

François MOUTET

**La Féminisation
des effectifs chirurgicaux**

Presses universitaires de Grenoble

Préface

La femme est l'avenir de la médecine. Ce pourrait être le sous-titre du livre de François Moutet ! Ceci bien sûr pour des raisons démographiques. La médecine se féminise. Les femmes qui ne représentaient que 10 % des étudiants en médecine en 1962 occupent aujourd'hui plus de 60 % des bancs des facultés. Si le *numerus clausus* reste de l'ordre de 7000, les femmes devraient être majoritaires dans la profession médicale dans les années 2020. La mutation est suffisamment spectaculaire pour que son analyse suffise à justifier le travail remarquable qui a été réalisé par l'auteur. Mais le phénomène va bien au-delà comme le montre, avec élégance et sagacité, François Moutet.

Il est tout d'abord symbolique d'une véritable transformation sociale, tant la médecine a été pendant longtemps l'un des bastions professionnels les plus fermés aux femmes. Et la chirurgie, prise comme terrain d'observation privilégié par l'auteur, lui-même chirurgien de renom, l'était plus encore. À travers l'historique minutieux qui ouvre l'ouvrage, on retrouve quelques dates révélatrices de la laborieuse conquête par les femmes du droit d'accéder aux études médicales et de la méticuleuse résistance de l'institution à admettre leurs talents et compétences. Six siècles se sont écoulés entre les édits royaux imposant une formation universitaire pour exercer la médecine, qui excluaient les femmes, alors interdites d'université, de la carrière médicale, et les premiers diplômes de docteur en médecine délivrés à des femmes : en 1849 aux États-Unis, en 1870 seulement à la faculté de Paris... Le chemin a été encore plus long pour la chirurgie puisque l'auteur nous apprend que la première femme chirurgien diplômée l'a été en 1911 ! Et il souligne malicieusement qu'en 2009, sur les 261 membres de l'académie de chirurgie, on ne comptait que 9 femmes...

La féminisation du corps médical pourrait, de plus, devenir le sésame d'une métamorphose du système de santé français. Construite sur le principe de l'exercice isolé de la médecine et sur la sacralisation de la thérapeutique au détriment de la prévention, la médecine de ville est aujourd'hui confrontée à une mutation, qui bien qu'annoncée depuis une trentaine d'années, n'est jamais parvenue à se concrétiser. Sous la pression de la réduction des effectifs médicaux, de nouveaux modes d'exercice se profilent. Les réformes politiques tentent de les dessiner : réseaux, maisons médicales, pôles de santé, télémedecine... L'exercice collectif est à l'honneur pour favoriser la coordination des soins, pour améliorer l'efficacité du système de santé, pour répondre aux aspirations professionnelles des nouveaux praticiens... Des transformations analogues sont à l'œuvre dans les structures hospitalières. L'exercice collectif y est bien évidemment traditionnel, mais la pratique des *staffs*, l'organisation de véritables équipes soignantes, la structuration des pôles hospitaliers témoignent d'une transformation profonde de l'hôpital. Le souvenir des crises provoquées dans les années 1980 par l'idée de départementalisation permet de mesurer le chemin parcouru. Or, l'analyse proposée par

François Moutet incite à penser que le mouvement est irréversible, que les nouvelles promotions de médecins, en grande majorité des femmes, feront fructifier les évolutions en cours. Puisse son analyse être confirmée par les faits.

Les équilibres entre médecine libérale et médecine salariée pourraient en outre être remis en cause. Déjà, on peut constater une moindre installation des jeunes professionnels en exercice libéral. Des formes d'exercice mixte se développent et pourraient d'ailleurs aider à résoudre certains problèmes liés à la baisse de la démographie médicale. Les stéréotypes médicaux les plus ancrés pourraient ainsi voler en éclats au cours de la prochaine décennie. À cet égard, le *focus* de l'auteur sur les disciplines chirurgicales est particulièrement éclairant. Pour la première fois en 2008, les femmes représentaient 40 % des candidats ayant choisi ces disciplines. Or, les témoignages recueillis par l'auteur, auprès d'une vingtaine de femmes chirurgiens, suggèrent une nouvelle vision du métier, une nouvelle approche de l'exercice professionnel.

En définitive, François Moutet nous invite, au-delà de sa problématique initiale, à imaginer une nouvelle configuration de la médecine et de la chirurgie. Il pose, au fil d'une analyse documentée, incisive et passionnante de la féminisation du corps médical, des questions essentielles pour l'avenir du système de santé.

Didier TABUTEAU

Responsable de la chaire santé de Sciences Po Paris et du centre d'analyse des politiques publiques de santé de l'EHESP, codirecteur de l'institut de droit et santé de l'université Paris Descartes.

Introduction

« Parmi les critères dont la tradition occidentale s'est servie pour marquer la distance qui sépare la sauvagerie de la barbarie, et celle-ci de la civilisation, la vie sexuelle et la place des femmes ont toujours occupé une place de choix. » E. E. Evans-Pritchard (1971)

Si les femmes constituent aujourd'hui environ 23 % des effectifs chirurgicaux, de nombreuses prévisions et la présence massive des jeunes filles durant les premières années des études de médecine laissent entrevoir pour les années à venir l'arrivée de nombreuses femmes chirurgiens dans la vie active.

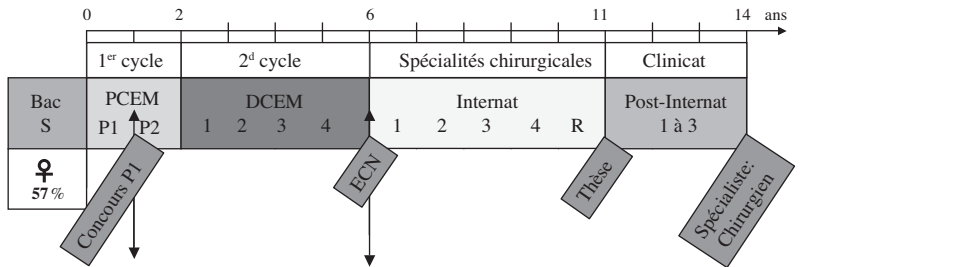
Il faut actuellement 12 à 14 ans d'études après le baccalauréat pour former un chirurgien (figure 1). La lisibilité des variations de population sur un cursus aussi long avec des réformes qui s'empilent, s'additionnent et parfois se contredisent durant cette période, n'est pas des plus simples. S'ajoute encore l'impact d'éventuels revirements des politiques de santé publique et de changements de comportements de la population. Il faut, pour appréhender globalement la féminisation des effectifs chirurgicaux, interroger la parcellisation de savoirs spécialisés. Les solutions pour gérer cette nouvelle situation à venir ne sont évidemment pas uniquement numériques, et anticiper la féminisation de la chirurgie, c'est d'abord la comprendre.

Mais le problème de la féminisation des effectifs chirurgicaux est-il une vraie « fausse question » ? Les mœurs, l'investissement au travail changent. « 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, « être autarcique, ne tenant que de ses caractères internes, de raison et de sexe, tout ce qui le fait être et agir » (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 cette féminisation 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.

Ni effet de mode, ni choix de circonstance, la féminisation des effectifs chirurgicaux est dans les esprits depuis des années sans avoir jusqu'à présent provoqué de réactions notables. Quel est le problème et quelle est la véritable question qu'il sous-tend ? La réflexion s'articule autour de quatre termes : un constat, une inquiétude, une réflexion et une interrogation.

Figure n° 1

Cursus des études médicales pour obtenir la qualification en Chirurgie (2007)**Légendes :**

PCEM Premier cycle des études médicales
P1: première année
P2: deuxième année

Internat Internat (5 ans)
4 ans
+ R : une année recherche

Clinicat Post-Internat de 1 à 4 ans. CCA Chef de clinique assistant des hôpitaux

DCEM Deuxième cycle des études médicales (4 ans)

ECN Examen classant national
choix individuel de la spécialité
en fonction du classement

UN CONSTAT HISTORIQUE

La femme a dû lutter durement pour accéder à la reconnaissance de ses compétences médicales et plus encore de ses compétences chirurgicales, du moins de la part de ses pairs. Dans l'Antiquité, les femmes sont pratiquement absentes de l'histoire de la médecine. Leur place et leur rôle varient au gré des temps et des mœurs, mais c'est à la fin du XIX^e siècle que leur place sera petit à petit reconnue. En ce qui concerne la chirurgie, ce n'est que dans la deuxième partie du XX^e siècle que leur place se verra confortée.

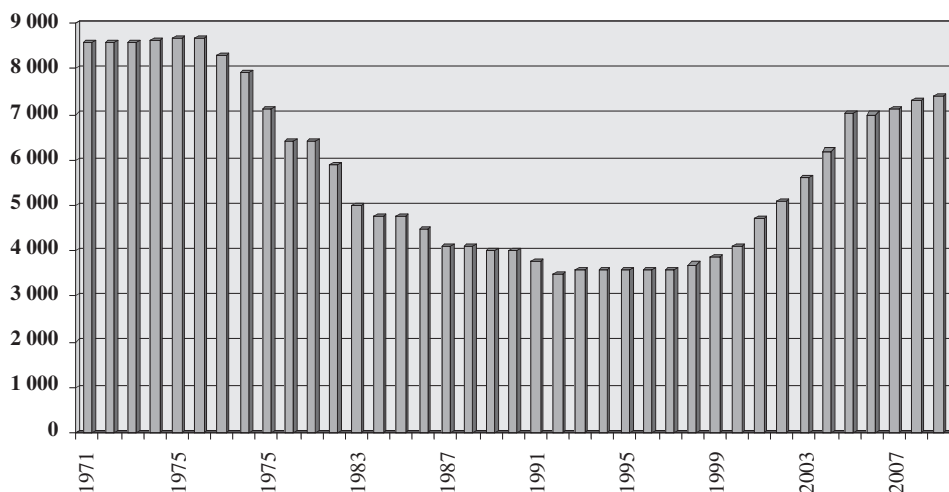
UNE INQUIÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE

Depuis plus d'une dizaine d'années, les effectifs des étudiants de P2 (deuxième partie du premier cycle des études médicales) se féminisent de plus en plus. Après le très sélectif concours de première année (P1, 12 % de réussite), les bancs des étudiants en médecine sont occupés à plus des deux tiers par des filles (de 65 % à 75 % selon les facultés), la moyenne nationale se situant à 67 %. Cette proportion élevée de femmes s'explique assez aisément car les bachelières reçues au baccalauréat scientifique 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).

Selon certains, les garçons réussissent moins bien au concours de P1 car ils seraient psychologiquement moins mûrs, moins méthodiques, moins ordonnés et plus instables

que les filles. Parmi ces adultes naissants que sont les étudiants au sortir du baccalauréat, les filles, plus matérialistes, plus scolaires, plus organisées réussiraient mieux à un concours aux objectifs étroits et précis. En fait, il n'en est rien : elles sont simplement plus nombreuses à se présenter et, toutes choses égales par ailleurs, les garçons ont plus de chance de réussite, ils s'y présentent simplement en moins grand nombre (Bessière, 2005). L'ouverture progressive du *numerus clausus* depuis 1993, et surtout après 1998, a laissé penser que ce concours d'entrée serait plus accessible (figure 2). Cet effet d'annonce a fait croître le nombre de candidats mais pas le taux de réussite qui stagne aux alentours de 12 %. Il y a eu, 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 (Scientifique, Littéraire, Économique et social) et la mention obtenue qui sont les vrais critères discriminants. On peut dresser un portrait-robot du candidat réussissant le concours le P1 lors de sa première tentative : c'est un garçon issu d'une classe aisée (famille à plus de 60 000 € de revenu annuel) ayant obtenu une mention Bien ou Très bien à un Bac scientifique avec un an d'avance. Ses chances d'être primant sont alors de l'ordre de 35 % (Bessière, 2005).

Figure n° 2
Évolution du *numerus clausus* entre 1971 et 2009



Point bas en 1992 = 3 500 places ; point haut en 1976 = 8 671 places

Au concours 2009 = 7 400 places.

Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) souhaite qu'il y ait 8 000 places par an à partir de 2010.

Afin d'endiguer les effets délétères du taux d'échec massif en P1 (88 %), certaines facultés changent leur mode d'enseignement. Depuis 2006-2007, la faculté de médecine de Grenoble vise à rapprocher l'étudiant de l'enseignant en personnalisant davantage le contact et tente ainsi d'influer sur le taux de réussite en P1. Les 20 heures hebdomadaires

de cours magistraux sont remplacées par un système où les étudiants effectuent un travail personnel sur les cours enregistrés sur DVD. Une plateforme informatique interactive leur permet d'interroger les professeurs. Puis, lors de séances regroupant au maximum 200 étudiants, l'enseignant revient sur les questions posées (Selle, 2008).

Parallèlement, des séances hebdomadaires de tutorat entraînent au concours de fin de première année. Elles se composent d'une heure de concours blanc et d'une heure de corrigés et se rapprochent ainsi de ce qu'étaient les conférences d'externat ou d'internat des générations précédentes. Elles sont assurées par des étudiants de troisième année qui conçoivent eux-mêmes des questions mises en commun *via* la plate-forme informatique et qui sont sélectionnées par l'enseignant selon leur pertinence. Ces concours blancs permettent un classement hebdomadaire qui, combiné à l'assiduité aux séances de tutorat, donne tôt dans l'année une idée assez fiable et précise des étudiants qui feront partie des reçus au concours. Il est vrai que ce mode d'enseignement requiert plus encore d'autonomie et de méthode. Qui favorisera-t-il ?

UNE RÉFLEXION SOCIOLOGIQUE

Il semble logique que la proportion d'une promotion d'étudiants se destinant à la chirurgie reste constante et non représentative d'une classe d'âge, comme les promotions antérieures. Donc, dans ces effectifs fortement féminisés, par un effet de simple proportionnalité, l'effectif chirurgical va se féminiser de façon majeure. Il est aujourd'hui de 17 %, il sera demain de 35 % (CNOM, 2006). Il est surprenant de lire dans certains travaux récents que la chirurgie « attire un tantinet plus les femmes qu'auparavant » alors que leur contingent a été multiplié par trois en quelques années (Jeanroy, 2007).

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 permette 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. Globalement, après l'examen classant national (ECN) qui oriente la carrière future de façon formelle, si les hommes choisissent la chirurgie en second rang après les spécialités médicales, les femmes la choisissent en quatrième rang après les choix plus classiques que sont les spécialités médicales, la pédiatrie et la médecine générale (tableau 1).

Tableau 1
Choix en fonction du sexe des disciplines à l'ECN 2007

Ordre des choix	Choix des femmes	Choix des hommes	Globalement
1	Spécialités médicales	Spécialités médicales	Spécialités médicales
2	Pédiatrie	Spécialités chirurgicales	Spécialités chirurgicales
3	Médecine générale	Anesthésie réanimation	Anesthésie réanimation
4	Spécialités chirurgicales	Pédiatrie	Pédiatrie
5	Anesthésie réanimation	Médecine générale	Médecine générale
6	Gynécologie obstétrique	Biologie médicale	Gynécologie obstétrique
7	Psychiatrie	Gynécologie obstétrique	Biologie médicale
8	Biologie médicale	Psychiatrie	Psychiatrie
9	Gynécologie médicale	Santé publique	Gynécologie médicale
10	Santé publique	Médecine du travail	Santé publique
11	Médecine du travail	Gynécologie médicale	Médecine du travail

Globalement, la chirurgie reste le second choix le plus prisé après celui des spécialités médicales.

D'un point de vue pratique, quel sera l'effet de cette féminisation de la chirurgie sur la continuité des soins ? Cette population de praticiens est en effet *a priori* très demandeuse de temps partiels alors que les urgences, les reprises, l'imprévisible, font partie des grandeurs et servitudes de la profession, 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. Au 1^{er} janvier 2007, on comptait, en France métropolitaine, 9 602 MAR dont 63 % exerçaient en milieu hospitalier. Le taux de féminisation y était de 35 % et est resté constant en 2009, malgré une légère diminution de l'effectif qui est passé de 9 602 à 9 391 (Le Breton-Lerouvillois, 2009). La moyenne de féminisation des MAR dans l'Union Européenne est de 38 % avec une exception marquée pour la Grèce où ce taux atteint 74 %. En France, les hommes vont davantage vers le privé et l'anesthésie, les femmes vers le public et la réanimation (Le Breton-Lerouvillois, 2007). La situation évolue vers une parité homme/femme dans les hôpitaux publics où 60 % des temps partiels sont occupés par des femmes. Pour autant que les effectifs soient maintenus numériquement, 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 où la spécialisation est de plus en plus marquée. La continuité des soins en chirurgie, avec l'arrivée massive des femmes et la demande de temps partiels, semble donc problématique.

Il a en effet été prouvé qu'en deçà de quatre seniors en emploi à temps plein (ETP), une activité chirurgicale à soins continus 24 h/24 et 365 jours par an, ne peut être assurée.

Les données accessibles et la réflexion actuelle laissent à penser que les femmes chirurgiens souhaiteront majoritairement des emplois à temps partiel, à l'instar des anesthésistes. Or, en médecine de ville, la production de soins du praticien femme, toutes choses égales par ailleurs, est estimée pour un temps plein à 75 % de celle d'un homme. Les grossesses, les impératifs d'éducation des enfants mais aussi une interruption de carrière plus précoce ou un changement de type de vie plus fréquent concourent à cet état de fait (Lapeyre, 2005). 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 mais certains invariants comportementaux sont vraisemblables et potentiellement lourds de conséquences.

UNE INTERROGATION QUI S'ADRESSE AU POLITIQUE

En ces temps d'optimisation de la gouvernance et de cercle vertueux, le constat énoncé précédemment renvoie le gestionnaire de santé au coût des temps partiels et à leur efficience.

Le salaire d'un praticien hospitalier (PH) à temps partiel à 80 % coûte à l'institution 90 % d'un ETP, le différentiel financier est de 10 %. Si, dans le corps des praticiens chirurgicaux, des milliers d'entre eux réclament leur droit d'accès au temps partiel, la masse salariale va augmenter d'autant et nécessiter de prévoir le financement des remplacements alors nécessaires à la continuité des soins. Cela sera-t-il supportable ? Par qui ? Et comment ? La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) ne pourra pas faire longtemps abstraction de cette donnée.

Ces interrogations ne touchent pas uniquement 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, mais comme cela est déjà le cas pour la médecine de ville, 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.

Suite à ces quatre points de réflexion, quelles solutions peut-on envisager ?

Certaines sont proposées dans le contexte global de la féminisation du corps médical dans son ensemble. 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).

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 regrou-

pements, 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 qu'à une activité salariée, amplifient le phénomène. Plus les équipes seront étoffées, plus les remplacements mutuels, les chevauchements, les récupérations du temps de travail (RTT) et les temps additionnels pourront être intégrés dans la gestion des équipes. Le temps de travail additionnel correspond au temps de travail réalisé par les praticiens volontaires au-delà de leurs obligations de service, c'est-à-dire, pour un ETP, au-delà de 10 demi-journées ou de 48 heures par semaine pour le praticien exerçant dans un service organisé en temps médical continu. Ces seuils sont réduits *pro rata temporis* pour les praticiens exerçant à temps partiel. 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). En ce qui concerne les pôles d'excellence que le schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS) a déjà mis en place pour certaines spécialités (grands brûlés, greffes d'organes, chirurgie cardiaque et neurochirurgie), le problème au sein des centres hospitaliers universitaires (CHU) n'est pas tant celui du nombre absolu de chirurgiens, qui est 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 est incontournable (Conseil économique et social, 2007). Une fois encore, il faut ici « interroger la parcellisation des savoirs spécialisés » (Théry, 2007).

Parallèlement à ces préconisations, des solutions seront envisagées au chapitre V : Le contexte politique.

La question de la féminisation de la médecine a été largement abordée ces dernières années après un délaissement voire un évitement coupable par les instances de toute nature, professionnelles ou non. Le sujet semble maintenant émerger à la conscience des politiques. Les études sur la féminisation de la médecine sont à présent nombreuses et documentées, riches en diagnostics et en descriptions fournies et détaillées. Elles n'offrent cependant presque aucune proposition pratique sur les conduites à tenir, ni aucune information sur le monde chirurgical spécifiquement.

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. La question se pose alors de l'impact de ces changements comportementaux sur l'offre de soin et sur sa continuité. On peut se demander s'il y a un manque réel de chirurgiens dans des territoires donnés. L'offre diminuant, les problèmes de la continuité des soins vont aller en s'accroissant. 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 sur le territoire, devrait y remédier. En effet, comme les tutelles se plaisent à le faire remarquer, il n'y a jamais eu autant de médecins en France, 258 153 dont 216 017 actifs au 1^{er} janvier 2009 (Le Breton-Lerouillois, 2009), et l'on n'a jamais été aussi inquiet de la couverture médicale du territoire et de l'avenir de nombre de spécialités chirurgicales.