

Profession médecin : choix et perspectives selon le genre

Rev Med Suisse 2010; 6: 1438-42

S. Deriaz
L. Bridel
Grosvernier
J.-D. Tissot

Dr Sandra Deriaz
Direction des programmes médicaux
et Service de médecine interne
Pr Jean-Daniel Tissot
Direction des programmes médicaux
Lauriane Bridel Grosvernier
Directrice adjointe des Ressources
humaines
Les Allières
CHUV, 1011 Lausanne
sandra.deriaz@chuv.ch
Jean-Daniel.Tissot@mavietonsang.ch
Lauriane.Bridel@chuv.ch

Being a doctor: the influence of gender on the career choices and prospects
Gender studies of a profession focus on the work distribution between men and women. Sociologists started to study the medical profession in the 80s only. Since it was male-dominated female doctors had no choice but adjusting their behavior to that of men. Nowadays, the majority of the young people interested in becoming a doctor are women. It is mandatory to gain insight into the demographic specificities of the medical population working in a large university hospital (according to sex, age, as well as to the level within the medical hierarchy). It is also important to analyze the key elements that differentiate male and female in their relationship to work and promotion. Finally, it is urgently necessary to change our organizations as well as our practices in order to be able to take into account these major changes of the medical demography.

L'étude du genre dans une profession est l'évaluation de la répartition du travail entre les hommes et les femmes. Les sociologues des professions ne se sont intéressés à la médecine qu'à partir des années 80. Cette profession étant sous l'hégémonie masculine, il semblait évident que les médecins femmes devaient calquer leur comportement sur celui des hommes. Aujourd'hui, la majorité des jeunes s'intéressant à la profession sont des femmes, c'est pourquoi nous devons changer nos organisations et nos pratiques. Il est important de disposer d'une photographie de la répartition de la population médicale d'un hôpital universitaire selon le sexe, l'âge et le degré de responsabilité afin de mieux préciser les éléments de différenciation sur leur rapport au travail et leur promotion.

PREMIERS PAS VERS UNE FÉMINISATION

La féminisation de la profession médicale débute à la fin du XIX^e siècle et les universités suisses sont pionnières dans la formation des femmes. En 1865, Nadejda Souslova, une jeune fille russe, est autorisée à étudier la médecine à Zurich. Elle devient la première doctoresse d'une université mixte d'Europe. Son succès est tout de suite connu des autres Russes, Anglaises et Américaines principalement.¹ L'afflux des étudiantes est de plus en plus important en Suisse; entre 1902 et 1910, elles sont majoritaires à Lausanne. Marie Heim-Vögtlin sera la première Suissesse à obtenir le diplôme de médecin à Zurich en 1874.² Le nombre de Suissesses reste faible car

elles n'ont pas encore accès aux études secondaires. Ce n'est qu'à la fin des années 60 que commence réellement leur afflux dans les facultés de médecine (figure 1).

SITUATION ACTUELLE

Au XXI^e siècle, c'est une majorité de jeunes femmes qui occupe les auditoires des facultés de médecine suisses comme ceux des pays anglosaxons³ et bientôt du reste des pays industrialisés. Actuellement, en Suisse, une majorité des nouveaux diplômés en médecine sont des femmes: 50 à 67% selon l'université en 2007 (OFS), 60% en 2008 à Lausanne. La féminisation gagne progressivement du terrain, d'abord dans les hôpitaux où les jeunes médecins commencent leur formation postgraduée, puis dans la pratique privée.

On compte 30 000 médecins en activité en Suisse: une moitié en pratique privée, l'autre en milieu hospitalier. Les taux de femmes y sont respectivement de 30% et 40%. Ces chiffres sont identiques à ceux des Etats-Unis.⁴ L'observation plus fine de cette féminisation révèle plusieurs phénomènes:

- les femmes sont plus nombreuses dans certaines spécialités ou «niches»;
- leur rapport au travail diffère de celui des hommes;
- l'évolution de leur carrière ressemble à un parcours d'obstacles, limitant ainsi leur accès aux postes les plus élevés de la hiérarchie médicale.



	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2006	2007
Femmes	8	29	22	89	213	273	341	349	333
Hommes	70	244	214	411	592	503	415	245	280
TOTAL	78	273	236	500	805	776	756	594	613

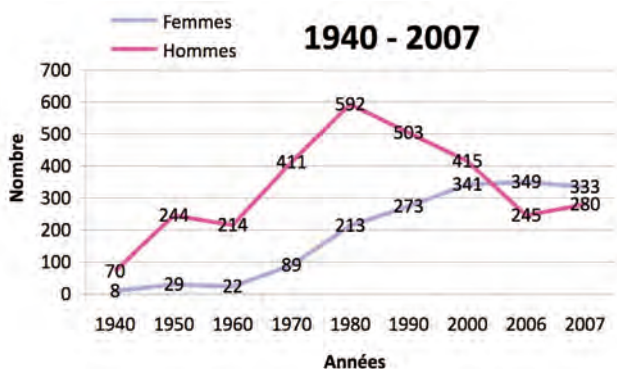


Figure 1. Nombre de diplômés en médecine en Suisse, hommes et femmes, depuis 1940

SÉGRÉGATION HORIZONTALE SELON LE GENRE

L'analyse sociologique de la division du travail selon le genre est édifiante et la lecture des ouvrages de Magdalena Rosende, Elianne Riska ou Catherine Hakim est particulièrement instructive.^{2,4,5} Historiquement, les premières femmes médecins se sont impliquées dans les domaines dépréciés par les hommes. La gynécologie-obstétrique et la pédiatrie ont été fondées par les femmes. Aujourd'hui, une répartition inégale selon le genre persiste dans les spécialités. Les spécialités à prédominance féminine sont la psychiatrie, la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique.^{3,6} Cette répartition semble universelle comme l'attestent de nombreuses études et nous la retrouvons au CHUV (figure 2). On parle alors de ségrégation horizontale, voire de discrimination, dont les raisons sont multifactorielles et sujettes à de nombreux débats; il y a, d'une part les préférences individuelles et, d'autre part, les contraintes externes professionnelles ou sociales. Barbara Buddeberg-Fischer a évalué l'influence du genre sur le choix de carrière des étudiants en médecine de Bâle, Berne et Zurich (tableau 1).⁷ Cette étude montre l'aspect multidimensionnel des choix selon le genre et ceci de manière précoce, dès les années d'études; la pratique de la médecine n'est pas envisagée de la même manière et les attentes sont différentes. De plus, les jeunes femmes inscrivent très tôt leur plan de carrière dans un contexte familial et social.

CONCILIATION ENTRE VIE PROFESSIONNELLE ET VIE PRIVÉE

Investissement professionnel

Dans leur rapport sur les changements liés à la féminisation de la profession en France, Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre soulignent la remise en question de l'éthos professionnel traditionnel (disponibilité permanente); « nous

	Gynécologie	Pédiatrie	Psychiatrie	Médecine interne
Femmes	63%	61%	57%	53%
Hommes	37%	39%	43%	47%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

	Anesthésie	Chirurgie	Orthopédie
Femmes	40%	20%	12%
Hommes	60%	80%	88%
TOTAL	100%	100%	100%

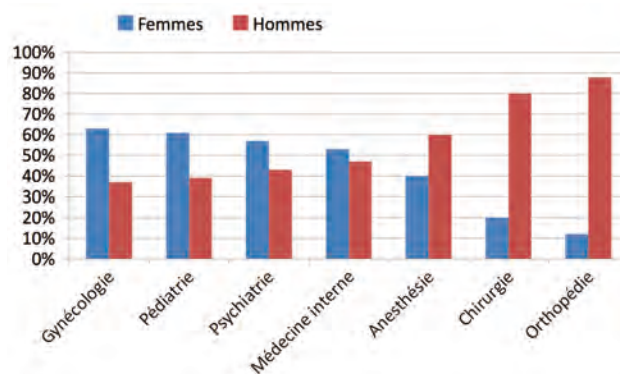


Figure 2. Taux de médecins femmes et hommes exerçant dans les spécialités CHUV, février 2010.

assistons à un changement de référentiel en matière d'organisation du travail».⁸ Autrefois, les hommes se consacraient entièrement à leur activité professionnelle, la gestion du ménage et des enfants étant déléguée à leur épouse. Aujourd'hui, tant les femmes que les hommes revoient profondément leur rapport au travail. Les nouvelles générations souhaitent préserver du temps pour la famille ou d'autres activités sociales. Différentes enquêtes montrent

Tableau 1. Influence du genre et des traits de personnalité sur le choix de spécialisation des étudiants en médecine des universités suisses alémaniques (Adapté de réf.⁷).

Femmes	Hommes
Trait de personnalité	
<ul style="list-style-type: none"> Expressivité Préoccupations extra-professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> Instrumentalité Prestige, revenu et promotion
Spécialité envisagée (selon taux de réponse)	
<ul style="list-style-type: none"> Médecine interne Pédiatrie Gynécologie Médecine générale Chirurgie 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie Médecine interne Médecine générale Pédiatrie
Motivations	
<ul style="list-style-type: none"> Temps pour obtenir la spécialisation Travail proche des patients 	<ul style="list-style-type: none"> Hautes technologies Possibilités de faire de la recherche



que les hommes participent de plus en plus aux tâches domestiques. Toutefois, après la naissance des enfants, la femme y investit en moyenne deux fois plus de temps que les hommes.⁹

Aménagement du mode de travail

Dans la mesure où les nouvelles générations, hommes ou femmes, investissent davantage dans leur vie sociale, il devient urgent de repenser le mode de travail et les conditions d'emploi. De plus, dans un contexte de pénurie, des mesures doivent être prises pour permettre à chaque médecin de poursuivre son activité, notamment après les congés de maternité ou les interruptions professionnelles, quelles qu'en soient les raisons.

Temps partiel

Pour certains médecins, une conciliation entre vie familiale et vie professionnelle n'est possible qu'avec une diminution du temps de travail. Une enquête effectuée pour évaluer la relève médicale dans le canton de Vaud montre que déjà en tant qu'étudiantes, les femmes désirent travailler à temps partiel et que leur nombre augmente au cours des années de formation.¹⁰ De manière intéressante, il faut relever qu'il y a également une part significative d'hommes qui souhaitent limiter leur activité (tableau 2). Il n'est cependant pas certain que les motivations soient les mêmes pour les deux sexes. En effet, une étude réalisée aux Pays-Bas en 2000 montre que 50% des femmes désirent réduire leur temps de travail, à long terme, indépendamment de la présence des enfants. En revanche, si plus de 40% des hommes tiennent également à limiter leur

temps de travail, c'est pour une durée déterminée liée à la présence d'enfants en bas âge.¹¹

Travailler moins ou travailler différemment

Lorsqu'on parle d'aménagement du travail, on entend souvent aménagement du temps de travail. Néanmoins, il existe d'autres solutions qui nécessitent d'être inventif et peut-être de lever certains tabous. Pour certains, il n'est pas envisageable de travailler à temps plein et d'avoir des enfants. Pour d'autres, un mode de travail et des horaires flexibles permettent d'envisager une vie familiale sans renoncer à une activité professionnelle. Une activité même à temps plein peut comporter des moments privilégiés. Des tâches de gestion peuvent être menées avec des horaires prévisibles, voire être effectuées à domicile. De même, grâce aux outils informatiques modernes, des formations peuvent être suivies à distance, *e-learning*. Finalement, aussi en milieu hospitalier, une flexibilité des horaires associée à une solidarité entre médecins devrait permettre de soulager le sentiment de culpabilité du médecin à plein temps devant faire face au stress secondaire à l'avènement d'événements inattendus extraprofessionnels, tels que la maladie d'un enfant. Ce n'est plus le temps passé à l'hôpital qui compte mais bien l'engagement et le résultat. L'aménagement du mode de travail doit donc passer par une définition claire des objectifs permettant au médecin d'être plus ambitieux même si le temps pour les atteindre doit être plus long. Il faut prendre conscience que, pour les nouvelles générations, la vie active durera au moins 40 ans. Il y a certainement de la place pour une parenthèse dans un parcours professionnel, le plus important étant de continuer son activité professionnelle dans de bonnes conditions.

Tableau 2. Taux d'activité souhaité par les étudiants en médecine et les médecins selon le sexe

	Etudiants 2 ^e	Etudiants 6 ^e	Assistants	Chefs de clinique
Femmes	(n=70)	(n=38)	(n=84)	(n=65)
Moins de 50%	1,4	0	6	3,1
50%-79,9%	34,3	52,6	59,5	69,2
80%-100%	64,3	47,4	34,5	27,7
TOTAL	100	100	100	100
Hommes	(n=38)	(n=31)	(n=78)	(n=82)
Moins de 50%	0	0	0	1,2
50%-79,9%	5,3	6,5	14,1	18,3
80%-100%	94,7	93,5	85,9	80,5
TOTAL	100	100	100	100
Ensemble	(n=108)	(n=69)	(n=163)	(n=148)
Moins de 50%	0,9		3,1	2
50%-79,9%	24,1	31,9	37,4	40,5
80%-100%	75	68,1	59,5	57,4
TOTAL	100	100	100	99,9

Distribution du taux d'activité souhaité selon le stade de formation et selon le sexe.

A. Jeannin et al. Relève des médecins dans le canton de Vaud, Raisons de santé 2007.

Notes: Trois personnes dont le stade de formation est inconnu sont exclues de l'analyse.

Deux personnes dont le sexe est inconnu ne figurent que dans le tableau «ensemble».

SÉGRÉGATION VERTICALE OU PLAFOND DE VERRE, GLASS CEILING

La division du travail selon le genre est également verticale. Il y a une majorité de femmes parmi les étudiants, parmi les médecins assistants et, de manière prévisible, parmi les chefs de clinique. En revanche, ce n'est pas le cas au sommet de la hiérarchie académique et hospitalière. Au CHUV, seuls 7% de femmes sont chefs de service (figure 3). Même si la féminisation doit gagner progressivement les échelons hiérarchiques, le nombre de femmes dans les différents niveaux ne correspond pas à celui escompté, reflétant ainsi l'absence de parité des chances.

Exemple du monde académique

C'est le milieu académique qui a été le plus étudié. Les chiffres sont univoques, s'il y a le même nombre de femmes qui s'orientent dans la voie académique, leur nombre aux postes les plus élevés reste faible. Aux Etats-Unis, Lynn Shollen parle de *leaking pipeline*.¹² Toutes les études montrent que ces pertes sont liées aux facteurs d'organisation et aux conditions de travail. Un nombre considérable de barrières a été identifié :

- les femmes publient moins ;
- leurs objectifs de carrière sont moins clairs ;
- elles bénéficient de moins de ressources (temps, argent,



	Médecins assistants (707)	Chefs de clinique (431)	Médecins cadres (315)	Médecins chefs de service et département (57)
Femmes	53%	49%	23%	7%
Hommes	47%	51%	77%	93%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

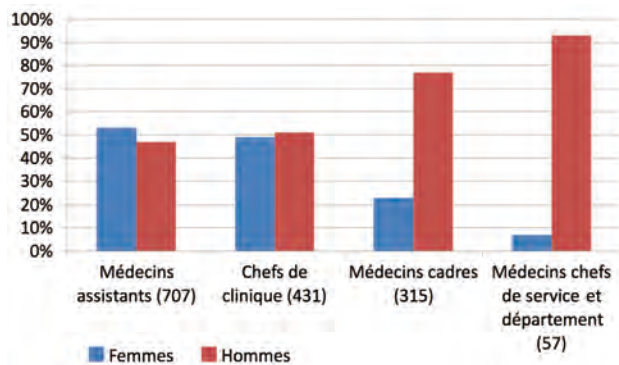


Figure 3. Taux de médecins femmes et hommes selon l'échelon hiérarchique
CHUV, février 2010.

support administratif et espace);

- il existe peu de possibilités de travail à temps partiel.

Il y a également des différences sociales selon le genre: les femmes médecins sont plus souvent célibataires que leurs confrères. Parmi ceux-ci, 59% ont une partenaire qui ne travaille pas ou qui a une activité à temps partiel. Seuls 12% des femmes vivent la même situation. Barbara Buddeberg-Fischer, qui a également comparé les parcours des femmes et hommes dans le milieu académique suisse, arrive aux mêmes conclusions.¹³

Et dans nos hôpitaux?

Dans les hôpitaux universitaires suisses, la promotion à la fonction de cadre est étroitement liée à la progression académique. On demande aux chefs de service de mener de front recherche, enseignement, supervision clinique et gestion d'un service. Cela n'est possible qu'avec un investissement hors norme, souvent au détriment de la vie sociale et familiale. A la lumière de ce qui a été mentionné plus haut, cet engagement sur autant de fronts est difficilement réalisable, tant pour les hommes que pour les femmes, mais de manière plus flagrante pour ces dernières. Les jeunes médecins, hommes et femmes, sont conscients de leurs limites et peuvent se montrer réticents à un tel investissement. De ce fait, il est indispensable d'organiser un partage des tâches à tous les niveaux hiérarchiques, y compris parmi les plus élevés et ainsi revoir les fondements et critères des nominations.

COMMENT FAIRE TOMBER LES BARRIÈRES?

Un article de Debra Meyerson, professeure en management et spécialisée dans la question du genre, est remar-

quable.¹⁴ Trois comportements en réponse à la féminisation y sont décrits:

- l'assimilation: les femmes adoptent le comportement masculin;
- l'adaptation: le système adapte les conditions pour les femmes;
- l'éloge: on souligne la différence entre hommes et femmes et on en tire profit.

Selon elle, ces approches soignent les symptômes mais ne corrigent pas les causes de la discrimination. La solution qu'elle propose est d'identifier chaque élément conduisant à une iniquité, tel que les séances organisées très tôt le matin ou qui débordent systématiquement sur la fin de la journée, des entretiens d'embauche courts qui favorisent les semblables, des critères de sélection ou promotion peu transparents, la rareté ou la dévalorisation des postes à temps partiel (explicite ou implicite), la stigmatisation des absences (y compris contractuelles). Dès que ces mécanismes discriminatoires sont mis en évidence, il s'agit de les discuter, de les mettre en perspective puis de trouver des alternatives qui seront mises en œuvre et évaluées. Chaque victoire, aussi petite soit-elle, *small wins*, est ainsi un pas vers l'égalité et souvent l'efficacité. Ces victoires profitent aussi bien aux femmes qu'aux hommes, mais également, de manière globale, à l'entreprise qui les emploie. Nous avons tous en tête de tels exemples de barrières insidieuses ancrées dans le fonctionnement de nos services; il s'agit de les analyser pour les faire tomber. Ce modèle de Debra Meyerson souligne le fait qu'il ne s'agit pas seulement de faire tomber le plafond mais qu'il faut également modifier les fondations et rebâtir les murs.

ET EN PRATIQUE?

Sur le même principe, en 1990, l'Association of american medical colleges a émis des recommandations. Celles-ci ont été adoptées par d'autres collèges de spécialité, notamment la pédiatrie.¹⁵⁻¹⁹ Au CHUV, afin de préparer les changements, nous avons revu la littérature et repris les recommandations que nous avons qualifiées de critères *family friendly* (tableau 3). Ces critères doivent être en lien étroit avec les structures et l'organisation des services, l'organisation de la formation médicale notamment post-graduée et les systèmes d'évaluation d'objectifs. Finalement, il ne faut pas négliger la place d'une supervision, *mentoring*, adaptée qui doit accompagner ces démarches, en l'adaptant tant aux genres qu'aux nouvelles générations. Afin de concrétiser ces objectifs, une commission permanente, rendant compte à la Direction générale, a été mise en place au sein de notre institution (CHUV). Les travaux de cette commission, appelée «Commission médecins de demain» ont débuté durant l'été 2009, et sur le plan opérationnel, les activités ont été réparties en cinq axes:

- mise en place d'un observatoire de la démographie médicale;
- discussion avec les chefs de service afin de mettre en œuvre des critères *family friendly* dans leurs services;
- mise en place d'une consultation ouverte aux médecins en formation pour leur apporter une aide au développement de leur plan de carrière (hospitalière et/ou acadé-



Tableau 3. Liste non exhaustive de critères pouvant améliorer la conciliation entre vie privée et vie professionnelle ou family-friendly selon une revue de littérature

Suivi du taux de femmes médecins Horaires de travail <ul style="list-style-type: none"> • Outil de gestion • Respect des 50 heures • Flexibilité du modèle de travail • Temps partiels • Job sharing 	Protection de la femme enceinte ou qui allaite <ul style="list-style-type: none"> • Respect de la durée de travail • Aménagement des conditions de travail • Possibilité d'allaiter
Mode de travail <ul style="list-style-type: none"> • Formation à distance • Travail à distance • Emplois combinés (clinique-recherche ou clinique-gestion ou clinique-enseignement) 	Congés prolongés (maladie, maternité, accidents) <ul style="list-style-type: none"> • Contacts pendant la pause • Possibilité de formation pendant la pause • Réintégration après la pause
«Work control» <ul style="list-style-type: none"> • Gestion du temps, agenda • Assistante médicale 	Respect du congé paternité Congé spécial enfants malades Congé non payé pour raisons personnelles
Développement personnel <ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de communication • Ateliers de conduite d'équipe • Ateliers de gestion de projet • Ateliers de gestion du temps 	Infrastructures <ul style="list-style-type: none"> • Structures d'accueil pour enfants • Solution pour enfants malades • Horaires élargis (week end, soirées, etc.)
Plan de carrière <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs clairs • Logbook ou cahier de formation 	Activités sportives sur le site Evaluation des formateurs Coaching clinique (CDC) Parrainage par médecins cadres Mentoring externe Climat positif pour minorités Couples médecins Bourses de mobilité
Evaluation objective du médecin en formation, par rapport aux: <ul style="list-style-type: none"> • Compétences cliniques • Compétences humaines • Compétences de conduite d'équipe • Compétences d'enseignement 	Communication <ul style="list-style-type: none"> • Site Intranet/Internet avec description, conseils

mique), pour analyser les conditions et l'organisation du travail, notamment dans des situations difficiles;

- élaboration d'un programme de *mentoring*;
- développement d'une politique de communication dans les domaines de féminisation et nouvelles générations,

notamment en organisant des colloques et conférences sur ces thématiques.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Aujourd'hui encore, les hommes et les femmes abordent et mènent leur carrière de façon distincte. Les femmes semblent plus souvent la moduler en fonction de considérations familiales. Elles sont de ce fait très sensibles aux conditions de travail qui doivent leur permettre de concilier vie professionnelle et vie familiale. Afin de combattre la discrimination dont elles font l'objet, il importe d'identifier tous les freins (souvent subtils) à cette conciliation et de les modifier. Par ailleurs, une part grandissante d'hommes recherche aussi cet équilibre. Les changements qui pourront être apportés profiteront non seulement aux femmes et aux hommes, mais aussi aux institutions qui les emploient et qui auront le courage d'aborder rapidement les processus qui permettront de modifier radicalement les conditions de travail des médecins en formation et des médecins cadres. ■

Implications pratiques

- A l'heure actuelle, plus de 60% des diplômés en médecine et plus de 50% des médecins-assistants sont des femmes
- Historiquement les femmes ont investi les domaines dépréciés par les hommes (pédiatrie et gynécologie-obstétrique) et, aujourd'hui, une répartition inégale selon le genre persiste dans les spécialités (ségrégation horizontale)
- Le nombre de femmes escompté au sommet de la hiérarchie académique et hospitalière n'est pas atteint (ségrégation verticale). Il est urgent d'identifier les barrières freinant leur promotion aussi subtiles soient-elles pour les faire tomber
- Les hommes comme les femmes recherchent une conciliation entre vie privée et vie professionnelle, *work-life balance*. De ce fait, il faut modifier rapidement et de façon radicale les conditions de travail des médecins en formation et des médecins cadres

Bibliographie

- 1 Lipinska M. Histoire des femmes médecins. Thèse de médecine de Paris No 613, 1900.
- 2 * Rosende M. Parcours féminins et masculins de spécialisation en médecine. Zurich: Editions Seismo, 2008.
- 3 ** McMurray J, Angus G, Cohen M, et al. Women in medicine: A four-nation comparison. *J Am Med Women Assoc* 2002;57:185-90.
- 4 Riska E. Medical careers and feminist agendas. Berlin: Editions Walter de Gruyter, 2001.
- 5 Hakim C. *Work-Lifestyle Choice in the 21st Century*. Oxford University Press, 2000.
- 6 Taylor K, Lambert T, Goldacre M. Career destinations, views and future plans of the UK medical qualifiers of 1988. *J R Soc Med* 2010;103:21-30.
- 7 ** Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, et al. The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. *Swiss Med Wkly* 2003;133:535-40.
- 8 Lapeyre N, Lefeuvre N. Féminisation du corps médical et dynamique professionnelles dans le champ de la santé. *RFAS* 2005;1:59-81.
- 9 Strub S, Bauer T. Répartition du travail entre les sexes. Etat des lieux. Etude comparative de la répartition du travail non rémunéré et rémunéré dans les familles en Suisse et au niveau international. Berne, 2002. Disponible sur: www.fairplay-at-home.ch
- 10 Jeannin A, Meystre-Agostoni G, Paccaud F. Relève des médecins dans le canton de Vaud. *Raisons de santé*, 2007.
- 11 Heiligers Ph, Hingstman L. Career preferences and the work-family balance in medicine: Gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med* 2000;50:1235-46.
- 12 Shollen L, Bland C, Finstad D, et al. Organizational climate and family life: How these factors affect the status of women faculty at one medical school. *Acad Med* 2009;84:87-94.
- 13 * Buddeberg-Fischer B, Leemann R, Klaghofer R. Sociodemographic and career aspects in female and male faculty members of Swiss medical schools. *Swiss Med Wkly* 2003;133:318-22.
- 14 Meyerson D, Fletcher J. A modest manifesto for shattering the glass ceiling. *Harvard Business Review* 2000;127-36.
- 15 Fried L, Francomano C, MacDonald S, et al. Career development for women in academic medicine: Multiple interventions in a Department of medicine. *JAMA* 1996;276:898-905.
- 16 ** Shrier D, Shrier L, Rich M, et al. Pediatricians leading the way: Integrating career and a family/personal life over the life cycle. *Pediatrics* 2006;117:519-22.
- 17 Bickel J, Wara D, Atkinson B, et al. Increasing women's leadership in academic medicine: Report of the AAMC project implementation committee. *Acad Med* 2002;77:1043-61.
- 18 Heller A, Heller S. Die familien-freundliche Klinik. *Anaesthesist* 2009;58:571-81.
- 19 * Reed V, Buddeberger-Fischer B. Career obstacles for women in medicine: An overview. *Med Educ* 2001; 35:139-47.

* à lire

** à lire absolument