

Iniquité de genre en rhumatologie au Canada

Par Jessica Widdifield, Ph. D., et Cory Baillie, M.D., FRCPC

La diversité de genre s'est considérablement améliorée au cours des 25 dernières années dans les services de rhumatologie au Canada. En 1995, les femmes représentaient moins d'un tiers des rhumatologues. La parité a été atteinte en 2015, et la trajectoire est ascendante depuis¹. Malheureusement, de nombreux aspects de l'égalité des genres restent à améliorer. Comme dans les autres spécialités, les femmes rhumatologues gagnent moins², progressent plus lentement dans leur carrière³ et sont confrontées à des risques d'épuisement professionnel plus élevés que leurs homologues masculins⁴. Les raisons qui peuvent expliquer ces disparités sont nombreuses, notamment les préjugés sexistes, qui ont tendance à se manifester dès le début de la formation des médecins. En chirurgie orthopédique, au Canada, les femmes ne représentent que 13 % des effectifs⁵. On pourrait donc penser que le secteur de la rhumatologie a atteint la parité entre les sexes plus rapidement que d'autres spécialités en raison du « curriculum caché » des études de médecine, qui encourage subtilement et ouvertement les étudiantes à s'orienter vers des spécialités plus « douces » et souvent moins bien rémunérées. Cette discrimination systémique s'étend souvent au-delà de l'école de médecine, entraînant une discrimination professionnelle liée à l'embauche, à l'avancement professionnel, aux ententes sur l'administration des soins, aux modes d'orientation; aux méthodes de rémunération des médecins, notamment les modèles de paiement et les barèmes d'honoraires, et aux structures sociétales au sens large⁶. De manière générale, dans le secteur médical, les femmes sont sous-représentées dans les postes de direction⁷, les comités de rédaction des revues⁸ et les statuts d'auteurs et collaborateurs de revue⁹⁻¹¹. Elles reçoivent également moins d'invitations à prendre la parole dans les conférences médicales¹², obtiennent moins de subventions et de bourses¹³, reçoivent des versements moins élevés des laboratoires¹⁴, progressent plus lentement au plan du nombre de publications et de l'avancement de carrière⁷, reçoivent des notes d'évaluation de l'enseignement plus basses¹⁵, sont moins susceptibles de s'orienter vers une spécialité chirurgicale en résidence¹⁶ et sont plus susceptibles d'être victimes de sexisme et de harcèlement sexuel pendant leurs études de médecine et sur leur lieu de travail^{17,18}.

On commence depuis peu à se pencher sur la question de l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes du secteur de la médecine. Le système de rémunération à l'acte des médecins, qui récompense les tâches de procédures et le volume d'actes au détriment de la qualité des soins, est un facteur systémique important qui contribue à perpétuer l'inégalité salariale dont sont victimes les femmes médecins. Les modèles de rémunération qui récompensent le fait de recevoir plus de patients en consultation en moins de temps ont tendance à désavantager les femmes médecins, lesquelles ont tendance à passer plus de temps avec leurs patients^{19,20}. De plus en plus d'éléments démontrent

que les femmes médecins ont des styles de communication plus efficaces, entretiennent des partenariats patient-médecin plus solides^{21,22}, se concentrent davantage sur la santé préventive^{21,23-25} et prodiguent plus souvent des soins conformes aux directives^{24,26,27}, peut-être en raison du temps supplémentaire passé avec chaque patient. Les préjugés d'orientation vers des spécialistes femmes²⁸, et les attentes des patients face aux médecins femmes²⁹, qui sont différentes, peuvent également expliquer qu'elles passent plus de temps avec leurs patients, ce qui peut contribuer à creuser l'écart de rémunération entre les sexes inhérent au modèle de rémunération à l'acte en vigueur. Des enquêtes canadiennes et étasuniennes menées auprès des effectifs du domaine de la rhumatologie ainsi qu'une étude récente sur les factures établies par des rhumatolo-

« Des mesures détaillées ont récemment été proposées pour combler l'écart salarial entre les hommes et les femmes dans le domaine de la médecine au Canada. Elles portent sur le programme d'études de médecine, la transparence sur les paiements versés aux médecins et les pratiques d'embauche et de promotion, et sur d'autres stratégies telles que la centralisation des aiguillages et l'amélioration des programmes de congé parental⁶. »

gues de l'Ontario indiquent qu'en moyenne, les femmes rhumatologues voient moins de patients que leurs homologues masculins et perçoivent donc une rémunération inférieure (écart médian de 46 000 à 102 000 dollars canadiens par an)^{2,30,31}. Cet écart de rémunération ne peut pas s'expliquer uniquement par le fait que les femmes travaillent moins; il est aussi dû à des styles de pratique différents et à d'autres facteurs. Étant donné que l'équité de genre englobe l'équité de traitement entre les hommes et les femmes compte tenu de leurs besoins respectifs, il serait injuste et inutile, pour parvenir à l'équité salariale, d'attendre des femmes qu'elles augmentent le nombre de leurs consultations, autant qu'il serait injuste d'attendre des rhumatologues masculins qu'ils réduisent le leur pour combler cet écart salarial. En outre, vu le montant des frais généraux liés à la gestion d'un cabinet et le manque de soutien financier à l'égard des prestataires de soins paramédicaux (dont il a été démontré qu'il leur permet de gagner en efficacité et d'accepter plus de patients³²⁻³⁴), le système actuel de rémunération à l'acte continuera de creuser l'écart de rémunération entre les sexes en rhumatologie si les rhumatologues masculins restent plus à même de financer des équipes de soins élargies grâce à des

revenus plus élevés. S'il est vrai que plus un cabinet est important, plus ses charges d'exploitation sont élevées, exerçant un impact sur le revenu net des médecins (nous ne disposons pas actuellement de données sur les revenus ou les charges d'exploitation des rhumatologues canadiens pour quantifier précisément la disparité de salaire entre hommes et femmes), l'écart salarial entre hommes et femmes, aussi minime soit-il, engendre des écarts substantiels de richesse de son vivant et à la retraite³⁵.

Des études supplémentaires doivent être effectuées auprès des rhumatologues pour relever toutes les disparités entre les sexes (et déterminer des solutions), mais il faut agir immédiatement pour contribuer à combler cet écart de rémunération entre les sexes en rhumatologie. Des mesures détaillées ont récemment été proposées pour combler l'écart salarial entre les hommes et les femmes dans le domaine de la médecine au Canada. Elles portent sur le programme d'études de médecine, la transparence sur les paiements versés aux médecins et les pratiques d'embauche et de promotion, et sur d'autres stratégies telles que la centralisation des aiguillages et l'amélioration des programmes de congé parental⁶. Ces mesures doivent inclure (1) une réévaluation des barèmes de rémunération afin de rectifier les inégalités fondées sur le sexe, notamment la question de la comparabilité des revenus selon les spécialités médicales et chirurgicales; (2) une réforme des conditions de paiements prévoyant par exemple des facteurs de modification temporelle ou des codes de complexité supplémentaires afin de rémunérer plus équitablement les médecins qui reçoivent des patients présentant des troubles particuliers nécessitant des consultations plus longues; (3) des modèles de rémunération annexes, comme la capitation et le salaire afin d'éviter certaines inégalités; (4) ainsi qu'un financement de soutien des prestataires de soins paramédicaux pour accroître la capacité des services cliniques de rhumatologie. Nous devons également mieux comprendre les besoins des rhumatologues femmes afin de renforcer leur capacité clinique à prendre leurs patients en charge. Le volume de soins prodigués n'est pas un indicateur de substitution parfait pour déterminer la qualité des soins et nous devons nous efforcer de privilégier la valeur par rapport au volume. Toutefois, nous devons rester conscients du fait que le volume de soins prodigués par l'ensemble de la profession demeure important (et que la féminisation croissante de la main-d'œuvre en rhumatologie au Canada peut entraver l'accès aux soins). Il est donc tout également important que les besoins de la population soient satisfaits et que les efforts se poursuivent en mettant en œuvre de nouveaux modèles de soins pour augmenter la capacité de soins. Après tout, en rhumatologie, les patients sont majoritairement des patientes, qui sont également victimes d'inégalité en matière de rapidité d'accès aux soins.

Jessica Widdifield, Ph. D.

Co-présidente, Comité des ressources humaines de la SCR Scientifique, Sunnybrook Research Institute, ICES, Professeure adjointe, Université de Toronto, Institute of Health Policy, Management & Evaluation, Toronto (Ontario)

Cory Baillie, M.D., FRCPC

Professeur adjoint, Université du Manitoba
Ancien président et président du conseil d'administration,
Doctors Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

Références :

- Association médicale canadienne. Profil de la rhumatologie. Ottawa: AMC; 2018.
- Widdifield J, Gately JM, Pope JE, et al. Feminization of the rheumatology workforce: A longitudinal evaluation of patient volumes, practice sizes, and physician remuneration. *J Rheumatol*. 2021; 48:1090-7.
- Jorge A, Bolster M, Fu X, et al. The association between physician gender and career advancement among academic rheumatologists in the United States. *Arthritis Rheumatol*. 2021; 73:168-72.
- Kulhawy S, Widdifield J, Barber C, CRA HR Committee. CRA workforce and wellness survey appointments of physicians throughout academic careers. *Acad Med*. 2011; 86:43-7.
- CMA. Orthopedic surgery profile. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cma.ca/sites/default/files/2019-01/orthopedic-surgery-e.pdf>. Consulté le 31 août 2021.
- Cohen M, Kiran T. Closing the gender pay gap in Canadian medicine. *CMAJ*. 2020;192:E1011-E7.
- Reed DA, Enders F, Lindor R, et al. Gender differences in academic productivity and leadership appointments of physicians throughout academic careers. *Acad Med*. 2011; 86:43-7.
- Ellinas EH, Best JA, Kowalski AM, et al. Representation of women on journal editorial boards affiliated with the association of American medical college's council of faculty and academic societies. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021; 30(8).
- Larson AR, Poorman JA, Silver JK. Representation of women among physician authors of perspective-type articles in high-impact dermatology journals. *JAMA Dermatol*. 2019; 155:386-8.
- Silver JK, Poorman JA, Reilly JM, et al. Assessment of women physicians among authors of perspective-type articles published in high-impact pediatric journals. *JAMA Netw Open*. 2018;1:e180802.
- Levinsky Y, Vardi Y, Gafner M, et al. Trend in women representation among authors of high rank rheumatology journals articles, 2002-2019. *Rheumatology (Oxford)*. 2021.
- Ruzycy SM, Fletcher S, Earp M, et al. Trends in the proportion of female speakers at medical conferences in the United States and in Canada, 2007 to 2017. *JAMA Netw Open*. 2019; 2:e192103.
- Burns KEA, Straus SE, Liu K, et al. Gender differences in grant and personnel award funding rates at the Canadian Institutes of Health Research based on research content area: A retrospective analysis. *PLoS Med*. 2019; 16:e1002935.
- Weng JK, Valle LF, Nam GE, et al. Evaluation of sex distribution of industry payments among radiation oncologists. *JAMA Netw Open*. 2019; 2:e187377.
- Morgan HK, Purkiss JA, Porter AC, et al. Student evaluation of faculty physicians: Gender differences in teaching evaluations. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016; 25:453-6.
- Lorello GR, Silver JK, Moineau G, et al. Trends in representation of female applicants and matriculants in Canadian residency programs across specialties, 1995 to 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e2027938.
- Menon A. Sexism and sexual harassment in medicine: Unraveling the web. *J Gen Intern Med*. 2020; 35:1302-3.
- Choo EK, van Dis J, Kass D. Time's up for medicine? Only time will tell. *N Engl J Med*. 2018; 379:1592-3.
- French F, Andrew J, Awramenko M, et al. Why do work patterns differ between men and women gps? *J Health Organ Manag*. 2006; 20:163-72.
- Franks P, Bertakis KD. Physician gender, patient gender, and primary care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003; 12:73-80.
- Bertakis KD, Franks P, Azari R. Effects of physician gender on patient satisfaction. *J Am Med Womens Assoc (1972)*. Spring 2003; 58:69-75.
- Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. *JAMA*. 2002; 288:756-64.
- Frank E, Harvey LK. Prevention advice rates of women and men physicians. *Arch Fam Med*. 1996; 5:215-9.
- Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling: An analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care*. 2001; 39:128-92.
- Baig AA, Heisler M. The influence of patient race and socioeconomic status and resident physician gender and specialty on preventive screening. *Semin Med Pract*. 2008; 11:27-35.
- Baumhake M, Muller U, Bohm M. Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. *Eur J Heart Fail*. 2009; 11:299-303.
- Berthold HK, Gouni-Berthold I, Bestehorn KP, et al. Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care. *J Intern Med*. 2008; 264:340-50.
- Boesveld S. What's driving the gender pay gap in medicine? *CMAJ*. 2020; 192:E19-E20.
- Ganguli I, Sheridan B, Gray J, et al. Physician work hours and the gender pay gap - evidence from primary care. *N Engl J Med*. 2020; 383:1349-57.
- Barber CEH, Barnabe C, Badley EM, et al. Planning for the rheumatologist workforce: Factors associated with work hours and volumes. *J Clin Rheumatol*. 2019; 25:142-6.
- Battafarano DF, Ditmyer M, Bolster MB, et al. 2015 American College of Rheumatology workforce study: Supply and demand projections of adult rheumatology workforce, 2015-2030. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018; 70:617-26.
- Chehade MJ, Gill TK, Kopansky-Giles D, et al. Building multidisciplinary health workforce capacity to support the implementation of integrated, people-centred models of care for musculoskeletal health. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016; 30:559-84.
- Hooker RS. The extension of rheumatology services with physician assistants and nurse practitioners. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2008; 22:523-33.
- Solomon DH, Bitton A, Fraenkel L, et al. Roles of nurse practitioners and physician assistants in rheumatology practices in the US. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014; 66:1108-13.
- Rao AD, Nicholas SE, Kachniarz B, et al. Association of a simulated institutional gender equity initiative with gender-based disparities in medical school faculty salaries and promotions. *JAMA Netw Open*. 2018; 1:e186054.