

La féminisation de la chirurgie

On ne peut pas considérer l'arrivée des femmes en médecine comme l'investissement d'un nouveau secteur mais plutôt comme celui d'une prise de position hiérarchique. (N. Lapeyre)

La place des femmes dans le soin (le *care* des Anglo-Saxons) n'est pas nouvelle. Depuis le fond des âges, parée de pouvoirs plus au moins magiques, de la sorcière à l'aimable matrone, la femme est toujours intervenue sur les corps, en particulier des femmes et des enfants pour délivrer ou



apaiser. Ce qui est nouveau c'est la position hiérarchique que la femme occupe de façon croissante dans le corps médical et ce depuis une quinzaine d'années (Lapeyre 2005).

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. L'inscription au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) en vingt ans, entre 1988 et 2008, a augmenté de 14 % pour les hommes et de 159 % pour les femmes. Au 1^{er} janvier 2009, 52 % des nouveaux inscrits au CNOM sont des femmes. Cette pénétration du monde médical est le fruit d'un long combat d'autant plus « visible » dans le milieu chirurgical que ce dernier était jusque-là, en dehors de la gynécologie obstétrique, quasi exclusivement masculin. Cette longue histoire a laissé des traces, a structuré un corps, des comportements, un discours et l'on entend le poids de ce discours dans la situation faite aux femmes

Dans les nouvelles générations d'étudiants en médecine, les femmes représentent 65 % des effectifs. Nombre d'entre elles se destinent aux spécialités chirurgicales. 40 % des postes de chirurgie ont été choisis par des femmes à l'examen classant national en 2008. Cette féminisation massive pose de nombreuses questions, qu'il faut aborder, sous des angles divers : historiques, démographiques, sociologiques et politiques. Dans un milieu chirurgical, encore massivement masculinisé et dans un corps médical vieillissant, quelles modifications apportent les femmes aux méthodes de travail ? Quelle organisation du travail désirent-elles ? En quoi bouleversent-t-elles les façons d'exercer la chirurgie, et comment, dès lors, envisager son métier de chirurgien, que l'on soit homme ou femme ? Pour anticiper ces changements, ces questions entre autres, doivent être posées pour éviter des conséquences néfastes tant sur l'égalité d'accès aux soins que sur la continuité des ceux-ci.

en médecine depuis la nuit des temps.

Aujourd'hui, 67 % des étudiants en médecine sont des femmes et, en 2008, 40 % des postes de chirurgie ont été choisis par des femmes à l'examen classant national (ECN) qui détermine la filière, et de fait, la carrière dans une spécialité. *De facto* plus de 40 % des chirurgiens seront donc des femmes en 2015, à l'achèvement de leur cursus.

Pour appréhender globalement le sens profond de cette évolution de la démographie médicale, il faut interroger la parcellisation de savoirs spécialisés et sans aucun doute convoquer différents *logos*. La parité hommes femmes dans le corps médical dans son ensemble, chose faite depuis janvier 2009, alors qu'elle était annoncée pour 2015

dans les analyses prévisionnelles d'il y a cinq à six ans, c'est de l'Histoire. La diminution de près de 30 % des hommes dans les professions médicales à ce même horizon, c'est de la sociologie. Les termes, il est vrai, peuvent être inversés. La distribution des uns et des autres, c'est de la démographie. La diminution du nombre de médecins spécialistes et généraux (évaluée respectivement à 10 et 15 % à l'horizon 2025) relève de la politique. Le contingent féminin de 67 % de reçues sur les 50 000 candidats au concours 2009 d'entrée en médecine (PCEM1), c'est de l'Histoire, de la politique et de la sociologie mêlées (Moutet 2010).

Le problème de la féminisation des effectifs chirurgicaux est-il une vraie « fausse question » ? Les mœurs, l'investissement au travail changent, la société dans son ensemble se féminise. « On ne peut sans doute pas penser la question des sexes si on l'isole pour en faire une question en soi » et « il ne faut pas oublier que l'émergence des catégories universelles d'homme et de femme est indissociable de la notion moderne d'individu » (Théry, 2007). Toute une génération élevée dans une société moderne fondée sur l'individualisme et le développement personnel participe aux changements des pratiques médicales. En France la gestion de ce type de problèmes est différente de celle mise en place dans les pays anglo-saxons, et la prise en compte de la dimension sexuée de la vie sociale dans l'analyse des faits de société se révèle toujours plus douloureuse et problématique.

Cette féminisation survient, de plus, dans un contexte de vieillissement de la population générale mais aussi de celle des médecins. Au 1^{er} janvier 2009, 55 % du corps médical français avait plus de 50 ans et les plus de 55 ans sont concentrés en chirurgie et en anesthésie réanimation, ce qui peut poser des problèmes de disponibilité jusque-là ignorés.

La question de la féminisation de la médecine a été abondamment abordée ces dernières années après un long délaissement, voire un évitement coupable, par les instances de toute

nature, professionnelles ou non. Le sujet émerge à la conscience des politiques qu'ils soient misogynes ou non. Les études sur la féminisation de la médecine sont maintenant nombreuses et documentées, riches en diagnostics et en descriptions fournies et détaillées. Elles n'offrent cependant presque aucune proposition sur les conduites à tenir, et très peu d'informations spécifiques sur le monde chirurgical.

LE CONTEXTE HISTORIQUE

À l'instar d'Agnodice, Athénienne du IV^e siècle avant J.-C., qui, bravant les interdits, soignait travestie en homme sous le nom de Mithridate, on découvre en 1865, à la mort de Sir James Barry, que cet ancien élève d'Astley Cooper à Oxford, héros de Waterloo, inspecteur général des hôpitaux de sa très gracieuse majesté britannique, était une femme, née Margaret Ann Bulkey. Celle-ci n'avait pu accéder à la chirurgie, puis à un poste élevé dans la hiérarchie militaire médicale que par cette supercherie !

La femme a dû lutter durement pour accéder à la reconnaissance de ses compétences médicales et plus encore chirurgicales, de la part des hommes médecins bien plus que de la part du public.

En France, les femmes n'ont accès au baccalauréat qu'à partir de 1867, et les facultés de médecine leur restent interdites. Madeleine Brès, fille d'un charpentier nîmois, jeune veuve avec trois enfants, obtient en 1866 du doyen Würtz le droit de s'inscrire à la faculté de médecine de Paris si auparavant elle est reçue au baccalauréat, ce qu'elle fait en 1868. Elle devient la première femme française docteur en médecine en 1875 avec la mention « extrêmement bien ». Malgré des états de service élogieux pendant la guerre de 1870 et le soutien de Broca, on n'autorise pas Mme Brès à présenter le concours de l'externat. Le conseil de surveillance de l'assistance publique précise « qu'il n'autorisait pas une telle innovation ».

Les arguments naturalistes concernant le manque de force physique de la femme, sa faiblesse une fois par mois, sa nature esthétique « belle et délicate », sa sensibilité naturelle à la vue du sang, ont longtemps été utilisés pour justifier le refus de voir les femmes pénétrer le monde chirurgical. Ils le sont parfois encore aujourd'hui et dans les mêmes termes que ceux qui précèdent empruntés littéralement à J.-M. Charcot, lors de la soutenance de thèse de Mme Caroline Schultze à Paris en 1888. On retrouve aussi bien souvent la remarque perfide de Charcot déclarant : « Ce n'est jamais un rôle secondaire qu'elles ont la

prétention de remplir, quand elles veulent remplacer les hommes. Sinon pourquoi ne pas se contenter d'être infirmière ou sage-femme? »

Jusque vers les années cinquante, les promotions d'internes des hôpitaux de Paris (IHP) ne comptent que peu de femmes – aucune à deux par an. Les femmes chirurgiens sont encore plus rares. Mme Béraud exerce l'orthopédie à Berck dans les années cinquante. Mme Valérie André, une des premières femmes neurochirurgiens, est aussi la première femme pilote d'hélicoptère pendant la guerre d'Indochine. Elle deviendra la première femme médecin général de l'armée française. Francine Lecca, élève du professeur Mathé, est la première femme chirurgien cardiaque à Necker dans les années soixante-dix. Elle ne sera nommée à l'agrégation qu'en 1979. La première femme agrégée en chirurgie (viscérale infantile) sera Mme Nihoul-Feketé en 1971.

Les lignes bougent mais lentement. Le pourcentage de femmes professeurs agrégées en médecine (PUPH) en 2005 était de 12 %. En 2009 l'académie de chirurgie comptait 9 femmes sur 377 membres (3 titulaires et 3 associées). Et parmi les 42 doyens de faculté de médecine, on ne compte qu'une femme.

LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

Il faut de douze ans à quatorze ans d'études après le baccalauréat pour former un chirurgien. On conçoit aisément que la lisibilité des variations de population sur un cursus aussi long, avec des réformes qui s'empilent, s'additionnent et parfois se contredisent, n'est pas des plus simples. À cela s'ajoute l'impact d'éventuels revirements de politique de santé publique et de changements de comportements de la population. Les solutions ne sont à l'évidence pas que numériques, et il faut sûrement comprendre la féminisation pour l'anticiper.

Les effectifs se féminisent très fortement dès le sélectif concours de P1 (12 % de réussite), où les femmes représentent en moyenne 67 %

des candidats reçus. Cela s'explique assez aisément. En effet les bacheliers reçues au bac S (57 % d'une classe d'âge) s'engagent peu dans les carrières des sciences dites dures (mathématiques, physique, chimie), mais se dirigent plus volontiers vers les sciences de la vie et de la nature (professions médicales et paramédicales).

Une idée reçue voudrait que les garçons réussissent moins bien au concours de P1 car psychologiquement moins mûrs, moins méthodiques, plus instables que les filles. En fait toutes choses égales par ailleurs, les garçons ont plus de chance de réussite, ils s'y présentent simplement en moins grand nombre (Bessières, 2005).

La remontée progressive du *numerus clausus* après le point bas de 1992 (3 500 places) a laissé penser que ce concours d'entrée serait plus accessible. L'augmentation de 200 places en 2008 par rapport à 2007 a appelé 14 000 candidats supplémentaires. Cet effet d'annonce a donc fait croître le nombre de candidats, mais pas le taux de réussite qui reste étalé aux alentours de 12 %. On comptait, en 2007, un peu plus de 50 000 inscrits pour 7 300 places offertes. En fait, plus que le sexe, c'est le milieu social, la série du baccalauréat et la mention obtenue, qui sont les vrais critères discriminants. On peut dresser un portrait-robot du candidat à la réussite au premier concours : c'est un garçon, issu d'une classe aisée (famille à plus de 60 000 euros de revenu annuel), ayant obtenu une mention B ou TB à un bac S avec un an d'avance. Il a alors 35 % de chance d'être primant (Bessières, 2005).

Les femmes, une fois engagées dans le cursus réussissent mieux que les garçons et sont toujours mieux classées. À l'ECN de 2007, les trois premiers étaient des femmes, et l'on trouvait sept femmes dans les dix premiers. L'attractivité chirurgicale, après un fléchissement entre 2002 et 2004, a retrouvé toute sa force auprès des mieux classés, comme cela a toujours été le cas. La meilleure réussite des femmes à l'examen féminise de facto les effectifs. Cela génère naturellement un effet d'entraînement rendant la pénétration du milieu chirurgical par les femmes d'autant plus facile qu'il se féminise.

Au 1^{er} janvier 2009, sur 199 736 médecins en activité en France, on comptait 25 000 chirurgiens, dont 27,6 % étaient des femmes prouvant bien que le phénomène n'est pas si marginal que certains veulent le dire. La répartition est bien sûr inégale entre les diverses spécialités. Trois sont particulièrement féminisées de longue date et le sont encore davantage aujourd'hui : l'ophtalmologie à 43 %, la chirurgie pédiatrique à 35 % et la gynécologie obstétrique à 33 %. D'autres le sont beaucoup moins : l'urologie à 3 %,

l'orthopédie à 5 % et la chirurgie vasculaire et thoracique à 6 %. Mais les choses changent rapidement avec l'arrivée en fin de cursus des étudiantes bien classées depuis les ECN de 2008 comme nous l'avons souligné plus haut. Ces femmes ont à l'heure actuelle des choix beaucoup plus éclectiques que la répartition classique précitée.

LE CONTEXTE SOCIOLOGIQUE

La question du genre dans sa globalité s'est posée tardivement dans notre pays, les inégalités de classes occupant davantage le devant de la scène et la féminisation de la chirurgie étant considérée comme un phénomène « marginal » (sic). Il est surprenant de lire encore que la chirurgie « attire un tantinet plus les femmes qu'au paravant » alors que leur contingent a été multiplié par trois en quelques années.

Cependant la féminisation d'une profession ne se résume pas à une simple augmentation numérique, elle implique la mise en œuvre de stratégies d'insertion, d'autant plus que le milieu à pénétrer est historiquement monolithiquement masculin. Ces stratégies varient et évoluent en fonction du contexte socioprofessionnel et du temps. Classiquement, pour parvenir à s'intégrer dans un monde d'hommes, les femmes peuvent adopter soit un comportement viril, soit s'insinuer dans des créneaux délaissés par les hommes ou encore, inventer un nouveau mode de fonctionnement qui permet aux hommes et aux femmes de coexister au sein d'une même profession. Ces trois modes de fonctionnement coexistent et se combinent dans l'évolution du métier de chirurgien. Les femmes ont et font changé l'*ethos* du chirurgien et les hommes ont en fait plus féminisé leur comportement que les femmes n'ont masculinisé le leur.

Quel sera l'effet de cette féminisation sur la continuité des soins ? Cette nouvelle population de praticiens est en effet *a priori* demandeuse de temps partiels alors que les urgences, les reprises, l'imprévisible, font parties des grandeurs et servitudes de la profession chirurgicale, particulièrement à hôpital public

où la charge de l'urgence est majeure.

L'évolution du corps des médecins anesthésistes réanimateurs (MAR), féminisé de longue date, illustre cette problématique. L'évolution se fait vers la parité hommes femmes dans les hôpitaux publics, et 60 % des temps partiels y sont occupés par des femmes. Pour autant que les effectifs soient maintenus, la continuité des soins, gardes et astreintes, est assurée. Mais il y a, chez les MAR un nombre de praticiens et des compétences multiples que n'atteignent plus les équipes chirurgicales actuelles où la spécialisation est de plus en plus marquée. Il semble évident qu'en deçà d'une équipe de quatre chirurgiens seniors en emploi à temps plein (ETP), une activité chirurgicale à soins continus 24 heures/24 et 365 jours par an, ne peut être assurée.

Les données accessibles et la réflexion actuelle laissent à penser que les femmes chirurgiens voudront, elles aussi, des emplois à temps partiel – 80 % semblant la forme la plus souvent souhaitée. À cela s'ajoutent les congés maternité, les impératifs d'éducation des enfants, mais aussi des interruptions de carrière plus précoce ou des changements radicaux de type de vie plus fréquent que chez l'homme. Cela concourt à ce qu'il est convenu d'appeler la « précarité du travail féminin ».

Il est vrai que la femme s'arrête environ dix fois plus qu'un homme dans l'ensemble de sa carrière. Mais, rien ne permet d'affirmer que le comportement de la femme chirurgien sera identique en tout point à celui de la femme médecin de ville, même si certains invariants comportementaux sont vraisemblables et potentiellement lourds de conséquences.

En ce qui concerne les responsabilités importantes d'enseignement, de recherches et d'administration (tâches des agrégés chef de service) ressort ici l'idée du « plafond de verre » : les femmes accèdent peu aux postes à hautes responsabilités, notamment dans l'administration où il est souvent nécessaire de se créer un réseau de relations qui fait défaut aux femmes car elles n'y sont pas préparées et moins enclines aux discussions qu'elles supposent. Là encore, comme ailleurs, existe surtout une auto-élimination des femmes. Elles se présentent moins aux concours permettant d'accéder aux postes supérieurs puisqu'ils nécessitent une mobilité que leur vie familiale ne leur permet pas. C'est la carrière du conjoint qui est privilégiée (Fortino, 1999). Là encore les choses changent, mais pour autant une société totalement égalitaire dans ce domaine paraît un leurre. « Transformer une société bien réelle en paradigme suppose une décontextualisation de tous les faits » (Théry, 2007).

LE CONTEXTE POLITIQUE

En ces temps d'optimisation de la gouvernance et de cercle vertueux, le coût des temps partiels et leur efficacité poussent à s'interroger. En effet le salaire d'un praticien hospitalier (PH) à 80 % coûte à l'institution 90 % d'un emploi temps plein (ETP). Le différentiel financier est donc de 10 %. Si dans le corps des PH, 5 000 d'entre eux réclament leur droit d'accès aux temps partiels, cela revient à financer la création de 500 ETP. La masse salariale augmentera d'autant et nécessitera de prévoir le financement des remplacements nécessaires à la continuité des soins. Cela sera-t-il supportable ? Par qui ? Et comment ? Ces interrogations ne touchent pas seulement l'hospitalisation publique et les établissements participant au service public hospitalier (PSPH). En pratique libérale, la gestion du temps professionnel relève de l'organisation individuelle et des priorités personnelles, cela peut retentir sur l'offre de soins et la continuité de ceux-ci. La longueur des listes d'attente pour certaines chirurgies pourrait en être affectée. On est en droit d'attendre du politique des réponses pas seulement événementielles mais pérennes. Il faut pour cela prendre en compte deux types de problèmes, les uns conjoncturels et les autres structurels.

Pour influencer sur les *facteurs conjoncturels* le politique peut jouer sur trois facteurs :

- 1) Le *numerus clausus*, outil peu souple et peu réactif, les effets de ses modifications étant reportés à douze ou quatorze ans. Sa remontée de 3 600 places en 1992 à 7 400 en 2009 et la demande de 8 000 places/an pendant dix ans permettra d'atteindre en 2025 la densité médicale des années quatre-vingt assez semblable à la moyenne des pays européens comparables d'un médecin pour 300 000 habitants. On ne voit pas en quoi cela anticiperait la féminisation des effectifs, ni aurait un impact sur le choix de femmes.
- 2) En ce qui concerne l'ECN, la *féminisation* est en marche et on ne voit pas, là encore, où les

modifications de répartition de poste pourraient modifier significativement la situation. La féminisation est à prendre en compte dans l'ensemble de ses conséquences effectives.

- 3) Agir sur le *droit à l'installation*, pour éviter que la féminisation ne creuse encore davantage les disparités régionales au détriment de régions déjà défavorisées, et que l'on appelle abusivement les déserts médicaux, reste une piste peu exploitée. La préférence des femmes va aux installations regroupées dans de grosses agglomérations. L'absence d'infrastructures (crèches, écoles, transports en commun), l'isolement sont des obstacles importants à leur installation. Mais cela devient vrai aussi pour les hommes (34 spécialistes pour 100 000 habitants en Lozère, 244 à Paris). Le droit à l'installation reste un sujet sans doute insuffisamment travaillé mais très sensible auprès des médecins comme en a témoigné la grève des internes en 2007.

Pour agir sur les *problèmes structurels*, il faudrait prendre en compte quatre facteurs distincts mais concomitants :

- 1) La pénibilité, qu'elle soit physiologique, de par la charge de gardes et d'astreintes que la spécialité suppose (obstétrique, traumatologie, transplantation, chirurgie de la main, etc.) ou technique, pour ne pas dire physique (orthopédie), pèse bien sûr dans les choix. Le regroupement des équipes et des plateaux techniques rendant les gardes moins fréquentes, les évolutions techniques doivent porter remède au problème.
- 2) La précarité, qu'elle soit horaire au sens des temps partiels, ou séquentielle au sens des arrêts prolongés et répétés pour grossesses ou interruption de carrière plus précoce, doit être prise en compte dans la structuration des équipes et des fonctionnements pour pouvoir être anticipée. Il est vrai que dans le monde chirurgical cette précarité semble minimisée.
- 3) Le déséquilibre territorial ne doit pas s'accroître du fait de la féminisation pour les raisons soulignées plus haut et il faut certainement agir autour du droit d'installation.
- 4) L'économique et le politique doivent anticiper là aussi cette évolution et prendre en compte les modifications de pratique et de coût qu'elle induit, avoir une action claire, affichée et inscrite dans la durée.

Il ne faut certainement pas vouloir uniformiser la profession chirurgicale et perdre toute la richesse que peut apporter sa diversité. On peut penser que « l'intérêt des recherches sur la féminisation des groupes professionnels réside dans leur capacité à interroger l'évidence de

la bi-catégorisation « masculin/féminin » et à construire des approches qui placent les processus de résistance à ces derniers au cœur de l'analyse du fonctionnement des professions d'élites » (Le Feuvre, 2001).

DEUX LECTURES POSSIBLES DE LA FÉMINISATION

Une lecture *universaliste* la considère comme un des facteurs qui va influencer l'avenir de la profession, loin derrière d'autres : le vieillissement, les innovations techniques, la limitation des dépenses publiques, le maintien du niveau de vie des médecins. Elle suppose donc que les femmes sont des médecins comme les autres et qu'elles vont calquer leurs modes d'exercices sur l'ethos professionnel défini et mis en œuvre par les générations précédentes très majoritairement masculines.

Une lecture *essentialiste* laisse entendre que la féminisation constitue une évolution fondamentale, un enjeu majeur pour l'ensemble de la profession devenant une donnée structurante. De ce fait certains craignent une dévalorisation généralisée du statut de médecin dans la mesure où elle s'accompagnerait d'une remise en question des principes de la disponibilité permanente et d'une réduction des niveaux moyens de rémunération des médecins (Lapeyre, 2005). Il est admis que les femmes se battent ou se battons pour les organisations temporelles, la disponibilité, l'organisation de leur vie domestique et familiale, plus que pour la rétribution monétaire de leur activités. Cela inquiète le syndicalisme médical. Tout système cohérent est forcément incomplet et l'addition de deux systèmes cohérents n'assure pas la cohérence du système qu'ils forment en se combinant. La justesse d'analyse se situe sans doute à la croisée des deux lectures.

Le problème de la qualité et de la continuité des soins pousse à la redistribution plus efficiente des moyens humains et techniques disponibles sur le territoire. On peut alors suivre les conclusions de nombreux rapports

sur le sujet qui prônent tous des regroupements, une redistribution des moyens via la restructuration des plateaux techniques (Berland, 2006 ; Domergue, 2003 ; Guidicelli, 1996 ; Larcher, 2008 ; Vallencien, 2006).

Une approche sociologique et non plus médico-économique de la féminisation de la chirurgie pousse à la même conclusion. Les femmes, d'elles-mêmes, plus enclines à un travail en cabinet de groupe à activité salariée amplifient le phénomène. Plus les équipes seront étoffées, plus les remplacements mutuels, les chevauchements, les récupérations de temps de travail (RTT) et temps additionnel pourront être intégrés dans la gestion des équipes. À l'instar des équipes de MAR, les gros effectifs sont efficaces au sens économique, rassurants d'un point de vue technique et efficaces pour la gestion des plannings (tableaux de services). Le problème au sein des centres hospitaliers universitaires (CHU) n'est pas tant celui du nombre absolu de chirurgiens, sans doute suffisant, que celui de leur interopérabilité sur des plateaux techniques adaptés en personnels et en matériels. Pour la majorité des rédacteurs des rapports évoqués plus haut, la collaboration public/privé en la matière est incontournable (Conseil économique et social, 2007). En effet on peut se demander s'il y a un manque réel de chirurgiens sur le territoire. Si oui, l'offre diminuant, les problèmes de la continuité des soins vont aller en s'accroissant.

Mais le manque d'effectif peut également être un effet d'optique produit par une organisation défaillante. Dans ce cas, la répartition des tâches et une meilleure géographie médicale, c'est-à-dire une meilleure répartition géographique des chirurgiens, devraient y pourvoir. En effet comme les tutelles se plaisent à le faire remarquer, il n'y a jamais eu autant de médecins en France et l'on n'a jamais été aussi inquiet sur la couverture médicale du territoire et l'avenir de nombre de spécialités chirurgicales (Le Breton-Lerouillois, 2009).

Une fois encore il faut ici « interroger la parcellisation des savoirs spécialisés » (Théry, 2007).

Il n'est pas anodin, de constater la féminisation des comportements voire du métier dans son ensemble, au travers de la pratique des femmes en médecine générale. De plus en plus d'hommes médecins, à l'instar de leurs consœurs, libèrent une journée ou une demi-journée en cours de semaine pour des activités personnelles. Les temps changent, la demande de temps libre, de temps personnel augmente. C'est un fait sociétal. Comme évoqué plus haut, la question se pose de l'impact de ces change-

ments comportementaux sur l'offre de soin et sur sa continuité.

Enfin on notera que la pression mise par la question de la féminisation des effectifs chirurgicaux sur le politique ne se fait pas dans n'importe quel contexte social et sociétal. Les femmes médecins ou chirurgiens sont issues d'un « milieu social spécifique, une bourgeoisie plutôt traditionnelle, qui a fourni à la profession médicale ses hommes puis ses femmes en même temps qu'il se nourrit de l'expansion de ce corps professionnel » (Hardy-Dubernet, 2005). On peut même penser que la féminisation de la profession entretient la nature de ce milieu social, l'accentuant même puisque l'on sait que les femmes, médecins ou chirurgiens, sont en règle générale d'origine plus favorisée que les hommes.

Une réflexion s'impose enfin : la technique, les données matérielles et le temps font évoluer le comportement de tout corps social, mais la féminisation de la profession a aussi un impact lourd, restructurant, sur sa pratique. L'ethos se modifie et la praxis évolue. À l'évidence, ils interagissent l'un sur l'autre. Tout est mouvant, il y a une logique à tous ces phénomènes mais une « logique non monotone ».

Par un retour des choses, les problèmes d'aujourd'hui pourraient se voir inversés : « les femmes représentent les deux tiers des effectifs du premiers cycle et les hommes sont chaque année moins nombreux : devenus minoritaires, seront-ils les principaux responsables des problèmes qui surgiront dans trente ans ? » (A-C Hardy-Dubernet 2005).

■ Pr FRANÇOIS MOUTET

Responsable de la clinique de chirurgie de la main et des brûlés,
SOS Main,
CHU de Grenoble, hôpital Albert Michallon
fmoutet@chu-grenoble.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BERLAND Y. (2006), Mission "Démographie médicale hospitalière", Septembre 2006 .
<http://www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>
- BESSIERE S. (2005), "La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage", in *Revue française des affaires sociales*, N°1, janvier-mars, pp.19-33.
- CONSEIL ECONOMIQUE et SOCIAL. (2007), Un plan national pour la chirurgie. 59e Forum d'Iéna du Conseil économique et social. 21 novembre 2007.
<http://www.o.johnson@regards-international.com>
- DOMERGUE J, GUIDICELLI H. (2003) ,La chirurgie en France en 2003. Les raisons de la crise et les propositions.
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/domergue/rapport.pdf>
- FORTINO S. (1999), *De la ségrégation sexuelle des postes à la mixité du travail : étude d'un processus*, Sociologie du Travail.
- GUIDICELLI H. (1996), Organisation de la chirurgie en France à l'horizon 2000.
<http://www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>
- HARDY-DUBERNET A.-C. (2005), "Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions?" in *Revue française des affaires sociales*, N°1, janvier-mars, pp.35-58.
- LAPEYRE N, LE FEUVRE N. (2005) "Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé", in *Revue française des affaires sociales*, N°1, janvier-mars, pp. 59-81.
- LARCHER G. (2008), Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital.
http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf
- LE BRETON-LEROUVILLOIS M. (2009) Conseil National de l'Ordre des Médecins : L'atlas de la démographie Médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2009
<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2009.pdf>
- LE FEUVRE N. (2001), "La féminisation de la profession médicale en France et en Grande-Bretagne ; voie de transformation ou de recomposition du genre ?", in AIACH P., CEBE D., CRESSON G., C. PHILIPPE C., *Femmes et hommes dans le champ de la santé : approches sociologiques*, EHESP, 2001.
- MOUTET F. (2010), *La Féminisation des effectifs chirurgicaux*. Presses Universitaires de Grenoble (PUG).
- THERY I. (2007), *La Distinction des sexes. Une nouvelle approche de l'égalité*, Odile Jacob Éd., Paris.
- VALLENCIEN G. (2006), Rapport : Évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France.
<http://www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>