issues of confidence. Patient Educ Couns. 2008;72(3):374-81.

36. Conrad P, Carr P, Knight S, Renfrew MR, Dunn MB, Pololi L. Hierarchy as a Barrier to Advancement for Women in Academic Medicine. J WOMEN'S Heal. 2010;19(4).

37. Dhara A. Smile!: Women as family doctors [Internet]. Vol. 65, Canadian Family Physician. 2019 [cité 20 avr 2022]. p. 497-8. Disponible sur: https://www.cfp.ca/content/65/7/497.short

38. Bethune C. Women and family medicine [Internet]. Vol. 65, Canadian Family Physician. College of Family Physicians of Canada; 2019 [cité 5 mai 2021]. p. 602-3. Disponible sur: www.cfp.ca/news/2019/08/01/08-01.

39. Criado Perez C. Invisible Women : Exposing Data Bias in a World Designed for Men. Chatto & Windus; 2019.

40. Gomez LE, Bernet P. Diversity improves performance and outcomes. J Natl Med Assoc. 1 août 2019;111(4):383-92.

41. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. BMJ Br Med J [Internet]. 1 janv 2000 [cité 17 avr 2022];320(7226):50. Disponible sur: /pmc/articles/PMC1117321/

42. Missine S, Luyten S. Dossier 2018/2: Les médecins généralistes en région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries? | Commission communautaire commune [Internet]. 2018 [cité 1 août 2021]. Disponible sur: https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-20182-les-medecins-generalistes-en-region-bruxelloise-qui-sont-ils

ANNEXES