

ANALYSE DE L'ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES ET DE LA DIVERSITÉ DANS LA PROFESSION MÉDICALE AU CANADA

RÉSUMÉ

IMPORTANCE :

L'iniquité entre les sexes dans la profession médicale est un enjeu urgent à régler : les femmes, qui selon les estimations représenteront la moitié des médecins dans les années à venir, sont encore victimes de discrimination, de harcèlement et de traitements bien différents de ceux réservés aux hommes. À cet enjeu, s'en ajoute un autre tout aussi préoccupant qui, jusqu'à maintenant, a reçu bien peu d'attention : la diversité en médecine.

OBSERVATIONS :

Les données de recherche sur l'équité entre les sexes dans la profession médicale au Canada sont limitées, et le manque de données nuit à la compréhension de la diversité en médecine. L'examen des données disponibles a permis de dégager des thèmes décrivant le biais culturel, la discrimination, le harcèlement sexuel, les iniquités en matière de leadership, les iniquités salariales, l'incidence des relations et de la famille, les effets sur la santé des médecins, la marginalisation interdépendante d'autres groupes victimes d'iniquités et l'incidence positive des femmes en médecine. Il existe diverses causes d'iniquité qui, mises ensemble, entretiennent la marginalisation des femmes médecins.

CONCLUSIONS ET PERTINENCE :

Les causes et les conséquences de la marginalisation des femmes médecins et du manque de respect à leur égard ont une origine à la fois individuelle et collective; s'attaquer aux facteurs d'iniquité est donc une responsabilité partagée. Outre le déploiement d'efforts pour pallier le manque généralisé de données sur les iniquités relatives au sexe et à la diversité, une conceptualisation à l'échelle individuelle et systémique est nécessaire pour définir et élever la discussion des parties et intervenants concernés et ainsi mieux promouvoir une profession dynamique et engagée.

INTRODUCTION

Dans les dernières années, les enjeux d'équité et de diversité en médecine ont beaucoup attiré l'attention, surtout ceux liés au rôle des femmes en médecine. À l'heure actuelle, 54 % des médecins canadiens de moins de 40 ans sont des femmes¹, et on estime que d'ici 2030, les femmes représenteront la moitié des médecins de tous âges². Bien que la représentation des femmes et d'autres groupes marginalisés s'améliore au sein de la profession médicale, la discrimination et les préjugés présents à l'échelle individuelle et systémique constituent toujours des obstacles à l'avancement, à la santé et à la subsistance de ces groupes.

Des données laissent penser que les femmes médecins font toujours face à des difficultés importantes, comme les iniquités salariales, le harcèlement sexuel, les agressions sexuelles, une opposition à leur avancement professionnel et la présence de préjugés inconscients en milieu de travail³. Des organisations et des établissements internationaux de premier plan s'attaquent à ces difficultés en rédigeant des lignes directrices, en instaurant des politiques et en mettant en œuvre des programmes axés sur l'équité entre les sexes et la diversité⁴⁻⁷. Or, au Canada, les données sont limitées, il existe peu de lignes directrices visant à régler les difficultés rencontrées par les femmes médecins et les apprenantes, et il manque également de données sur la diversité en médecine⁸.

BIAIS CULTUREL ET DISCRIMINATION

Les stéréotypes et les attentes fondés sur le sexeⁱ ont encore aujourd'hui une incidence en médecine : les femmes font face à des préjugés implicites pouvant nuire à leur embauche, à leur obtention d'une promotion, à leur développement professionnel, à leur bien-être^{9, 10} ainsi qu'à leurs parcours et à leurs choix professionnels^{11, 12}.

Il a été montré, par exemple, que les apprenants des diverses spécialités médicales perçoivent les membres féminins du corps professoral comme étant moins compétentes que leurs homologues masculins¹³. De façon plus générale, les femmes médecins évoluant dans des environnements où règnent de grandes attentes fondées sur le sexe font face à des préjugés implicites qui augmentent le risque qu'elles soient mal perçues par les patients, les apprenants, les collègues et les médecins chevronnés, ou qu'elles aient de mauvaises interactions avec eux^{13, 14}.

Dans la culture médicale actuelle, où les femmes en formation ou en exercice sont souvent simplement tolérées^{17, 18}, la discrimination, le harcèlement et le manque de respect de la part des pairs et des médecins chevronnés^{15, 16} sont courants. Cette réalité nuit probablement beaucoup à l'augmentation de la diversité en médecine (p. ex., médecins ayant un handicap, médecins racisés). La discrimination en milieu de travail n'est pas rare chez les médecins : dans une étude, 51 % des femmes et 31 % des hommes ont déclaré en avoir vécu. La même étude a également montré que les femmes médecins étaient cinq fois plus susceptibles que leurs collègues masculins de rencontrer de l'opposition à l'avancement de leur carrière, et trois fois plus susceptibles d'être victimes de gestes qu'elles jugent irrespectueux ou répressifs dans leur milieu de travail¹⁹. Dans le cadre d'une récente étude portant sur une forme plus subtile de préjugé observée lors de la présentation de conférenciers dans des séances scientifiques, 69 % des femmes ont été présentées par leur titre officiel, comparativement à 79 % des hommes; la disparité était encore plus importante (différence de 23 %) lorsque les présentations étaient faites par des hommes²⁰.

Plus alarmant encore : le harcèlement sexuel, les agressions sexuelles et le sexisme touchent toutes les générations de femmes médecins²¹. Des chercheurs ont montré que 30 % des médecins de sexe féminin et des apprenantes ont été victimes de harcèlement sexuel dans leur milieu de travail ou d'apprentissage; 40 % de ces femmes ont déclaré que le harcèlement était important, et 47 % ont dit qu'il a nui à l'avancement de leur carrière²². Des étudiantes en médecine ont même dit de façon déchirante que ces événements étaient un « rite de passage dégoûtant »²³.

ⁱ Les rôles et les attentes fondés sur le sexe représentent une façon de penser et d'agir généralement basée sur les attentes et les normes de la société; ils forgent l'identité des personnes et influencent les relations qu'elles entretiennent avec elles-mêmes et avec les autres.

INIQUITÉS EN LEADERSHIP

Les préjugés sexistes se manifestent également par le manque de femmes dans les postes de leadership : les femmes sont proportionnellement sous-représentées dans les échelons supérieurs de la médecine universitaire et de l'exercice de la profession.

Les préjugés sexistes se manifestent également par le manque de femmes dans les postes de leadership : les femmes sont proportionnellement sous-représentées dans les échelons supérieurs de la médecine universitaire et de l'exercice de la profession. Par exemple, sur 17 facultés de médecine canadienne, seules deux comptent actuellement une doyenne, et trois autres en ont eu une par le passé, ce qui donne un total de seulement cinq doyennes (13 % des nominations depuis 1999; données non présentées). Même si les données canadiennes sont maigres, des données empiriques semblent montrer que les Canadiennes, comme les Américaines, sont également sous-représentées comme auteures principales, rédactrices en chef, professeures titulaires et directrices de département en médecine universitaire, et sont moins susceptibles d'être directrices générales ou membres du conseil d'administration d'importantes sociétés médicales^{3,24-26}. De nombreux autres facteurs contribuent au nombre limité de femmes dans des postes de leadership médical, dont le manque de mentores chevronnées^{27,28}, le faible taux de parrainage de femmes médecins vers un poste de leadership^{13,29} et le manque de confiance en soi des femmes malgré leur succès indéniable (*syndrome de l'imposteur*)³⁰. L'influence du biais culturel et du harcèlement manifeste ne devrait pas être sous-estimée lors de l'évaluation de la sous-représentation des femmes dans ces postes influents.

INIQUITÉS SALARIALES

Un important facteur systémique pouvant perpétuer les iniquités vécues par les femmes est le système actuel de rémunération des médecins, qui privilégie les tâches de procédures plutôt que les tâches cognitives et les tâches axées sur les soins³¹.

Fait notable, les spécialités médicales bien rémunérées qui fonctionnent beaucoup par procédures ont tendance à compter plus d'hommes que de femmes et à avoir une culture promouvant les comportements de compétition sociale²⁴. Par ailleurs, la tendance des femmes médecins à prendre plus de temps avec leurs patients, à se concentrer sur la santé psychosociale de ces derniers, à les conseiller et à les faire participer à la prise de décisions^{32,33} n'est pas récompensée financièrement par le barème actuel des prestations; les médecins qui optent pour cette façon de soigner sont donc pénalisés, malgré ses avantages pour les patients et les dépenses en santé. Cette situation contribue aux iniquités salariales que connaissent les femmes médecins, dont le salaire annuel moyen en soins primaires et en soins spécialisés est moins élevé que celui des hommes (écarts de 16 % et de 37 %, respectivement)^{34,35}.

Les personnes qui mettent en doute les iniquités salariales entre les sexes invoquent d'autres facteurs comme le choix de spécialité, le nombre d'heures de travail et les décisions visant à améliorer l'équilibre travail-vie personnelle³⁶. Plusieurs études ont toutefois montré que les iniquités salariales persistent même lorsqu'on tient compte de divers facteurs comme la région, l'expérience, la participation à des essais cliniques, le nombre de publications, la spécialité, l'âge, le nombre d'heures de travail et les caractéristiques de la pratique³⁷⁻³⁹.

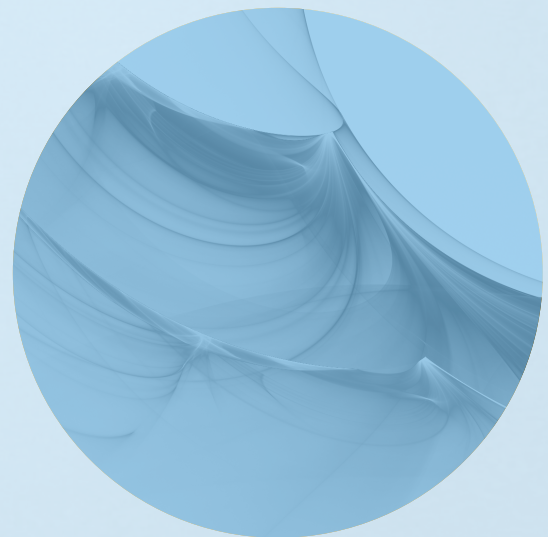
FAMILLE ET RELATIONS

Les femmes continuent d'assumer une grande part des responsabilités familiales et domestiques^{35, 40} et tendent à consacrer beaucoup plus de temps que les hommes aux enfants et aux tâches ménagères^{41, 42}.

La recherche d'un équilibre travail-obligations familiales contribue à la détérioration de la santé et du bien-être des femmes médecins⁴⁴. En outre, les mères médecins peuvent être particulièrement vulnérables à des formes de discrimination telles que l'irrespect, l'exclusion de la prise de décisions administratives ainsi qu'une rémunération et des avantages sociaux distincts (ce qu'on appelle le *mur maternel*)⁴⁵.

Les femmes sont également souvent encouragées par leurs mentors à choisir les spécialités qui semblent offrir le meilleur équilibre travail-vie personnelle, comme l'a souligné une étudiante : « Je ne saurais dire combien de fois on m'a dit que c'était un bon choix de carrière pour une femme¹². » En effet, le nombre de femmes médecins augmente, mais le nombre de femmes choisissant une spécialité en chirurgie n'augmente pas au même rythme⁴⁶. Par ailleurs, le choix de carrière des femmes influence leur décision d'avoir des enfants et le moment auquel elles les auront. Les chirurgiennes sont beaucoup plus susceptibles de retarder la maternité jusqu'à la fin de leurs études³³, en partie parce qu'on juge que la formation en chirurgie est incompatible avec la grossesse et l'éducation des enfants⁴⁷. Il faut également noter que les personnes qui occupent des postes de leadership en administration considèrent parfois que la maternité nuit au bien-être des étudiantes⁴⁷.

Cette disparité est mise en évidence dans les ménages composés de deux médecins et de jeunes enfants : les femmes travaillent en moyenne 11 heures de moins par semaine en milieu clinique pour être en mesure d'assumer les responsabilités ménagères, tandis que les heures de travail des hommes ne changent pas de façon significative⁴³. Il a été démontré que les difficultés liées à la



EFFETS SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

Même si les préjugés sexistes sont souvent involontaires, tout comme leurs conséquences dans la profession médicale, ceux-ci ne sont pas anodins¹³ : ils ont notamment été liés, dans la littérature scientifique, à la mauvaise santé des médecins¹⁰.

Ces données ont été appuyées par les résultats du Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2017, qui a montré que les femmes présentaient des taux considérablement plus élevés de dépression, de pensées suicidaires durant la vie et d'épuisement professionnel que les hommes (tableau 1). Les femmes qui avaient déclaré une consommation d'alcool excessiveⁱⁱ, un épisode de présentéismeⁱⁱⁱ, un faible niveau de collégialité^{iv} ou une insatisfaction en lien avec l'efficacité et les ressources de leur milieu de travail étaient considérablement plus susceptibles que les autres d'être victimes d'épuisement professionnel. Fait important : le risque d'épuisement professionnel était trois fois plus grand chez les femmes insatisfaites de leur équilibre travail-vie personnelle, et neuf fois plus grand chez celles insatisfaites de leur carrière en médecine (tableau 1).

Pour replacer ces données en contexte, il est possible qu'un mauvais équilibre travail-vie personnelle soit lié aux demandes accrues auxquelles les femmes font face à la maison, elles qui continuent à assumer la plupart des responsabilités familiales⁴¹. De plus, le harcèlement et le manque de respect de la part des pairs contribuent à la perception négative de la collégialité en milieu de travail. Finalement, des facteurs comme l'absence d'avancement professionnel et les iniquités salariales favorisent la non-satisfaction à l'égard de la carrière⁴⁸, qui constitue le plus important facteur prédictif d'épuisement professionnel. Ces données laissent croire que si les problèmes relevés ne sont pas réglés, les femmes médecins courent toujours un risque élevé d'épuisement professionnel, ce qui peut, sans un soutien adéquat, avoir de graves conséquences⁴⁹.

ⁱⁱ Consommation d'alcool excessive : Prise de plus de cinq consommations en une seule occasion.

ⁱⁱⁱ Présentéisme : Fait de se présenter au moins cinq fois au travail malgré une maladie physique ou une détresse psychologique.

^{iv} Le niveau de collégialité a été calculé au moyen d'un indice composite tenant compte de quatre éléments, soit le soutien, le respect, l'esprit d'équipe et la capacité de résolution des conflits entre collègues.

MARGINALISATION INTERDÉPENDANTE : RACE, SEXUALITÉ, IDENTITÉ SEXUELLE ET HANDICAP

Même si la formation médicale a commencé à renforcer les compétences sociales et culturelles des étudiants, les quelques données disponibles semblent indiquer que les effectifs médicaux canadiens ne reflètent pas la diversité des patients qu'ils servent^{2,3}. Il a été avancé que l'accroissement de la diversité des effectifs médicaux optimiserait le développement des vraies compétences sociales et culturelles^{3,50}.

Les difficultés sont encore plus grandes pour les femmes qui présentent un ou plusieurs autres déterminants d'iniquité (p. ex., minorité raciale, faible statut socioéconomique, croyances religieuses, appartenance à la communauté LGBTQ2+, handicap)^{51,52}. Des données limitées mettent en évidence la présence de ces difficultés au Canada⁵³⁻⁵⁶, mais ces dernières sont difficiles à explorer en raison de la nature délicate des études dans ces domaines, surtout dans des groupes démographiques restreints. Il est donc important, pour mieux représenter la société changeante, de s'assurer de tenir compte de divers groupes lorsqu'on élabore des programmes et des politiques qui seront déployés à l'échelle du système de santé.

INCIDENCE POSITIVE DU RÔLE GRANDISSANT DES FEMMES EN MÉDECINE

L'augmentation du nombre de femmes médecins a eu des effets marqués sur l'exercice de la profession, la culture médicale, la qualité des soins et l'organisation du système de santé⁵⁷, ce qui a profité aux patients, aux apprenants et au système⁵⁸.

Par exemple, les femmes médecins passent environ 10 % plus de temps que les hommes avec les patients, ce qui réduit de 6 % le nombre de visites par patient⁵⁷. Elles se concentrent également davantage sur la médecine préventive que leurs collègues masculins, permettant ainsi la détection précoce de troubles et la mise en place rapide d'interventions^{59,60}. Les femmes ont aussi le potentiel de faire changer les choses dans la profession médicale, comme l'ont montré l'initiative féminine pour un meilleur équilibre travail-vie personnelle et la mise en œuvre de réformes améliorant l'intégration des soins au moyen d'équipes multidisciplinaires^{3,61}.

L'empathie et le style de communication qu'ont généralement les femmes médecins⁶² favorisent l'établissement de relations de confiance avec les patients, ce qui augmente la satisfaction des patients et favorise leur observance des traitements préventifs et curatifs^{57,63}. La tendance à l'empathie, à l'attention et à la bienveillance des femmes – et probablement les attentes à cet égard – peut également expliquer pourquoi de nombreux patients préfèrent discuter de sujets délicats, comme la santé mentale ou sexuelle, avec une femme médecin⁶⁵. Ces qualités expliquent peut-être aussi les données limitées, mais croissantes, montrant que les patients traités par des femmes présentent des taux réduits de réadmission et de mortalité à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'une hospitalisation^{66,67}.

ÉLAN FAVORABLE DANS LA RECHERCHE DE L'ÉQUITÉ ET DE LA DIVERSITÉ

Malgré la persistance de nombreux enjeux en lien avec l'équité et la diversité dans la profession médicale, de plus en plus de lignes directrices, de politiques et de programmes s'attaquent à certaines des disparités.

programmes de formation créent une plateforme solide capable de soutenir et de stimuler le changement. Cependant, il faudra probablement des efforts plus importants pour accélérer les changements nécessaires à l'atteinte d'une équité et d'une inclusivité complètes^{6, 68}.

En ce qui concerne l'équité entre les sexes, de plus en plus d'initiatives, de cours de leadership et d'occasions de sensibilisation sont mis sur pied. Ces efforts visent souvent à stimuler le dialogue et le soutien, quoique certains tentent de s'attaquer à des disparités persistantes caractéristiques, comme celles en lien avec le financement ou la représentation au sein du leadership universitaire^{4, 5}. Il faut préciser qu'il est difficile d'évaluer l'incidence des programmes dans ce domaine en raison de la nature complexe et multidimensionnelle de l'équité entre les sexes dans la culture médicale; il est donc important d'adopter une perspective intégrée à l'égard de ces nombreuses dimensions et d'agir de façon concertée sur plusieurs niveaux du système⁶⁸ afin de transformer cet élan favorable en résultats concrets.

Outre les organisations et les fédérations nationales exclusivement consacrées à offrir du soutien aux groupes victimes d'iniquités et à leur donner une voix, il semble y avoir un mouvement croissant vers l'équité, la diversité et l'inclusivité dans la formation médicale et professionnelle⁷. Ces initiatives et les changements apportés aux politiques, aux structures organisationnelles et aux

CONCLUSIONS ET ORIENTATIONS FUTURES

Les femmes sont de plus en plus nombreuses au sein des effectifs médicaux, mais font encore l'objet d'iniquités dans de nombreuses sphères de leur vie personnelle et professionnelle^{3, 32}. Les difficultés qu'elles doivent affronter sont grandes et systémiques, et vont au-delà des frontières géographiques, de la spécialité et de l'âge²¹. Ces difficultés sont souvent encore plus grandes pour les femmes qui présentent un deuxième facteur de marginalisation.

Les causes et les conséquences de la marginalisation des femmes médecins et du manque de respect à leur égard ont une origine à la fois individuelle et collective, et sont vivement ressenties sur ces deux plans. S'attaquer aux facteurs d'iniquité est donc une responsabilité partagée. Des mesures devraient systématiquement être prises à l'échelle individuelle et systémique afin de mieux promouvoir une profession dynamique et engagée⁶⁹. La mauvaise santé d'un médecin a des conséquences négatives pour ce médecin, mais également sur les soins aux patients et le système de santé en général⁷⁰⁻⁷², ce qui met davantage en évidence la nécessité de soutenir les médecins, notamment les femmes et les médecins issus d'autres groupes marginalisés.

Pour s'attaquer aux enjeux liés à l'équité entre les sexes et à la diversité dans la profession médicale au Canada, il faut prêter attention au manque de données sur ces enjeux et déployer des efforts concertés dans les organisations et les établissements. Au-delà des données, une conceptualisation à l'échelle individuelle et systémique est également nécessaire pour définir et élever la discussion des parties et des intervenants concernés. La reconnaissance du besoin d'équité, de diversité et d'inclusion nécessite une intervention dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes et des ressources.

Tableau 1.

Analyses de régression logistiques binomiales évaluant les facteurs prédictifs d'épuisement professionnel chez les femmes médecins et les résidents au moyen de données issues du Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2017.

Facteurs prédictifs comportementaux et professionnels	IC à 95 % pour les rapports de cotes				
	Rapport de cotes	Limite inférieure	Limite supérieure	R	Erreur standard
Activité physique	0,85	0,57	1,27	-0,16	0,20
Alimentation saine	1,28	0,81	2,03	0,25	0,23
Médecin personnel	1,33	0,79	2,26	0,29	0,27
Consommation d'alcool excessive*	1,85	1,04	3,29	0,61	0,30
Consommation de substances psychotropes	1,23	0,55	2,77	0,21	0,41
Heures de sommeil	0,83	0,67	1,04	-0,18	0,11
Présentéisme**	2,09	1,15	3,79	0,74	0,30
Collégialité*	2,10	1,17	3,77	0,74	0,30
Satisfaction quant à l'équilibre travail-vie personnelle*	3,11	2,01	4,81	1,13	0,22
Satisfaction quant à la carrière***	9,18	4,71	17,89	2,22	0,34
Satisfaction quant à l'efficacité et aux ressources**	2,10	1,36	3,23	0,74	0,22
Heures de travail	1,01	1,00	1,03	0,01	0,01

* p < 0,05; vol. ** p < 0,01; vol. *** p < 0,001; R = coefficient de régression

RÉFÉRENCES

1. Ciolfe T. Female doctors are on the rise in Canada. 2017. [En ligne]. Accessible ici : www.macleans.ca/politics/free-trade-canada-and-the-u-s-keep-fighting-about-steel/ (consulté le 10 juillet 2018).
2. Répertoire canadien sur l'éducation post-MD. Fiche de renseignements : Tendances selon le sexe dans le cadre de la formation médicale postdoctorale au Canada. Ottawa : Répertoire canadien sur l'éducation post-MD (RCEP); le 20 juillet 2018. [En ligne]. Accessible ici : https://caper.ca/~assets/Fact-Sheet_Gender_trends_in_Canadian_post-MD_training_fr.pdf.
3. Mangurian C, Linos E, Sarkar U, et coll. What's holding women in medicine back from leadership. *Harv Bus Rev*, 19 juin 2018.
4. Bauman MD, Howell LP, Villablanca AC. The Women in Medicine and Health Science program: an innovative initiative to support female faculty at the University of California Davis School of Medicine. *Acad Med*, 2014; vol. 89, n° 11 : p. 1462–1466.
5. Caffrey L, Wyatt D, Fudge N, et coll. Gender equity programs in academic medicine: a realist evaluation approach to Athena SWAN processes. *BMJ Open*, 2016; vol. 6, n° 9 : p. e012090.
6. Attiah MA. The new diversity in medical education. *New Engl J Med*, 2014; vol. 371, n° 16 : p. 1474–1476.
7. Livingston EH, Ginsburg S, Levinson W. Introducing JAMA Professionalism. *JAMA*, 2016; vol. 316, n° 7 : p. 720–721.
8. Walji M. Diversity in medical education: data drought and socioeconomic barriers. *CMAJ*, 2015; vol. 187, n° 1 : p. 11.
9. Fassiotto M, Li J, Maldonado Y, et coll. Female surgeons as counter stereotype: the impact of gender perceptions on trainees of physician faculty. *J Surg Educ*, 2018; vol. 75, n° 5 : p. 1140–1148.
10. Byerly SI. Female physician wellness: Are expectations of ourselves extreme? *Int Anesthesiol Clin*, 2018; vol. 56, n° 3 : p. 59–73.
11. Neumayer L, Kaiser S, Anderson K, et coll. Perceptions of women medical students and their influence on career choice. *Am J Surg*, 2002; vol. 183, n° 2 : p. 146–150.
12. Levine RB, Mechaber HF, Reddy ST, et coll. "A good career choice for women" : female medical students' mentoring experiences: a multi-institutional qualitative study. *Acad Med*, 2013; vol. 88, n° 4 : p. 527–534.
13. Patton EW, Griffith KA, Jones RD, et coll. Differences in mentor-mentee sponsorship in male vs female recipients of National Institutes of Health grants. *JAMA Intern Med*, 2017; vol. 177, n° 4 : p. 580–582.
14. Brescoll VL, Dawson E, Uhlmann EL. Hard won and easily lost: the fragile status of leaders in gender-stereotype-incongruent occupations. *Psychol Sci*, 2010; vol. 21, n° 11 : p. 1640–1642.
15. Cook DJ, Griffith LE, Cohen M, et coll. Discrimination and abuse experienced by general internists in Canada. *J Gen Intern Med*, 1995; vol. 10, n° 10 : p. 565–572.
16. Nora LM, McLaughlin MA, Fosson SE, et coll. Gender discrimination and sexual harassment in medical education: perspectives gained by a 14-school study. *Acad Med*, 2002; vol. 77, n° 12, Partie 1 : p. 1226–1234.
17. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, et coll. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med*, 2014; vol. 89, n° 5 : p. 817–827.
18. Brooks KC. A piece of my mind. A silent curriculum. *JAMA*, 2015; vol. 313, n° 19 : p. 1909–1910.
19. Coombs AA, King RK. Workplace discrimination: experiences of practicing physicians. *J Natl Med Assoc*, 2005; vol. 97, n° 4 : p. 467–477.
20. Files JA, Mayer AP, Ko MG, et coll. Speaker introductions at internal medicine grand rounds: forms of address reveal gender bias. *J Womens Health* (2002), 2017; vol. 26, n° 5 : p. 413–419.
21. Shakil S, Lockwood M, Grady D. Persistence of sexual harassment and gender bias in medicine across generations – us too. *JAMA Intern Med*, 2018; vol. 178, n° 3 : p. 324–325.
22. Jagsi R, Griffith KA, Jones R, et coll. Sexual harassment and discrimination experiences of academic medical faculty. *JAMA*, 2016; vol. 315, n° 19 : p. 2120–2121.
23. CBC Radio. #MeToo in medicine: Culture of silence keeps med students from reporting abuse by their mentors. Le 5 mars 2018. [En ligne]. Accessible ici : www.cbc.ca/radio/whitecoat/metoo-in-medicine-1.4559561/metoo-in-medicine-culture-of-silence-keeps-med-students-from-reporting-abuse-by-their-mentors-1.4559570.

24. Carr PL, Gunn CM, Kaplan SA, et coll. Inadequate progress for women in academic medicine: findings from the National Faculty Study. *J Womens Health* (2002), 2015; vol. 24, n° 3 : p. 190–199.
25. Carnes M, Bartels CM, Kaatz A, et coll. Why is John more likely to become department chair than Jennifer? *Trans Am Clin Climatol Assoc*, 2015; vol. 126 : p. 197–214.
26. Jagsi R, Guancial EA, Worobey CC, et coll. The "gender gap" in authorship of academic medical literature – a 35-year perspective. *New Engl J Med*, 2006; vol. 355, n° 3 : p. 281–287.
27. Zhuge Y, Kaufman J, Simeone DM, et coll. Is there still a glass ceiling for women in academic surgery? *Ann Surg*, 2011; vol. 253, n° 4 : p. 637–643.
28. Sambunjak D, Straus SE, Marusic A. Mentoring in academic medicine: a systematic review. *JAMA*, 2006; vol. 296, n° 9 : p. 1103–1115.
29. Travis EL, Doty L, Helitzer DL. Sponsorship: a path to the academic medicine C-suite for women faculty? *Acad Med*, 2013; vol. 88, n° 10 : p. 1414–1417.
30. LaDonna KA, Ginsburg S, Watling C. "Rising to the level of your incompetence": what physicians' self-assessment of their performance reveals about the imposter syndrome in medicine. *Acad Med*, 2018; vol. 93, n° 5 : p. 763–768.
31. Allin S, Baker M, Maripier I, et coll. Physician incentives and the rise in C-sections: evidence from Canada. *NBER Working Paper Series* n° 21022. Mars 2015. [En ligne]. Accessible ici : www.nber.org/papers/w21022.pdf.
32. Fruehauf T, Clements K. Toward gender parity in Canadian medicine: OMA online visualizations illustrate marked increase in practicing female physicians across Canada over five decades. *Ont Med Rev*, 2018; vol. 85, n° 4 : p. 15–20.
33. Troppmann KM, Palis BE, Goodnight JE Jr, et coll. Women surgeons in the new millennium. *Arch Surg*, 2009; vol. 144, n° 7 : p. 635–642.
34. Grisham S. *Medscape Physician Compensation Report 2017*. Le 5 avril 2017. [En ligne]. Accessible ici : www.medscape.com/slideshow/compensation-2017-overview-6008547 (consulté le 15 Mai 2017).
35. Butkus R, Serchen J, Moyer DV, et coll. Achieving gender equity in physician compensation and career advancement: a position paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2018; vol. 168, n° 10 : p. 721–723.
36. Essary AC, Coplan B. Ethics, equity, and economics: a primer on women in medicine. *JAAPA*, 2014; vol. 27, n° 5 : p. 35–38.
37. Jena AB, Olenski AR, Blumenthal DM. Sex differences in physician salary in US public medical schools. *JAMA Intern Med*, 2016; vol. 176, n° 9 : p. 1294–1304.
38. Jagsi R, Griffith KA, Stewart A, et coll. Gender differences in the salaries of physician researchers. *JAMA*, 2012; vol. 307, n° 22 : p. 2410–2417.
39. Willett LL, Halvorsen AJ, McDonald FS, et coll. Gender differences in salary of internal medicine residency directors: a national survey. *Am J Med*, 2015; vol. 128, n° 6 : p. 659–665.
40. Lent B, Phillips SP, Richardson B, et coll. Promoting parental leave for female and male physicians. Gender Issues Committee of the Council of Ontario Faculties of Medicine. *CMAJ*, 2000; vol. 162, n° 11 : p. 1575–1576.
41. Jolly S, Griffith KA, DeCastro R, et coll. Gender differences in time spent on parenting and domestic responsibilities by high-achieving young physician-researchers. *Ann Intern Med*, 2014; vol. 160, n° 5 : p. 344–353.
42. Woodward CA, Williams AP, Ferrier B, et coll. Time spent on professional activities and unwaged domestic work. Is it different for male and female primary care physicians who have children at home? *Can Fam Physician*, 1996; vol. 42 : p. 1928–1935.
43. Ly DP, Seabury SA, Jena AB. Hours worked among US dual physician couples with children, 2000 to 2015. *JAMA Intern Med*, 2017; vol. 177, n° 10 : p. 1524–1525.
44. Guille C, Frank E, Zhao Z, et coll. Work-family conflict and the sex difference in depression among training physicians. *JAMA Intern Med*, 2017; vol. 177, n° 12 : p. 1766–1772.
45. Adesoye T, Mangurian C, Choo EK, et coll. Perceived discrimination experienced by physician mothers and desired workplace changes: a cross-sectional survey. *JAMA Intern Med*, 2017; vol. 177, n° 7 : p. 1033–1036.
46. Association des facultés de médecine du Canada. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada 2017. Ottawa : Association des facultés de médecine du Canada. [En ligne]. Accessible ici : <https://afmc.ca/sites/default/files/CMES2017-Complete.pdf>.
47. Sandler BJ, Tackett JJ, Longo WE, et coll. Pregnancy and parenthood among surgery residents: results of the first nationwide survey of general surgery residency program directors. *J Am Coll Surg*, 2016; vol. 222, n° 6 : p. 1090–1096.

48. Lorber M, Skela Savic B. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croat Med J*, 2012; vol. 53, n° 3 : p. 263–270.
49. Pospos S, Young IT, Downs N, et coll. Web-based tools and mobile applications to mitigate burnout, depression, and suicidality among healthcare students and professionals: a systematic review. *Acad Psychiatry*, 2018; vol. 42, n° 1 : p. 109–120.
50. Marrast LM, Zallman L, Woolhandler S, et coll. Minority physicians' role in the care of underserved patients: diversifying the physician workforce may be key in addressing health disparities. *JAMA Intern Med*, 2014; vol. 174, n° 2 : p. 289–291.
51. Weeks WB, Wallace TA, Wallace AE. How do race and sex affect the earnings of primary care physicians? *Health Aff (Project Hope)*, 2009; vol. 28, n° 2 : p. 557–566.
52. Weeks WB, Wallace AE. Race and gender differences in general internists' annual incomes. *J Gen Intern Med*, 2006; vol. 21, n° 11 : p. 1167–1171.
53. Singer H. On being a Black woman in medicine: U of T's Chika Stacy Oriuwa. *City & Culture Our Community*. Le 8 février 2018. [En ligne]. Accessible ici : www.utoronto.ca/news/being-black-woman-medicine-u-t-s-chika-stacy-oriuwa.
54. CTV News. Meet Canada's 1st female Indigenous surgeon. Le 26 septembre 2017.
55. Risdon C, Cook D, Willms D. Gay and lesbian physicians in training: a qualitative study. *CMAJ*, 2000; vol. 162, n° 3 : p. 331–334.
56. Moulton D. Physicians with disabilities often undervalued. *CMAJ*, 2017; vol. 189, n° 18 : p. E678–E679.
57. Contandriopoulos A-P, Fournier M-A. Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal; 2007. [En ligne]. Accessible ici : www.amq.ca/fra/PDF/feminisation_final.pdf.
58. Biringer A, Carroll JC. What does the feminization of family medicine mean? *CMAJ*, 2012; vol. 184, n° 15 : p. 1752.
59. Frank E, Harvey LK. Prevention advice rates of women and men physicians. *Arch Fam Med*, 1996; vol. 5, n° 4 : p. 215–219.
60. Lurie N, Margolis KL, McGovern PG, et coll. Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening? *J Gen Intern Med*, 1997; vol. 12, n° 1 : p. 34–43.
61. Levinson W, Lurie N. When most doctors are women: What lies ahead? *Ann Intern Med*, 2004; vol. 141, n° 6 : p. 471–474.
62. Shapiro J, Schiermer DD. Resident psychosocial performance: a brief report. *Fam Pract* 1991; vol. 8, n° 1 : p. 10–13.
63. Bylund CL, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient Educ Couns*, 2002; vol. 48, n° 3 : p. 207–216.
64. Achterberg J. *Woman as Healer*. Boston: Shambhala Publications; 1991.
65. Glauser W. Medicine changing as women make up more of physician workforce. *CMAJ*, 2018; vol. 190, n° 13 : p. E404–E405.
66. Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, et coll. Comparison of hospital mortality and readmission rates for Medicare patients treated by male vs female physicians. *JAMA Intern Med*, 2017; vol. 177, n° 2 : p. 206–213.
67. Wallis CJ, Ravi B, Coburn N, et coll. Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population-based matched cohort study. *BMJ*, 2017; vol. 359 : j4366.
68. Westring A, McDonald JM, Carr P, Grisso JA. An integrated framework for gender equity in academic medicine. *Acad Med*, 2016; vol. 91, n° 8 : p. 1041–1044.
69. Association médicale canadienne. Politique de l'AMC sur la santé des médecins. Ottawa : Association médicale canadienne; 2017. [En ligne]. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD18-01F.pdf>.
70. Andel C, Davidow SL, Hollander M, et coll. The economics of healthcare quality and medical errors. *J Health Care Finance*, 2012; vol. 39, n° 1 : p. 39–50.
71. de Oliveira GS Jr, Chang R, Fitzgerald PC, et coll. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*, 2013; vol. 117, n° 1 : p. 182–193.
72. Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 2016; vol. 353 : i2139.



