



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Histoire des femmes chirurgiens. Mon histoire débute en 1968[☆]

History of women surgeons. My story begins in 1968

M.-P. Vazquez^{a,b}

^a Service de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique pédiatriques, Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades, 159, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

^b UFR de Médecine, Université de Paris, Paris, France

Reçu le 19 mai 2021 ; accepté le 26 mai 2021

Disponible sur Internet le 6 juillet 2021

MOTS CLÉS

Histoire des femmes chirurgiens

Résumé L'histoire des femmes chirurgiens est indissociable de deux combats : celui des femmes médecins, et à ce sujet les manuels de l'inquisition sont formels : « toute personne du sexe féminin qui se mêle de traiter les malades est réputée sorcière » ; mais aussi le combat des chirurgiens qui s'est déroulé au Moyen-âge entre les médecins lettrés dépendant de l'Université et les chirurgiens considérés comme manuels. Leur histoire remonte à l'antiquité. Il y a eu une importante régression au Moyen-Âge car la chirurgie était interdite aux femmes, à moins qu'elles ne reprennent la pratique de leur mari décédé ou qu'un jury compétent ne les en juge aptes. Une régression s'installe ensuite pendant 8 siècles car les femmes ne pouvaient entrer à l'Université. Le XIX^e siècle sera celui de la conquête. Les femmes persistent, quitte à se mettre en danger comme se déguiser en hommes pour pratiquer, ou s'illustrer sur les champs de bataille. Elles devront gagner le droit à l'externat, à l'internat puis au clinat. Certains de nos collègues ont lutté courageusement avec elles, d'autres ont agi contre elles de manière active, violente et sexiste. Le XX^e siècle sera un long parcours pour acquérir le professorat et les postes de responsabilité. Jusqu'aux années 70 peu de femmes deviennent chirurgiens. J'ai commencé mes études cette année clôturée par les événements de 1968, 30 % des étudiants étaient des femmes. Très peu voulaient devenir chirurgiennes. Mon rang de classement à l'internat de 1973 m'a ouvert cette possibilité et j'ai été la première femme interne dans les services. Mes maîtres faisaient peu de différences avec mes collègues masculins vis-à-vis desquels je m'imposais d'être irréprochable. Un peu grâce à eux, j'ai beaucoup travaillé avec une excellente formation qui m'a permis de gravir les échelons jusqu'à souhaiter devenir professeur et surtout créer un service de novo. Ce fut alors des années très difficiles, plus soutenue par mes collègues chirurgiens que par les autorités hospitalières et/ou universitaires médicales.

[☆] Séance du 15 juin 2021.

Adresse e-mail : marie-paule.vazquez@aphp.fr

Mon parcours en chirurgie viscérale pédiatrique m'a aidée car je connaissais le modèle « normal » de fonctionnement. Il a fallu 17 ans pour arriver à la même situation que les autres services de chirurgie et ne rencontrer que les mêmes problèmes qu'eux. Actuellement la proportion des chirurgiennes dépasse 50 %. Il reste un point d'interrogation sur l'égalité devant les postes universitaires ou ceux à responsabilité.

© 2021 l'Académie nationale de médecine. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

The history of women surgeons

Summary The history of women surgeons is inseparable from 2 struggles: that of women doctors, and on this subject the Inquisition manuals are formal: "any person of the female sex who meddles in treating the sick is reputed to be a "witch"; but also the struggle of the surgeons which took place in the Middle Ages between the literate doctors who depended on the University and the surgeons who were considered to be manual. Their history dates back to antiquity. There was an important regression in the Middle Ages because surgery was forbidden to women, unless they took over the practice of their deceased husbands or a competent jury judged them fit. A regression followed for 8 centuries because women could not enter the University. The 19th century will be the one of conquest. Women persisted, even if it meant putting themselves in danger, such as disguising themselves as men to practice, or illustrating themselves on the battlefield. They had to win the right to externship, internship and then to the clinic. Some of our colleagues fought courageously with them, others acted against them in an active, violent and sexist way. The 20th century will be a long way to acquire the professorship and positions of responsibility. Until the 70s few women became surgeons. I started my studies in the year that ended with the events of 1968, 30% of the students were women. Very few wanted to become surgeons. My ranking at the 1973 internship opened this possibility and I was the first woman intern in the department. My teachers made little difference to my male colleagues towards whom I made a point to be irreproachable. A little thanks to them, I worked a lot with an excellent training that allowed me to climb the ladder until I wished to become a professor and above all to create a de novo service. These were very difficult years, more supported by my surgical colleagues than by the hospital and/or university medical authorities. My background in pediatric visceral surgery helped me because I knew the "normal" model of operation. It took 17 years to get to the same situation as other surgical departments and only encounter the same problems as them. Currently the proportion of female surgeons is over 50%. There is still a question mark over the equality in front of the academic positions or those with responsibility.

© 2021 l'Académie nationale de médecine. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Étymologiquement la chirurgie vient du grec *kheirourgia* de « *kheir* » : main et « *ergon* » : travail. La chirurgie est un ensemble d'opérations manuelles et instrumentales réalisées sur et dans un corps vivant, dans un but diagnostique ou surtout thérapeutique. Beaucoup d'études montrent que la chirurgie reste un bastion masculin [1,2] avec une restriction d'accès aux postes de responsabilité [3,4]. Ce n'est qu'en 2019 que l'Association Française de Chirurgie, créée en 1893, a adopté pour la première fois un bureau composé de 7 chirurgiens et 7 chirurgiennes. « C'est un acte fort qui coïncide avec l'adoption par l'Académie française du terme de chirurgienne » souligne son président Patrick Pessaux. Il me semblait que les obstacles que j'avais rencontrés dans mon parcours de chirurgienne universitaire et cheffe de service étaient intégralement résolus. Je suis entrée à l'Académie de Chirurgie en 2007. Il y avait 7 femmes membres et 360 hommes. En 2009 Christine Grapin-Dagorno organise la première session Femmes chirurgiens. Bien que la progression des chirurgiennes soit proportionnelle à l'augmentation des étudiantes en médecine, la nouvelle séance organisée sur le thème : Chirurgie : vers une féminisation de la profession en 2019 montre encore la faible féminisation de

certaines spécialités et les difficultés d'accès aux postes de responsabilité. En 1984 on compte 6 % de femmes PUPH, en 2005, 12 %. Ce fameux plafond de verre [3] est illustré par les études démographiques de 2019 avec les proportions de femmes suivantes, toutes disciplines confondues : 63 % des chefs de clinique, 56 % des PH, 49 % des MCU-PH, seulement 15 % des PUPH. Le pourcentage de femmes PUPH est de 19 % pour les spécialités médicales et de seulement 7 % pour la chirurgie. [1,4]. En 2020 la conférence des doyens de médecine comprend 31 hommes et 6 femmes dont une ophtalmologiste et une chirurgienne ORL. [5] Pour éclairer le sujet il est utile de regarder l'histoire des femmes chirurgiens au cours des âges à partir de nombreux écrits et publications dont voici une courte synthèse.

L'histoire des femmes chirurgiens est indissociable de deux combats :

- celui des femmes médecins, et à ce sujet les manuels de l'inquisition sont formels : « Toute personne du sexe féminin qui se mêle de traiter les malades est réputée sorcière et condamnable au même titre que les organisatrices de sabbats » et :

- celui des chirurgiens hommes eux-mêmes, combat du Moyen-âge entre les médecins lettrés dépendant de l'Université et les chirurgiens manuels et non lettrés. L'égalité entre les médecins et les chirurgiens est définitivement scellée en 1743. Il y avait ainsi au cours de ces siècles 2 obstacles à l'émergence des chirurgiennes.

Médecine primitive

La chirurgie existe depuis la Préhistoire avec la pratique de la trépanation, l'extraction de flèches ou le traitement des fractures [6,7]. Dans le monde occidental, l'histoire des femmes en chirurgie remonte à 3500 ans avant notre ère. Il y avait autant de guérisseurs que de guérisseuses avec un rôle actif des femmes en Égypte ou en Italie. Leur rôle reste limité en obstétrique et gynécologie, ce sont les accoucheuses qui connaissent les positions du fœtus et les versions en cas de position en siège. Ce sont aussi les femmes cueilleuses qui possèdent les secrets des plantes, pommades, et soins de cicatrisation.

Hippocrate (Grèce antique)

C'est au cours de cette période, qui se situe en Grèce antique entre le V^e et le IV^e siècles avant J-C, que se développent l'observation clinique du malade, la description des symptômes physiques et la classification des pathologies [6–8]. La médecine rationnelle s'oppose à la médecine religieuse ou magique. Hippocrate, père de la Médecine moderne, a écrit le Corpus hippocratique dont six livres sont consacrés à la chirurgie. Les notions de gynécologie et d'obstétrique y ont été fournies par des femmes médecins ou par des sages-femmes. À cette époque les filles n'ont pas le droit à l'école mais on est formé en chirurgie de maître à disciple et certaines femmes obtiennent cette formation. Plus elles sont proches des chirurgiens (épouses, veuves, sœurs), plus elles y ont droit. Il y a deux sortes de femmes-médecins : l'ornatrix, sorte de sage-femme et la iatromaia, sorte de « médecin généraliste pour femmes », visitant les gynécées, dans lesquels les hommes ne peuvent entrer. Elles restent les maîtres de l'obstétrique, se transmettent leur science entre elles et en font profiter les traités médicaux masculins. Lorsqu'une loi athénienne va interdire pendant cette période la pratique de la médecine aux femmes et aux esclaves, certaines femmes se déguisent alors en homme, ce stratagème sera rapporté dans de nombreux pays jusqu'au XIX^e siècle. Environ 350 avant J-C, la légendaire Agnodice, issue de la noblesse athénienne, décide d'étudier la médecine, pré-carré réservé aux hommes. Elle coupe ses cheveux, porte une tunique courte, et suit les cours du médecin Hérophile sous le nom de Miltiade, sort major de sa promotion, devient gynécologue-obstétricien et exerce son métier sous couverture. Accusée par ses confrères jaloux de harcèlement sexuel, elle est obligée de révéler son identité et est condamnée à mort. Défendue par la foule de ses patientes qui se déclarent prête à mourir avec elle, elle est graciée et autorisée à poursuivre son exercice. Le conseil athénien abroge la loi et autorise enfin les femmes à pratiquer la médecine.

Galien (Période gréco-romaine)

La période romaine correspond à une première libération féminine [6–9]. Galien, né vers l'an 130 fait une place aux femmes « chirurgiens » dans ses publications en se référant à leurs remèdes contre les ulcérations et suppurations profondes et leur expérience en obstétrique. C'est l'époque où les écrits d'Aspasie, femme chirurgien, expliquent la version du fœtus et les soins consécutifs à l'accouchement et où Metrodora, autre femme médecin écrit un ouvrage de 263 feuillets de parchemin sur des maladies de l'utérus. Comme le montre le catalogue des saints, les femmes médecins ou chirurgiens ne sont pas pourchassées à cette époque au nom de la religion. Theodosia mère de Saint-Procope excelle en chirurgie. Sainte-Irène de Rome arrache les flèches de Saint-Sébastien, le soigne et le guérit.

Moyen Âge (V^e–XV^e siècle)

En occident, la religion à cette époque entraîne une régression médicale et chirurgicale et condamne les femmes qui osaient se mêler de médecine ou de chirurgie [6–10]. La charité chrétienne passe par le soin mais la maladie est considérée comme une punition. Jusqu'au X^e siècle, la médecine est exercée par le clergé qui n'a pas le droit d'examiner les femmes dans leur intimité. C'était la sage-femme, l'épouse du barbier, les religieuses ou les demoiselles de la noblesse qui s'en chargeaient. Puis dans la seconde partie du moyen-âge l'ouverture progressive des écoles de médecine ou de chirurgie et des universités va transformer la médecine monastique en médecine scolastique. Les « sorcières », médecins du peuple vont devenir la cible de l'intolérance religieuse. Quand la miresse, veuve de barbier, se mêle d'autres soins que des accouchements les foudres du pouvoir sauront lui apprendre ce qu'il en coûte de sortir de leur place. Cet accroissement de la répression est lié à l'idée que toute femme exerçant la médecine ou la chirurgie est une sorcière. Au XIII^e siècle certaines femmes chirurgiennes sont tolérées. Saint-Louis emmenait Magistra Hersend, femme chirurgien, en croisade. Une réglementation va préciser que la chirurgie est strictement interdite aux femmes, sauf si elles reprennent la pratique de leur mari décédé et/ou si un jury « compétent » les en juge aptes. Philippe le bel ordonna en 1311 qu'à l'avenir « nul homme ou femme » ne pourrait s'immiscer publiquement ou occultement dans l'art de la chirurgie sans avoir été examiné par des chirurgiens-jurés, demeurant à Paris. Bien que des veuves de chirurgiens pouvaient devenir des chirurgiennes, la création des écoles de chirurgie va renforcer leur l'exclusion jusqu'au milieu du XIX^e siècle.

C'est en Italie à Salerne, que débute le renouveau chirurgical avec la création de la première école chirurgicale occidentale suivie par celle de Bologne. En France, la première école chirurgicale est fondée à Montpellier en 1220. C'est de cette université qu'est issu Guy de Chauliac, auteur de la Grande Chirurgie en 1368, premier ouvrage chirurgical en français. À la fin du Moyen-Âge il y a une distinction des rôles du médecin et du chirurgien. Le médecin ou le mire a un enseignement livresque, c'est un homme instruit. Le second, le chirurgien-(barbier) est considéré comme un manuel. À partir de l'ouverture des facultés l'histoire des

chirurgiennes est celle d'une exclusion qui va durer huit siècles.

Renaissance

Ambroise Paré barbier, (1510–1590) chirurgien à 26 ans, fut le premier chirurgien royal de quatre rois de France et est considéré comme le père de la chirurgie moderne [6–8]. C'est en 1686, que la chirurgie va connaître une avancée grâce à la guérison de la fistule anale de Louis XIV par son chirurgien Charles-François Félix. Le succès de cette intervention fait gagner à la chirurgie sa crédibilité. Le 18 décembre 1731, Louis XV inaugure l'Académie Royale de Chirurgie à Paris. Le 23 avril 1743, il établit l'égalité hiérarchique entre médecins et chirurgiens. Mais où sont les chirurgiennes ?

De la Renaissance à la Révolution, les femmes médecins ou chirurgiens ont disparu, sauf les sages-femmes. Ces dernières ont souvent fait office de gynécologues-obstétriciennes. Louise Bourgeois, femme de chirurgien, rédige le premier livre d'obstétrique basée sur les causes plus que sur les symptômes incluant des données d'anatomie. Angélique Boursier du Coudray, née dans une famille de médecins, est la première sage-femme à enseigner. Elle crée un mannequin reproduisant le bassin de la femme pour montrer les manipulations. Marie-Louise Chappelle, épouse de chirurgien, est l'auteur de Pratique des accouchements et de l'Annuaire des chirurgiens des hôpitaux. Elle prend place parmi les fondateurs de l'obstétrique moderne. Elle participe à l'Aménagement de la maternité de Port-Royal avec Baudelocque. Madame Boivin invente un pelvimètre et un speculum et utilise un stéthoscope pour écouter le cœur du fœtus. Elle rédige le Mémorial des accouchements et le Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes, écrit des publications sur les hémorragies de l'utérus. Bien que les chirurgiens hommes aient profité de leur expérience parfois publiés sous leur nom, les femmes seront exclues du renouveau chirurgical car exclues jusqu'au milieu du 19^e siècle des universités.

XIX^e siècle

Le XIX^e siècle sera celui de la conquête féminine en médecine, et encore plus en chirurgie [6,8–14]. Le XX^e siècle la développera lentement avec plusieurs étapes : les 2 guerres, les 30 glorieuses, 1968, et les années 2000. Le concours de l'internat est créé par Napoléon 1^{er}, le 10 février 1802. La loi du 10 mars 1803 stipule : Tout individu possédant des connaissances médicales et porteur des diplômes nécessaires peut être médecin. Pourtant il faudra attendre le dernier quart du siècle pour que les femmes puissent y accéder. Les femmes n'ont accès au baccalauréat qu'à partir de 1867, et les facultés de médecine leur restent interdites jusqu'à cette date avec les dates marquantes suivantes :

1866

Madeleine Brès obtient du doyen Würtz le droit de s'inscrire à la faculté de médecine de Paris si elle est reçue au baccalauréat, ce qu'elle fait en 1868. Elle devient la première

femme française docteur en médecine en 1875. Malgré le soutien de Broca, elle n'est pas autorisée à se présenter à l'externat. Le conseil de surveillance de l'Assistance Publique se justifie car « qu'il n'autorisait pas une telle innovation » et « ne voulait pas créer de précédent ».

1882, elles gagnent l'externat

Un arrêté préfectoral autorise les femmes à s'y présenter « Sous la réserve formelle qu'elles ne pourront en aucun cas se prévaloir de leur titre d'élève externe pour se présenter à l'internat ». Heureusement cette phrase est en totale contradiction avec le règlement des hôpitaux qui fait obligation aux externes de se présenter à l'internat sous peine de radiation.

1885, elles gagnent l'internat, 83 ans après les hommes

Suite à la campagne menée par Blanche Edwards un arrêté préfectoral autorise les femmes à concourir à l'internat. Cette décision déclenche une violente campagne de presse et une émeute de la part des collègues masculins. Ils rédigent une pétition et manifestent devant le siège de l'APHP, à Paris. C'est l'époque où sont utilisés dans tous les journaux des arguments naturalistes concernant le manque de force physique de la femme, sa faiblesse au fois par mois, sa nature délicate, sa sensibilité à la vue du sang sont utilisés. Et les internes masculins obtiendront qu'un règlement stipule que « le titre d'interne ne permet pas aux femmes d'accéder au clinica ».

1886

La première à réussir le concours de l'internat est l'américaine Augusta Klumpke, qui va démissionner un an après. La deuxième sera en 1888 Marie Wilbouchewitch d'origine russe. Elle terminera son internat et deviendra la première chirurgienne française. Elle aura une formation en chirurgie infantile chez Félizet et chez De Saint-Germain. Elle se consacre à la gymnastique orthopédique, publie un Atlas et présentent des communications à la Société de Pédiatrie, dont elle fut la présidente. Pendant la guerre elle s'engage comme assistante du professeur Jalaguier, chef de service au Val-de-Grâce. Pionnière de l'orthopédie pédiatrique et 1^{ère} femme chirurgien Marie Wilbouchewitch (1864–1941) est une figure de l'histoire des chirurgiennes. Tout au long du XIX^e siècle les femmes ont persisté et opéré, quitte à se mettre en danger. Dussent-elles s'habiller en homme pour aller sur les champs de bataille. C'est l'exemple de James BARRY chirurgien dans l'armée britannique. Il sillonne la planète en opérant, édite des normes d'hygiène et une documentation sur les conditions de vie des blessés. Le scandale éclate à sa mort où l'on découvre qu'il s'agit d'une femme, l'armée étouffe l'affaire. Cette femme, de son vrai nom Margaret Ann BUCKLEY, avait endossé le patronyme de son oncle avec l'héritage duquel elle paye ses études.

Les femmes auront gagné le droit à l'externat et l'internat. Certains collègues ont lutté courageusement

avec elles (Wurtz, Broca, Sappey, Verneuil, Landouzy), beaucoup ont lutté contre elles de manière active, violente et sexiste (Denonvilliers, Trelat, Moutard, Hardy, Després).

XX^e siècle

C'est en 1911 que Marie Long-Landry accède au concours du Clinicat et c'est en 1931 que Marthe Condat est nommée au Professorat en pédiatrie [5,8–10,13]. Jusque vers les années 50, les promotions d'internes ne comptent que très peu de femmes, de 0 à 2 par an. Les chirurgiennes sont encore plus rares. Parmi elles Suzanne Noël, nommée en 1908 externe des hôpitaux puis 4^e à l'internat en 1912, fut une pionnière en chirurgie plastique après avoir rejoint son maître Hippolyte Morestin au Val de grâce pour se consacrer aux « gueules cassées ». Après la guerre elle développera la chirurgie esthétique, pratiquera les premiers liftings (Sarah Bernhardt) et poursuivra la chirurgie reconstructrice pendant la Seconde Guerre mondiale. Alors que l'action des infirmières dans les zones de combat de la Première Guerre mondiale étaient célébrées, les « chirurgiennes » ont exercé cachées ou sous le statut « d'infirmières ». Mais cette guerre avait ouvert aux femmes le chemin de l'émancipation avec la création en 1923 de l'Association française des femmes médecins. Lors de la Seconde Guerre mondiale les chirurgiennes sont très actives sur le terrain et dans les hôpitaux. Elles font partie des équipes mobiles, trient les blessés, assurent leur évacuation. Plusieurs d'entre elles sont chirurgiens militaires. Une réunion de l'Association internationale des femmes médecins en 1946 va publier cette expérience. Détail à noter, les rédactrices signent de leur nom avec seulement l'initiale de leur prénom, pour éviter de dévoiler leur identité féminine.

Dans les années 50, [3,6,9] de grands noms de femmes s'imposent : Suzanne Braun-Vallon en ophtalmologie, Madame Béraud en orthopédie, et Valérie André première femme neurochirurgien et première femme médecin général de l'armée française. Elle sera également la première femme pilote d'hélicoptère.

Et jusque dans les années 70 [6,8] peu de femmes s'orientent vers la chirurgie. Francine Leca, élève de Mathey, est la première femme chirurgien cardiaque à l'hôpital Necker où Claire Nihoul-Feketé sera nommée en 1971 la première femme agrégée en chirurgie pédiatrique. Après 1968, enfin au bout de nos peines ? La situation s'est-elle normalisée avec la période soixante-huitarde ?

Mon histoire commence en 1968

En 1968, il y a 30 % de femmes parmi les étudiants en médecine. Le concours de l'externat est supprimé pour permettre à tous les étudiants de bénéficier de la formation hospitalière. Au sein du CHU Saint-Louis-Lariboisière, c'est grâce à un stage dans le service de Jean Perrotin que j'ai découvert, aimé et choisi la chirurgie. Je n'ai pas le souvenir de différences de traitement entre les externes garçons et les externes filles qui représentaient 30 % de l'effectif. Tout était exigence, travail et obéissance mais j'avais bien noté qu'il n'y avait aucune femme dans l'équipe des chirurgiens. Après mon stage dans le service de Jean Bernard imprégnée du respect du malade et de la recherche clinique, j'ai

été attirée vers la pédiatrie chez André Herrault. Être une femme externe n'était ni une curiosité, ni un exploit dans cette société soixante-huitarde. Mon externat me conduisait à la chirurgie pédiatrique, sans que je ne me pose de questions.

Les choses ont commencé de changer lors de mon internat (Promotion 1973). Le concours était équitable car l'oral avait été supprimé. Ma promotion comportait 78,5 % de garçons et 21,5 % de filles. [14] On ne retrouvait plus le pourcentage de 30 % d'étudiantes. Moins de filles préparaient l'internat car il était possible à cette époque d'obtenir une spécialité par la voie du CES. La vie d'interne avait la réputation d'un sacerdoce avec beaucoup de gardes et ce choix « la voix royale », est la voie unique pour les chirurgiens. Mon rang 162^e sur 300 me permettait de choisir la chirurgie. Les internes hommes devaient effectuer leur service militaire dans les services de santé de l'armée, ce qui leur permettait de gagner une ancienneté pour leur choix de poste. Pour gagner la même l'ancienneté, j'ai profité de ma nomination aux Hôpitaux Privés de Paris et je demandais une disponibilité pour l'internat de Paris, arguant de m'occuper de mon 1^{er} enfant. Je choisis le Service d'Orthopédie et de chirurgie infantile de l'Hôpital Saint-Joseph. Grand hasard de l'histoire, c'est Pomme Jouffroy, que je rencontrerai plus tard « externe » chez le professeur Charleux, qui en est devenue la cheffe de service d'Orthopédie, première femme dans cette fonction en Orthopédie. [16].

Mon internat de chirurgie peut se résumer ainsi :

- J'ai été la première femme interne dans tous les services de chirurgie que j'ai choisis et dans lesquels j'ai été formée ;
- Je n'ai eu que des collègues co-internes ou co-chefs masculins ;
- Je n'ai jamais eu de « supérieur hiérarchique féminin » ;
- J'ai été bien formée, comme mes collègues masculins, par mes maîtres de chirurgie même si je peux relater des épisodes cocasses que je mettais dans la case « relatif et sans importance ».

Lors du premier entretien avec « mes patrons », il y a toujours un degré de surprise. Tous me reçoivent en m'expliquant : « Vous savez vous êtes la 1^{ère} femme interne qui choisit mon service ». J'ai droit à des questions particulières comme celles de Bedouelle : « Je n'ai que 2 questions à vous poser :

- Êtes-vous sûre de ne pas vous êtes trompée de service ?
- Êtes-vous sûre d'être à l'heure le matin ? » Je réponds poliment : « oui Monsieur, j'en suis sûre ».

J'ai toujours été à l'heure, j'ai beaucoup travaillé, je n'ai jamais eu d'autre question. J'ai appris longtemps après, qu'il avait suivi mon parcours et la création du service, très fier de son élève. Certaines anecdotes font sourire comme celle du chef de Service d'orthopédie et chirurgie plastique. Le premier jour il nous explique l'organisation des staffs du vendredi soir. Il se tourne vers moi très poliment « Marie-Paule, vous serez gentille, vous nous préparerez les sandwiches ». Surprise, j'ai pris 20 secondes de réflexion et lui ai répondu : « Monsieur je n'ai pas choisi votre service

pour faire les sandwichs mais si vous l'exigez je m'occupe d'organiser un tour de rôle à 5 internes ». Tout s'est ensuite normalisé... Je pense avoir compris très vite que je ne devais jamais être « prise en défaut » par quiconque, que ce soient le chef de service, les chirurgiens, mes collègues mais aussi les cadres et les infirmières. Je travaillais plus que mes collègues pour cela, ce qui m'a souvent valu la qualification de « perfectionniste » ou « d'hyperactive ». Je suis à l'heure, je connais les malades, je prépare les interventions, je fais des visites approfondies, je ne laisse aucun moment inoccupé. Je remercie mes collègues masculins qui m'ont obligée, sans le savoir, sans s'en douter, à beaucoup travailler pour ne pas laisser le moindre angle d'attaque même si je n'en étais pas toujours consciente.

Les grossesses...

Mes trois enfants sont nés avant la grande grève de 1983 [15] donc avant l'obtention d'un vrai congé de maternité rémunéré à 100 %. Cette grève a permis d'obtenir un statut normal pour les internes avec l'indemnisation intégrale du salaire pendant les congés de maternité, la rémunération partielle des gardes, l'indemnisation de l'accident de travail. Trop tard pour moi hélas. Mon premier enfant est né avant ma première prise de fonction d'interne. Pas de congé de maternité car je faisais des remplacements de médecine générale dans l'attente des résultats du concours. Mon deuxième enfant est né au début de mon premier semestre d'internat à l'APHP. Pendant ce congé de maternité je recevais une rémunération correspondant à peine à 50 % de mon salaire. Je faisais des aides-opératoires en clinique pour le compléter, auprès d'un de mes maîtres, urologue pédiatre. Le dimanche j'accouche à 6H30. Je lui téléphone pour lui annoncer que je ne pourrai pas l'aider le lendemain. Il a été surpris : « Je ne pensais pas que vous étiez si près de l'accouchement, je suis bien ennuyé pour lundi ». Comme quoi... Mon troisième enfant est née avant la fin de mon internat. À cette époque on avait « le droit d'être enceinte » mais une fois la grossesse déclarée « on n'avait plus le droit » de choisir un service dans l'ordre du classement. Nous, internes enceintes, devions trouver un chef de service qui nous accepte en « surnombre ». Ce n'était plus l'interne qui choisissait son service, mais le chef de service qui choisissait son interne. La raison était « de ne pas gêner le fonctionnement du service ». Parmi « les patrons » auprès desquels j'ai effectué des démarches : Jean Loygue, avec une pointe de sourire : « Vous allez faire tout votre internat comme cela ? Vous savez je réserve les places en surnombre à mes anciens externes, mais je vous souhaite bonne chance ». Henri Charleux, très sérieux : « Vous savez je vous accepte car vous êtes soutenue par un de mes chefs de clinique, mais je n'ai jamais eu de femmes internes. De plus comment vais-je organiser mon dîner de service avec mes internes, chefs et chirurgiens. Vous serez la seule femme ? » Je lui ai répondu que le mieux était de l'organiser pendant mon congé de maternité, ce qu'il a fait. Je pensais que Charleux défendait les chirurgiennes mais j'ai révisé cet avis à la lecture du livre de Pomme Jouffroy : « Tu sais Pomme, si tu es chirurgien tu ne pourras pas être une femme accomplie » [15]. Je n'ai pas eu droit à ce genre de réflexion, peut-être parce

que j'étais la seule femme interne et donc considérée plus comme une exception qu'un réel danger ?

J'ai de bons souvenirs de mes collègues masculins, de certains plus que d'autres, mais j'ai toujours fait attention à ne pas être prise en défaut. Je ne parlais pas de ma vie privée pour ne pas offrir des angles d'attaque. Je ne donnais pas d'explications : « J'ai un impondérable, un impératif ». C'était une façon efficace de me protéger en permanence. Une anecdote lors de ce stage en surnombre. L'un de mes 4 collègues me dit : « Voilà, on n'a rien contre toi mais tu es en surnombre, donc tu ne prends pas notre place au bloc. Tu t'occupes de la consultation ». J'ai dit oui... Au bout de 2 mois, un autre de mes collègues me dit : « Est-ce que tu peux me remplacer demain au bloc car je déménage, ma femme a besoin de moi ». Je dis oui, sans commenter. C'est ainsi que j'ai fini par avoir la même activité qu'eux. En revanche nous internes enceintes n'étions pas dispensées des gardes et jamais mes collègues ne m'ont proposé de les prendre. Lorsque Max Gruner m'a accordé un poste de chef de clinique, j'étais la seule femme dans l'équipe. Son exigence était la même pour tous et il me proposera ensuite de créer un Service. Mais l'un des chirurgiens du service m'a dit : « Marie-Paule, je ne peux imaginer qu'une femme puisse me remplacer en urologie pédiatrique » ou : « Je ne pensais pas qu'une femme veuille être chef de Service de chirurgie ».

Mon parcours universitaire et la création d'un service, la vraie galère

Ma formation initiale est chirurgien pédiatre [4]. J'ai obtenu 2 autres qualifications : chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique, et j'ai créé progressivement un service hospitalo-universitaire pédiatrique unique regroupant les chirurgiens et chirurgiennes de ces 2 disciplines complémentaires. Ce service prend en charge les enfants depuis la naissance jusqu'à la fin de la croissance. Au plan facial : les malformations, les traumatismes, les tumeurs. Au plan de l'enveloppe corporelle : les malformations des téguments, les séquelles cicatricielles, et toute la chirurgie plastique corporelle. Le parcours du combattant a commencé en 1987, l'année 2000 a été un tournant, 2004 la fin du combat de 17 ans. Je me suis servie de cette 4^e dimension « visible », que sont les pathologies de la face et celles de l'enveloppe corporelle, pour persévérer des années et aller montrer, démontrer et expliquer cette nouvelle activité. Je reste persuadée qu'un homme n'aurait jamais eu ces obstacles, du moins aussi longtemps, car il y avait des solutions simples et raisonnables, et je n'ai pas été la seule à le penser pendant ces longues années [17].

En 1985 je suis nommée PH dans le Service de Consultation de Stomatologie situé dans une cave, au fond de l'hôpital, avec une activité chirurgicale hébergée en chirurgie pédiatrique dans le bâtiment de chirurgie, et une disponibilité du bloc opératoire quand les chirurgiens pédiatriques « veillent bien » nous laisser des vacances opératoires. J'assurais l'intégralité de l'enseignement de cette discipline devenue universitaire et obligatoire dans le programme de l'internat. Lorsqu'il m'est proposé de prendre la chefferie de cette « Structure » j'argue que je ne souhaite pas être chef de Service PH, et que tout

service doit être universitaire. Le président du CCM en séance plénière : « Elle devrait déjà être contente d'être chef de Service », « On ne va quand même pas nommer une femme PUPH chef de Service de chirurgie ». Le doyen : « vous pouvez noter toutes les heures d'enseignement que vous faites, cela pourra toujours vous servir plus tard ». Rien ne bouge. Finalement je fais la demande d'un poste de professeur pour moi-même, soutenue par moi-même. Je suis allée rencontrer chaque membre du Conseil scientifique et du Conseil de gestion avec argumentaire et photos. Contre l'avis du doyen, j'obtins une majorité au vote du Conseil de faculté avec les 7 votes des étudiants en ma faveur. Après cet épisode le doyen décidera que les votes pour les postes universitaires se feront en comité restreint, sans les étudiants. Ma nomination de PUPH fut concrétisée en 1990. J'obtins que le Service prenne le nom de la nouvelle discipline universitaire « chirurgie maxillo-faciale pédiatrique ». En 1995 j'y adjointrai le terme « chirurgie plastique pédiatrique » malgré l'opposition de certains collègues, mais avec le soutien des chirurgiens plasticiens universitaires adultes. Mon maître Gruner « Tu te débrouilles pour obtenir des locaux, du personnel et des moyens... ». À partir de ce moment et pendant de longues années, vont s'accumuler des fausses promesses de structuration avec des oppositions actives et machistes de certains collègues. Certains ne s'opposaient pas mais restaient passifs, quelques-uns soutenaient. Les directions locales et générales accumulèrent pendant des années des dossiers votés au CCM mais suivis d'aucune décision. Ces écrits concluaient « qu'il était urgent d'agir » en raison de l'éclatement et l'insuffisance des structures, du manque de personnel, de l'indisponibilité du bloc opératoire mais rien ne faisait bouger les lignes. L'obtention des postes hospitaliers ou universitaires fut le même combat. C'est aussi le combat de toute une équipe hommes et femmes, très soudée et qui s'agrandissait malgré les obstacles. Symboliquement je décidais de ne pas passer l'an 2000 dans ces conditions et je conclusais qu'il était impossible de créer un Service. Quitter le navire dans lequel j'avais emmené du monde était une décision difficile mais je construisis un projet dans une clinique parisienne. Je réunis toute l'équipe médicale et paramédicale et leur annonce que j'arrête de lutter. Tous réalisent que c'est une vraie décision. Ils se réunissent, écrivent une longue lettre au directeur général de l'AP-HP pour ré-expliquer l'histoire du service, les promesses non tenues depuis des années, les conditions de travail, les dysfonctionnements et enfin les 15 000 enfants consultants par an. Ils font un « *sitting* » devant l'hôpital jusqu'à ce que la Direction réagisse. Certains de nos collègues ont défendu ces actions, d'autres les ont condamnées fermement et activement, comme au 19^e siècle pour l'ouverture du concours de l'internat aux filles [6,11]. Le Directeur général de l'époque est venu en personne constater une situation dont il avait déjà entendu parler, il a exigé qu'elle soit réglée définitivement localement avec un financement qui suivrait. De 2000 à 2004, tout s'est résolu. Des travaux ont été pensés, décidés et effectués. Tous ceux « qui avaient si peur qu'on leur prenne quelque chose » ont bénéficié d'améliorations. Le service obtenait des structures adaptées. J'avais enfin l'impression que nous étions comme les autres, que nous n'avions que les mêmes problèmes que tous les autres services, un soulagement que

cette « normalisation ». C'est l'année symbolique de la fusion des 2 UFR en UFR Pierre et Marie Curie, avec un doyen chirurgien qui sera à l'écoute universitaire du service. C'est ce service qui a été transféré en 2013 à l'hôpital Necker. L'accueil par les doyens successifs de l'UFR Paris Descartes a été excellent, preuve que la normalisation était bien acquise et qu'il n'y avait plus de différence. En 2015 j'ai passé la responsabilité du Service à mon élève (homme) et la responsabilité de l'enseignement à mon élève (femme). Le reste de l'équipe comprend hommes et femmes chirurgiens. La transmission a été préparée minutieusement avec toute l'équipe, pour ne pas risquer de perdre ce qui a été si difficile à créer, et de le pérenniser.

Conclusion

J'ai pu être formée en chirurgie par des maîtres exigeants et ne faisant aucune différence avec mes collègues masculins, à part quelques anecdotes cocasses et souvent une période d'observation. Je pense que j'ai dû travailler beaucoup plus pour être irréprochable mais grâce à cela j'ai eu une excellente formation. Les obstacles sont apparus lorsque j'ai souhaité devenir professeur et lorsque j'ai voulu créer un Service avec 2 disciplines universitaires qui n'existaient pas encore en chirurgie pédiatrique. Mon parcours en chirurgie viscérale pédiatrique m'a aidée car j'avais un modèle de fonctionnement et de moyens sur lesquels je me suis appuyée pour construire le service. Les obstacles sont venus de certains directeurs d'hôpitaux, de certains professeurs de médecine ou de pédiatrie, beaucoup moins de la part des chirurgiens. Cette différence est un élément qu'on retrouve à travers l'histoire des chirurgiennes [6,8]. Il a fallu 17 ans pour arriver simplement à être dans la même situation que les autres services de chirurgie ou de médecine et n'avoir que les mêmes problèmes que tous. Pendant ces années difficiles je n'ai eu aucune écoute de la part des doyens « médecins », et à l'inverse les choses ont vraiment avancé avec les doyens « chirurgiens ». À partir de la normalisation en 2005 je n'ai plus jamais senti de différence et l'accueil des doyens successifs dans une nouvelle UFR en 2013 s'est fait dans les mêmes conditions que les autres équipes.

Je laisse volontiers la conclusion à Patrick Pessaux, président de l'AFC, et que je citais en début de texte pour avoir décidé la parité dans l'AFC, Société savante élaborée en 1884, année de Madeleine Brès, et consacrée AFC en 1893. [18] Ce sont les paroles d'un chirurgien pour toutes les chirurgiennes mais je la laisse également à Jacques Belghiti, de la même promotion que moi, et qui a souhaité ardemment cette séance pour que la mixité soit réelle et potentialisatrice.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Gérard-Varet J-F. Aspects démographiques : vers une féminisation de la profession. Présentation Académie de chirurgie; 2019.

- [2] Gérard-Varet J-F, P Bouet Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} janvier 2020 et au 1^{er} janvier 2019. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- [3] Régine Bercot. Le devenir des femmes en chirurgie—La diversité des mondes de socialisation, Dans Travail et emploi 2015/1 n(141), pages 37 à 52. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2015-1-page-37.htm>.
- [4] Rosso C, Léger A, Steichen O. Plafond de verre pour les femmes dans les carrières hospitalo-universitaires en France. Rev Med Interne 2019;40(2):82–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2018.05.007.hal-02503211> [Elsevier].
- [5] Conférence des doyens de médecine. <https://conferencedesdoyensdemedecine.org/>.
- [6] Dall'Ava-Santucci J. *Des sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*. Paris: Calmann-Lévy; 2005.
- [7] D Penneau, J Lorient, J Proteau, M Valentin. La femme médecin à travers les âges et les pays. Communication présentée à la séance du 23 janvier 1982 de la Société française d'histoire de la médecine.
- [8] Moutet F. *La féminisation des effectifs chirurgicaux*. Presses universitaires de Grenoble, coll. Libres cours; 2010 [140p., EAN: 9782706115998].
- [9] B Hourtal. Les premières femmes médecins. [AFFM <https://affm-asso.fr/tag/premieres-femmes-medecins/>].
- [10] N Pigeard-Micault, Histoire de l'entrée des femmes en médecine. <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/presentations/entree-femmes-en-medecine.php#02>.
- [11] Lipinska M. *Histoire des femmes médecins*. Paris: ed. G. Jacques & Cie, Thèse de doctorat soutenue à la Faculté de médecine de Paris; 1900 [586 p].
- [12] Marie Wilbouchewitch-Nageotte (1841-1941). Première femme chirurgien. Présentation Académie de chirurgie, 2 octobre 2019—https://www.academie-chirurgie.fr/calendrier/seance_commune_avec_la_fondation_de_lavenir_chirurgie_vers_la_fe.
- [13] http://www.leplaisirdesdieux.fr/LePlaisirDesDieux/Histoire/DocsHistoire/1880-1890/Femmes_Internes/lettrel.htm.
- [14] Promotions des internes de l'APHP depuis 1802. Association Amicale des Anciens Internes des Hôpitaux de Paris - <https://www.aaihp.fr/AIHPPPromotion.php>.
- [15] Philippe de Denormandie. L'éveil médical au conflit des hôpitaux Presses de Sciences Po 2015/1 n° 46 | pages 31 à 42 ISSN 1765-8888 Article en ligne: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2015-1-page-31.htm>.
- [16] Jouffroy P. *Il n'y a plus d'hôpital au numéro que vous avez demandé*. Paris: Plon; 2002.
- [17] Zolesio E. De la nécessité pour les femmes chirurgiens de « faire leurs preuves ». Questions Vives 2011;8(15).
- [18] <https://fr.linkedin.com/pulse/parler-mixit%C3%A9-ce-nest-pas-lhistoire-dune-journ%C3%A9e-par-patrick-pessaux>.