



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Dernière génération : des acquis, mais encore des combats[☆]

Last generation: achievements, but still fighting for more equality

S. Chopinet

Hopital de la Timone, Chirurgie digestive et transplantation hépatique, 13005 Marseille, France

Reçu le 18 avril 2021 ; accepté le 26 mai 2021

Disponible sur Internet le 6 juillet 2021

MOTS CLÉS

Féminisation ;
Femmes en
chirurgie ;
Questionnaire ;
Chirurgien ;
Égalité

Résumé Le nombre de femmes en chirurgie augmente actuellement, vu que les femmes représentent un tiers voire la moitié des effectifs en chirurgie digestive, mais existe-t-il des progrès pour autant ? Mener de front une vie de femme, une grossesse, et une carrière chirurgicale est difficile. Pour ma génération se pose la question d'être une femme et d'être prise au sérieux comme chirurgienne. Pour y répondre, j'ai réalisé des questionnaires à destinée des chirurgiens, des infirmières et des patients. 300 chirurgiens ; 110 infirmières de bloc opératoire (IBODE) et 170 patients ont répondu à plus de 25 questions. 96 % des patients déclarent faire autant confiance à un homme qu'à une femme chirurgien. Parmi les 99 chirurgiens interrogés, la moitié avait une conjointe médecin et seuls 2 ont déclaré s'occuper majoritairement des tâches ménagères et familiales. En plus de l'inégalité dans la répartition des tâches ménagères et familiales, une inégalité d'accessibilité aux postes à responsabilités existe puisque les femmes représentaient 63 % des CCA, et seulement 7 % des PU-PH en chirurgie, selon une étude réalisée au sein de l'APHP. Les femmes ne travaillent pourtant pas moins, dans notre questionnaire : 58 % des hommes et 57 % femmes interrogées travaillent > 60 h par semaine. Les femmes veulent exercer le métier qu'elles aiment, mais elles renoncent souvent aux postes à responsabilités d'elles-mêmes, par le poids des obligations familiales, et par le manque de soutien. L'égalité des congés de maternité et de paternité, et l'aménagement des horaires permettrait de réduire les inégalités entre homme et femme en chirurgie.

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

[☆] Séance du 15 juin 2021.

Adresse e-mail : sophiechopinet@hotmail.com

Summary. – The number of women in surgery is currently increasing, as women represent 1/3 or even half of the workforce in digestive surgery, but is there any progress for all that? It is difficult to combine a life as a woman, a pregnancy, and a surgical career. For my generation, there is the question of being a woman and of being taken seriously as a surgeon. To answer this question, I carried out questionnaires for surgeons, nurses and patients. 300 surgeons, 110 operating room nurses and 170 patients answered more than 25 questions. 96% of the patients said they trust a male as much as a female surgeon. Of the 99 surgeons surveyed, half had a female doctor as a partner and only 2 said that they were mainly responsible for family and household duties. In addition to the inequality in the distribution of household and family tasks, there is also an unequal access to leadership positions, since women represent 63% of the Assistants (CCAs) and only 7% of the Professors (PU-PHs) in surgery, according to a study conducted within the APHP in Paris. Women do not however work any less, in our questionnaire: 58% of men and 57% of women questioned work > 60 hours per week. Women want to do the job they love, but they often renounce positions of leadership on their own, because of the pressure of family obligations and the lack of support. Equal maternity and paternity leave and flexible working hours would reduce gender inequalities in surgery.

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

Être une femme en chirurgie est moins difficile actuellement. En 2006, lors de mes stages d'externes il n'y avait que deux femmes praticiens hospitaliers en chirurgie digestive. Dans les promotions d'internes actuels, les filles représentent 1/3 voir la moitié des effectifs en chirurgie digestive. Le nombre de femme en chirurgie digestive a augmenté mais existe-t-il des progrès pour autant?

Je ne me destinais pas d'emblée à la médecine et encore moins à la chirurgie. Comme le décrit Emmanuelle Zolesio [1], deux types de vocations de chirurgiennes existent : celles qui ont toujours voulu être médecin et chirurgien et celles qui sont « tombées dans la vocation » au cours d'un stage en chirurgie, comme moi. Lors d'un stage en chirurgie digestive oncologique je me suis retrouvée happée par le bloc opératoire, concentrée et fascinée par cette atmosphère, et découvrant véritablement la chirurgie digestive lors d'une duodénopancréatectomie céphalique. J'ai été impressionnée par cette intervention qui a duré plusieurs heures associant l'ablation de la plus grande partie du pancréas entouré du duodénum suivie d'une reconstruction digestive et biliaire que je trouvais très complexe. Cette décision de devenir chirurgienne est restée intériorisée pendant mon externat, par crainte d'avoir des remarques méprisantes et d'être découragée. En effet, lorsqu'on me questionne et que je déclare vouloir faire de la chirurgie digestive, les remarques peuvent être désobligeantes, comme celle d'un Professeur de chirurgie digestive qui m'a dit, en 2006, que « le premier métier d'une femme est d'être mère, qu'anapath comme spécialité c'est bien pour une fille ». Heureusement une chirurgienne digestive, praticien hospitalier, de 50 ans, m'assurera que la chirurgie digestive n'est pas réservée aux hommes et que son chef de service l'a toujours soutenue.

Il ne me paraît pas plus difficile pour une femme d'arriver à être chirurgien, mais s'imposer dans un milieu d'hommes et obtenir des responsabilités oui. Les inégalités entre les sexes persistent dans les services de chirurgie : ainsi l'intervention qualifiée de « difficile » sera plus facilement confiée à un homme qu'à une femme par le chef de service, sans justification particulière. Les chefs de service sont réticents à engager deux femmes chefs de clinique

simultanément car « elles risquent de tomber enceinte en même temps et de désorganiser le fonctionnement du service. » Ces exemples illustrent le fait qu'il semble demandé aux femmes de devoir s'adapter en chirurgie.

Mener de front une vie de femme, une grossesse, et une carrière chirurgicale est difficile. Les longues heures passées debout au bloc opératoire, les astreintes nocturnes et la disponibilité peuvent entraîner une mise à l'écart des femmes. Les compétences chirurgicales remises en doute à chaque manifestation propre à la femme, comme cette remarque d'un chirurgien durant la grossesse d'une chef de clinique, qui avait appelé son collègue pour un avis lors d'une opération en pleine nuit : « On ne peut pas tout faire : être enceinte et opérer toute la nuit, c'est difficile la chirurgie ! ». Pour pallier ces remarques, certaines ont choisi de se calquer « sur un modèle masculin », « de renoncer à être femme » pour ne pas faire de différence et de se comporter comme des hommes, d'autres pour ne pas perdre de chance pour un poste universitaire préfèrent « souffrir en silence et ne rien lâcher, ne pas ralentir le rythme, même pendant la grossesse ». Comme dans tous les métiers le droit à maternité ne peut être imposé mais une égalité de durée de congés entre les congés de maternité et de paternité permettrait d'établir plus d'équité dans ce domaine.

La présence de modèles pour se construire dans le domaine professionnel est primordial. Je n'ai pas eu de parent proche médecin ou chirurgien dans ma famille. Cependant, fille d'une professeure agrégée de Lettres, j'ai grandi dès le plus jeune âge avec un modèle maternel de femme active et passionnée par son travail, travaillant tard le soir et le week-end. Ma mère m'a donné le goût des études, du travail et de l'enseignement, elle m'a appris qu'une femme doit être libre et indépendante. Le rôle des professeurs, et des chirurgiens seniors joue un rôle prépondérant dans la carrière des femmes en chirurgie. L'impact du maître sur l'élève est d'autant plus fort en chirurgie qu'il se fait selon la méthode du compagnonnage [2]. L'acquisition des compétences dépend de cette relation maître-élève, mais aussi la sélection et les futures carrières. Ma génération, vient après celle des pionnières de la chirurgie qui incarnent les véritables figures emblématiques

de la féminisation dans ce domaine, celles qui ont mené les premières batailles dans ce milieu d'hommes. J'ai peu de recul et moins d'expérience en tant que chirurgienne, mais j'ai des questions, qui concernent ma génération, sur la légitimité des femmes en tant que chirurgien. Comment assumer d'être une femme aujourd'hui et être prise au sérieux comme chirurgienne ?

Pour y répondre, j'ai réalisé des questionnaires à destination des chirurgien(ne)s, des infirmier(es) et des patient(es), sur le modèle proposé par François Moutet, chirurgien de la main dans son ouvrage sur « la féminisation des effectifs chirurgicaux » [3]. Un peu plus de 10 ans après, j'ai réussi à obtenir les réponses à plus de 25 questions chez 300 chirurgiens ; 110 infirmières de bloc opératoire (IBODE) et 170 patients. Les patients, interrogés lors d'une consultation de chirurgie étaient dans les 2/3 des cas âgés de plus de 50 ans et comprenaient un peu plus de femmes. En 1974, dans l'ouvrage de F. Moutet, 43 % des patients déclaraient faire autant confiance à un homme qu'à une femme chirurgien, ils étaient 89 % en 1999 alors qu'ils sont 96 % dans notre enquête. Ce taux, très important m'a surpris car on me demande encore souvent lors de la première consultation si c'est moi qui vais opérer. Quand j'entre dans la chambre d'un patient qui est au téléphone, je l'entends souvent dire « je raccroche, il y a l'infirmière qui est là », et ils appellent bien souvent l'étudiant Docteur en s'adressant à lui plus qu'à moi. Ces remarques viennent plus souvent de patients âgés. En fait le jeune âge semble avoir plus d'impact que le genre et plus de la moitié des patients pensent qu'actuellement il est plus difficile de réussir pour une femme que pour un homme en chirurgie. Pour contrer l'image classique du chirurgien, d'un certain âge, la une du *New-Yorker* du 3 avril 2017, montrant une œuvre de la graphiste Malika Favre, intitulée « Théâtre des opérations » où l'on voit les visages de quatre chirurgiennes penchées sur un patient avant d'opérer. Suite à cette publication, des chirurgiennes du monde entier se sont unies et ont lancé un mouvement diffusé sur les réseaux sociaux, intitulé #Ilooklikeasurgeon, reproduisant l'image du *New-Yorker* pour montrer des images de chirurgiennes du monde entier, imposant cette nouvelle image du chirurgien, plus actuelle.

Le bloc opératoire est pourtant déjà un milieu de femme, la majorité des infirmières de bloc opératoire (IBODE) étant des femmes. La relation entre IBODE et chirurgiens a traditionnellement été décrite comme un rapport basé sur la séduction, et bon nombre de travaux sociaux [4] l'ont rapporté. L'augmentation du nombre de chirurgiennes dans les blocs opératoires a bousculé cette relation et a changé les pratiques. Les chirurgiennes ont plus souvent l'impression de devoir « faire leurs preuves » face à certaines IBODE, qui exercent dans ces conditions et cette relation chirurgien-infirmière depuis parfois plus de 20 ans.

Mais les temps changent, dans notre enquête portant sur les IBODE, comprenant près de 90 % de femmes, la très grande majorité déclare ne pas avoir de préférence pour travailler avec un chirurgien ou une chirurgienne. Dans cette enquête les IBODE rapportent les défauts de chaque genre : les chirurgiens sont plus impulsifs, plus colériques et respectent moins les recommandations. Les femmes sont plus exigeantes, moins sûres d'elles, et plus conflictuelles dans leurs relations. Les femmes sont moins compétitrices que

les hommes. Les 3/4 des IBODE estiment qu'il est plus difficile pour une femme d'exercer la chirurgie que pour un homme.

Notre enquête destinée aux des chirurgiens, a inclus un effectif important caractérisé par 2/3 de femmes ayant dans près de 40 % un conjoint médecin et un âge entre 25 à 40 ans. A la question est-il plus difficile d'être une femme qu'un homme en chirurgie, la quasi-totalité des chirurgiennes ont répondu oui alors que seule la moitié des chirurgiens partageaient cette appréciation. Alors que la durée hebdomadaire d'activité professionnelle était dans cette enquête identique chez les chirurgiens et chez les chirurgiennes, la répartition des tâches ménagères et familiales, restait majoritairement à la charge de la femme même avec un conjoint médecin. Près de 15 % déclaraient avoir une aide de l'extérieur pour le ménage et la garde d'enfants. Parmi les 99 chirurgiens interrogés, la moitié avaient une conjointe médecin et seuls 2 ont déclaré s'occuper des tâches ménagères et familiale. La forte pression de l'entourage familial pour que les femmes mènent de front leur carrière chirurgicale et une vie de famille se heurte à la réalité de devoir s'occuper des tâches ménagères et des enfants sans aménagement institutionnalisé de leur temps de travail. Aussi elles renoncent très souvent à une carrière hospitalo-universitaire. Les progrès observés ces dernières années résultent d'une négociation privée au sein du couple concernant la répartition des tâches.

La faible accessibilité des femmes à des postes à responsabilités et à des carrières hospitalo-universitaires, pose question. Elles accèdent au grade de PU-PH en moyenne deux ans plus tard que les hommes et seulement 20 % des PU-PH sont des femmes en chirurgie aux Etats-Unis [5]. Le « plafond de verre » pour les femmes en France a été démontré dans une étude réalisée en 2017 au sein de l'APHP [6] : Il existait un gradient décroissant puisque les femmes représentaient 63 % des CCA, 56 % des PH, 49 % des MCU-PH, et seulement 15 % des PU-PH. L'écart était encore plus important dans les spécialités chirurgicales où elles ne représentaient que 7 % des PU-PH. Plusieurs explications ont été proposées : elles ne travaillent pourtant pas moins que les hommes comme démontré dans notre questionnaire : 58 % des hommes et 57 % femmes interrogées travaillent > 60h par semaine. Les chirurgiennes assument majoritairement les tâches ménagères et familiales freinant probablement l'accès à la carrière hospitalo-universitaire. Les femmes sont également moins sûres d'elles-mêmes puisque 30 % des femmes interrogées dans notre questionnaire, déclarent que le manque de confiance des femmes est un frein à leur réussite. Les femmes veulent exercer le métier qu'elles aiment, mais elles renoncent souvent aux postes à responsabilités d'elles-mêmes, par le poids des obligations familiales, mais aussi parce qu'elles ont moins de soutien de leur supérieur hiérarchique que leurs collègues masculins. L'aménagement des horaires de travail pour faciliter la garde des enfants, l'égalité des congés de maternité et de paternité et la possibilité d'aménager un temps partiel permettrait de réduire la disparité de carrière hospitalo-universitaire entre homme et femme.

Depuis le début du mouvement #metoo, la parole des femmes se libère concernant le harcèlement sexuel dans le milieu professionnel. Embrassée de force et harcelée

lorsque j'étais jeune externe en chirurgie par un chirurgien sénior, il me semble difficile de ne pas aborder ce point. Après quelques jours de doutes et ne sachant pas comment réagir dans cette situation, je n'ai pas voulu changer de stage. Je suis allée en stage tous les jours affronter le regard du chirurgien, protégée par un élan solidaire et protecteur de mes collègues. Je ne me sens pas une victime, mais j'ai dû affronter une peur récurrente d'être seule avec un chirurgien sénior pendant plusieurs années, gâchées par cette mauvaise expérience.

En interrogeant les chirurgiennes, 85 % ont eu des remarques machistes, de la part d'un collègue chirurgien dans 67 % des cas, de la part de leur supérieur hiérarchique dans 57 % des cas, d'un membre de l'équipe paramédicale dans 14 % des cas, et beaucoup plus rarement d'un patient.

Les temps changent, et des progrès ont été faits concernant la place des femmes en chirurgie. Plus nombreuses actuellement, les chirurgiennes ont donné aux chirurgiens l'envie d'un meilleur équilibre entre vie familiale et professionnelle. Les chirurgiens veulent eux aussi consacrer plus de temps à leur vie familiale. Les chirurgiens et pères osent enfin quitter un staff à 18 h pour aller chercher leurs enfants, et personne ne le reproche ni aux uns, ni aux unes.

Il manque encore une certaine équité dans l'accessibilité aux postes à responsabilité au sein de leur service et dans la répartition de la charge ménagère quotidienne. Je souhaiterais pour ma génération de chirurgiennes et les suivantes,

la reconnaissance des inégales difficultés pour réussir, et la reconnaissance des égales compétences entre chirurgiens et chirurgiennes. Je souhaiterais surtout moins de lutte tous les jours, pour arriver à concilier vie de femme avec la profession que nous avons choisie, chirurgienne.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Zolesio E. Chirurgiens au féminin : des femmes dans des métiers d'homme. *Sciences sociales* 2012;1.
- [2] Bercot R. Le devenir des femmes en chirurgie- La diversité des mondes de socialisation. *DARES « Travail et emploi »* 2015;37–52.
- [3] Moutet F. La féminisation des effectifs chirurgicaux. *Libres cours* 2010;1.
- [4] Godeau E. L'esprit de corps : sexe et mort dans la formation des internes en médecine; 2007.
- [5] Pories SE, Turner PL, Greenberg CC, Babu MA, Parangi S. Leadership in American Surgery: Women are Rising to the Top. *Ann Surg* 2019;269:199–205.
- [6] Rosso C, Léger A, Steichen O. Plafond de verre pour les femmes dans les carrières hospitalo-universitaires en France. *La revue De Médecine Interne* 2019;40:82–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2018.05.007>.