De la nécessité pour les femmes chirurgiens de « faire leurs preuves »

Surinvestissement professionnel et grossesse

*Why female surgeons need to “prove themselves”. Professional overinvestment
and pregnancy*

Emmanuelle Zolesio

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/questionsvives/741>

DOI : 10.4000/questionsvives.741

ISBN : 978-2-8218-1090-7

ISSN : 1775-433X

Éditeur

Université Aix-Marseille (AMU)

Édition imprimée

Date de publication : 15 septembre 2011

ISBN : 978-2-912643-39-1

ISSN : 1635-4079

Référence électronique

Emmanuelle Zolesio, « De la nécessité pour les femmes chirurgiens de « faire leurs preuves » », *Questions Vives* [En ligne], Vol.8 n°15 | 2011, mis en ligne le 01 juin 2011, consulté le 19 avril 2019.

URL : <http://journals.openedition.org/questionsvives/741> ; DOI : 10.4000/questionsvives.741

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Questions Vives est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

De la nécessité pour les femmes chirurgiens de « faire leurs preuves »

Surinvestissement professionnel et grossesse

Why female surgeons need to “prove themselves”. Professional overinvestment and pregnancy

Emmanuelle Zolesio

Introduction

- 1 La féminisation de la médecine agit depuis quelques années comme un raz-de-marée : alors qu'au début du XX^e siècle les femmes étaient quasiment absentes de la profession médicale, elles représentent aujourd'hui 37 % des effectifs de médecins en exercice et 60 % des promotions de première année des études médicales (Labarthe & Héraullt, 2003). Cependant, quoique la médecine dans son ensemble se féminise, la chirurgie demeure la spécialité médicale la plus sous-féminisée et les comportements sexistes des professionnels en poste ne sont pas pour rien dans cet état de fait. Ainsi ne compte-t-on que 2 % de femmes urologues, 5 % de femmes orthopédistes et 10 % de femmes chirurgiens digestifs. Pour notre part, c'est à cette dernière spécialité que nous nous sommes attachée en enquêtant pour notre thèse auprès d'une cinquantaine de chirurgiens (une quinzaine d'hommes et une quarantaine de femmes) et en faisant sept stages d'observation dans des services chirurgicaux. Notre enquête ethnographique a fait apparaître la permanence de comportements sexistes de la part de nombreux chefs de services. Si les formes d'exclusion des internes féminines sont moins brutales que par le passé et passent désormais davantage par l'humour, elles n'en traduisent pas moins la prégnance de la domination masculine au quotidien dans ces services, à l'origine de la désertion de nombreuses étudiantes de la spécialité chirurgicale. Nombre de nos enquêtées expliquent en effet comment des chefs de service les ont découragées de faire ce métier, comment les chirurgiens seniors se sont employés au cours de leurs différents

stages à leur répéter que leur place était « à la maison » et comment, en définitive, elles ont dû en faire « deux fois plus qu'eux » pour gagner leur légitimité sur le terrain. En effet, les internes filles en chirurgie sont systématiquement suspectées d'un moindre investissement professionnel du fait de leur statut potentiel de mère, discréditées d'avance quant à leurs capacités physiques, jugées enfin trop fragiles émotionnellement pour « tenir » dans un métier difficile. Spontanément tenues à l'écart, elles doivent « lutter » pour « s'imposer ». La période de la grossesse est bien souvent révélatrice de cette nécessité d'en faire « deux fois plus » pour elles et mérite d'être étudiée spécifiquement.

- 2 Les points de résistance majeurs au processus de féminisation de la formation chirurgicale, comme de l'encadrement supérieur dans d'autres milieux professionnels, restent effectivement « encastrés » dans les processus organisationnels (Guillaume & Pochic, 2007). Or il est vrai que, de ce point de vue, la chirurgie, du fait des contraintes horaires qui sont les siennes, n'est pas favorable à une articulation entre vie professionnelle et vie privée. Le modèle de la « carrière organisationnelle », processus d'ascension professionnelle jalonné d'étapes, tend à valoriser le modèle masculin du *breadwinner*, entièrement dévolu à son activité professionnelle. Cependant, si l'organisation de l'interface travail-hors travail en chirurgie permet d'entrevoir des mécanismes de composition des inégalités sexuées de carrière, ces seules caractéristiques organisationnelles ne suffisent pas à rendre compte des obstacles rencontrés par les femmes en chirurgie. Elles doivent en outre faire face à l'affirmation permanente de conventions socialement construites comme masculines et gérer le sexisme de leurs supérieurs et collègues masculins. La domination masculine s'exerce à leur encontre sous les formes de la violence symbolique (Bourdieu, 1998), mais parfois aussi sous la forme de violences verbales caractérisées. L'affirmation de rapports sociaux de sexe tendant à renvoyer la femme aux fonctions reproductives et à consacrer l'activité productive des hommes est ainsi manifeste en chirurgie et se trouve particulièrement aiguë lorsque les femmes chirurgiens sont enceintes, fournissant l'ultime preuve de cette division sexuée des tâches aux yeux de leurs collègues masculins.

L'internat et l'assistantat : « il fallait en faire deux fois plus qu'eux »¹

- 3 La période de l'internat est traditionnellement présentée comme particulièrement éprouvante par les chirurgiens. Anne² (praticienne libérale, 38 ans), Véronique (PH aspirant à un poste de PU-PH, 50 ans) et Denise (PH, 36 ans) n'hésitent pas à dire que c'est le temps où elles étaient des « esclaves ». Période de formation, elle est aussi une période d'incertitude quant à l'obtention d'un poste futur. Le système de nomination sur un poste fonctionnant par cooptation, il s'agit de « faire ses preuves » auprès des patrons pour obtenir un poste d'Assistant-e Chef-fe de Clinique puis éventuellement un poste de Praticien-ne Hospitalier-ère. Anne explique qu'elle courait ainsi après un poste mais que

« C'était même pas sûr ! On pouvait me dire du jour au lendemain : « Oh ben non, finalement le poste, on vous l'donne pas ». Donc tu vois c'était un petit peu la carotte. En disant : « Ouais, tu fais ci, tu fais ça... ». Tu serres les dents, tu vois il m'imposait des trucs en disant : « Si tu veux l'poste ». (...) Parce que ça fonctionne un peu comme ça, hein : faut publier pour le poste, faut faire ci... Ah ben non, t'es de garde pour le poste... C'était tout le temps comme ça, tout le temps comme ça. Tu vois c'est un (sic.) espèce de rapport de forces à la con ».

Fig. 1 : Les études médicales avant 2004.

Des stages très « prenants »

- 4 Pendant ses quatre ou cinq années d'internat, l'interne est amené-e à réaliser des stages semestriels dans différents services de sa spécialité qu'il ou elle choisit en fonction de son rang de classement à l'internat et en fonction de son ancienneté. L'assistant-e chef-fe de clinique reste deux à quatre ans dans le même service, et il ou elle est coopté-e par le chef de service qui l'accueille pour le ou la former. Dès l'internat l'étudiant-e est amené-e à gérer les urgences, à prescrire des examens et traitements, à opérer enfin. Si les externes constituent la « petite main du service », les internes sont autrement plus corvéables d'une part qu'ils ou elles sont présent-e-s toute la journée dans les services – non seulement le matin – et, d'autre part, qu'ils ou elles peuvent assumer des responsabilités que ne peuvent prendre en charge les externes. Les horaires sont souvent lourds pour les internes, tout particulièrement dans les services d'excellence en CHU³ : il n'est pas rare que l'interne soit présent-e à l'hôpital de 7h du matin à 19h ou 20h le soir. A ces journées s'ajoutent des nuits ou des week-ends de garde. En chirurgie, de nombreux patrons s'opposent à ce que leurs étudiant-e-s prennent le « repos de compensation », pourtant réglementaire, le lendemain de garde. Ainsi l'*ethos* de la « disponibilité permanente », s'il tend à s'atténuer en médecine, reste tout à fait prégnant en chirurgie (Robelet, Lapeyre & Zolesio, 2005).

Une activité éprouvante physiquement

- 5 Outre la dimension temporelle très « prenante » des stages de chirurgie, il faut prendre en compte la dimension physique de l'activité chirurgicale. Les matinées sont généralement destinées à l'activité opératoire mais il n'est pas rare que l'interne ou l'assistant-e chef-fe de clinique quitte le bloc opératoire vers 14h ou 15h seulement pour aller déjeuner. Il ou elle enchaîne ainsi de nombreuses interventions de courte durée ou, parfois aussi, de longues interventions de plusieurs heures (nous avons ainsi assisté à des opérations de sept ou huit heures). Les opérations nécessitent de rester debout longtemps, avec une posture parfois prostrée sur le corps du patient. Les chirurgiens rapportent souvent combien cette activité est éprouvante et nécessite de nombreuses privations : ne pas manger, ne pas aller aux toilettes, ne pas s'asseoir pendant de longues heures, ne pas dormir. Plusieurs femmes chirurgiens ont insisté sur le fait qu'elles n'avaient pas de syndromes pré-menstruels, ce qui aurait été impossible pour exercer ce métier.
- 6 Pour tout interne, l'internat est donc une période d'investissement professionnel particulier (et la rhétorique professionnelle s'appuie en réalité essentiellement sur ce temps de la trajectoire professionnelle qu'elle érige en norme professionnelle). Or, les internes féminines souffrent d'un handicap par rapport à leurs homologues masculins car elles ne sont pas traitées de la même façon qu'eux par les supérieurs, principalement des hommes. Le sentiment qui prévaut est que « *c'est plus facile quand on est un homme parce que la voie est déjà tracée* » (Dominique, PH, 63 ans). Le déficit de crédibilité dont elles sont affectées les incite à jouer leur intégration professionnelle sur le mode de la surenchère. Puisque le milieu professionnel valorise l'investissement sans concession et la résistance physique (Cassell, 1986), elles vont orienter leur comportement et leur discours d'après ces valeurs, relever le « défi » et « prouver » qu'elles peuvent en faire autant, voire plus, que leurs co-internes masculins.
- 7 Le surinvestissement professionnel qu'elles mettent en œuvre est évalué par les enquêtées d'une part par un surcroît de présence et de mobilisation (ce dès les stages d'externat en chirurgie) et d'autre part, par une endurance physique marquée. En essayant d'objectiver un peu plus ce sentiment subjectif d'en « faire plus » que leurs homologues masculins, on peut remarquer une certaine précocité pour les stages les plus prisés et les plus exigeants en termes de formation. Le temps de l'internat et de l'assistantat est aussi souvent pour elles celui des grossesses et de mise à l'épreuve de cet investissement temporel et physique. Elles mettent en effet un point d'honneur à continuer sur le mode de la surenchère malgré le fait qu'elles soient enceintes. Notons avant d'aborder ces différents aspects de la formation professionnelle – le sentiment de devoir en faire plus que ses co-internes masculins, et la dénégarion de la grossesse – qu'ils ne sont pas spécifiques à la trajectoire chirurgicale de nos enquêtées mais qu'ils se retrouvent dans d'autres professions masculines exercées par des femmes, comme par exemple chez les policiers (Pruvost, 2007) ou chez les femmes dans le secteur du bâtiment (Gallioz, 2008). Les débuts de la professionnalisation dans ces métiers semblent marqués par une nécessaire masculinisation (au moins dispositionnelle) des entrantes, en réponse à la dynamique agonistique des rapports sociaux de sexe dont elles font les frais.

Un monde « pas fait pour elles au départ »

- 8 Nombreuses sont les enquêtées qui expriment le déficit de crédibilité dont elles souffrent dans les services de chirurgie en tant que jeunes femmes. Justine explique qu'on prenait toujours plus au sérieux ses co-internes masculins qu'elle-même ; Florence relève que la difficulté est plus grande pour elles au début car elles ne sont « *pas dans un milieu fait pour [elles] au départ* ». Elodie (ACC, 32 ans) expose ainsi clairement le « *préjugé* » dont elles sont victimes et les remarques incessantes de la part de leurs collègues, remarques destinées à les décourager :

« Et j'ai eu l'impression pendant mon internat qu'il fallait une sacrée dose de caractère parce que j'étais entourée uniquement de garçons et d'hommes, parce que les patrons, c'était tous, tous masculins. Et qu'il fallait un p'tit peu faire sa place. Que c'était différent. Oui, c'était différent pour nous. Ça a des avantages et des inconvénients. (...) Pas mal d'inconvénients puisque... y a un espèce (*sic.*) de préjugé quand vous arrivez... vous êtes une fille... j'ai démarré comme ça, je le savais. Et ça s'est confirmé. Y a un préjugé. Quand vous arrivez en chirurgie, avec des vieux patrons, c'était tous des hommes et... tout l'monde est... Y avait pas une seule fille. Donc c'est un p'tit peu plus difficile, il faut faire ses preuves. Il faut être meilleure. A mon avis. Il faut pas être bon, il faut être meilleur. Parce que vous partez avec un handicap. Mais une fois que c'est fait, c'est bon. Une fois que vous avez montré que vous êtes... pas là pour jouer, pour rigoler. Et que vous pouvez faire aussi bien que les autres, ben c'est tout quoi, ça passe et puis c'est pareil. Mais au départ il faut un petit peu montrer de quoi vous êtes capable. Et les avantages... Avantages pendant mon internat y en n'a pas eu, là non. Parce que j'ai été... j'ai été traitée comme les autres. Et même parfois un peu plus difficile psychologiquement parce qu'il y a un... j'ai entendu des choses, 'fin... (...) Cent fois j'ai entendu : "La chirurgie, c'est pas un métier d'femme". Cent fois j'suis gentille ! "La chirurgie c'est pas pour les filles, tu verras..." »

- 9 D'où cette nécessité pour elles de « *faire [leurs] preuves* » en permanence, de « *faire [leur] place* » (les deux expressions reviennent très régulièrement dans les entretiens). La « *volonté* » est au cœur des récits d'enquêtées. Les quelques enquêtées qui disent n'avoir jamais ressenti de différence de traitement en tant qu'éléments féminins se glorifient aussi « *d'avoir fait en sorte qu'on ne fasse pas de différence* » (Géraldine, PU-PH, 46 ans), d'avoir « *donné le change en face* » (Gaëlle, PH, 34 ans) mettant en avant leur surinvestissement en terme de présence et de motivation (« *Parce qu'aussi je me donnais à fond* », Gaëlle, PH, 34 ans) par rapport à leurs co-internes masculins. Pauline (ACC, 34 ans) sous-entend, en fin d'entretien, qu'elle rencontre des difficultés dans la concurrence avec ses homologues masculins pour l'obtention d'un poste et, alors que je m'étonne de ce qu'elle ne l'ait pas développé en entretien, elle me dit : « *Je vous ai pas tout dit non plus. De toute façon, quand on veut rester à un endroit, il faut plus batailler, prouver davantage* ». Sans tomber dans l'hagiographie⁴ et proclamer qu'on n'a « *jamais vu une femme incompétente* » (Irène, PH, 43 ans) parce qu'elles seraient toutes plus travailleuses et plus rigoureuses que leurs collègues masculins (Dominique, PH, 63 ans), regardons de plus près ce sentiment subjectif d'en avoir « *fait plus* » que les hommes.

« Il fallait faire ses preuves »

- 10 Le surinvestissement des enquêtées dans les stages de chirurgie commencerait dès leur externat. Denise (PH, 36 ans) raconte qu'elle était « à fond » dans son stage et qu'elle ne voulait plus en partir. Julie (praticienne en PS-PH, 41 ans) explique également avoir été « le pilier de la chir C », y vivant littéralement pendant ses stages d'externat. Géraldine (PU-PH, 46 ans) parle « d'intégration extraordinaire » à la vie du service. La plupart des enquêtées, quelque soit leur génération, disent effectivement avoir passé « des jours et des nuits » ou « leur vie » au bloc opératoire (ce type de discours est absent des témoignages recueillis avec les hommes). Ainsi Henriette, retraitée de 81 ans, explique-t-elle qu'elle « avait un défaut majeur, c'est que comme externe [elle était] dans les hôpitaux du matin au soir (...) Quand [elle était] externe [elle a passé son] temps en chirurgie (elle aide bénévolement un chirurgien au bloc opératoire) », concluant finalement son récit par un : « Bref, j'ai passé un certain nombre de nuits à l'hôpital », enthousiaste.
- 11 Comme le détaille une enquêtée, « faire trois plus fois ses preuves » (Esther, PH cheffe de service, 38 ans) signifie concrètement faire plus de gardes, chercher à aller plus souvent au bloc opératoire, à rester plus tard le soir, à boucler plus de choses en salle que les collègues masculins. Les interventions sont un enjeu de taille pour les étudiant-e-s : y assister, aider, c'est se former. Béatrice (praticienne libérale, 56 ans) se souvient même s'être battue physiquement avec ses camarades pour obtenir une urgence. Soraya (PH cheffe de service, 38 ans) conseille aux jeunes femmes de s'imposer pour avoir des interventions et ne pas se laisser passer devant par leurs collègues masculins. Si le sacrifice temporel est librement consenti pendant l'externat, la pression pèse sur les internes, dont on exige qu'ils ou qu'elles soient particulièrement disponibles⁵.
- Anne (praticienne libérale, 38 ans) : C'était de sept heures du matin à onze heures le soir. C'était un service monstrueux. Y avait une charge de travail énorme. Mais justement c'était intéressant parce qu'il y avait plein de boulot, les chefs étaient obligés de laisser faire aux internes.
- 12 Les enquêtées disent s'être imposées elles-mêmes plus de présence par « défi » et « challenge » personnel. Ainsi Michèle (PH, 55 ans) explique-t-elle qu'elle a « fait ce métier-là avec au départ un sens un petit peu du défi, du challenge (...) au départ ce qui [l']intéressait, c'était ça : tout ce qui est... presque conflictuel ». De même, Claire (praticienne libérale, 35 ans) justifie son choix de la spécialité : « Moi j'étais plutôt à faire la course avec les garçons, donc ça allait bien de pair avec ça ». Selon Mathilde (PH, 55 ans) « pour une femme il faut toujours prouver qu'on est aussi disponible, sinon plus, pour les gardes. Il faut pas dire "non, j'ai mes règles" ⁶ ou "je suis fatiguée" ou "j'ai les enfants" ». Le déficit de légitimité dont elles souffrent initialement leur impose un surcroît de présence et de motivation pour être réhabilitées. Par leur pugnacité et la démonstration de leur bonne volonté, elles gagnent progressivement du crédit, ce qui signifie concrètement se voir attribuer des interventions.

Véronique (PH, 50 ans) : Je suis allée chez Gayet c'était, il nous faisait énormément travailler et il voulait qu'on soit là même le samedi même le dimanche, j'ai tout de suite été, je me suis occupée de lits privés parce que le patron, 'fin... J'étais tellement consciencieuse, tellement travailleuse et tellement disponible que... en général j'étais... 'fin les patrons m'aimaient bien parce que je travaillais bien. (...) Tant que je voulais bien faire l'esclave, on m'adorait.

- 13 Sur le terrain, j'ai été témoin de l'investissement marqué des internes féminines. Alessia (FFI, 32 ans) même si elle se plaignait auprès de moi de devoir réaliser des « PAC »⁷, les faisait avec empressement, espérant qu'après avoir fini ces gestes mineurs on lui en donnerait de plus conséquents (ce qui effectivement se produisit). Par son empressement elle se démarquait aussi de son co-interne Malek, FFI également, mais beaucoup plus nonchalant. De même, Chloé (interne, 25 ans) semblait plus investie à Antonin Poncet que ne l'étaient ses deux co-internes (orthopédiste et urologue il est vrai, donc moins investis dans ce stage de chirurgie viscérale) : lors des temps morts de la journée, plutôt que d'aller prendre un café ou jouer au baby-foot à l'internat comme eux, elle restait dans les parages du bloc opératoire ou de la salle de soin espérant qu'on lui confierait quelque tâche à accomplir⁸. Lorsqu'effectivement une urgence se présentait, elle était aux premières loges pour la prendre en charge et ses chefs pouvaient s'en féliciter. Alessia (célibataire) comme Chloé (mariée), sans enfant, étaient en outre particulièrement disponibles et arrangeantes pour échanger des gardes avec leurs co-internes masculins.
- 14 Les chirurgiens seniors interviewés témoignent également de cette « niaque » qu'elles sont capables de mettre en œuvre et du fait qu'elles ont fait davantage leurs preuves que les hommes pour en arriver au niveau où elles en sont. Frédéric (ACC, 36 ans) dit ainsi de Chantale (ACC, 31 ans) qu'elle est « *teigneuse* ». Un patron de Myriam (PH, 37 ans) dira en commission CME qu'elle a « *beaucoup travaillé, plus que ses co-internes, [qu']elle a été une excellente candidate* ». Deux professeurs font des remarques de ce type à Catherine (PU-PH, 53 ans) qui expliquent que lorsqu'elle a passé l'agrégation, deux professeurs lui ont dit : « *Ben pour en arriver là vous avez plus travaillé que les hommes* » et que pour eux ceci était une évidence. Pour Anne-Sophie (praticienne libérale, 50 ans) comme pour d'autres, être considérée « *comme un homme* » par ses supérieurs, c'est déjà accéder à la reconnaissance :
- ASR : 'fin bon tous les mois, enfin tous les six mois en faisant les stages, il faut prouver qu'on est mieux qu'un homme. Et les deux plus beaux compliments qu'on ait pu me faire c'est de me dire... C'est de casser du sucre sur le dos des femmes chirurgiens. Je commençais à les regarder de travers. Et eux de me dire : « Ah oui, mais vous, c'est pas du tout comme les autres. Vous, vous travaillez comme un homme ». Et c'était le plus beau compliment qu'on puisse me faire. Alors bon, la première fois je me suis amusée et j'ai dit : « t', t', t', t', je rectifie : mieux qu'un homme ». (rires)
- EZ : Et ça se manifestait comment de votre part ? Est-ce que vous en faisiez plus, vous restiez plus le soir ?
- ASR : Ah oui, je travaille beaucoup donc, voilà. Le tout c'est de n'être jamais fatiguée, d'être toujours disponible. Non, on travaille plus qu'un homme. C'est indéniable. (...) 'fin moi j'essayais de mettre la barre assez haut d'entrée de jeu. De façon à ce qu'on m'enquiquine pas longtemps, quoi. Et souvent ça a été comme ça. Mais ça demande un effort surhumain. Faut voir les choses telles qu'elles sont. On en demande jamais autant à un garçon. Ça c'est une évidence.
- 15 Si elle témoigne de l'usure que ce surinvestissement induit (« *effort surhumain* »), c'est que le surcroît de présence est aussi un surcroît d'effort physique. Prouver que « *c'est pas parce que [l'on est] une femme, [qu'on] pèse 40 kilos toute mouillée [qu'on n'est] pas aussi capable* », tel semble bien l'enjeu des quelques témoignages d'épuisement au travail pendant la période de l'internat et de l'assistantat. La grossesse est bel et bien vécue comme une épreuve dans le contexte professionnel étant donné la difficulté de l'annonce et de la nécessité de faire ses preuves auprès de ses pairs et de ses supérieurs hiérarchiques pour les femmes chirurgiens.

La grossesse comme mise à l'épreuve de l'investissement professionnel

- 16 Le temps de l'internat et de l'assistantat correspond à la période durant laquelle la quasi-totalité des enquêtées ont leur(s) premier(s) enfant(s). Pour elles il s'agit de montrer d'autant plus d'investissement professionnel et de résistance physique pour faire accepter ce qui est parfois perçu sinon comme une « provocation » (Marie, ayant arrêté la chirurgie, 33 ans ; Henriette, retraitée, 81 ans). Car les grossesses sont généralement mal accueillies par les chefs de service en chirurgie, qui ont pour coutume de mettre en garde leurs internes féminines à ce sujet. Etre enceinte au cours d'un stage gêne l'organisation du service et serait perçu comme le signe d'un manque d'engagement professionnel. Selon Henriette (retraitée, 81 ans) « *si vous voulez faire ça [un enfant], il faut faire comme si on était un des leurs* ».

Une annonce délicate

- 17 L'annonce de la grossesse au patron est souvent présentée comme un moment délicat. Certaines préfèrent précipiter l'annonce et prévenir au plus tôt, avant même le début du stage. D'autres au contraire choisiront de tenir le plus longtemps possible sans que cela se remarque. Le retard dans l'annonce de sa grossesse de la part de Géraldine semble avoir été aussi à la mesure de sa crainte :

EZ : Ça ça a été facile de l'annoncer à votre patron ? Ça a été bien pris ?

Géraldine (PU-PH, 46 ans, 3 enfants) : Non, ah non ! Ah ben non, l'histoire, l'anecdote est trop marrante. C'est que j'étais mais alors... verte, verte ! Parce que c'est quand même un service qui était monstrueux, ça commençait à 7h30 du matin, ça finissait à 11h du soir, c'était épuisant, épuisant. Et puis c'était des gardes, des transplantations à l'époque qui duraient 20h, c'était abominable. Et donc je me retrouve enceinte, je me dis « Merde, il faut que je l'annonce à Gayet, il faut que je l'annonce à Gayet » et puis... « J'ai un peu l'temps... je suis pas très grosse, y a la blouse, et tout ». Et puis à un moment donné y a une de mes vieilles infir/ une vieille infirmière, que je connaissais très bien, avec laquelle je travaillais tous les jours, qui me dit : « Géraldine, il va falloir que tu l'annonces parce que là ça commence à se VOIR ! ». Je l'avais dit à personne. Je dis : « Comment tu l'as vu ? », elle me dit : « M'enfin, t'en es à combien ? », je dis : « Je suis à quatre mois et demi », elle me dit : « Mais tu t'rends compte, il faut lui dire quand même ! ». Puis je retournais ça dans... Je me disais : « Mais qu'est-ce qu'il va me dire ? etc. C'est une horreur. Mes collègues aussi ».

- 18 Si cette annonce est crainte, c'est que les grossesses sont généralement mal accueillies par les chefs de service. La question – classique – de début de stage pour savoir si l'interne est mariée et si elle compte avoir des enfants est mal acceptée par certaines⁹. En effet, nombreuses sont les enquêtées qui s'insurgent de devoir répondre en début de stage à leurs patrons qui leur demandent si elles comptent être enceintes si elles sont mariées alors qu'ils ne leur demandent jamais si elles veulent poursuivre une carrière universitaire, question posée systématiquement aux candidats masculins. C'est bien ce qu'explique Esther, avec un sentiment d'injustice (PH, cheffe de service, 38 ans, célibataire sans enfant) : « *En fait normalement la procédure c'est que quand on va aller dans un stage, on va se présenter au chef de service. Et quand on est une femme, la première question systématiquement que j'ai eue c'est : "Est-ce que vous êtes mariée ?" Parce que tout ce qui les*

embête c'est qu'on soit mariée et qu'on puisse éventuellement avoir une grossesse. Euh... Et ça s'arrête là. (...) Mais on ne m'a jamais proposée une carrière universitaire. Peut-être pour d'autres raisons. Mais quand vous êtes un garçon et que vous vous présentez en tant qu'interne à un chef de service, c'est pas la première question qu'on vous pose si vous êtes marié. On vous pose, on vous demande de savoir si vous voulez faire une carrière universitaire. Et... et après on vous donne les moyens pour. Donc y a d'énormes différences ». Fabienne (praticienne libérale, 40 ans, 2 enfants) se souvient également avoir été choquée par cette question la première fois qu'elle s'est présentée à un chef de service. Elle raconte comment elle lui avait répondu : « *Ecoutez, non, c'est pas prévu au programme* » et avait ajouté, juste pour lui faire un peu peur : « *Mais on sait jamais ce qui peut arriver* ». Certains patrons n'hésitent pas après la question posée à passer une sorte de contrat moral en début de stage avec leurs internes, leur enjoignant de ne pas avoir de grossesse pendant la durée du semestre. Pour d'autres, c'est au moment du clinicat que ce contrat moral est posé :

EZ : Et ça a été bien pris vos grossesses dans les services par exemple ?

Irène (PH, 43 ans, 2 enfants) : Oui, en tant qu'interne, oui. Oui.

EZ : Vous dites « en tant qu'interne », parce que sinon ?

Irène : Oui parce qu'on gêne pas trop : on est en surnombre, on pose pas de souci. C'est clair qu'au moment de mon clinicat, mon patron me disait : « T'es enceinte, j'te vire, quoi ». Je lui disais : « Je le ferai pas pour vos beaux yeux mais... ». Mais bon, ça posait plus de problèmes certainement que pendant l'internat, parce qu'au moment de l'internat, j'étais en surnombre et puis j'embêtais personne, quoi. Je prenais la place de personne et un service ne se retrouvait pas sans interne parce que j'étais en congés mater. Donc y avait pas de souci.

- 19 Nombreux aussi sont les récits d'enquêtées qui ont annoncé leur grossesse avant de prendre leur stage et qui ont été vivement découragées par les chefs de service en question de choisir leur service (toutes se sont entêtées toutefois, démontrant déjà ainsi un certain acharnement). Ainsi Dominique (PH, 63 ans, 3 enfants) raconte que quand elle a annoncé à son patron qu'elle était enceinte la troisième fois, celui-ci lui « *a répondu que c'était pas l'instant* ». Elle conclut son récit ainsi : « *M'enfin bon, on peut pas attendre que les patrons vous donnent l'autorisation parce que sinon on serait JAMAIS enceinte* ». Le fait que Chantal (PH, 37 ans, 4 enfants) ait fait son stage en étant enceinte chez le Professeur Vidal¹⁰ a d'abord été accueilli comme un « *scandale* » à en croire Florence (interne, 29 ans, célibataire sans enfant). Justine (PH, 52 ans, 2 enfants) s'entend dire par son patron : « *J'ai pris un chef de clinique féminin, fallait que je m'attende à ce qu'il me trahisse* »¹¹. Ces réactions de la part des patrons sont tellement fréquentes que lorsque l'annonce se passe bien, cela semble une agréable surprise pour les enquêtées :

Sabine (ACC, 33 ans, 1 enfant) : Ils ont été plutôt cool. Et je m'y attendais pas.

Eva (PH, 36 ans, enceinte du 1er enfant) : J'ai de la chance d'avoir un patron assez... cool. Pour ça.

Faire ses preuves à l'épreuve de la maternité

- 20 Une fois la grossesse annoncée, il reste à faire la démonstration de sa disponibilité et de sa capacité à « tenir » aussi bien qu'un homme. La plupart du temps les enquêtées apparentent leur grossesse à un non-événement : Gaëlle (PH, 34 ans, 2 enfants) insiste en disant que « *la grossesse n'est pas une maladie* » et qu'elle « *n'en avait rien à faire* ». Ainsi les enquêtées font-elles souvent comme si elles n'étaient pas enceintes. Gaëlle (PH, 34 ans, 2 enfants) raconte qu'elle « *pétait la forme* » alors qu'elle était enceinte et qu'elle aurait bien porté un malade malgré son gros ventre. Plusieurs enquêtées ont stigmatisé au

contraire les infirmières enceintes qui refusaient de porter des malades et s'en sont distinguées. Le fait même que les femmes chirurgiens reprennent à leur compte les normes définies comme sexistes, discriminant à leur tour les infirmières qui refusent d'effectuer certains travaux parce qu'elles sont enceintes, témoigne de la force d'imposition de la domination masculine. C'est ainsi en essayant de se fondre dans le collectif de travail masculin et en opérant une nette séparation avec les infirmières que s'imposent les femmes chirurgiens, reprenant à leur compte et à l'égard d'autres femmes la violence symbolique exercée par leurs collègues masculins.

- 21 D'autres enquêtées, à l'instar de Mathilde ou d'Henriette racontent qu'elles ont mené leurs gardes presque jusqu'à leur terme, alors même que légalement elles peuvent être déchargées de les faire plusieurs mois avant : « Vous savez, j'ai été élevée assez à la dure. Et ma mère m'a toujours dit qu'une grossesse c'était pas une maladie. J'ai fait des gardes pratiquement jusqu'à la fin. Juste quinze jours avant les collègues m'ont dit qu'ils prenaient mes gardes » (Mathilde, PH, 55 ans). A la question « Combien de temps vous êtes-vous arrêtée pour chacune de vos grossesses ? », la plupart des enquêtées répondent fièrement à l'instar de Justine (PH, 52 ans, 2 enfants) : « le minimum salarial ! ». Certaines ne prennent pas la totalité de leurs congés maternité, ne supportant pas de rester chez elles et/ou pressées par leurs collègues de reprendre le service. Souvent les vacances cette année-là ne sont pas utilisées (surtout lorsqu'il s'agit de la première grossesse).

Sabine (ACC, 33 ans, 1 enfant) : Et puis voilà, moi je me suis arrêtée vraiment au dernier moment, j'ai pas pris tout mon congés de maternité, j'ai pas pris mes vacances cette année-là parce que voilà... D'ailleurs je les ai perdues (léger rire) ça je l'savais pas. Et voilà.

EZ : Vous les avez pas pris parce que... ?

Sabine : Ben parce que j'osais pas. Je les ai mis dans une merde noire, quoi, hein. Ils étaient plus que deux pour faire tout l'été. Voilà. Et pas...

- 22 Si les grossesses sont illustratives de la nécessité de faire « encore plus ses preuves », elles viennent également renforcer les stéréotypes, à savoir que les femmes chirurgiens sont susceptibles d'avoir des enfants et donc de ne pas être suffisamment disponibles pour leur carrière. Si de tels discours sont encore possibles voir légitimés, c'est que de fait, l'organisation hospitalière n'échappe pas aux rapports sociaux de sexe et repose, comme les autres secteurs professionnels, sur la division sexuelle du travail assignant prioritairement les femmes à la sphère privée (Devreux, 2001). On voit ici l'interdépendance des sphères permettant finalement aux hommes de se libérer des obligations domestiques et donc d'être disponibles pour investir prioritairement leur carrière.

Conclusion

- 23 Les récits des femmes chirurgiens, corroborés par ceux de leurs homologues masculins, attestent des comportements misogynes ou sexistes qui existent encore au sein de la profession chirurgicale. Ces professionnelles se sentent bien souvent enjointes d'en « faire deux fois plus » que les hommes, « mises à l'épreuve », et disent qu'il faut « se battre » pour faire face et s'imposer professionnellement. Les obstacles qu'elles rencontrent relèvent ainsi non seulement d'une organisation peu propice à l'articulation entre vie privée et vie professionnelle¹², à des normes professionnelles « masculines », mais aussi à un traitement différencié des sexes par les patrons de chirurgiens et des comportements sexistes relevant de la prégnance de la domination masculine.

- 24 Le temps des grossesses est celui de l'épreuve par excellence, puisqu'elles doivent d'autant plus faire leurs preuves, tant physiquement que mentalement, auprès de leurs pairs comme de leurs supérieurs hiérarchiques. Cette situation, probablement comparable à celle d'autres professions où le surinvestissement professionnel est érigé comme norme et présenté comme étant l'apanage du masculin (Guillaume & Pochic, 2007), décourageant inévitablement les étudiantes d'intégrer le métier de chirurgien. Mais il est évident qu'en chirurgie, davantage que dans d'autres professions supérieures en féminisation (comme l'architecture ou la magistrature), cette dimension est d'autant plus importante puisque le métier chirurgical comprend une dimension physique indéniable. La naturalisation des capacités et de l'endurance physiques est ainsi d'autant plus vive dans ce métier, et tend à discréditer par avance les femmes.
- 25 Celles qui y font face et « relèvent le défi » font preuve d'une véritable surenchère dans l'investissement professionnel, se déchargeant sur d'autres professionnelles des tâches domestiques et éducatives. Ceci est particulièrement vrai pour la première partie de leur carrière professionnelle – l'internat et l'assistanat – où elles sont complètement dépendantes de leurs supérieurs hiérarchiques masculins pour l'obtention d'un poste. Leurs premières grossesses sont ainsi vécues comme une épreuve, un challenge à relever, comme l'occasion de faire véritablement « leurs preuves ». La modalité d'imposition dans le métier des femmes la plus courante reste celle de la « virilité »¹³ avec une surenchère dans l'endurance physique, une surenchère dans les grivoiseries et la revendication de l'étiquette de « chirurgien » au masculin plutôt que de celle de « chirurgienne ». On remarque cependant que le traitement auquel les femmes chirurgiens sont soumises ne fait pas l'objet d'une mobilisation collective, mais donne lieu à la mise en place de stratégies individuelles où le mérite et la « force de caractère » des individus sont prépondérants, dans une profession marquée par l'individualisme¹⁴.
- 26 Une analyse diachronique de la trajectoire de ces femmes chirurgiens fait pourtant apparaître qu'avec le temps, une fois qu'elles ont un poste et qu'elles sont moins dépendantes de la hiérarchie masculine, elles éprouvent une certaine usure à faire sans arrêt la démonstration de leurs capacités à faire plus que les hommes, et qu'elles adoptent des modalités de comportement plus « féminines » et moins compétitives¹⁵. Ainsi pourrait-on dire que les premières maternités, qui surviennent généralement en début de carrière professionnelle, sont l'occasion de surenchérir dans le modèle du *breadwinner* (Lapeyre, 2006), mais qu'avec le temps les femmes chirurgiens n'éprouvent plus le besoin de s'imposer selon les mêmes modalités de comportement et que l'expérience de la maternité et l'indépendance professionnelle les amène à une deuxième partie de carrière plus « féminine » (Zolesio, 2010).

BIBLIOGRAPHIE

- Baudelot, C., & Establet, R. (1992). *Allez les filles !* Paris : Seuil.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris : Seuil.

- Cassell, J. (1986). Dismembering the Image of God. Surgeons, heroes, Wimps and Miracles. *Anthropology Today*, 2(2), 13-16.
- Cassell, J. (1998). *The Woman in the Surgeon's Body*. Cambridge : Harvard University Press.
- Dawson, P. L. (1999). *Forged by the Knife The Experience of Surgical residency from the Perspective of a Woman of color*. Greensboro : Library of Congress.
- Devreux, A.-M. (2001). Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour des questions de santé ? In P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson & C. Philippe (Eds.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé* (pp. 97-116). Paris : Editions ENSP.
- Gallioz, S. (2008). Etre femme et entrer dans le secteur du bâtiment : recherche de l'exception ou acte de folie ? In Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat & A. Vilbrod (Eds.), *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement* (pp. 325-339). Rennes : PUR.
- Guillaume, C., & Pochic, S. (2007). La fabrication organisationnelle des dirigeants. *Travail, genre et sociétés*, 17, 79-103.
- Katz, P. (1999). *The Scalpel's Edge. The Culture of Surgeons*. Boston : Allyon and Bacon.
- Labarthe, G., & Héraullt, D. (2003). Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002. *Etudes et résultats*, 244, 1-8.
- Lapeyre, N. (2006). *Les professions face aux enjeux de la féminisation*. Paris : Octares.
- Lapeyre, N., Robelet, M. & Zolesio, E. (2005). Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. *Rapport de recherche pour le CNOM*. Université Lyon III et Université Toulouse II.
- Le Feuvre, N. (2001). La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre ». In P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson & C. Philippe (Eds.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques* (pp. 197-228). Rennes : Editions ENSP.
- Malochet, G. (2008). Surveillantes surveillées : la mixité au travail dans les prisons pour hommes. In Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat & A. Vilbrod (Eds.), *L'inversion du genre, op. cit.* (pp. 133-144).
- Marry, C. & Jonas, I. (2005). Chercheuses entre deux passions. L'exemple des biologistes. *Travail, genre et sociétés*. n° 14 : 69-88.
- Pruvost, G. (2007). *Profession : policier. Sexe : féminin*. Paris : Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Sorin, K. (2003). *Femmes en armes, une place introuvable ? Le cas de la féminisation des armées françaises*. Paris : L'Harmattan.
- Zolesio, E. (2010). *Chirurgiens au féminin ? Socialisation chirurgicale et dispositions sexuées de femmes chirurgiens digestifs*. Thèse de sociologie sous la direction de B. Lahire, Université Lyon 2.

NOTES

1. L'expression est revenue plusieurs fois dans la bouche des enquêtées et reprend également la phrase de Charlotte Whitton que Rosalyn Yalow, prix Nobel de physique, aurait accroché dans son bureau et qui est volontiers reprise par Patricia L. Dawson, chirurgien noire-américaine : « *Whatever women do they must do twice as well as men to be thought half as good. Luckily this is not difficulty* » (Dawson, 1999, p. 17).
2. Tous les prénoms mentionnés dans ce texte sont fictifs.

3. Centre Hospitalo-Universitaire.
 4. Comme a tendance à le faire Joan Cassell (1998).
 5. La disponibilité est un des premiers critères d'évaluation des stages d'internat et fait l'objet de nombreuses annotations de professeurs sur les rapports semestriels.
 6. Sur ma relance elle explique que c'est une excuse qu'elle n'a jamais entendue en chirurgie mais plutôt de la part de la serveuse ou de la plongeuse qu'employaient ses parents.
 7. Pour port à cathéter, petite intervention très peu prestigieuse.
 8. On pourrait penser que ma présence aurait influencé l'enquêtée à paraître « sérieuse » mais le personnel paramédical a indiqué que c'était là son habitude.
 9. Ceci n'est pas sans rappeler le questionnement différentiel adressé aux femmes candidats aux concours de surveillants de prison par rapport à leurs homologues masculins : les questions classiques sont alors de savoir comment elles comptent concilier vie professionnelle et vie privée et comment leur conjoint acceptera cette situation (Malochet, 2008).
 10. Ce nom de famille est bien sûr fictif.
 11. Katia Sorin notait également des réflexions plus ou moins accusatrices et agressives des supérieurs directs de timonnières enceintes et la même tendance à « tenir » malgré tout de la part de ces femmes pour éviter aux collègues un emploi du temps surchargé et être repéré comme un élément faible (Sorin, 2003, pp. 134-135).
 12. Comme c'est le cas par exemple pour les biologistes (Marry & Jonas, 2005, pp. 69-88).
 13. Nicky Le Feuvre définit ainsi l'attitude de femmes qui consiste à adopter les standards de comportement masculins. Elle s'oppose en tout point à la féminité, attitude qui consiste à penser qu'il existe une spécificité féminine et à la valoriser (Le Feuvre, 2001, pp. 197-228).
 14. Les chirurgiens apparaissent par exemple comme très peu syndiqués comparativement aux anesthésistes. Pearl Katz soulignait déjà l'individualisme de la profession chirurgicale fondée sur le mythe du « héros » (Katz, 1999).
 15. Cf. Baudelot et Establet (1992) et Bourdieu (1998).
-

RÉSUMÉS

L'objectif de cet article est de voir les obstacles qui existent à la féminisation de la chirurgie, encore aujourd'hui. Quoique la médecine dans son ensemble se féminise, la chirurgie demeure la spécialité médicale la plus sous-féminisée et les comportements sexistes des professionnels en poste ne sont pas pour rien dans cet état de fait comme le montre notre enquête ethnographique. En effet, les internes filles en chirurgie sont systématiquement suspectées d'un moindre investissement professionnel du fait de leur statut potentiel de mère, discréditées d'avance quant à leurs capacités physiques, jugées enfin trop fragiles émotionnellement pour « tenir » dans un métier difficile.

The purpose of this paper is to underline the remaining obstacles to the feminization of surgery. An ethnographic study shows that, although the feminization of medicine as a whole is real, surgery remains the most under-feminized area of medical specialization and sexist behaviors from senior surgeons are partly responsible for this situation. In fact, female students in surgery are always suspected of being less involved in their jobs as they are potential mothers, they are discredited in advance in matters of physical capacities, and are considered as too weak emotionally to "cope" in this difficult profession.

INDEX

Mots-clés : femme, grossesse, sexisme, enseignement en milieu hospitalier, entrée sur le marché du travail

Keywords : women, pregnancy, sexism, hospital teaching, labour market entry

AUTEUR

EMMANUELLE ZOLELIO

ATER en sciences de l'éducation – Université Lille 3 / Universités de Lyon – Centre Max Weber,
équipe « Dispositions, Pouvoirs, Cultures, Socialisations ».