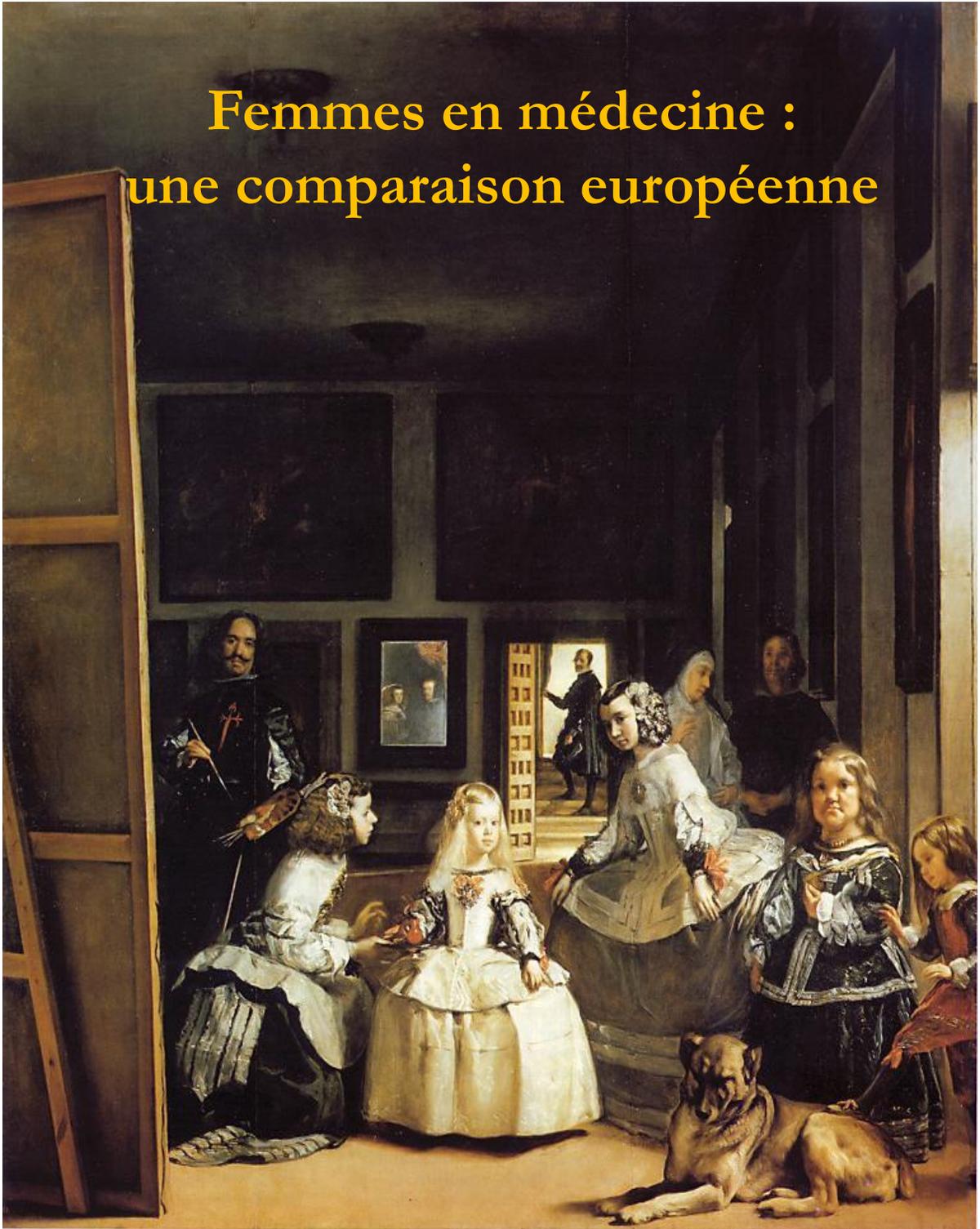


Femmes en médecine :
une comparaison européenne



Séminaire général 28 Mars 2013

Giovanna Vicarelli m.g.vicarelli@univpm.it

« Les modernes qui approfondissent et continuent les travaux scientifiques et intellectuels des anciens, prennent vis-à-vis de la femme qui étudie, par conséquent vis-à-vis de la femme médecin, une attitude souvent hostile, et, pour le moins, la couvrent de ridicule. Il serait fort difficile en l'état actuel de l'histoire morale des peuples d'établir très précisément les causes de ce changement. Ces causes sont différentes pour chaque pays. »

Mélanie Lipinska, Histoire des femme médecins, Thèse n.613 pour le Doctorat en médecine Université de Paris, Faculté de Médecine, Paris 1900, p. 146





Index

1. Un constat :
l'augmentation des femmes médecins
2. Les théories de la convergence :
professionnalisme médical et féminisation
3. Les théories de la divergence :
un regard sur les systèmes d'éducation
4. Les théories de la divergence :
un regard sur le marché du travail
5. Les théories de la divergence :
un regard sur les systèmes de welfare
6. Entre la convergence et la divergence :
quel avenir ?

1. Un constat :

l'augmentation des femmes médecins

A partir des années 1970, le processus de féminisation de la profession médicale a connu, dans une grande partie de l'Europe occidentale, une grande augmentation.

Tab. 1 Pourcentage de femmes médecins (1999 et 2009)

Pays	Femmes médecins (%)		
	1999	2009	Δ
Filande	49,0	56,5	7,5
Portugal	44,2	49,5	5,3
Espagne	34,9	47,1	12,2
Autriche	36,1	43,8	7,7
Danemark	35,6	43,3	7,7
Suède	39,1	43,1	4
Royaume-Uni	34,8	43,0	8,2
Pays-Bas	34,2	42,8	8,6
Allemagne	35,5	41,4	5,9
France	36,0	40,3	4,3
Grèce	33,5	38,4	4,9
Irlande	35,7	37,9	2,2
Italie	29,6	36,7	7,1

Source: Oecd Health Data, 2011



1. Un constat: l'augmentation des femmes médecins

L'intérêt pour la féminisation de la profession médicale a suscité une multitude d'études et d'interprétations qui peuvent être regroupées selon deux grandes directions.

1. La première souligne la similitude des parcours qui se sont réalisés et donc la convergence tendancielle des pays européens.
2. La deuxième met en évidence les différences.



2. Les théories de la convergence : professionnalisme médical et féminisation

Trois phases de féminisation :

1. Une phase d'exclusion (1700-1860)
2. Une phase d'inclusion sélective (1860-1918)
(d'abord au niveau de la formation puis du travail)
3. Une phase d'inclusion globale (1918-2013)
(pour différents secteurs et positions hiérarchiques)

Trois phases de professionnalisation :

1. Une phase de genèse (1860-1918)
2. Une phase d'expansion (1818-1978) (âge d'or)
3. Une phase de récession (1978 -2013)



2. Les théories de la convergence: professionnalisme médical et féminisation

Trois configurations semblables pour toute l'Europe occidentale :

1. Phase de genèse de la profession médicale :
femmes médecins *pionnières* (1860-1918)
2. Phase de croissance de la profession médicale :
femmes médecins *innovatrices* (1918-1978)
3. Phase de récession :
femmes médecins *professionnelles* (1978- 2013)

2. Les théories de la convergence : professionnalisme médical et féminisation

Toutes ces questions, qui vont dans la direction de la convergence des parcours de féminisation et de professionnalisation des médecins, cachent les complexités culturelles, institutionnelles et sociales des différents pays européens.



Les études comparatives sur ces parcours font référence à trois facteurs d'explication : 1. les systèmes d'éducation, 2. les caractéristiques du marché du travail, 3. les systèmes de welfare.

3. Les théories de la divergence : un regard sur les systèmes d'éducation

En premier lieu, il est difficile d'évaluer la date réelle à laquelle femmes commencent leurs études universitaires.

En deuxième lieu, nous avons de jeunes étrangères qui peuvent obtenir le diplôme de médecine dans un état différent du leur et avant les jeunes ressortissantes de ce pays.

En troisième lieu, dans les pays où les parcours d'éducation entre femmes et hommes sont séparés, on observe que les jeunes filles entrent rapidement dans les cursus qui leur sont réservés tandis qu'elles entrent plus tard dans les cursus mixtes.

La séparation des parcours universitaires entre hommes et femmes explique aussi les spécialisations choisies par les femmes médecins dans les pays de l'Europe occidentale.





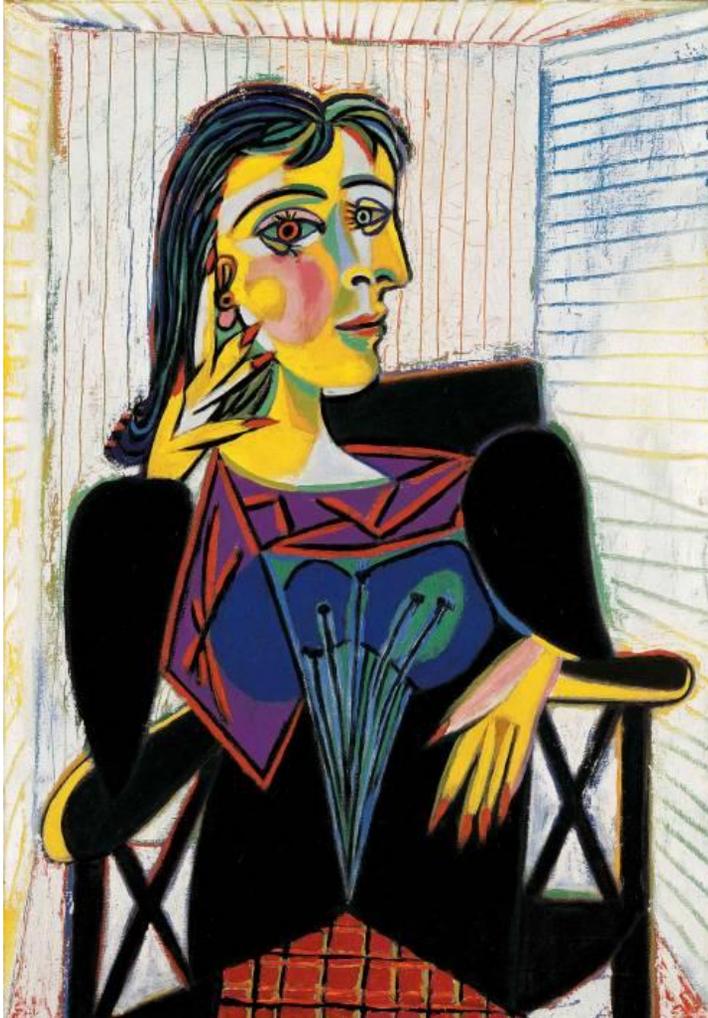
4. Les théories de la divergence : un regard sur le marché du travail

Le diplôme de médecin n'ouvre pas immédiatement les portes au métier.

Dans la première phase, les *pionnières* tendent à ne pas pratiquer la médecine, ou à la pratiquer sur des secteurs marginaux comme ceux des associations privées ou bénévoles.

Dans la deuxième phase d'expansion de la professionnalisation médicale la situation persiste à être très difficile pour les *innovatrices*. La première guerre mondiale facilite l'utilisation de leurs compétences, mais la crise de 1929 et les réponses autoritaires qui en dérivent bloquent (surtout en Italie et Allemagne) le travail des femmes médecins.

4. Les théories de la divergence : un regard sur le marché du travail



Dans la troisième phase médicale, il ne faut pas oublier le problème du *numerus clausus* aussi bien à l'entrée (accès à l'université) qu'à la sortie des études (accès au monde professionnel) rencontré par les *professionnelles*.



5. Les théories de la divergence : un regard sur les systèmes de welfare

Une multitude de facteurs liés aux politiques sanitaires, mais aussi aux politiques familiales, peuvent expliquer les différents parcours nationaux du positionnement professionnel des femmes médecins.

Quand la médecine générale et la médecine territoriale sont gouvernées directement par les systèmes sanitaires publics, la possibilité d'insertion des femmes est très élevée.

Si le monde hospitalier se trouve très légitimé sur le plan scientifique et professionnel, d'accès difficile et avec une gestion du temps de travail très complexe, les femmes en situation d'y aspirer et d'y accéder sont peu nombreuses.



5. Les théories de la divergence : un regard sur les systèmes de welfare

Les Pays scandinaves : professionnalisme garanti mais faible, à forte inclusion féminine

Grande Bretagne : Professionnalisme garanti et fort, à moyenne inclusion féminine

Allemagne et France : Professionnalisme non garanti mais fort, à moyenne inclusion féminine

Italie : Professionnalisme non garanti et faible, à modeste inclusion féminine

6. Entre la convergence et la divergence : quel avenir ?



L'idée de la convergence des pays européens occidentaux vers un modèle commun de société et d'Etat trouve ses racines dans l'histoire de la sociologie, se prolonge dans les théories de la modernisation et dans la littérature sur la globalisation.

D'éminents experts ont soutenu qu'une série de facteurs similaires ont produit une convergence aussi bien au niveau des objectifs qu'au niveau des activités des systèmes sanitaires occidentaux pendant le XX^e siècle.

*6. Entre la convergence
et la divergence :
quel avenir ?*



Cette convergence va de paire avec celle de la féminisation de la profession médicale. Malgré les chemins variés empruntés par les femmes dans les différents pays européens, elles représentent aujourd'hui presque 50% du total des médecins.

6. Entre la convergence et la divergence : quel avenir ?

Mais sommes-nous vraiment certains que l'actuelle crise économique et sociale conduira tous les pays européens vers des choix partagés?

Combien d'hommes médecins sortiront du système sanitaire pour aller en retraite anticipée?

Dans quelles conditions se déroulera le travail des femmes médecins ?

Il est possible que les réponses à ces questions ouvrent à nouveau le débat sur la divergence ou convergence entre les pays occidentaux .





Merci de votre attention