

Abstract - Groupe n°33

## **Concilier maternité et carrière médicale dans le canton de Vaud : freins et ressources**

Lucía Fernández, Klara Leenknecht Kohiyama, Alexia Lucciola, Inês de Moura Pereira, Melanie de Rooij

### *Introduction*

Bien que le nombre de femmes en études de médecine dépasse celui des hommes depuis 2019, leur proportion diminue à mesure que la carrière progresse. Elles représentent 58,6% des médecins-assistants, mais seulement 12,4% des médecins chefs (1). Ces constats soulèvent la question des barrières plus ou moins visibles dans la progression de carrière des femmes médecins. Nous formulons l'hypothèse que ces inégalités de genre sont en partie liées aux impacts différenciés de la parentalité sur les carrières dans les soins. Malgré une problématique documentée depuis plusieurs décennies et l'existence de ressources comme le temps partiel ou les structures de garde partenaires, ces mesures semblent encore insuffisamment exploitées dans les institutions médicales, car les inégalités persistent (2). Par exemple, « les mères médecins font plus de compromis relativement à leur carrière que les pères médecins, si bien qu'elles ont moins souvent d'enfants que les hommes médecins » (3). De plus, la littérature présente de nombreuses lacunes, car si plusieurs études évoquent divers freins et diverses ressources, peu d'entre elles développent la manière de les appliquer. Notre travail vise donc à comprendre l'écart entre les mesures existantes et la réalité des faits (4), avec la question de recherche suivante : Quels sont les freins et les ressources que rencontrent les femmes médecins dans la conciliation de leur carrière avec un projet de parentalité dans le canton de Vaud ?

### *Méthode*

Pour réaliser ce travail selon une approche qualitative, nous avons commencé par mener une revue de littérature via la plateforme *Pubmed*, puis nous avons mené 9 entretiens semi-directifs. Nous avons interrogé deux membres des ressources humaines d'un hôpital, une représentante d'Artemia (entreprise spécialisée sur les enjeux d'inégalités de genre au travail), la directrice d'un centre de vie enfantine, une sociologue, une représentante de l'ASMAV (Association Suisse des Médecins Assistant.e.s et chef.fe.s de clinique section Vaud), une fonctionnaire du Bureau International du Travail, une médecin du travail, ainsi qu'un médecin chef de service et un médecin associé de deux différents services d'un centre hospitalier.

### *Résultats*

Les femmes médecins font face à des obstacles de carrière moins rencontrés par leurs homologues masculins, notamment en raison de freins individuels, institutionnels et sociétaux qui s'imbriquent et s'entretiennent. Au niveau individuel, nos interlocuteurs et la littérature rapportent notamment la difficulté qu'ont les femmes enceintes et jeunes parents à déléguer certaines tâches, ou à demander des aménagements, par peur de surcharger leurs collègues. Ils soulignent par ailleurs l'impact de la grossesse sur le curriculum vitae ou sur les recommandations professionnelles.

Ces mécanismes d'auto-censure sont largement influencés par des facteurs institutionnels, notamment l'absence de protocoles systématiques lors de l'annonce d'une grossesse ou de besoins d'aménagements pour contraintes parentales, ainsi que la méconnaissance des mesures de protection existantes. L'application d'un dispositif OProMa conforme, avec évaluation des risques professionnels puis adaptation du temps et des horaires de travail, dépend encore trop souvent de l'initiative du ou de la chef.fe de service, entraînant ainsi des pratiques variables, comme observé lors des entretiens menés dans deux services au sein d'un même hôpital. De plus, le modèle de carrière médicale, souvent pensé autour d'une progression continue et d'une forte disponibilité, semble parfois peu compatible avec certaines réalités liées à la maternité, notamment le travail à temps partiel ou le congé maternité. En particulier, certaines rotations cliniques ne sont pas possibles en temps partiel.

Au niveau sociétal, la répartition du travail professionnel et parental reste genrée, dans la mesure où il est attendu de la femme qu'elle s'occupe davantage des enfants et de l'homme qu'il travaille à temps plein. Ainsi, quand il y a un manque de solution de garde ou de soutien familial, ce sont souvent les femmes qui réduisent

leur activité professionnelle, parfois malgré elles. Cette réduction peut freiner leur progression de carrière et entraîner une « discrimination maternelle » lors du recrutement ou de l'accès aux promotions.

Des ressources institutionnelles peuvent toutefois réduire ces obstacles. La communication joue un rôle central, car un bon climat de travail facilite une annonce de la grossesse précoce qui permettra d'anticiper l'organisation du travail et d'adapter les tâches de l'employée enceinte, mais aussi de limiter la surcharge pour ses collègues. Elle facilite également l'orientation de la collaboratrice concernée vers les ressources disponibles, telles que l'ASMAV, le soutien syndical, la médecine du travail et les ressources humaines.

Certains ajustements doivent se poursuivre après la naissance de l'enfant, et le retour de congé doit être préparé pour faciliter et soutenir la reprise professionnelle. Comme l'ont souligné nos interlocuteurs, bien que cela dépende de la volonté de chaque femme, la majorité diminue son taux de travail à la reprise. Ainsi, selon les services, il est possible de mettre en place un partage de poste, avec un chevauchement des taux pour garantir une continuité de transmission des patients, tout en maintenant la progression professionnelle de la collaboratrice. Pour préparer au mieux le retour du congé, une discussion pluridisciplinaire intègre le service concerné, les ressources humaines, la médecine du travail et la collaboratrice est clé.

La conciliation ne dépend pas uniquement de l'environnement professionnel, mais aussi des possibilités de garde des enfants. Bien que les soignants bénéficient de places prioritaires dans certaines garderies partenaires, cette ressource reste lacunaire, car elle ne répond pas suffisamment aux besoins des parents, notamment en matière de flexibilité des horaires, de contrats irréguliers ou de solutions de garde d'urgence.

### *Discussion et conclusion*

Les résultats montrent que des ressources existent, mais semblent encore insuffisantes face aux freins persistants, indiquant une importante marge de progression. Cela implique de repenser la maternité non pas comme un enjeu individuel, à l'origine d'inégalités dans l'application des mesures et le respect des droits des employées – comme constaté entre différents services dans un même hôpital –, mais comme un enjeu sociétal. Des mesures telles qu'un congé parental mieux réparti permettraient d'impliquer davantage les deux parents dans les ajustements liés à l'arrivée d'un enfant et pourraient limiter les obstacles professionnels qui pèsent encore majoritairement sur les femmes médecins.

Plusieurs limitations identifiées découlent de manière plus ou moins directe des freins sociétaux, ce qui en fait un levier clé. Cependant, les institutions peuvent et doivent également contribuer à une évolution de la société, par exemple en valorisant le temps partiel, autant pour les femmes que pour les hommes, en améliorant la communication sur les mesures existantes et surtout en réduisant la connotation négative d'une grossesse au sein d'un service. Une harmonisation des recommandations et des protocoles au sein d'une institution semble également essentielle.

Prendre soin de nos femmes médecins mères n'est pas un combat féministe isolé, mais un enjeu collectif dans l'intérêt de tous,tes, puisqu'en améliorant leur participation au travail, on contribue également au maintien de la qualité des soins. Cela permet aussi de repenser le modèle patriarcal du système de soins auquel les jeunes hommes ne s'identifient plus. Si la loi contribue à façonner les normes sociales, celles-ci peuvent également promouvoir l'évolution de la loi. La simple féminisation d'une profession ne permet pas de garantir l'équité. C'est pourquoi il importe d'être proactif afin de faire évoluer notre société en s'attaquant, notamment, aux stéréotypes de genre.

### *Références*

1. Hostettler S, Kraft E. Peu de femmes aux postes de cadre. BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES.
2. Willett LL. Supporting Physician Pregnancy: What Is Taking So Long? Acad Med. 2022;97(7):958-60. DOI: 10.1097/ACM.0000000000004671
3. Biju S, Madden C, O'Connor P, Byrne D, Humphries N, Jeffrey G, et al. Fertility, family planning, pregnancy and motherhood among women doctors working in the EU and UK: a scoping review. BMJ Open. 2025;15(12):e105560. DOI: 10.1136/bmjopen-2025-105560
4. Chesak SS, Yngve KC, Taylor JM, Voth ER, Bhagra A. Challenges and Solutions for Physician Mothers: A Critical Review of the Literature. Mayo Clin Proc. 2021;96(6):1578-91. DOI: 10.1016/j.mayocp.2020.10.008

### *Mots clés :*

Carrière médicale ; Maternité ; Conciliation ; Femmes médecins

Lausanne, le 25 juin 2026

# Concilier maternité et carrière médicale dans le canton de Vaud: freins et ressources

Lucía Fernandez Veloso, Klara Leenknecht Kohiyama, Alexia Lucciola, Inês de Moura Pereira, Melanie de Rooij

## INTRODUCTION

Bien que le nombre de femmes en étude de médecine dépasse celui des hommes depuis 2019, leur proportion diminue à mesure que la carrière progresse : elles représentent 58,6% des médecins-assistants mais seulement 12,4% des médecins chefs<sup>1</sup>. Cette sous-représentation pourrait être **en partie** expliquée par une difficulté à **concilier maternité et profession médicale**, notamment dû à des **barrières** plus ou moins visibles **empêchant les jeunes femmes d'accéder à des postes à responsabilité**. Malgré une problématique documentée depuis plusieurs décennies et l'existence de ressources comme le temps partiel ou les structures de garde, ces mesures semblent encore **insuffisamment exploitées** dans les institutions médicales car les **inégalités persistent**. Par exemple, « les mères médecins font plus de compromis relativement à leur carrière que les pères médecins », si bien qu'elles « ont moins souvent d'enfants que les hommes médecins »<sup>2</sup>. Notre travail vise donc à comprendre l'écart entre les mesures existantes sur le papier et la réalité des faits avec la question de recherche suivante :

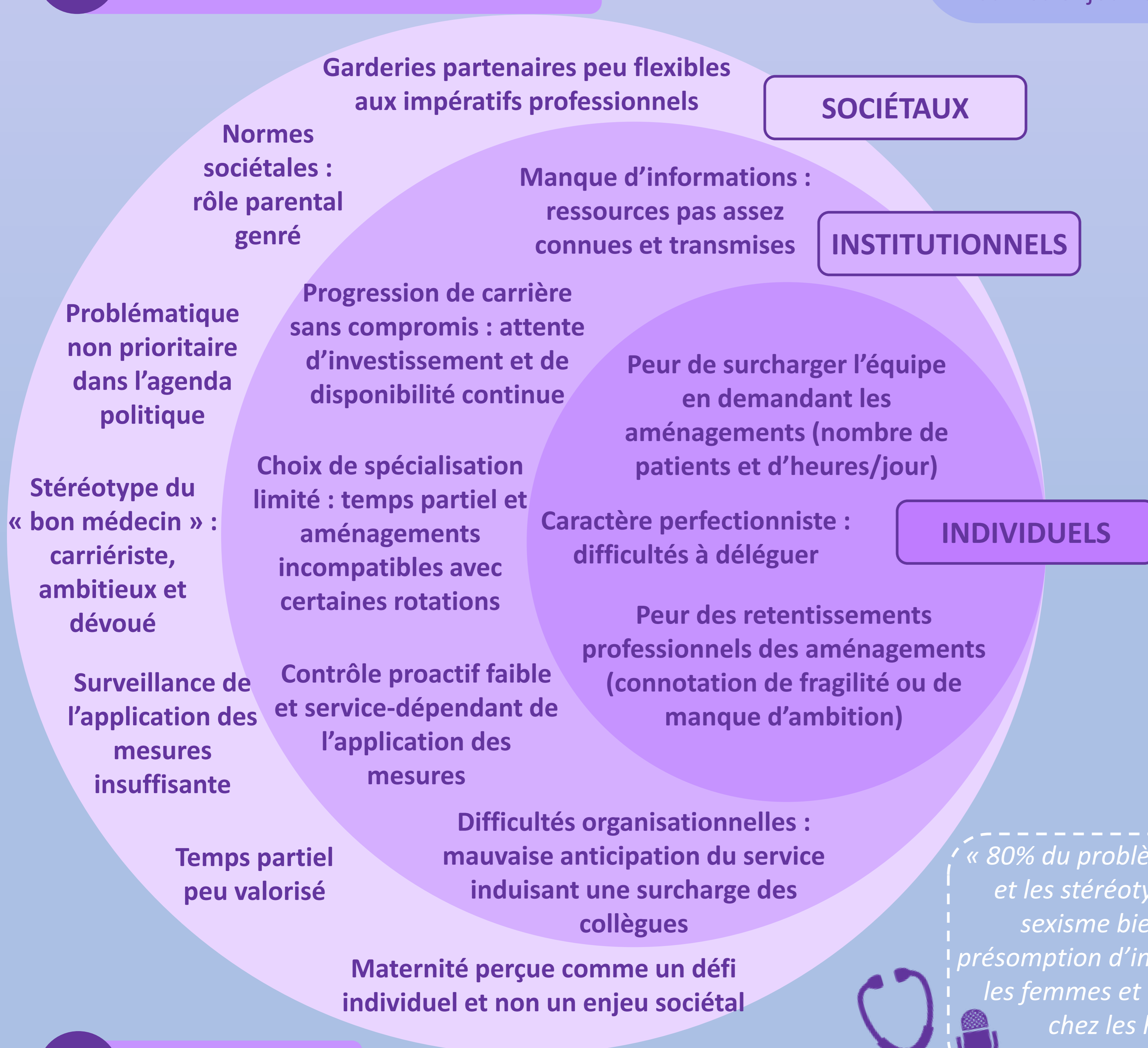
Quels sont les freins et les ressources que rencontrent les femmes médecins dans la conciliation de leur carrière avec un projet de parentalité dans le canton de Vaud ?

## OBJECTIFS

- Identifier les différents freins et leurs impacts sur la conciliation entre maternité et carrière médicale
- Identifier les ressources à disposition pour améliorer cette conciliation
- Comprendre l'écart entre les mesures proposées et la réalité des faits

## RÉSULTATS

### A) Freins à la conciliation



### C) Solutions

- **Congé parental**: rééquilibrage des responsabilités familiales et neutralisation des pénalités professionnelles pesant sur les femmes
- **Accessibilité du temps partiel** (hommes et femmes)
  - Promouvoir le temps partiel chez les hommes, développer le job-sharing
- **Développer le réseau d'accompagnement**
  - Création d'une équipe RH dédiée aux conditions de travail
- **Optimiser la communication** : bonne organisation et entente au sein du service
  - Favoriser le chevauchement des job-sharing (60%/60% plutôt que 50%/50%) pour garantir une bonne transmission des patients
  - Promouvoir une communication horizontale permettant aux médecins d'oser exprimer leurs besoins et demander des aménagements
- **Environnement de travail** : perception de la grossesse au sein des services
  - Promouvoir un environnement de travail plus inclusif, lutter contre le sexisme bienveillant
- **Centralisation et contrôle des mesures** :
  - Uniformiser et contrôler l'application des mesures dans les institutions et les équipes
- **Développement de garderies spécialisées**
  - Flexibilité des horaires

## MÉTHODE

Revue de littérature sur Pubmed  
9 Entretiens semi-directifs

- 1 sociologue
- 1 directrice de crèche
- 1 fonctionnaire du bureau international du travail (BIT)
- 1 représentante d'Artemia (entreprise spécialisée sur les enjeux d'inégalité de genre au travail)
- 2 membres des ressources humaines d'un hôpital
- 1 membre de l'association suisse des médecins assistant.e.s et chef.fe.s de clinique du canton de Vaud (ASMAV)
- 2 médecins hospitaliers
- 1 médecin du travail

### B) Ressources

- **OProMa** = Ordonnance sur la protection de la maternité au travail
  - Limitation des expositions dangereuses, interdiction du travail de nuit, limitation du temps de travail à 9h max, temps de pauses supplémentaires, droit à l'allaitement, etc
- **Organisation** : horaires aménagés, créneaux et salles d'allaitement, anticipation (trouver un remplacement, analyse des risques et application de l'OProMa)
- **Bonne communication** : permettre annonce précoce de la grossesse et demander les adaptations nécessaires, accessibilité de l'information sur les droits (flyer, entretiens)
- **Postes à temps partiel, Job-sharing**
- Contrats irréguliers des garderies partenaires, importance du soutien familial
- **Soutien** de l'équipe et chef.fe de service, RH, médecine du travail, ASMAV

« Les mesures sont loin d'être appliquées dans tous les services ! Elles dépendent du bon vouloir du / de la chef.fe. »  
- Médecin associé d'un hôpital

« 80% du problème sont les biais et les stéréotypes comme le sexisme bienveillant, la présomption d'incompétence chez les femmes et de compétence chez les hommes »  
- Membre d'Artemia

## CONCLUSION

Malgré l'existence de **ressources**, celles-ci ne sont **ni assez appliquées**, ni assez **connues** des différents partis concernés (femmes enceintes, chef.fes, etc.) pour contrer les différents freins. Cela a des **conséquences** tant sur les **carrières** des femmes (plus de temps partiel par rapport aux hommes, moins d'accès aux postes à responsabilité, plus de compromis sur le choix de spécialité), que sur leur **santé physique et mentale** (taux de burnout plus élevé, grossesses à risque, recours à la procréation médicalement assistée)

La **féminisation de la profession médicale** dans un contexte de **manque croissant de médecins**, fait de cette problématique un **combat collectif** dans l'intérêt de tous.tes et non un enjeu uniquement féministe et isolé. En effet, **prendre soin des femmes médecins, c'est prendre soin de la société** et du **système de santé** dans son ensemble, car elle assure une **meilleure participation** des femmes au travail et une **meilleure qualité des soins** prodigués.

En outre, les débats autour d'un **congé parental** et l'accroissement du **temps partiel chez les hommes**, illustrent une volonté croissante de **répartir les tâches** domestiques et parentales **plus équitablement** que par le passé. Cette solution participerait à la **neutralisation** des **pénalités professionnelles** pesant, à l'heure actuelle, majoritairement sur les femmes.

**Remerciement** : Nous remercions chaleureusement notre tutrice Isabelle Siffert, ainsi que toutes les personnes interviewées pour leur précieuse collaboration.

**Contacts** : lucia.fernandezveloso@unil.ch, klara.leenknechtkohiyama@unil.ch, alexia.lucciola@unil.ch, ines.demourapereira@unil.ch, melanie.derooij@unil.ch