

# Paysages de médecine avec femmes

Axel Hoffman,  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
Norman Bethune.

.....

*Jusqu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle, la femme était considérée comme le « soignant naturel » de la famille mais, à moins de se faire religieuse, n'avait pas accès aux professions de soins, bastion réservé aux hommes. L'arrivée massive des femmes dans les professions médicales illustre la recomposition des rapports sociaux entre les sexes. Comment les intéressé(e)s vivent-ils/elles cette mutation ? Faut-il y voir la sortie progressive d'un régime « féodal » des sexes évoluant vers un système de relation plus réflexif ou est-ce une forme de recomposition de la domination masculine ?*

.....

Dès lors que nous reconnaissons qu'il y a un lien entre genre, inégalité sociale et féminisation de la médecine, il n'est pas inutile de revenir sur ce qu'on implique en parlant de genre.

Dans le modèle dit « des deux sexes », le genre est défini sur base de l'immuable différence anatomique et physiologique entre l'homme et la femme. Cette définition était une « naturalisation » des femmes qui prend appui sur le déterminisme biologique pour justifier les inégalités sociales. A l'opposé, certaines approches féministes reposent aussi sur cette différence sexuelle mais, au contraire de la logique naturalisante, elles essentialisent et exaltent cette différence, célèbrent les qualités des femmes et les engagent dans une stratégie de résistance à la phallocratie (Irigaray).

Le modèle dit du « sexe unique » inverse la proposition précédente. « Sexe unique » ne signifie pas unicité anatomique entre hommes et femmes mais exprime l'idée que c'est le genre qui définit le sexe et non l'inverse, que le système de relations sociales crée la bi-catégorisation sexuelle en tant que division socialement significative, que le système social de différenciation et de hiérarchisation crée les catégories de sexe comme élément structurant des sociétés humaines. Selon ce point de vue (défendu entre autres par Bourdieu, Delphy, Guillaumin), le genre n'est plus un attribut individuel et les termes masculin/féminin ne prennent sens qu'à l'intérieur du système de rapports sociaux qui les a fait naître. Pour ces analyses dites constructivistes, le genre, en tant que processus social de différenciation/hiérarchisation, accorde aux différences biologiques une capacité de structuration sociale à tous les niveaux de la réalité sociale : niveau matériel de la division sexuelle du travail, niveau symbolique des catégories (masculinité et féminité), niveau des interactions entre hommes et femmes. Contrairement au modèle des deux sexes qui, partant d'une évidence biologique, aboutit à une impasse, le modèle qui reconnaît la prééminence du genre sur le sexe permet de penser une résistance à ce processus construit qui hiérarchise les genres.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, le modèle des deux sexes est triomphant : le modèle du mâle *breadwinner* (qui gagne le pain quotidien) est hégémonique, le système d'inégalités entre les sexes est institutionnalisé dans le mariage dont les liens

---

## Un ou deux sexes ?

L'arrivée des femmes dans les professions d'élite, entre autres médicales, ne se réduit pas à une donnée démographique amusante. Elle donne à voir la transformation profonde des relations de pouvoir et d'inégalité entre hommes et femmes. Symptomatique du lien entre féminisation et recomposition des rapports de pouvoir, le monopole masculin en médecine disparaît en même temps que la quasi-obligation de sortir d'humanités gréco-latines pour accéder aux études de médecine, condition qui ne reposait que sur un obstacle social (ne pas connaître le latin était considéré comme la marque d'une condition inférieure) et n'avait plus de justification scientifique.

Mots clefs : femmes, inégalité sociales.



sont indissolubles, dans l'interdiction de l'avortement et de la contraception, dans l'exclusion des femmes des lieux les plus prestigieux de formation, d'emploi et de pouvoir politique (voir encadré : Gazon interdit) et dans la certitude d'une différence « naturelle » entre les capacités des hommes et des femmes. Le contrat de genre instauré lors du passage à la modernité industrielle s'élabore sur le principe de la dépendance sociale et économique des femmes. L'émancipation des femmes ne se réduit dès lors pas à l'égalité des droits, elle se définit comme une quête d'autonomie.

Dans son pamphlet *L'asservissement des femmes* publié en 1869, le philosophe John Stuart Mill (celui de l'utilitarisme) exige « la suppression des indemnités et des droits protectionnistes dont jouissent actuellement les hommes (...) car si grandes et apparemment si irréductibles que puissent être les différences morales et intellectuelles entre les hommes et les femmes, on ne saurait prouver que ce sont des différences naturelles (...). Les médecins et les physiologistes ont constaté jusqu'à certain point les différences dans la constitution physique. Certes, c'est un élément important pour le psychologue, mais malheureusement, peu de médecins sont psychologues ».

Aujourd'hui, cela nous paraît lointain. Les piliers objectifs de ce contrat sont érodés par les nouveaux droits que sont le divorce, l'avortement, la contraception, la disparition de l'incapacité juridique des femmes mariées, l'accès à l'enseignement, à la fonction publique et aux métiers « d'hommes » etc. Mais le processus de différenciation sociale/hierarchisation basé sur le genre reste solide, ainsi que nous le montre l'analyse de la féminisation des professions « d'élite ».

---

## Féminisation et féminisation

Il ne suffit pas de constater la féminisation des professions « d'élite », comme la profession médicale, pour conclure à la fin des inégalités : ce terme de féminisation recouvre des réalités différentes, que l'on peut décrire en quatre tableaux.

Dans un premier sens, la féminisation peut

### **Gazon interdit**

La scène se passe en 1928, dans un collège anglais bizarrement nommé Oxbridge...  
Virginia Woolf traverse le collège.

*Je me retrouvai donc en train de marcher d'un pas rapide sur l'herbe d'une pelouse. A l'instant même une forme humaine se dressa devant moi pour me barrer le chemin. Tout d'abord, je ne compris pas que les gestes de cet objet étrange, en jaquette et chemise empesée, étaient dirigés contre moi. Le visage de cet objet exprimait l'horreur et l'indignation. L'instinct plutôt que la raison me vint en aide : l'homme était un appariteur, j'étais une femme. D'un côté il y avait du gazon, de l'autre il y avait une allée. Seuls les professeurs et les étudiants étaient admis sur le gazon ; le gravier m'était destiné. Ces pensées naquirent en une seconde. Tandis que je regagnais l'allée, les bras de l'appariteur retombèrent, son visage recouvra son calme coutumier...*

*Une chambre à soi, Virginia Woolf*

recouvrir l'ouverture aux femmes des échelons inférieurs de certaines professions, éventuellement délaissées par les hommes en raison de leur dévalorisation économique ou sociale ; cette « féminisation » perpétue la dévalorisation des femmes sans modifier le système social de genre, qu'on l'appelle domination masculine ou patriarcat. Une version en miroir de ce mécanisme consiste à constater que l'arrivée des femmes dans une profession explique en elle-même ou provoque le déclassement de cette profession.

Deuxième approche, la féminisation peut correspondre à la diffusion des valeurs féminines dans les ex-bastions masculins où elles arrivent en nombre. Cette perspective s'appuie sur une conception statique du masculin et du féminin qui sont censés fonctionner comme des archétypes. On peut alors assister à une transformation des groupes professionnels mais sans

que le principe du genre comme système d'organisation sociale soit modifié.

Troisième perspective, l'entrée des femmes dans un contexte professionnel peut s'accompagner de leur « virilisation » au sein d'une profession dont la culture dominante masculine ne change absolument pas (c'est ce qu'on appelle aussi la socialisation inversée). C'est ainsi que n'accèdent aux échelons supérieurs que les femmes « plus viriles que les hommes ». La virilisation de la femme devient aussi un argument de vente très envahissant dans la publicité, qui étale volontiers des images de femmes dominatrices là où jadis pullulait la femme-objet. Ce phénomène, étudié par Vinciane Pinte, table sur des figures de femmes libérées qui en fait restent largement tributaires des exigences de la masculinité. Comme dans la seconde perspective, il y a ici une réification des notions de masculinité et de féminité, mais en même temps, il y a, via cette virilisation de la femme, une rupture de l'équation homme = masculin et femme = féminin, bien que cette « mobilité de sexe » soit très limitée et ne transforme pas la logique hiérarchisée du processus de différenciation.

La dernière perspective aborde le processus de féminisation des professions d'élite sous l'angle d'une transformation réelle ou potentielle du processus de différenciation/hiérarchisation. L'accès des femmes aux positions de pouvoir ou de prestige marque l'affaiblissement du lien entre sexe biologique et devenir social (en termes d'autonomie et d'indépendance). Cette féminisation n'est pas seulement cause de la transformation sociale, elle en est aussi le résultat. Quand les femmes s'approprient l'accès aux formes sociales, politiques, économiques et personnelles d'autonomie, alors le principe du genre comme processus social déterminant est remis en cause, l'hypothèse selon laquelle le genre ne constitue nullement un élément nécessaire des sociétés humaines devient pensable et rend obsolète la notion d'identité masculine ou féminine.

### Elles arrivent...

Réalisée en France dans les années 90, une enquête sur la carrière de 509 femmes médecins à ce moment retraitées montre que leur itinéraire s'était construit autour de deux facteurs : leur origine sociale et leur identité de femme.

La plupart de ces femmes médecins étaient issue d'un milieu socialement élevé et financièrement aisé, de tendance progressiste, qui leur permettait d'affronter le choix d'une carrière encore considérée comme masculine et de trouver les appuis financiers et « domestiques » nécessaires.

L'identité de genre par contre jouait comme un handicap. Le fait d'être femme limitait leurs choix professionnels et l'accès aux réseaux de « clientélisme ». On attendait d'elles qu'elles fassent davantage preuve de compétence que les hommes et on les cantonnait dans des pratiques préjugées plus adaptées aux femmes. Françoise Giroud estimait à l'époque que l'égalité serait atteinte lorsqu'on supporterait des femmes ce que l'on admet si facilement des hommes : l'incompétence, y compris à un haut niveau de responsabilité... De leur côté, ces femmes consacraient moins de temps aux aspects informels de la profession, pourtant nécessaires pour entretenir un réseau efficace de collègues, s'impliquaient peu au niveau de l'organisation professionnelle et adhéraient





moins aux choix idéologiques et à la quête de pouvoir. En fait, par rapport aux hommes, elles se concentraient plus sur la réalisation des tâches professionnelles, à l'instar de groupes dominés qui accèdent nouvellement au savoir et ne peuvent se permettre ni de prendre de la distance par rapport aux tâches ni de faire preuve de la décontraction qu'autorise un capital social solidement ancré.

---

## Elles sont là

Les nouvelles générations de femmes médecins ne correspondent plus à ce modèle « pionnier ». Mais l'analyse des manières dont elles vivent leur pratique montre l'importance persistante de leur expérience sociale du genre, de la manière dont elles intériorisent ou transgressent la logique et la légitimité du processus de différenciation / hiérarchisation selon le sexe et inventent d'autres manières de vivre. Et cela dans un contexte caractérisé par les tensions entre le modèle « fondateur » du mâle *breadwinner* et d'autre part l'individualisation croissante des trajectoires féminines.

On peut décrire trois « trajectoires ».

Les femmes peuvent s'inscrire dans la profession selon une logique d'intégration normative qui reproduit les schémas du genre dans la sphère professionnelle et dans la sphère domestique et se fonde sur la dépendance matérielle et idéelle vis-à-vis du mâle *breadwinner*. Généralement ces femmes choisissent vers des secteurs d'activité médicale plus compatibles avec une identité centrée sur la vie familiale et domestique.

D'autres, qui se trouvent par exemple engagées dans des schémas de carrière ascendante ou qui connaissent des situations personnelles exceptionnelles (isolement, mono-parentalité, etc.) peuvent adopter des logiques d'action fondées sur l'autonomie et sur des « stratégies de carrière » habituellement associées aux hommes. Ces pratiques « virilisées » consolident la logique de la différenciation/hiérarchisation des sexes et la croyance selon laquelle la réussite professionnelle chez la femme (et elle seule) est incompatible avec toute forme d'engagement conjugal ou parental.

Loin de ces logiques, la forme la plus achevée de l'autonomie s'inscrit dans une distanciation réflexive vis-à-vis du processus même du genre. Cette forme d'autonomie transcende la logique et la légitimité du processus de différenciation/hiérarchie. Plus que la remise en question de la place « assignée » en raison du sexe, il y a une remise en question de la légitimité même de la hiérarchie des sexes. Elle nécessite la rencontre dans la sphère privée et professionnelle d'autres acteurs (notamment des hommes, collègues et conjoint) qui tendent également à un effacement des principes de différenciation/hiérarchisation. Ces femmes ne mènent leur carrière ni sur le modèle masculin ni selon des normes féminines. Le fait de ne pas se caractériser selon ces catégories révèle l'expérience réflexive du genre. Les facteurs extra-professionnels pèsent autant sur les épaules de leurs partenaires que sur elles. Mais ces femmes (et ces partenaires masculins) semblent actuellement minoritaires...

Souvent les femmes oscillent entre ces différentes logiques, selon leur parcours de vie (d'un modèle d'intégration normative où elles dépendent d'un mâle *breadwinner* à une logique plus autonome ou inversement). Les circonstances et conditions de travail interviennent également. Par exemple, la médecine de groupe ou salariée s'inscrit généralement dans une logique d'intégration normative, de subordination de l'activité professionnelle à l'investissement familial.

Le parcours professionnel des femmes médecins demeure plus difficile que celui des hommes. Des données du ministère belge de la Santé mentionnent un abandon de 30% chez les femmes médecins durant les cinq premières années de pratique. Des études anglaises mettent en évidence le risque accru de suicide chez les femmes médecins hospitalières. Le risque de burn-out serait 1,6 fois plus élevé que chez les hommes, la présence de collègues ou d'un conjoint soutenant diminuant ce risque de près de la moitié.

La pratique des femmes médecins est-elle différente de celle des hommes ? Les attentes des patient(e)s sont-elles différentes selon le genre du soignant ? La plupart des études ne donnent pas de réponses tranchées. Tout au plus

**En Belgique**

*En 2000, un médecin sur trois était une femme. Les indicateurs montraient qu'elles avaient une activité moindre en termes d'emploi, de temps de travail et de production de soins. Néanmoins, cette différence était plus faible chez les jeunes et les spécialistes ainsi que dans les couples sans enfants, sans que l'on puisse actuellement départager ce qui tient à l'effet féminisation et à l'effet génération. Certains travaux suggèrent que les choix des femmes en matière d'activité professionnelle sont plus sensibles aux variations de rémunérations et donc influencés dans le sens d'une activité plus réduite par les rémunérations plus faibles associées à l'importance de la densité médicale.*

*Les femmes investissent massivement la pédiatrie et la dermatologie (plus de 80 % de femmes dans ces spécialités), la psychiatrie infantile et l'ophtalmologie (plus de 70 %), la biologie clinique, la médecine physique et la gynéco-obstétrique (plus de 60 %). L'urologie, la neurochirurgie et l'orthopédie sont les spécialités les moins appréciées (15 % de femmes). Des hypothèses non démontrées évoquent un travail féminin plus fréquemment organisé en temps partiel.*

*Les carrières académiques s'ouvrent difficilement aux femmes : si en 2002 les thèses de doctorat à l'université catholique de Louvain étaient défendues par 49 % de femmes (44 % en 2003), seuls 12 % des enseignants de l'école de médecine sont des femmes. La carrière hospitalière demeure masculine : en 2004 à l'université catholique de Louvain, seulement cinq femmes étaient chef de service sur quarante-cinq services, et quatre d'entre elles étaient nommées depuis moins de cinq ans.*

semble-t-il que les femmes médecins donnent davantage de place à la parole, la leur et celle des patients, et qu'elles gagnent moins que leurs confrères. Même le lieu commun selon lequel elles travaillent davantage à temps partiel que les hommes n'est pas confirmé.

L'attitude des mâles de la profession médicale face à la féminisation semble un sujet d'étude peu couru (la résistance face aux nouveaux rapports sociaux de genre a fait l'objet de nombreuses recherches, mais nous n'avons pas connaissance de travaux d'envergure spécifiques à la profession médicale). Il semble néanmoins que les stéréotypes aient la vie dure. Beaucoup de femmes médecins assument encore seules la double charge du travail professionnel et domestique et doivent affronter l'attitude machiste des confrères. Interrogée par le *Journal du Médecin* (4 septembre 2007), le D<sup>r</sup> Sherf, femme médecin généraliste à Soignies, évoque ses études : « ... j'avais appris que les assistantes ne pouvaient pas être enceintes pendant leur formation en chirurgie. Cela m'a détourné de la chirurgie ». Et, parlant de ses relations avec les confrères : « J'ai d'excellents contacts avec mes consœurs : nous sommes solidaires les unes des autres, nous nous relayons lorsqu'un de nos enfants est malade. Par contre, pour certains confrères nous sommes des femmes... dont la place est au foyer. Certains médecins restent assez machos, considèrent leurs consœurs comme des sous-produits et estiment par ailleurs que la médecine est dévalorisée à cause des femmes car elles ne prestent pas autant d'heures que les hommes ».

Si l'arrivée des femmes dans la profession médicale n'est plus une curiosité, les manières dont elles sont accueillies et s'y intègrent sont nombreuses et variées, pas toujours « progressistes ». Il faut espérer que, dans le contexte où plus de la moitié de la profession sera sous peu féminine, la logique d'action réflexive prendra le dessus et permettra à toutes et tous à la fois de s'y épanouir et de donner la pleine mesure de leurs capacités et de leur créativité. ●



---

## Sources

« Carrières et pratiques des femmes médecin en France 1930-1980 : portes ouvertes ou fermées ? » Dominique Cèbe in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

« La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou transformation de genre », Nicky Le Feuvre in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

*Une chambre à soi*, Virginia Woolf, Bibliothèque 10/18, Denoël, Paris 1996.

*L'asservissement des femmes*, John Stuart Mill, Éditions Payot et Rivages, Paris 2005.

« Une généraliste au pas déca-dansé », Colette Barbier, *Le Journal du médecin* n° 1854, 4 septembre 2007.

« La féminisation de la profession médicale. La carrière académique et hospitalière des femmes médecin », JJ. Rombouts et V. Godin, *Louvain Médical* 2004 ; 9, 338-341.

« *La féminisation des études et de l'activité médicale* », V. Lorant, C. Artoisenet, *Louvain Médical* 2004 ; 9, 342-347.

*Le burn out du soignant*, Michel Delbrouck, De boeck et Larcier 2003.

*La domination féminine*, Vinciane Pinte, Éditions Labor et Espaces de liberté, Bruxelles 2003.