

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : **2020**

N° : **148 et 149**

THÈSE COLLECTIVE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE  
DOCTEURE EN MÉDECINE

Diplôme d'État Mention : **MÉDECINE GÉNÉRALE**

PAR

**RINALDO Fanny**

née le 03/03/1990

à Sélestat

**SALLOUM Fauve**

née le 25/06/1989

à St-Priest-en-Jarez

et

**DESCRIPTION DU SEXISME ET DES AUTRES VIOLENCES  
RENCONTRÉS PAR LES FEMMES INTERNES EN  
MÉDECINE GÉNÉRALE ET RÉPERCUSSIONS SUR LA  
CONSTRUCTION DE LEUR IDENTITÉ PROFESSIONNELLE**

Présidente de thèse : **GONZALEZ Maria, Professeure**

Directrices de thèse : **FRAIH Elise, Docteur**

**ROYANT Maude, Docteur**

1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition JUIN 2020  
Année universitaire 2019-2020



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**  
**Directeur général :**  
**M. GAUTIER Christophe**



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02    Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03    Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01    Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01    Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01    Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02    Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03    Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03    Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01    Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03    Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02    Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02    Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03    Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03    Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02    Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02    Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01    Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02    Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02    Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02    Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01    Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02    Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0184	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAUHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologie)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS  CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0180	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

---

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

---

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

---

**Mo128 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DAL-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0106 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

---

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

---

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

---

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**

**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'institut)**  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)  
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**  
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**  
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**  
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**  
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)  
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)  
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)  
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc      CNU-31      IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.09
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

---

### Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

### HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Grafenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

---

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères et mes consœurs ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes, les femmes, mes confrères et mes consœurs m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.



## REMERCIEMENTS

### Aux membres de notre jury

#### **A la Professeure Maria Gonzalez**

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de notre thèse. Veuillez accepter toute notre reconnaissance pour l'intérêt sincère que vous avez porté à notre travail ainsi que pour votre aide dans la réflexion sur les perspectives et les ouvertures de cette thèse. Pouvoir échanger avec vous a été réellement enrichissant et nous vous en remercions.

#### **Au Pr Gilles Bertschy**

Vous avez accepté sans hésiter de juger notre travail. Vous nous faites l'honneur d'apporter vos connaissances et vos critiques à ce travail. Veuillez recevoir, Monsieur le professeur, l'expression de notre sincère gratitude.

#### **Au Pr Christian Bonah**

Vous avez accepté de rejoindre ce jury et en cela nous vous en sommes extrêmement reconnaissantes. Nous avons apprécié chacune de vos interventions lors de nos formations en tant qu'internes, et à présent votre regard sur notre travail est un véritable honneur. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

#### **A la Dr Audrey Farrugia-Jacamon**

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre sujet. Vous nous faites le plaisir d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Recevez ici toute notre reconnaissance et notre respect.

#### **A la Dr Juliette Chambe**

Vous nous avez fait l'honneur d'évaluer notre travail. Nous vous sommes reconnaissantes pour l'intérêt que le Département de Médecine Générale de Strasbourg et vous-mêmes portez à notre travail. Veuillez recevoir notre plus grande considération.

À nos directrices de thèse,

**Dr Elise Fraih et Dr Maude Royant**

Les mots nous manquent pour vous dire à quel point nous vous sommes reconnaissantes. Une thèse est un parcours long et semé d'embûches, vous avez toujours été là pour nous galvaniser et nous soutenir quand nous en avons besoin. Votre bonne humeur, vos encouragements permanents, votre promptitude à répondre à nos mails et nos discussions féministes enflammées ont transformé cette direction de thèse en une vraie expérience de sororité. Nous sommes fières de ce travail mené à quatre, et conscientes de la chance que nous avons eu de vous avoir rencontrées. Nous vous remercions infiniment.

Aux femmes qui ont accepté de participer à cette thèse

Pour leur courage et leur confiance. Pour les rires et les pleurs, l'inspiration et l'espoir. Vos entretiens nous ont tant apporté et résonnent en nous encore aujourd'hui. Merci.

Aux femmes qui nous inspirent

Gisèle Halimi, Virginies Despentès, Mona Chollet, Titiou Lecoq, Adèle Haenel, Valérie Rey-Robert, Victoire Tuaillon, Mirion Malle, Christine Delphy, Simone de Beauvoir, Simone Veil, Iris Brey, Carole Thibaut, Muriel Salmona, Ruth Bader Ginsburg, Gloria Steinem, Susan Faludi, Shonda Rhimes, Billie Jean King, Serena Williams, Frida Kahlo, Robin Hobbs, Hannah Gadsby, Christine Blasey Ford, Chimamanda Ngozi Adichie, Rokhaya Diallo et toutes les autres.

Par votre ténacité, vos récits émancipateurs, vos prouesses et vos combats pour faire entendre nos voix, vous êtes sources d'une force inépuisable.

Comme l'ont dit si justement deux d'entre vous :

*« Le féminisme, ce n'est pas une opinion. Contrairement à ce qu'on entend ces derniers jours. Ce n'est pas une opinion qui en vaudrait une autre. Ce n'est pas non plus un caprice de femmes. Ou une étiquette à la mode. Ou une posture. Ce contre quoi on lutte a des conséquences très réelles. Des vies entières détruites. Le sexisme, parce qu'il est une domination, s'inscrit dans les corps, il les marque, il les brutalise, il les détruit aussi parfois. »*

Titiou Lecoq

alors

*« Ne vous résignez jamais. »*

Gisèle Halimi

## REMERCIEMENTS DE FAUVE SALLOUM

### A ma famille

#### **Merci Maman,**

Je te dédie cette thèse. Merci pour tout cet amour, pour ta douceur et ta force, que tu me donnes de manière inconditionnelle depuis toujours. Merci d'être mon pilier, ma première confidente et mon modèle. Je t'aime, à l'infini plus grand qu'une fleur.

**Merci Papa,** de m'avoir toujours poussée et encouragée. Merci de m'avoir soutenue pendant ces longues études, parfois malgré la distance. Merci de m'avoir insufflée la passion de la musique, de la lecture, de l'eau et de la mer, et des pastas. Je t'aime fort.

**Papa, Maman,** vous êtes ma source d'inspiration. Merci d'avoir toujours voulu le meilleur pour nous. Je suis fière d'être votre fille.

**Merci Lily.** Tu es ma sœur de sang, ma sœur de cœur, mon âme sœur. Je suis tellement chanceuse de t'avoir. Je suis immensément fière de toi, nous voilà diplômées en même temps ! Merci pour tout le soutien que tu m'as toujours apporté, merci pour ton amour, merci d'être la personne qui me fait le plus rire au monde. Je t'aime de tout mon cœur.

#### **A Guillaume,**

Merci de m'avoir demandé de te prêter un crayon de papier en ce jour de première année de médecine ... et pour ton soutien constant, depuis. Merci pour ton amour, ta générosité, ton ouverture d'esprit, ta gentillesse, ta sensibilité et ton intelligence. Merci de me faire autant rire. Je suis fière qu'on ait traversé toutes ces années ensemble, évolué et grandi, main dans la main. A nos jours heureux, à notre horizon. Je t'aime.

**A ma famille** dispersée mais réunie dans mon cœur, à mes racines syriennes. A mes grands-parents, mes cousines, mes cousins, mes tantes et mes oncles, qui m'envoient de l'amour à travers les mers et les océans.

الى كل أفراد عائلتي، المتفرقين في كل أنحاء العالم....ولكن مجتمعين في قلبي  
الى جنوري السورية، أجدادي وجداتي، أبناء وبنات أعمامي وأخوالي اللذين يمدوني بالحب عبر أبحار والمحيطات

### A ma belle-famille

Merci **Marie-Hélène** et **Jean-Claude** pour votre accueil, et pour tous ces bons moments partagés ensemble - souvent autour d'une bonne table, toujours autour d'un bon verre. Merci pour votre gentillesse et votre générosité.

### A mes ami·e·s ...

**Yara,** tu es plus qu'une amie. Je dis toujours qu'on est de la même famille : c'est parce que tu es une amie de cœur, une amie en or, et une amie pour la vie. Que cela fasse 1 mois ou 1 an et même à l'autre bout du monde, j'ai toujours l'impression qu'on ne s'est jamais

quittées et que la distance n'a jamais compté entre nous. Merci d'être là pour moi, et merci pour tous ces moments partagés. Je les espère le plus nombreux possible, je suis tellement chanceuse de te connaître. Je t'aime fort. Ps :

ایمتی بدنا ناکل سوی هالفلاقل

**Alexandra**, ma merveilleuse puddy-facesista, tu es une de mes plus belles rencontres des années médecine : je te dois mes meilleurs souvenirs d'externat, avec fous-rire, révisions en folie, et l'invention du concept du remonte-la-pente, entre St Etienne et Strasbourg. Merci pour ton soutien indéfectible, tes conseils, ton énergie de feu et ta si belle amitié. J'ai hâte de passer du temps avec ta petite famille qui s'agrandit. Peu importe la distance, je sais qu'on peut toujours compter l'une sur l'autre. Je t'aime fort.

**Aux Magnifiques** : merci de m'avoir accompagnée depuis toutes ces années, merci pour votre merveilleux soutien, dans les bons comme dans les mauvais moments. Notre groupe atypique est magique, on se voit trop peu mais votre présence quotidienne est précieuse. J'ai une chance incroyable de vous avoir ! **Laura**, tu m'avais rejoint directement après les ECNs, dans les premiers instants de liberté au Parc de la Tête d'Or... puis j'ai adoré passer ces quelques mois avec toi à Strasbourg. Merci pour ton soutien durant mon internat et même après, tu m'as énormément aidée. Tu es une amie formidable, je t'attends de pied ferme à Nice ! **Adeline**, une amitié pleine de couleurs, de vie, de rires et de douceurs. Merci pour tes mots, pour les choses que l'on partage sans les mots, merci d'être là. **Yul**, tu es la force et la présence rassurante et constante, ma sœur de lutte ! Merci pour ton soutien, merci pour tes colis, pour ta bienveillance et ta douceur. **Marie**, j'espère que l'on va vite se revoir, au son des concerts partagés.

**Anne**, ma Best-Gi : merci de m'accompagner depuis toutes ces années. On a grandi et évolué ensemble, quelle belle amitié ! Combattive, aimante, passionnée, intelligente, avec une véritable force de caractère, tu as su équilibrer ta vie et te battre pour obtenir ce que tu voulais. Pour nos retours nocturnes au son de la boulette, pour nos plans futurs de A&F, pour toutes nos aventures passées (et celles à venir !) ... merci. Love you <3

A mes deux acolytes strasbourgeoises adorées ! A nous trois nous étions le trio brillant du Sarra ! **Clémence**, ta présence rassurante et ton calme à toute épreuve (et ce même aux cours de médecine générale, c'est dire !) dissimulent en fait un petit grain de folie que j'adore ! J'ai adoré nos moments passés ensemble, à la danse, à ton evjf, à Berlin, à Nice ... next ? **France**, quelle belle rencontre ! Plus nous avons parlé, plus nous nous sommes découvertes des points communs. Et il y en a eu, des soirées tisanes ! Il faut dire que chez toi, c'est devenu ma résidence strasbourgeoise bis ^^ Merci pour tous ces moments partagés et pour ton accueil illimité. Merci aussi pour tes précieux conseils, la gourou du quali c'est toi, tu m'as donnée la force de me lancer ! ..... Je vous aime fort mes copines d'amour !

... stéphanoises

**Inès**, depuis ces moments en amphi en passant par notre voyage à Londres, à nos retrouvailles enrhumées de Noël, c'est toujours un plaisir de te retrouver. Pétilante, toujours de bonne humeur, tu as su accomplir brillamment un parcours semé d'embûches. Je t'admire, et je te souhaite tout le bonheur du monde, avec Yassine à tes côtés.

**Chloé**, toute en gentillesse et en douceur, mais gare à qui te sous-estimerait ! Je suis vraiment heureuse de voir que tu as trouvé ta voie, que ce soit sur le plan professionnel comme sur le plan privé. J'ai hâte de rencontrer le nouveau membre de votre petite famille.

... strasbourgeois·e·s

Merci à **l'équipe des pokés**, pour avoir fait de mes 6 mois aux urgences un semestre inoubliable. **Mylène**, merci pour ton ouverture d'esprit et ta bonne humeur. J'espère que des horizons bleus et paradisiaques s'étirent devant toi en ce moment. **Mélessande**, de la coloc' en passant par le Sarra et les fous-rires de nuits de garde aux urgences, tu m'as accompagnée sur ces trois années. Merci pour ton amitié. **Marie**, le feu de notre équipe, que dis-je, la Voix, pardon le Pikachu ? Une rencontre haute en couleur ! **Léa**, merci d'avoir été, le temps de ces quelques semestres, la meilleure des voisines.

A **Anahita**, merci pour ces moments pleins de peps, pour ton énergie solaire. Ton rire m'a remontée à bloc à de maintes reprises, et j'ai adoré partager avec toi ces instants toujours emplis de ta générosité. En espérant te revoir, à Nice, ou ailleurs.

... niçois·e·s

**Anouchka**, merci pour tous ces moments passés ensemble, en discussions philosophiques ou en fous-rires interminables, mon externat n'aurait pas été le même sans toi ! J'aurais beaucoup trop de choses à te dire alors je vais synthétiser en écrivant simplement ceci : bliblablou ! upgladju ! <3 Avec **Hugo**, vous voyagez mais les bons moments partagés avec vous restent et les prochains n'attendent que d'être vécus !

**Max**, pour tes photomontages de légende, ta cuisine généreuse, la rigolade et la bonne humeur toujours au rendez-vous, merci.

Merci aux colloc' d'amour, **Claire** et **Alex** : vous avez ramené avec vous le soleil de Tahiti, un sourire toujours accroché aux lèvres, les bras et le cœur toujours grands ouverts. Merci pour tous ces beaux moments de partage, je suis ravie de vous avoir rencontrés.

**Sabou**, merci pour ta gentillesse, ton sourire pétillant, et notre passion musicale commune ^^ Merci pour les bons moments partagés avec toi et **Loïc** au grand air, définitivement à renouveler !

A Fanny, co-autrice de cette thèse

Ce que nous avons partagé pendant ces trois années va bien au-delà de cette thèse. De nos échanges féministes, de nos colères confiées, d'heures et d'heures de travail partagées, de nos confidences, de nos rires et de nos larmes ... une belle amitié est née. Je suis immensément fière de ce que nous avons accompli ensemble. Pour cette expérience unique de sororité, merci.

## REMERCIEMENTS DE FANNY RINALDO

**À mes parents**, pour leur ouverture d'esprit, leur regard bienveillant et leur soutien inconditionnel. Ils me sont si précieux.

**À Kevin** qui apporte chaque jour un peu de soleil dans ma vie.

**À mes petites sœurs**, pour leur second degré, leur espièglerie irrésistible et leurs encouragements sincères. J'aurais aimé vous voir grandir dans un monde meilleur. Ce travail est pour vous, j'espère qu'il pourra modestement y contribuer.

**À mes cousines**, pour m'avoir fait découvrir la force de la sororité.

**À toute ma famille**, pour leur générosité, leur écoute et leurs rires communicatifs qui font de chaque moment passé ensemble un cadeau.

**À Fauve**, pour les discussions féministes sans fin, les fous rires et la persévérance (il en aura fallu !). Ce travail était ambitieux, il fut long, difficile, parfois décourageant et pourtant quelle expérience incroyable ! Je pensais le finir épuisée, j'en ressors grandie et emplie d'une force insoupçonnée. Pouvoir partager avec toi la fierté d'avoir écrit une thèse qui nous ressemble, n'en rend ma joie que plus vive.

**À mes ami·e·s**, pour leur soutien, leurs remarques pertinentes qui ont nourri ma réflexion concernant ce travail et pour être là même quand ils·elles sont loin.

**Aux médecins bienveillant·e·s rencontré·e·s au cours de ma formation** qui ont su me montrer une médecine humaine et me réconcilier avec mon métier.



# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	29
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	35
<b>RÉSULTATS</b> .....	39
<b>I. REPRÉSENTATIONS AUTOUR DE LA PROFESSION ET DE SA FÉMINISATION</b> ....	39
A. La féminisation dans les discours .....	39
1. Par les internes .....	39
2. Par les supérieurs hiérarchiques .....	39
3. Par les supérieures hiérarchiques .....	40
4. Par les équipes soignantes .....	40
5. Une féminisation qui reste partielle .....	41
B. Perception de l'impact de la féminisation de la profession .....	41
1. Un impact supposé négatif .....	41
2. Cela relève-t-il du genre ou de la nouvelle génération ? .....	42
C. Les femmes internes et leurs cheffes .....	42
1. Leurs attentes vis-à-vis des cheffes .....	42
2. Représentations que se font les étudiantes de leurs supérieures hiérarchiques ...	43
D. Représentations que se font les internes femmes des attentes des patient·e·s à leur égard .....	46
1. Attente d'un côté maternel et empathique plus prononcé .....	46
2. Attente d'une technicité moindre .....	46
E. Représentations autour des exigences de la profession .....	46
1. Être fort·e, résistant·e .....	47
2. Représentations d'un·e bon·ne médecin .....	47
F. Représentations que se font les étudiantes du métier de médecin pour une femme	48
1. Choix du métier .....	48
2. L'influence des stéréotypes féminins .....	48
3. Vision du métier pour une femme .....	51
4. Un métier dangereux ? .....	54
<b>II. SEXISME</b> .....	56
A. Contexte .....	56
1. Sexisme systémique .....	56

2.	Les injonctions féminines .....	60
a)	Se taire.....	60
b)	Être docile et éviter les conflits .....	61
c)	Se positionner comme un objet de désir aux yeux des hommes .....	62
d)	Intégration de la culture du viol.....	62
B.	Incidence du genre des équipes soignantes sur le vécu .....	63
1.	Pas d'influence ? .....	63
2.	Le cas d'une hiérarchie exclusivement masculine.....	64
C.	Manifestations du sexisme de la part des hommes .....	64
1.	De la part des médecins seniors .....	64
a)	Sexisme non bruyant et insidieux .....	65
b)	Sexisme bienveillant et paternalisme.....	65
c)	Réification .....	66
d)	Interpellations familières.....	66
e)	Critique des femmes qui ont une vie professionnelle .....	67
f)	Favorisation des hommes .....	67
g)	Remise en question des compétences .....	69
h)	Demandes envers les femmes d'actes sans rapport avec leurs qualifications ...	70
i)	Domination des femmes.....	70
j)	Violences psychologiques .....	70
k)	Humiliation d'autres femmes "pour l'exemple" .....	71
l)	Harcèlement sexuel.....	72
m)	Gestes déplacés .....	73
n)	Agression sexuelle .....	73
o)	Jusqu'à la guerre des sexes ?.....	74
p)	Effet de groupe.....	74
2.	Cas particulier de la chirurgie.....	75
3.	De la part des membres hommes du personnel soignant.....	77
a)	Sexisme bienveillant.....	77
b)	Réification .....	77
c)	Interpellations familières.....	77
d)	Domination des femmes.....	78
4.	De la part des patients hommes et de leur famille.....	78
a)	Minimisation de la position sociale des femmes .....	78
b)	Un niveau de compétence souligné contrairement à celui des hommes.....	80
c)	Séduction .....	80

d) Réification .....	80
e) Méfiance et agressivité.....	80
f) Violences physiques.....	81
g) Exhibitionnisme .....	81
h) Agressions sexuelles.....	82
5. Avec les co-internes.....	82
6. Répétition de l'expérience.....	83
D. Sexisme vis-à-vis des autres femmes .....	83
1. Vis-à-vis des seniors femmes .....	83
2. Vis-à-vis des infirmières .....	84
3. Vis-à-vis des secrétaires .....	85
4. Vis-à-vis des patientes.....	85
E. Manifestation du sexisme par les femmes .....	86
1. Sexisme intégré dans le discours des internes .....	86
2. Sexisme émanant d'autres médecins femmes.....	87
3. Sexisme émanant d'autres femmes du personnel soignant .....	88
a) Des corps de métier vus comme des milieux féminins.....	88
b) Misogynie et agressivité .....	88
c) Plus grande complicité avec les hommes.....	89
d) Valorisation de l'homme comme rareté .....	89
4. Sexisme émanant des patientes .....	90
a) Minimisation de la position sociale des femmes .....	90
b) Réification .....	90
c) Auto-dénigrement.....	90
F. Sexisme envers les hommes ?.....	91
G. Maternité et profession : problématique .....	91
1. Rumeurs décourageantes sur la grossesse .....	92
2. Désorganisation pour l'offre de soins .....	92
3. Incompatibilité avec un métier qui nécessite des sacrifices ?.....	93
4. Difficultés rencontrées au cours ou après la grossesse.....	93
5. Des modèles de rôle aux avis ambivalents .....	95
6. La grossesse et le post-partum vus comme des combats.....	96
7. Des répercussions inattendues mais positives.....	96
H. Répercussions du sexisme .....	97
1. Vécu du sexisme venant de la hiérarchie masculine .....	97
a) Incompréhension.....	98

b)	Sentiment d'injustice .....	98
c)	Malaise.....	98
d)	Impact psychologique.....	98
e)	Sentiment d'inutilité .....	99
f)	Perte de confiance en soi .....	99
g)	Sidération.....	100
h)	Honte .....	100
i)	Rancœur .....	100
j)	Colère .....	101
k)	Sentiment d'impuissance.....	101
l)	Silence par peur des répercussions.....	101
m)	Des répercussions prolongées .....	103
n)	Exclusion des femmes de certaines spécialités .....	104
2.	Vécu du sexisme venant des patients .....	104
a)	Colère .....	104
b)	Blessure narcissique .....	105
c)	Sentiment d'impuissance.....	105
d)	Peur des répercussions si opposition au patient.....	105
e)	Sentiment de trahison du pacte de confiance .....	106
f)	Champ lexical du traumatisme .....	106
g)	Dilemme lié à la position de soignant .....	106
h)	Répercussions prolongées .....	107
3.	Vécu du sexisme venant du personnel soignant .....	107
4.	Vécu du sexisme venant des femmes.....	107
a)	Des femmes médecins .....	108
b)	Du reste du personnel soignant féminin .....	108
c)	Des femmes en général .....	108
I.	Stratégies de défense.....	109
1.	Stratégies de défense face au sexisme des chefs .....	110
a)	Minimisation .....	110
b)	Justification .....	111
c)	Résignation .....	112
d)	Ignorance .....	113
e)	Fuite et esquive.....	113
f)	Adaptations comportementales .....	114
g)	Oubli voire refoulement .....	115

h)	Refuge dans le groupe .....	115
i)	Sororité .....	115
j)	Assurer une traçabilité et prévenir une récurrence .....	116
k)	Opposition .....	116
l)	Résilience.....	117
2.	Stratégies de défense face au sexisme des patients.....	119
a)	Résignation .....	119
b)	Justification .....	119
c)	Minimisation .....	120
d)	Repousser les limites de l'acceptable.....	120
e)	Oubli.....	121
f)	Prise avec humour .....	121
g)	Affirmation d'un statut.....	121
h)	En parler à quelqu'un .....	122
i)	Opposition .....	122
j)	Fuite .....	123
J.	Evolution vis-à-vis du sexisme.....	123
1.	Évolution par rapport aux générations passées .....	123
2.	Meilleure détection du sexisme .....	124
3.	Évolution des réactions face au sexisme .....	124
K.	Verbalisation .....	127
1.	Avec qui ?.....	127
2.	Réactions rencontrées suite à la verbalisation des violences/du sexisme .....	129
L.	Affaire Weinstein et Polémiques.....	136
1.	Affaire Weinstein.....	136
2.	Parallèle avec l'invulnérabilité apparente d'autres hommes .....	138
M.	Rapports de séduction au travail .....	140
1.	Peut-il y avoir une séduction inoffensive dans le cadre de relations hiérarchiques ? .....	140
2.	La séduction vécue comme une domination .....	141
3.	Inégalité hommes-femmes dans la séduction .....	141
4.	La difficulté à dire non.....	143
III.	REPRÉSENTATIONS AUTOUR DES ÉTUDES MÉDICALES ET VIOLENCES VIS-À-VIS DES ÉTUDIANT·E·S.....	146
A.	Vécu des études de médecine .....	146
1.	Vécu positif .....	146

2.	Vécu négatif.....	147
a)	Difficulté des études .....	147
b)	Importance de la théorie au détriment de la pratique .....	148
c)	Pression des concours et compétitivité.....	148
d)	Déception et sentiment d'injustice face au système de l'ECN.....	148
e)	Chronophage .....	149
f)	Enfermement.....	149
g)	Manque de considération .....	150
h)	Combat contre les institutions.....	151
i)	Les gardes ... jusqu'à la torture.....	152
j)	L'internat vivement critiqué.....	153
3.	Des regrets et des doutes .....	153
4.	Dans ces conditions difficiles, importance du relationnel.....	155
B.	Vision de l'hôpital .....	156
1.	Vision positive : le bon côté du relationnel à l'hôpital.....	156
2.	Vision négative .....	157
3.	Le CHU.....	162
C.	Les rapports hiérarchiques au cours des études .....	163
1.	Les modèles hiérarchiques positifs .....	163
2.	Rapports hiérarchiques abusifs.....	164
D.	Interne : un statut ambigu .....	180
1.	Un statut sans prérogative claire.....	181
2.	Bouc émissaire .....	182
3.	Difficulté de devoir faire ses preuves tous les 6 mois .....	183
4.	Une personne pour qui on ne prend pas parti car elle est de passage.....	183
E.	Retentissement global.....	184
1.	Sur la vie privée, familiale et sociale .....	184
2.	Sur la santé mentale et physique .....	184
a)	Fatigue psychologique et physique.....	185
b)	Anxiété et somatisation .....	185
c)	Champ lexical du traumatisme .....	185
d)	Syndrome de stress post traumatique .....	186
e)	Dépression, burn-out et troubles du comportement alimentaire.....	187
f)	Des moments de grande souffrance psychique ... jusqu'au risque suicidaire ..	188
F.	Culture d'une élévation par la souffrance.....	189
1.	Profession exposée à la souffrance et à la mort.....	189



2.	Héritage de la notion d'un apprentissage à la dure .....	189
3.	Intégration de cette culture dans le discours des internes .....	191
4.	Réactions des internes à cette socialisation professionnelle .....	193
a)	Minimisation des difficultés .....	193
b)	Résilience .....	195
c)	Remise en question de cet apprentissage .....	196
IV.	AUTRES TYPES DE VIOLENCES ET INTERSECTIONNALITÉ .....	201
A.	Racisme .....	201
B.	Islamophobie .....	204
C.	Grossophobie .....	205
D.	Transphobie .....	205
E.	Discriminations socio-culturelles et universitaires .....	206
F.	Des violences qui parfois s'imbriquent .....	207
V.	LA PLACE DE L'HUMOUR ET LES REPRÉSENTATIONS QUI Y SONT ASSOCIÉES .....	209
A.	Permettant d'entretenir un doute sur son intention : discrimination ou blague ? .....	209
B.	Comme outil de domination .....	210
C.	Utilisation de l'humour comme stratégie de défense .....	211
VI.	UN TÉMOIGNAGE DIFFICILE .....	214
A.	Des mots durs à trouver .....	214
B.	Un témoignage mettant en jeu des émotions fortes .....	215
C.	Causes évoquées de leurs difficultés à s'exprimer .....	216
D.	Doute sur la légitimité de leur ressenti personnel .....	218
	<b>DISCUSSION</b> .....	221
I.	LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE .....	221
A.	Limites .....	221
B.	Points forts de l'étude .....	225
II.	RÉFLEXIONS AUTOUR DES RÉSULTATS .....	227
A.	Des violences intriquées .....	227
1.	Féminisation .....	227
2.	Sexisme .....	228
a.	Sexisme hostile .....	228
b.	... et sexisme insidieux .....	228
3.	Violences hiérarchiques, institutionnelles et intersectionnelles .....	230
a.	Des études vécues comme violentes .....	230
b.	Violences hiérarchiques .....	232

c.	Autres violences et intersectionnalité.....	235
B.	Conséquences .....	236
1.	Du sexisme .....	236
2.	Répercussions des violences sur la santé .....	238
a.	Sur la santé des patient·e·s.....	239
b.	Sur la santé des internes.....	239
C.	Répercussions sur la construction de l'identité professionnelle .....	240
1.	Devenir une femme médecin .....	241
2.	En tant que soignant·e.....	243
a.	La dégradation des soins responsables d'une souffrance éthique.....	243
b.	Acquisition d'une tolérance à la violence .....	244
D.	Pourquoi les violences se perpétuent ?.....	247
1.	Difficulté liée à l'identification des violences.....	247
2.	Prise de parole difficile.....	248
a.	En tant que femme .....	248
b.	En tant qu'étudiant·e .....	250
c.	Dans les deux cas : impression d'impunité.....	251
3.	Humour discriminatoire et séduction « à la française » : deux formes particulières de violence.....	252
4.	Culture médicale qui favorise l'omerta .....	258
a.	Esprit de corps et loi du silence .....	258
b.	Culture d'une élévation par la souffrance.....	259
5.	Une remise en question en profondeur d'un système basé sur la domination des "minorités" est indispensable.....	261
III.	PERSPECTIVES.....	264
	<b>CONCLUSION</b> .....	268
	<b>ANNEXES</b> .....	272
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	273

# INTRODUCTION

## CONTEXTE : UNE PRISE DE CONSCIENCE MONDIALE

L'année 2017 a été marquée par l'affaire Weinstein et la vague mondiale de prise de parole qui s'en est suivie dénonçant de nombreux faits de harcèlements et d'agressions sexuelles sous la bannière du hashtag #Metoo.

Initié dans le milieu hollywoodien, ce phénomène de prise de conscience des violences faites aux femmes est depuis décrit comme un véritable mouvement social féminin du XXI<sup>ème</sup> siècle (1). Il a contribué à la libération et la prise en compte de la parole des femmes dans tous les domaines professionnels jusque dans le monde scientifique, comme l'illustrent les hashtags #metoomedicine, #metooscience (2), les blogs de recueils de témoignages de sexisme en milieu hospitalier tel que Payetablouse (3) et la nette multiplication des travaux s'intéressant au sexisme ainsi qu'aux violences de manière plus générale dans les métiers du soins, au niveau national et international (4,5,6,7).

Le sexisme est défini par le Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes comme une idéologie qui repose sur l'idée que les femmes sont inférieures aux hommes, constituant ainsi le principal obstacle à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (8). Il s'appuie sur un ensemble de croyances et de stéréotypes instaurant un terrain propice à la multiplication des violences sexistes et sexuelles. Celles-ci forment un continuum allant des blagues et remarques déplacées ... jusqu'aux agressions, viols et féminicides.

En France, plus d'une femme sur deux (53%) a déjà été victime de harcèlement ou d'agression sexuelle au moins une fois dans sa vie, selon un sondage réalisé par Odoxa en

2017<sup>1</sup> (9). Dans cette même étude, une femme sur six (17%) déclare avoir déjà été victime de harcèlement sexuel<sup>2</sup> sur son lieu de travail.

Des chiffres qui font écho à ceux du sondage mené par le Défenseur des droits sur le harcèlement sexuel au travail en 2014 qui montre que deux femmes actives sur dix ont dû faire face à une situation de harcèlement sexuel dans leur vie professionnelle (7). La même année, le Conseil Supérieur à l'Égalité Homme-Femme réalise une enquête auprès de 15 000 salarié·e·s. Elle révèle que la grande majorité des femmes salariées considèrent qu'elles sont régulièrement confrontées à des attitudes ou décisions sexistes dans le cadre de leur travail. Ce sexisme aurait des répercussions sur leur confiance en elles, leurs performances et leur bien-être au travail et amoindrirait leur sentiment d'efficacité personnelle (10).

## **UNE FÉMINISATION DE LA PROFESSION QUI RESTE PARTIELLE ET NE GARANTIT PAS L'ÉGALITÉ AU TRAVAIL**

Même si la féminisation de la profession médicale se poursuit, elle ne s'est pas accompagnée d'une évolution similaire quant aux ratios de femmes présentes aux postes de pouvoir.

En effet, d'après une étude américaine de 2004, les femmes professeures de médecine ne progressent pas aussi rapidement dans leur carrière et sont moins rémunérées que leurs collègues masculins au profil professionnel similaire<sup>3</sup> (11).

En France, en 2018, les femmes constituent 47% des effectifs de médecins en activité régulière (12). Cette proportion est de plus en plus importante que ce soit en médecine

---

<sup>1</sup> sondage mené sur 995 personnes représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus.

<sup>2</sup> dans cette étude ont été considérés comme du harcèlement sexuel tout propos déplacés et/ou à connotation sexuelle, dégradants, ou insultes à connotation sexuelle, propositions sexuelles...

<sup>3</sup> La différence de salaire était en moyenne de -11 691 dollars par an ; (P = 0,01)

générale ou dans les autres spécialités. Malgré cela, en 2020, elles ne représentent toujours que 8,1% des doyen·ne·s de France (13), 11,7% du bureau de l'ordre des médecins et seulement 26,8% des membres de son conseil national (14). L'Académie nationale de médecine ne compte, quant à elle, que 10 femmes sur 135 membres (15).

A l'hôpital, seuls 19,9% des postes de PU-PH<sup>4</sup> sont tenus par des femmes, minoritaires également dans l'enseignement puisqu'elles ne sont que 27,6% aux postes enseignants tous corps confondus (PU-PH et MCU-PH<sup>5</sup>) (16). Ce constat a motivé la publication en décembre 2019 d'une tribune dans Le Monde en faveur d'une meilleure accessibilité des femmes aux postes hospitalo-universitaires (17).

Par ailleurs, elles restent une majorité à subir du harcèlement, comme le montre l'étude parue en 2016 dans le Journal of the American Medical Association (JAMA), qui s'est attelée à quantifier l'exposition des femmes médecins aux préjugés sexistes et au harcèlement sexuel dans leur profession (18). On y apprend que 69,6% des femmes ont été témoins de sexisme au cours de leur carrière, que 66,3% en ont été les victimes et que 30,4% d'entre elles ont subi du harcèlement sexuel (contre seulement 4% des hommes). Celui-ci se manifestait par des remarques et comportements sexistes répétés, des avances sexuelles inappropriées, et des pressions exercées de manière subtile ou coercitive pour obtenir des faveurs sexuelles.

En 2019, le Lancet nous apprend, dans un numéro consacré à la question du harcèlement sexuel dans le milieu médical, qu'aux Etats-Unis 58% des femmes du corps professoral et du personnel universitaire de l'académie nationale des sciences, de l'ingénierie et de la médecine (NASEM) ont été victimes de harcèlement sexuel (5). Pour les étudiantes en médecine, ces taux sont encore plus élevés que pour leurs paires scientifiques. Il y est également rappelé que "le harcèlement sexuel peut entraîner une anxiété, une dépression et un trouble de stress

---

<sup>4</sup> PU-PH : professeur·e des universités - praticien·ne hospitalier·e

<sup>5</sup> MCU-PH : maître·sse de conférence des universités - praticien·ne hospitalier·e

post-traumatique [et qu'il] diminue la productivité, endommage les relations au sein d'une équipe et peut amener les femmes à quitter leur poste, leur institution ou leur profession".

Ces résultats se confirment également en France, où une enquête menée par l'InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI) en 2017 nous apprend que 60,8 % des internes femmes interrogées déclarent avoir été confrontées au sexisme durant leurs études contre 7,2 % des hommes (6).

En 2018, une thèse menée auprès d'externes en Ile-de-France met en lumière la prévalence élevée des violences sexuelles dès l'externat : 29,8% des externes interrogé·e·s décrivent avoir vécu au moins une situation de violence sexuelle (19). En fin de deuxième cycle ces chiffres montent à 45,1 % (dont 69,1% chez les femmes). Il est également intéressant de noter que seul·e·s 21,1% des participant·e·s ont été capables de juger avec justesse du caractère illégal des situations évoquées.

## **UN SUJET QUI RESTE PEU ABORDÉ DANS LES ÉTUDES QUALITATIVES**

De nombreuses études quantitatives ont donc montré que le sexisme est présent dans les études et la profession médicales. Toutefois, peu de travaux ont exploré les manifestations qu'il peut revêtir et ses conséquences.

Une étude qualitative américaine parue en 2006 a décrit l'impact des manifestations sexistes sur le développement de l'identité professionnelle d'étudiantes en médecine en troisième année, mettant en évidence un retentissement sur leurs comportements (20). Si les étudiantes apprécient les interactions avec les patientes et leurs superviseurs féminins et parviennent à développer des mécanismes d'adaptation et de réponse envers les comportements jugés inappropriés des patients hommes, elles restent toutefois démunies devant ceux émanant de leurs superviseurs masculins. La résignation et l'acculturation décrites dans cette étude ont

eu des implications aussi bien sur la façon de développer leur identité professionnelle que sur leurs choix de spécialité future.

En France, les travaux d'Emmanuelle Zolesio sur la chirurgie ont décrit dès 2008 la sous-représentation féminine au sein de la profession et les mécanismes d'adaptation des chirurgiennes au bloc opératoire (21,22). Elle y montre qu'au cours de leur cursus les chirurgiennes doivent davantage faire preuve de leur force et de leur endurance que leurs homologues masculins. De plus, si la majorité de ces femmes présentent un "patrimoine dispositionnel" à des valeurs associées à la masculinité<sup>6</sup>, leur insertion professionnelle s'accompagne généralement d'un renforcement de cette masculinisation, les poussant à s'adapter à des éléments rédhibitoires pour d'autres -tels que plaisanteries sexistes, faible relationnel avec les patient·e·s et socialisation familiale valorisant le travail- perpétuant ainsi ce modèle.

Un autre ouvrage récent, *Omerta à l'hôpital* (4), a décrit en 2018 les multiples formes de sexisme subies par les étudiantes en santé formant un continuum allant de la plaisanterie grivoise aux agressions sexuelles en passant par le harcèlement sexuel.

Son autrice, Valérie Auslender, y rapporte de nombreux témoignages illustrant comment celui-ci se mêle au cours des études médicales et paramédicales à de nombreuses autres formes de violence. Sont notamment dépeints des violences verbales et physiques, du harcèlement moral, des pressions psychologiques, une négation de certains droits fondamentaux, des humiliations, du bizutage inapproprié ainsi que des dysfonctionnements institutionnels graves comme l'exploitation des étudiants par leurs supérieur·e·s hiérarchiques (4). Plusieurs témoignages dévoilent de plus l'existence de discriminations telles que du racisme ou des griefs contre certaines religions ou caractéristiques physiques.

---

<sup>6</sup> Ce patrimoine dispositionnel peut notamment correspondre à une enfance de "garçon manqué" par exemple



Pour la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury-Perkins c'est donc l'ensemble des marqueurs de la violence psychologique qui sont présents dans cet ouvrage (4).

## **OBJECTIF DE NOTRE ÉTUDE**

Malgré la richesse bibliographique existant à ce sujet, il n'existe pas à notre connaissance d'étude qualitative française décrivant spécifiquement les manifestations sexistes rencontrées par les internes en médecine.

L'objectif principal de notre étude est donc de **décrire le sexisme rencontré par les femmes internes en médecine générale** -et notamment de se pencher sur ses auteur·rice·s, ses manifestations, ses répercussions, les stratégies de défenses mises en place pour y faire face- ainsi que **d'analyser son impact sur la construction de l'identité professionnelle des femmes interrogées.**

Nos objectifs secondaires sont de décrire les représentations des étudiantes autour de la féminisation de la profession, d'étudier les autres types de violences non genrées qu'elles rencontrent au cours de leur cursus, d'analyser les raisons qui peuvent les pousser à la censure et enfin de proposer des axes de réflexion pour améliorer la situation actuelle.

## **MATERIEL ET METHODES**

Nous avons souhaité décrire le sexisme rencontré par les étudiantes en médecine au cours de leur cursus et analyser son impact sur la construction de leur identité professionnelle. Sans donnée préalable, une approche non restrictive et exploratoire était nécessaire. Une demande auprès du comité d'éthique a été faite avec un avis favorable quant à la réalisation de cette étude. Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a également été effectuée.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative, avec une analyse par théorisation ancrée basée sur 16 entretiens individuels semi-dirigés compréhensifs, menés entre 2018 et 2019 auprès de femmes internes en médecine générale en fin de cursus.

### **RÉDACTION DU GUIDE D'ENTRETIEN**

Un premier guide d'entretien constitué de 4 questions a été rédigé et a servi de base pour les trois premiers entretiens.

Nous avons tout d'abord commencé par recueillir des informations (comme leur date de naissance, le métier de leurs parents) qui n'ont pas été utilisées ni conservées, mais servaient de "brise-glace" et permettaient aux femmes interrogées de commencer par des questions faciles, avant de les amener progressivement au sujet principal de l'étude. Les questions suivantes étaient ensuite toutes des questions ouvertes. Elles portaient sur leur parcours de médecin et sur le sexisme rencontré durant leurs études. Il nous a semblé intéressant de terminer par une question portant sur la définition du mot "sexisme", afin de sonder leurs connaissances sur le sujet.

Il est toutefois apparu évident que cette première ébauche d'entretien ne permettait pas de balayer l'ensemble des sujets qui nous semblaient importants -notamment la question des violences hiérarchiques, qui émergeait pourtant nettement des premiers verbatims. Nous

avons donc ajouté deux autres questions pour compléter notre guide d'entretien (cf Annexe 1), et nous sommes restées sur cette deuxième version jusqu'à la fin de notre étude.

## **CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON**

Il s'agit d'une étude multicentrique, les femmes interrogées ayant réalisé leur internat dans deux villes différentes (Nice et Strasbourg) et leur externat dans de multiples villes (Strasbourg, Paris, Saint-Etienne, Besançon, Dijon, Amiens, Lille et Grenoble).

La population étudiée était composée de femmes internes en médecine générale en fin de cursus, c'est-à-dire soit en dernière année d'internat, soit ayant fini leur internat depuis moins d'un an. Le recrutement a été effectué selon une méthode d'échantillonnage raisonné<sup>7</sup> non probabiliste parmi les étudiantes éligibles rencontrées par les autrices au cours de leur internat (pour 14 d'entre elles) ou s'étant manifestées spontanément pour participer à l'étude (pour 3 d'entre elles). Une des personnes n'a pas donné suite et n'a donc pas été incluse dans l'étude. Le recrutement s'est fait verbalement, par téléphone ou par message pour les internes déjà connues des autrices. Pour les autres, il s'est fait par le bouche-à-oreille. Les internes recrutées étaient toutes informées qu'il s'agissait d'une étude portant sur le sexisme dans le milieu médical.

## **RÉALISATION DES ENTRETIENS**

Au total, 16 entretiens ont été réalisés, 8 par autrice, de manière individuelle et semi-dirigée, entre février 2018 et avril 2019, jusqu'à saturation des données.

Le consentement oral des participantes a été recueilli avant de débiter l'entretien pour l'enregistrement et l'utilisation de leurs données. Ce consentement était obtenu après explications claires sur le sujet de la thèse, sur le fait que les données seraient entièrement anonymisées, et que personne d'autre, hormis les deux autrices et les deux directrices de

---

<sup>7</sup> Échantillonnage raisonné : procédure d'échantillonnage consistant à sélectionner des participants considérés comme typique de la population cible, cette procédure étant destinée à garantir la validité externe des résultats (23)

thèse n'auraient accès à l'intégralité de leur verbatim. Le sujet étant déjà sensible, afin d'éviter d'ajouter tout malaise, nous n'avons pas jugé opportun de demander un accord écrit. Elles étaient cependant informées qu'elles pouvaient retirer leur accord à tout moment et ce même une fois l'entretien terminé, et étaient en possession de nos coordonnées pour nous contacter si nécessaire. Aucune ne s'est rétractée.

De la même manière, nous avons demandé systématiquement leur accord oral pour retranscrire leurs propos "off" pertinents dans nos verbatims.

## **MÉTHODE D'ANALYSE**

Après enregistrement vocal (au moyen de l'enregistreur audio des smartphones respectifs des enquêtrices), les entretiens ont été retranscrits *ad integrum* au format texte. Ils ont ensuite chacun bénéficié d'une double analyse manuelle par les deux autrices de cette thèse. L'identification des grands thèmes abordés lors des entretiens et la recherche des expressions ou des idées similaires utilisées par les internes a permis de les codifier et de développer des catégories thématiques en établissant des correspondances entre elles. Ces données codifiées ont à nouveau été analysées par décompte fréquentiel, interne par interne, de façon à déterminer pour quelle proportion d'internes ces expressions se faisaient le reflet. Une analyse par théorisation ancrée a également été appliquée. Les résultats étaient ensuite discutés et mis en commun afin d'obtenir un consensus le plus objectif possible, d'éviter les biais d'interprétation, et d'en conforter la validité. Si l'un des verbatims portait à confusion quant au caractère sexiste ou non d'une violence citée, il était classé par défaut dans les violences hiérarchiques et non dans les violences sexistes afin de limiter le biais d'interprétation.

Après relecture par les directrices de thèse, le codage des résultats a ensuite été définitivement validé.

## **ANONYMISATION**

Compte tenu du caractère hautement sensible des propos tenus, l'anonymisation des noms, des lieux de stage ainsi que de tout élément reconnaissable a été effectuée lors de la retranscription des entretiens. Pour plus de lisibilité, les entretiens menés par Fanny Rinaldo ont été numérotés de **R1** à **R8**, et ceux menés par Fauve Salloum de **S1** à **S8**. Toutefois, lorsque certains propos cités nous paraissaient encore trop reconnaissables ou nous semblaient trop exposer la personne interrogée, nous avons pris le parti d'anonymiser complètement la citation en remplaçant la lettre correspondante par **A**.

# RÉSULTATS

## I. REPRÉSENTATIONS AUTOUR DE LA PROFESSION ET DE SA FÉMINISATION

### A. La féminisation dans les discours

#### 1. Par les internes

Quand les internes abordent le sujet de la féminisation, elles le font de manière neutre ou pour la décrire comme une source de surprise, comme R1(L72) « *quelque chose qui me frappe moi c'est ... on a une promo très féminisée* » ou S4(L58) « *ma grande surprise en arrivant, c'est qu'il y avait plus de femmes ... que d'hommes en fait. Ça, ça m'a surprise* ».

#### 2. Par les supérieurs hiérarchiques

Au contraire, elles rapportent que la féminisation est régulièrement soulignée par leurs seniors masculins de façon négative, comme R4(L86) « *Le premier jour en staff [...] le chef de service nous regarde et dit [...] "Mais c'est que des filles ...". Alors je rigole tu vois moi je crois que c'est ... c'est une blague [...] comme à chaque début de stage : "Ohlala, il y a plus de filles que de garçons". Et ... il rigolait pas. Il a dit [...] "Mais vous êtes que des filles [...] Ohlala, mais comment on va faire ?" [...] il avait l'air visiblement euh choqué et peiné de n'avoir que des filles ...* ».

Parfois, les commentaires ne sont pas explicitement négatifs mais perçus comme tels par les internes, comme R3(L308) : « *plusieurs fois j'ai eu la réflexion de "Ah bah y'a pas beaucoup d'hommes, y'a pas beaucoup d'hommes" avec un air déçu ...* ».

De même, R1(L187) rapporte des remarques répétées des professeurs dès le début de sa scolarité qu'elle a interprété comme de potentiels « *reproches* ». Elle a, a contrario, été « *mise à l'aise* » par un senior qui a « *souligné la féminisation de la profession mais sans en dire si c'était bien ou pas* ».

### **3. Par les supérieures hiérarchiques**

Les femmes seniors la relèveraient quant à elles de façon positive, comme le rapporte R1(L174) : « *je m'en souviens d'une qui avait dit "Oh je suis contente d'avoir que des filles". Pour une fois ça faisait plaisir c'est peut-être la seule fois où j'ai entendu ça* ».

### **4. Par les équipes soignantes**

Si les avis sur la féminisation sont contrastés, plusieurs internes relèvent que les hommes, considérés comme rares, sont valorisés. Ainsi R4(L72) estime que « *vu qu'il n'y avait que quelques garçons, du coup, ils avaient une espèce de statut privilégié : c'est LE garçon parmi les filles ...* » et R1(L84) s'est vue répondre « *oui mais les hommes qui sont là en valent plusieurs* ».



## 5. Une féminisation qui reste partielle

Par ailleurs, si tout le monde s'accorde à dire que la profession s'est féminisée, certaines internes notent cependant que les femmes restent exclues des positions de pouvoir. Par exemple pour R7(L52) : « *même si on est le groupe majoritaire -on est plus de femmes que d'hommes à travailler dans ces milieux là- eh ben mine de rien on n'est pas le groupe de pouvoir [...] y'a toujours un chef masculin au-dessus de nous* ». S5(L114) ajoute « *souvent les PU-PH sont des hommes* ».

## B. Perception de l'impact de la féminisation de la profession

### 1. Un impact supposé négatif

Quand l'impact de la féminisation du métier est abordé, il l'est souvent à travers un prisme négatif, comme en témoignent les remarques émanant des collègues de R1(L160) insinuant que « *la féminisation de la profession allait poser grand souci* ». Un constat que R6(L169) explique par les choix de vie supposés des femmes : « *on dit tous que les femmes elles n'ont pas à être médecins, parce qu'elles vont forcément interrompre leur carrière* », auquel ces dernières finissent parfois par adhérer, comme R1(L160) : « *ce qui est sûrement vrai parce que [...] les femmes ne vont pas vouloir travailler autant que les hommes surtout en médecine générale* ».

## 2. Cela relève-t-il du genre ou de la nouvelle génération ?

Cette explication ne semble cependant pas les convaincre totalement, comme le laisse entendre R1(L163), qui, tout en reconnaissant que « *les médecins généralistes hommes [...] bossaient comme des dingues* » souligne que « *c'était aussi une génération ... plus que les hommes .... ils bossaient comme des dingues et [...] nous on n'a plus envie de ça mais autant mes potes mecs que mes potes femmes* ».

## C. Les femmes internes et leurs cheffes

### 1. Leurs attentes vis-à-vis des cheffes

Les internes ont toutes eu l'occasion de travailler avec des supérieures hiérarchiques féminines ; certaines reconnaissent avoir des attentes spécifiques à leur égard.

#### a) De l'empathie

Ainsi R1(L138) admet espérer plus d'empathie et « *s'attend quand même à plus de compréhension de la part des médecins femmes* ».

#### b) Pas de tolérance au sexisme

R7(L376) reconnaît quant à elle attendre une moindre tolérance au sexisme et s'est offusquée lorsqu'elle a entendu une consœur lui déclarer « *Non, non ! Moi j'suis pas féministe* » ce qu'elle trouve « *quand même vachement extrême ... que ... il y ait des gens qui disent ça [...] mais c'est pas enfin, c'est, c'est, c'est, c'est pas poss' ! Enfin j'sais pas, surtout quand t'es en GYNÉCO* ».

### **c) Pas de sexisme**

Enfin R1(L152) va plus loin, et avoue espérer que ses supérieures hiérarchiques ne fassent pas preuve de sexisme : « *on s'attend à ce qu'elles n'aient pas ce schéma-là* ». Un souhait qui n'est pas toujours exaucé comme le relève R7(L872) qui trouve qu'en matière de sexisme « *elles sont ... enfin, finalement elles sont comme euh elles sont comme les hommes* ».

## **2. Représentations que se font les étudiantes de leurs supérieures hiérarchiques**

Si les femmes médecins suscitent des attentes auprès des internes, elles influencent également leurs représentations des femmes médecins.

### **a) Des femmes dont on relève la compétence**

Tout d'abord il est intéressant de relever que plusieurs d'entre elles ont souligné le degré de compétence de leurs cheffes, comme R1(L94) qui décrit avoir travaillé avec « *deux cheffes qui étaient vraiment reconnues dans tout l'hôpital pour leurs connaissances enfin ... elles avaient prouvé que euh ... qu'elles étaient compétentes* ». Une caractéristique parfois présentée comme contradictoire avec leurs représentations de la féminité, comme lorsque R6(L279) dépeint des spécialistes « *très compétentes mais [...] féminines* ».

### **b) Des femmes isolées**

Si leurs qualifications ne sont pas remises en question, leur position ne semble pas toujours enviable : ainsi certaines d'entre elles resteraient

isolées, particulièrement dans certaines spécialités, comme l'observe R4(L326) « *j'avais une chef comme ça, de [spécialité chirurgicale] [...] qui était seule, seule femme* ».

### **c) Des femmes pour qui il serait difficile d'associer vie professionnelle et vie personnelle**

La difficulté apparente pour certaines d'entre elles de concilier un métier exigeant avec une vie privée épanouie semble renforcer cette idée auprès des internes. S8(L692) par exemple, évoque le « *parcours de vie un peu compliqué* » d'une de ses cheffes qui n'a « *pas d'enfant, elle a pas d'mari, elle a ... je je pense que ça a pas été facile euh ... je je pense que au niveau vie privée c'est compliqué, niveau vie professionnelle ça a dû être complexe* ».

### **d) Des femmes au caractère bien trempé**

Les femmes exerçant des spécialités considérées comme masculines (urgences, réanimation...) sont souvent décrites comme ayant un caractère affirmé. En effet R6(L273) évoque des supérieures hiérarchiques qui « *s'imposent, vraiment, [...] ne se laissent pas faire, [...] se font respecter* » et S8(L421) se souvient de « *beaucoup de fortes têtes, de très gros caractères. C'est des cow-boys quoi, donc euh ... [...] elles gueulent, elles parlent comme des charretiers euh, 'fin voilà tu les entends v'nir de loin, et s'il y a un souci ça leur pose pas d'souci de crier, d'exiger ce qu'elles veulent 'fin ...* ».

### **e) Des femmes cible d'attaques régulières**

Les internes expliquent ces traits de caractère en partie par les attaques régulières dont ces cheffes seraient victimes. Ainsi R7(L881) suppose

qu'elles « *ont dû subir beaucoup de sexisme* » et R6(L277) se désole « *qu'elles s'en prennent aussi* ».

#### **f) Le cas des femmes au sommet**

Enfin, le vocabulaire le plus fort est utilisé pour décrire les femmes professeures ou au sommet de la hiérarchie.

R6(propos off) trouve par exemple que « *les femmes professeures ou avec des responsabilités importantes sont hyper masculinisées, avec de très forts caractères, très dures presque déshumanisées. [...] Pr [nom] ... cette femme c'était incroyable, elle était terrible, dure avec tout le monde, presque un monstre* », et S5(L115) garde un souvenir intimidé d'une professeure qu'elle considère comme « *une warrior. [...] C'est à dire qu'elle est très dure, qu'elle est... impassible, qu'elle euh... qu'elle donne le droit à l'erreur à personne, voilà. Une femme forte (rires) je sais pas si c'est dans le bon sens. Forte* ».

#### **g) Manque de sororité<sup>8</sup>**

Dans l'ensemble les internes regrettent un manque de sororité de leurs aînées, telle R7(L879) qui avance que certaines d'entre elles « *ont [...] eu tellement de choses à prouver [...] sont tellement des victimes du système qu'[elles] en deviennent des membres proactifs quoi. Et du coup [...] tu en as qui sont méga sexistes, elles ont dû subir beaucoup de sexisme et du coup, elles le, elles reproduisent exactement la même chose quoi, "y'a pas de raison" euh, enfin voilà quoi, elles ne vont pas aimer ... elles ne vont pas aimer les f'* ».

---

<sup>8</sup> **sororité** : solidarité entre femmes

## **D. Représentations que se font les internes femmes des attentes des patient·e·s à leur égard**

Les femmes interrogées ont également partagé leurs impressions à propos des attentes des patient·e·s à leur sujet.

### **1. Attente d'un côté maternel et empathique plus prononcé**

Comme le raconte R1(L230), elles perçoivent chez elles·eux une « *tendance [à attendre] forcément quelque chose de plus maternant et de plus ... ben ce côté-là de plus ... sensible et de plus ... peut-être dans la compréhension, une compréhension différente* ».

### **2. Attente d'une technicité moindre**

Si elles se sentent attendues sur le terrain du care<sup>9</sup>, elles décèlent au contraire qu'elles le sont « *moins dans le technique* ». Un sentiment que R1(L235) résume ainsi : « *j'ai vraiment cette impression là que par contre le technique c'est pour les hommes, souvent, donc ils vont te faire moins confiance pour tout ce qui est technique* ».

## **E. Représentations autour des exigences de la profession**

Les internes se sont également exprimées sur leurs représentations concernant les exigences de leur profession.

---

<sup>9</sup> de l'anglais *care* : prendre soin de, se soucier de

## 1. Être fort·e, résistant·e

Pour plusieurs d'entre elles, dont R1(L153), notre métier nécessite de la résistance : *« on est quand même dans une profession où on doit être fort, où il ne faut pas être fatigué ou avoir des enfants »*.

## 2. Représentations d'un·e bon·ne médecin

### a) Faire de sa vie professionnelle une priorité

Ces propos sous-entendent également qu'il s'agit d'une profession dans laquelle la vie privée est secondaire et font écho à ceux de R8(L561), qui a *« un peu peur de ce jugement-là, qu'on puisse me reprocher ... euh ... de n'avoir pas fait de l'internat et de ma formation professionnelle qu'une seule et unique priorité dans ma vie ... »*.

### b) Importance des connaissances théoriques

Sur le plan de la pratique, les avis divergent. R2(L263) semble valoriser principalement les connaissances théoriques quand elle estime que son senior *« est un connard fini prétentieux mais alors tu ne peux pas lui enlever qu'il est excellent médecin. Il a un contact humain assez déplaisant avec les patients mais par contre sur le plan médical il est au top niveau le mec »*.

### c) Importance de l'empathie

R7(L851) au contraire s'enthousiasme pour l'empathie et le respect de ses chef·fe·s, se souvenant principalement de certains d'entre elles·eux *« en gynéco qui étaient vraiment bien avec les femmes ... [...] qui étaient passionnés par leur métier mais parce qu'à la base ils sont passionnés par*



*leurs patientes ... [...] mais tous les autres ils sont plus dans la technique ou dans du truc euh qui ne se pose pas ces questions-là ... ».*

## **F. Représentations que se font les étudiantes du métier de médecin pour une femme**

Enfin, les internes nous ont décrit la manière dont elles envisagent leur place dans la profession en tant que femme, nous faisant part de leurs représentations du métier de médecin exercé au féminin.

### **1. Choix du métier**

Diverses raisons ont aiguillé les femmes interrogées vers ce choix de profession. Il est intéressant de relever que pour plusieurs d'entre elles, il a été guidé par une vision de ce métier comme étant orienté vers le soin et le "care". Ainsi, le fait de « *travailler avec les enfants* » et d' « *aider les autres* » a attiré R1(L19) dans cette voie, elle qui envisageait « *un petit panel de métiers dans lequel il devait y avoir institutrice ... puéricultrice [...] pédiatre [...] le médecin qui s'occupait des enfants* ». Un attrait partagé par R8(L17) : « *j'aime beaucoup les gens je pense (rires), le soin, prendre soins des autres aussi, donc euh c'était lié* ».

### **2. L'influence des stéréotypes féminins**

La manière dont les internes évoquent ensuite la profession de médecin pour une femme témoigne elle aussi de l'influence latente des stéréotypes de genre.

## a) Confrontation aux stéréotypes genrés dans leur versant positif

Ces derniers ont parfois été abordés sous un angle positif.

En effet, quand elles décrivent leur exercice, elles relèvent des qualités supposées féminines qui seraient avantageuses dans leur pratique, notamment dans la relation médecin-patient·e. Comme le dit R1(L219) : « *je pense qu'être une femme peut aussi être un atout euh... dans tes relations avec tes patients [...] je ne sais pas si c'est parce qu'on n'a pas la même sensibilité ou parce qu'on n'a pas la même approche* ». Cette **meilleure écoute** de la part des femmes est aussi ressentie par R4(L303), qui poursuit : « *il y a déjà un ou deux patients qui m'ont dit "Oh moi je veux voir des dames, je préfère, je trouve qu'elles sont plus sympas" (rires)* ». Les internes font également état d'un **meilleur relationnel** avec les femmes qu'elles soignent, notamment lors des consultations gynécologiques, avec parfois une dimension de sororité qui s'installe. R8(L34) raconte que « *quand ce sont des hommes parfois [...] ils vont pas être aussi à l'aise que nous par exemple pour parler de la santé de la femme avec des patientes femmes et, et y'a vraiment un lien qui peut se créer et qui est top dans le suivi euh, euh dans la santé de la femme en tant que médecin généraliste femme ...* ».

Les femmes médecins seraient également, selon certaines, **plus appliquées**, et proposeraient une prise en charge de meilleure qualité. C'est ce qu'évoque R2(L546) : « *Mais tu sens la différence, quand ce sont des chirurgiens hommes et des chirurgiens femmes, des chirurgiennes. Je ... Tu voyais au niveau de ... Elles sont appliquées, elles font plus attention, elles ne veulent pas abîmer. Eux, ils s'en foutaient un peu plus. Pas tous mais ... eux ils s'en foutaient un peu plus* ».

Toutefois, ces avantages sont évoqués de manière hésitante, **sans certitude**, avec un champ lexical relevant de l'intuition. R1(L230), par exemple, tempère ses propos en ajoutant « *Après c'est vraiment une impression, je ne sais pas si c'est la vérité* ».

Ces stéréotypes perçus comme positifs semblent **renforcés par les formateur·rice·s**, qui, d'après les internes, encourageraient les femmes à effectuer les activités associées au "care" : « *en tant que femme médecin, c'est souvent quand il y avait des, des jeunes filles à examiner, des enfants [...] toi t'avais le droit d'assister, donc ça c'était un avantage, t'avais l'impression de pouvoir plus faire les choses que les hommes qui sont souvent un peu mis de côté* » (R6L82).

## **b) Confrontation aux stéréotypes genrés dans leur versant négatif**

Dans d'autres cas, les internes sont confrontées aux stéréotypes genrés dans leur versant négatif.

C'est le cas pour R1(L141) qui rapporte que « *c'est un métier où on te demande d'être fort d'abord, et que les femmes ben euh c'est pas fort, c'est faible ...* ». Cette **faiblesse présumée** des femmes a également été opposée à S8(L615) lors de son choix de spécialisation en tant qu'urgentiste : « *quand j'en avais reparlé autour de moi, ils m'ont dit "Mais 'fin t'as pas, t'as pas la carrure quoi ! T'es trop douce !" [...] Je suis pas sûre que si j'avais été un mec mais avec les mêmes traits de caractère, je suis pas sûre qu'on m'aurait tenu ce discours de "Tu peux pas faire ça" quoi* ».

### 3. Vision du métier pour une femme

#### a) Inégalité des chances

Il en résulte que les internes ressentent la nécessité de devoir régulièrement faire leurs preuves « *en tant que femmes beaucoup plus que les hommes* » (R1<sub>L86</sub>).

Cette inégalité des chances aurait notamment un **impact sur l'enseignement** qu'elles reçoivent, comme le relève R3<sub>(L248)</sub> : « *je pense que c'est moins facile dans la formation ... On n'a pas accès peut-être aux mêmes choses ... On doit peut-être plus se battre pour euh pour être formées correctement ...* ».

D'après R4<sub>(L64)</sub>, cette discrimination est **permanente** et le fait de toutes les personnes rencontrées pendant la formation : « *t'as pas le même ... traitement ... de la pa'... des médecins et des infirmières aussi, et des patients ... T'as toujours ... t'as l'impression d'avoir toujours ... de devoir [...] t'affirmer, faut prouver que même si t'es une femme euh ... voilà tu sais quand même réfléchir (rires)* ».

R7<sub>(L523)</sub> l'a ainsi perçue **dans ses relations avec les équipes soignantes** : « *tu sens vraiment qu'il y a une différence de, de traitement entre euh quand c'est un ... quand c'est un interne ou un externe [homme] qui, qui, qui demande quelque chose ou qui ... il y a toujours euh beaucoup plus de bienveillance vis à vis d'eux, j'trou', enfin souvent plus de bienveillance, sauf si vraiment ils sont nuls etc, mais s'ils savent euh, se comporter etc ... ben au pire y aura de l'indifférence ... Alors que les filles on les attend plus, j'trouve qu'on, on se sent beaucoup plus attendues au tournant* ».

S8(L385), quant à elle, a ressenti cette inégalité lors d'échanges **avec d'autres médecins** : « *quand tu demandes un avis aux urgences au téléphone, il y a quand même toujours plus de chances qu'on te parle correctement si t'es un mec. [...] y'a [...] un spécialiste de (périph) qui était ... extrêmement désagréable, euh ... les premières fois où je l'ai appelé, et au bout d'un moment bon ben voilà, il sait, il sait qui je suis, il sait qu'si j'l'appelle c'est pas pour rien, et il a appris tout doucement à me respecter (rires), à écouter ce qui sort de ma bouche tu vois, mais c'est quand même, tu sens qu'il a fait un travail sur lui quoi 'fin ... Je pense qu'au premier abord, on n'est jamais ... 'fin jamais considérées à la hauteur des hommes* ».

Cette perception a été mise en parallèle avec d'**autres situations où leur genre a été un frein à leur crédibilité**. Ainsi, R3(L359) raconte : « *Chez les pompiers, ben en tant que femme t'es obligée de prouver, tu es un peu ramenée à ton sexe tout le temps, tu es obligée de ... J'ai eu la réflexion plusieurs fois que les femmes n'avaient rien à foutre chez les pompiers ...* ».

## **b) Des adaptations nécessaires pour être considérée comme médecin**

Face aux réticences qui leurs sont opposées, les internes nous rapportent se sentir obligées d'adapter leur comportement. Ainsi pour parvenir à être considérées comme médecin par leurs patient·e·s, certaines comme S7(L268) décrivent avoir déjà eu **besoin de s'imposer** : « *c'était des hommes un peu machos, y'en a toujours quoi. Euh ... mais bon faut crier plus fort pour se faire entendre et ça marche très bien* ».

Vis-à-vis de leurs collègues, il serait de la même manière difficile d'exister sans **être dans une posture dominante**, comme le rapporte S1(L64) : « *j'étais une [...] petite interne qui l'ouvrait pas trop, comparé à mon co-interne garçon qui était assez expressif, et une autre co-interne fille qui était extrêmement garçon manqué avec [...] une grande gueule, donc à côté c'est vrai que moi j'étais écrasée et ... et..... j'avais pas la même considération qu'eux* ». Face à ce constat, S7(L410) évoque la nécessité apparente de se masculiniser : « *il faut toujours en rajouter, parfois je pense même qu'il faudrait qu'on soit idéalement agressives...[...] tu peux pas juste te contenter d'être toi-même à l'hôpital j'ai l'impression. T'as plus de preuves à faire...* ».

L'adaptation peut également passer par la **modification de leur apparence physique** afin d'être vue comme une médecin « *compétente comme un homme, ou, ou comme, encore mieux, un vieil homme barbu* » (S8L548), parfois à l'initiative de praticiens formateurs comme le rapporte R4(L272) : « *on a eu une discussion avec le prat' [...] et il s'est dit "Ouais je me suis déjà demandé si je ne devais pas réinstaurer la blouse ... Pour moi et pour le, le et surtout pour l'interne, surtout quand c'est une fille", parce qu'il a dit "Vous les filles [...] spontanément les gens ne vous identifient pas forcément comme LE médecin savant, entre guillemets, prescripteur, voilà ... Ils ont ... moins confiance"* ». Elle poursuit ainsi : « *j'avoue que aux urgences, je laissais ma blouse pour, parce que je, j'en avais marre qu'on me dise "Infirmière est-ce que je peux avoir ci, est ce que je peux avoir ça ?". Du coup avec la blouse c'est mieux [...] Malheureusement physiquement j'ai gardé ça ... la blouse* ».

Il est intéressant de relever que seule R6(L278) nous a donné un **contre-exemple** de femmes médecins qui s'imposaient tout en ayant une

apparence considérée comme très féminine : « *au staff de pédiatrie, y'a essentiellement, y'a beaucoup de pédiatres féminines, elles s'imposent, vraiment, elles se laissent pas faire, y'a des chefs elles se font respecter [...] c'est des pédiatres qui sont ... elles sont très compétentes mais elles sont féminines, elles se maquillent* ».

### **c) Représentations héritées des modèles féminins**

Ces représentations sont en partie héritées par les modèles féminins, comme le décrit R7(L635) en rapportant qu'une cheffe lui aurait dit : « *on est obligé de faire attention, à comment on s'habille* ». S8(L669) raconte également comment le discours d'une de ses cheffes la pousse à adapter son comportement : « *Il y en a une qui a un très, très gros caractère qui considère un peu que j'suis son [...] chaton ! Qu'elle veut transformer en tigre, donc euh ... j'suis un peu son ... son cobaye (rires), ça la rend folle que j'sois pas plus ... vénère, agressive, elle dit qu'il n'y a que comme ça qu'il faut communiquer, [...] d'autant plus quand t'es une femme [...] elle est toujours en train de m'faire des leçons, tu vois, qu'il faut que mon regard il soit de ' , de de de de froid 'fin qu'il soit de marbre, qu'on puisse pas [le] lire* ».

## **4. Un métier dangereux ?**

La question du risque d'exercer seul·e en cabinet se pose parfois pour les internes, les poussant à considérer leur mode d'exercice futur selon le critère de la sécurité, comme cela est le cas pour R4(L516) : « *au niveau sécurité [...] j'ai déjà eu des consult' ... où des patients sont devenus un peu agressifs, tu*



*es content d'avoir les autres médecins autour hein [...] C'est un peu dommage de penser à ça mais j'ai, je .. c'est aussi un argument malheureusement ... Quand tu vois tous les gens qui se font agresser, tous les médecins qui se font agresser ... tu dis "Ok ça serait bien, qu'il y en ait un à côté" (rires) ».*

Cependant, si certaines voient ce problème comme **inhérent à la profession** dans sa globalité, d'autres jugent qu'il se présente **spécifiquement pour les femmes** médecins. C'est le cas de R5(L319) qui n'envisage pas d'exercer seule et impute le risque de violences directement au fait qu'elle soit une femme : « *Je ne pourrais pas m'installer toute seule. Le fait d'être une femme ... euh, moi ça me poserait problème de me retrouver seule dans un cabinet ... tard avec certains patients ... [...] il me faudrait quelqu'un d'autre une secrétaire ou une tierce personne, parce que des fois ouais t'es dans une position où tu peux ... Les visites par exemple à SOS médecins, je ne veux pas faire de garde de nuit euh tard, parce que je n'ai pas envie d'aller chez les gens euh tard. Voilà en tant que femme médecin, jeune, je me dis que tu te retrouves quand même dans des situations parfois euh compliquées ou avec des patients euh compliqués ... ».*

Cette idée est également renforcée par le discours des cheffes, comme le rapporte R2 (propos off) : « *Une des chefs aux urgences m'a dit "Ne te mets pas seule en cabinet c'est trop dangereux pour une femme" ».*

## II. SEXISME

### A. Contexte

Les internes ont toutes témoigné de plusieurs situations dans lesquelles elles ont été victimes ou témoins de sexisme. Avant d'aborder ces récits parfois douloureux et pour comprendre la complexité des mécanismes qui interviennent, il semble nécessaire de se pencher sur le contexte dans lequel ce sexisme prend place.

#### 1. Sexisme systémique

##### a) Un sexisme omniprésent

En effet, les femmes interrogées nous ont décrit le sexisme comme un ensemble d'oppressions systémiques qui est omniprésent.

Elles sont ainsi plusieurs à replacer le sexisme vécu durant leurs études dans le **contexte d'une société profondément sexiste**. Comme l'explique R3(L202) : « *le sexisme, de la part des hommes en fait, finalement on ... enfin c'est tristement banal quoi ... et c'est tristement ancré [...] j'ai l'impression de ... des hommes je m'y attends, en fait quelque part oui ... Oui c'est nul mais c'est vrai [...] dans le monde dans lequel on est, on s'attend à se faire emmerder, à se faire harceler, à avoir des réflexions ... [...] T'es pas une personne en fait, en tant que femme t'es d'abord un sexe ...* ». Ce phénomène n'épargnerait personne d'après R7(L716) pour qui « *le machisme touche toutes les catégories socioprofessionnelles, vraiment* » et amènerait, par un effet de répétition, à une certaine habitude<sup>10</sup> : « *En fait c'est assez vicieux parce que, en tant que femme, on vit tous les jours*

---

<sup>10</sup> En psychologie, l'**habitude** constitue une forme d'apprentissage. Elle consiste en la diminution graduelle (et relativement prolongée) de l'intensité ou de la fréquence d'apparition d'une réponse à la suite de la présentation répétée ou prolongée du stimulus l'ayant déclenchée.

*avec ça. Quoi qu'on fasse [...] on n'est maître de rien : la rue ne nous appartient pas, enfin, la politique ne nous appartient pas [...] On est dominées dans beaucoup de domaines de notre vie, donc je pense qu'on a aussi l'habitude de l'être, et du coup on se laisse peut-être aussi ... »* (R3L96).

Il n'est donc pas étonnant de voir que les femmes interrogées déplorent que le sexisme déteigne également sur leurs relations **avec les institutions en charge de leur formation** (notamment la faculté et les Agences Régionales de Santé (**ARS**)). Ainsi S2(L66) souligne « *je trouve que bon la fac fait pas toujours gaffe aux femmes [enceintes] tu vois* » et ajoute « *ils se balancent la balle entre la fac et l'ARS, en disant "Bah oui non mais c'est eux c'est leur faute à eux, etc" [...] Je sais pas des fois je me dis qu'ils... ça les saoule les femmes enceintes* » (S2L73).

## **b) Une définition très variable**

Le sexisme semble donc imprégner leur quotidien. Pourtant la définition qu'en esquissent les internes varie et souligne que si le phénomène est omniprésent, ses contours fluctuent selon les individus.

Certaines idées clés semblent cependant se dégager : d'après les internes, le sexisme consiste à « *avantager un genre par rapport à un autre* » (S2L219). Une domination qui peut aller d'une « *moins bonne reconnaissance de la femme, une moindre considération de ce qu'elle peut être capable de faire* » (S1L216) à « *une différence qu'on te fait remarquer tout le temps, socialement euh, professionnellement euh ... t'as ... c'est cette sensation qu'on te jette tout le temps à la figure ... quelque chose que t'y peux rien, (rires) que t'es une femme t'y peux rien [...] t'as l'impression*

*que tu dois te justifier, tout le temps, ET EN PLUS TU LE FAIS QUOI ! »* (R4L555). Elles soulignent également que cela peut aller jusqu'à « *un manque de respect vis-à-vis des femmes* » (R6L423), « *du mépris* » (S7L458) voire une « *dévalorisation* » de « *tout ce qui n'est pas des attributs masculins* » (S7L625). Ces discriminations entraînent un sentiment d'inégalité et d'injustice comme le décrit S8(L585) : « *faire comprendre à une femme qu'elle sera jamais l'égale d'un homme, et que si elle veut le devenir bah ... il va falloir qu'elle le prouve, alors que finalement bah l'homme il a juste là à être là, tranquille, avec sa bite et ses couilles, et puis voilà, c'est la situation est acquise et ça bougera pas quoi.* »

Elles sont également nombreuses à relever que le sexisme se traduit par un continuum de violences qui peuvent prendre une grande variété de formes : « *c'est un ensemble de comportements, de phrases, de réactions, de désavantages [...] Et aussi d'humour, d'humour déplacé, de ... de comportements déplacés ... de gestes déplacés ...* » (R4L555) qui peuvent être dissimulés derrière « *plein de tons hein, le ton de l'humour, le ton mesquin, le ton de la méchanceté, le ton de la ... de la rivalité de ... de la, la concurrence, de la ... soumission, de l'infériorité ... C'est quelque chose qui ... ouais qui est plein de généralités ...* » (R1L317). Insidieux, il peut alors devenir difficile à nommer : « *le sexisme, ouais c'est quand même, ouais c'est verbal, c'est pas ... c'est verbal, ou gestuel ou... 'fin c'est pas, [propos indistinct], la limite avec, y'a pas de ... (parle très bas), je trouve pas mes mots (rires) c'est pas une vraie agression sexuelle, c'est plus verbal* » (S6L275).

### c) Un phénomène difficile à appréhender

Ce phénomène, complexe à définir, est par conséquent difficile à appréhender : ainsi, S8(L480) explique que « *c'est comme si euh ... toute cette partie là était invisible pour la plupart des ... des gens qui t'entourent quoi [...] pour beaucoup de gens je pense que c'est ... ouais, c'est dérisoire, c'est du détail, c'est pas très grave* ».

**Les femmes** interrogées elles-mêmes nous ont décrit leurs difficultés à discerner le problème, par exemple R5(L547) lorsqu'elle raconte : « *j'ai vraiment [...] fait plein de métiers qui font que [...] [si] on me demande de vider l'urinal, je vais le faire, ça ne me dérange pas, parce que voilà, je l'ai déjà fait, [...] mais après effectivement je ne me suis jamais posée la question de "Pourquoi les patients me l'ont demandé à moi et pas à mon chef avant ?"* ». S8(L280) explique quant à elle qu'il lui a fallu faire un cheminement personnel pour ouvrir les yeux : « *c'est qui te semble normal au premier abord parce que t'as vécu que ça, quand tu commences à en parler autour de toi, que tu commences à avoir des lectures un peu différentes, que t'as écouté des choses, à entendre d'autres femmes parler, tu te dis : "en fait euh, c'est pas normal !"* ».

Un aveuglement qu'elles retrouvent **chez leurs homologues masculins** et qui les indignent : « *Mais je trouvais ça assez hallucinant euh ... qu'ils ne se rendent compte de rien. Enfin ! À notre époque, ben là avec [...] tout ce qui se passe sur les réseaux sociaux, l'affaire Weinstein, les gens peut-être tombent un peu des nues et remarquent ce qu'il se passe ... Mais même avant cette affaire, je trouvais dingue que ... que les mecs de notre génération, de notre âge qui ont fait les mêmes études, sont passés par ... par ce même niveau social à peu près ... eh ben ne se rendent pas compte de ... des pouvoirs de domination dans la société. Notamment ce fameux*

*co-interne en médecine ... avec qui ... on a dû discuter [...] “Enfin qu'est-ce que veulent les femmes ? [...] elles sont chiantes les féministes ... elles sont reloues”, enfin voilà. L'égalité des salaires, machin, ils ne se rendent pas compte ... qu'il faut se battre sur des petites choses pour changer euh pour changer beaucoup de choses, ils ne se rendent pas compte ... » (R3L339).*

#### **d) Dénier de la part d'une classe privilégiée**

Ce constat la pousse à se demander s'il ne faut pas y voir le déni -conscient ou non- d'une classe dominante : *« quand tu viens de la classe privilégiée ... ça ne t'intéresse pas forcément de voir les ... déjà de t'intéresser au sujet parce que tu es privilégié, tu n'as pas forcément envie de perdre tes privilèges ... ou c'est normal et puis c'est dans ton sens donc pourquoi pas ... » (R3L336).*

## **2. Les injonctions féminines**

En résumé, le sexisme apparaît aux internes femmes comme étant diffus, protéiforme et donc potentiellement difficile à percevoir. Sa dénonciation n'en est que plus ardue, d'autant que les injonctions sociales faites aux femmes viennent se greffer à ces obstacles. Elles ont ainsi été nombreuses à décrire comment ces dernières influencent leur comportement et les poussent à la censure.

#### **a) Se taire**

Elles décrivent tout d'abord la manière dont leur parole est décrédibilisée. R3(L247) révèle ainsi que l'opposition est difficile car *« une femme qui commence à mettre les points sur les i, c'est une grosse chieuse, c'est une*

*hystérique ... Et elle est chiante ... (de plus en plus bas) L'homme il a du caractère et la femme elle est hystérique ».*

## **b) Être docile et éviter les conflits**

Elles rapportent également leur impression d'être investies de la mission délicate d'éviter les conflits et de ménager l'ambiance<sup>11</sup> qui règne au sein des équipes. R7(L290) explique ainsi : « *c'est quoi une nana standard ? Elle va rigoler, [...] elle est sympa [...] Et du coup je me rendais compte que [...] des fois sans le vouloir j'me retrouvais dans cette position là [...] à entendre des blagues sexistes etc et à rien dire ... parce que c'est trop compliqué de se lancer dans ces combats là ...* ». Dans la suite de son entretien, elle affirme (L323) qu' « *on ne se donne pas le droit d'avoir un esprit critique sur des trucs qui concernent notre, notre genre en fait ... parce que sinon ça fout (rires) la mauvaise ambiance quoi, vu que la société est machiste* ».

Cette injonction à la docilité, même lorsqu'elles sont attaquées, est reprise par R6(L265) qui raconte : « *j'ai pas peur de le dire, pour des petites choses ouais mais après pour les gros trucs [...] j'ignore les propos et je pars ... parce que bon, de toute façon ça va s'envenimer, l'autre il va renchérir, ensuite ça fait, créé des problèmes et il ne faut pas créer de problème* ».

Un propos qu'elle illustre (L221) en dévoilant que lorsqu'un de ses patients « *a fait le geste de me mettre la main aux fesses ... j'ai pas voulu me montrer violente ou répondre, [...] et donc on est sorti de la chambre en rigolant [...] moi ça m'a vraiment pas plu, on a tous rigolé, moi j'ai ri jaune hein, j'ai pas ...* ». Comme le résume S6(propos off) : « *je sais pas comment tu peux y répondre. J'ai pas non plus envie d'attaquer les gens, parce qu'ils te disent pas ça, c'est pas mal intentionné, c'est déplacé mais c'est pas mal*

---

<sup>11</sup> décrit parfois dans la littérature féministe sous le terme “charge émotionnelle” ou “travail émotionnel”

*intentionné, mais j'ai envie de leur dire "Est ce que vous trouvez ça normal ?" [...] On est vraiment conditionnées en tant que femme [à répondre merci et à sourire] ».*

### **c) Se positionner comme un objet de désir aux yeux des hommes**

Certaines des femmes interrogées vont plus loin, décrivant avoir l'impression qu'on attend d'elles un comportement non seulement pacifique mais également charmeur. R7(L288) confie par exemple s'être retrouvée à se comporter « *"comme une fille", c'est à dire euh ... t'es euh ... (parle en minaudant un peu) tu rigoles aux blagues [...] t'es quelqu'un qui pourrait être séduisant, c'est à dire qui pourrait euh à qui, qui pourrait leur plaire ... [...] c'est spontané, c'est naturel quoi [...] c'est quoi une nana standard ? Elle va rigoler, elle se maquille, elle est jolie [...] Et du coup je me rendais compte que [...] des fois sans le vouloir j'me retrouvais dans cette position là [...] c'est un peu comme ça qu'on a été éduquées* ».

### **d) Intégration de la culture du viol**

Enfin plusieurs d'entre elles ont tenu des propos qui témoignent de la manière dont la culture du viol<sup>12</sup> imprègne leur comportement, aussi bien quand elles sont victimes de sexisme que lorsqu'elles en sont témoins. En effet R7(L636) décrit l'influence que cela a pu avoir sur sa manière de

---

<sup>12</sup> **La culture du viol** : c'est un concept féministe apparu aux Etats Unis dans les années 1970. Comme décrit depuis par le sociologue Eric Fassin (24), il implique l'idée de repenser le viol (et les violences sexuelles de manière plus large) en termes "culturels et non individuels" : c'est à dire de ne plus le voir comme un acte isolé commis par une personne monstrueuse mais comme un acte survenant dans un contexte culturel où prennent place différents préjugés largement partagés, entretenus et transmis. Par exemple, dans l'imaginaire collectif, le violeur est un homme laid, marginal, issu de classes sociales défavorisées, agissant armé la nuit et ne connaissant pas sa victime. Un profil très éloigné de ce que retrouvent toutes les études sur le sujet mais qui a des répercussions sur la manière dont sont perçus les viols commis par des auteurs qui s'éloignent de cette description.

Ainsi, si la majorité des citoyens condamnent fermement le viol, ils tendent spontanément à remettre en question les témoignages des victimes (Par exemple : Ment-elle ? N'exagère-t-elle pas ?) voire à trouver des excuses atténuantes aux violeurs (Par exemple : Elle portait une jupe. C'est une fille facile. La sexualité des hommes est incontrôlable. Etc). Comme le dit Valérie Rey-Robert (25), cet écart s'explique « *par la distance entre nos idées reçues autour du viol et leur réalité factuelle* ».



s'habiller « Tu vois moi j'ai, j'fais attention à comment j'm'habille [...] j'me disais "J'ai pas envie de susciter ou d'envoyer le message que j'suis euh un peu légère" tu vois ? (grand bruit d'inspiration) ». R5(L192) dévoile comment cela a tendance à la culpabiliser : « Ah merde on m'a dit ça. Ah mais pourquoi ? J'ai peut être fait quelque chose ou dit quelque chose ... laissé suggérer que ... potentiellement ». S8(L364) quant à elle laisse entrevoir que cela pourrait constituer une entrave à la sororité lorsqu'elle parle de « cette espèce de drague ouverte dégueulasse quoi [de la part d'un chef envers une de ses co-internes] » qu'elle semble minimiser parce que « ça avait pas l'air de la déranger [...] elle lui répondait toujours, elle mettait jamais de barrière, elle mettait jamais de, de limite, donc (voix basse) du coup je sais pas si c'est vraiment de la misogynie ».

## **B. Incidence du genre des équipes soignantes sur le vécu**

### **1. Pas d'influence ?**

Lors de leurs entretiens, les femmes interrogées ont parlé d'une multitude d'expériences en stage, qu'elles soient positives ou négatives. Il n'est pas possible de tirer de leurs verbatims un lien entre leur vécu et la composition genrée (dominante) des équipes soignantes : en effet, lorsqu'elles s'expriment sur les avantages et inconvénients à évoluer dans des équipes composées en majorité d'hommes ou de femmes, leurs avis divergent sur le sujet.

## 2. Le cas d'une hiérarchie exclusivement masculine

Concernant leur hiérarchie, si les internes sont partagées sur les équipes entièrement féminines -parfois appréciées, parfois décriées- elles sont au contraire unanimes sur les équipes entièrement masculines. En effet, celles-ci ont été les seules à n'avoir recueilli que des appréciations négatives. S1(L51) révèle par exemple : « *mon premier stage a été compliqué parce que j'étais une femme [...] et que j'avais que des hommes autour de moi* ».

## C. Manifestations du sexisme de la part des hommes

Les internes se sont longuement étendues sur le sexisme provenant des hommes et ses nombreuses manifestations.

### 1. De la part des médecins seniors

De la part de leurs supérieurs hiérarchiques, le sexisme serait si **fréquent** que les internes semblent le considérer comme une sorte de passage obligé. Ainsi R1(L278) confie « *Oh oui j'en ai entendu. Bien sûr !* », ce que confirme S8(L224) « *c'tait des p'tites réflexions quotidiennes, ça m'a vraiment pas marquée c'qu'ils disaient mais c'était comme ça tout le temps* ».

Elles dépeignent toutes ce qu'elles semblent considérer comme une **expérience universelle**, au point que celles qui n'ont que peu d'exemples à citer se considèrent comme des privilégiées. En effet S3(L235) insinue qu'elle pense avoir « *eu de la chance [...] je pense que par rapport à d'autres j'ai pas été franchement confrontée* ». Un témoignage qui fait écho à celui de S4(L408) « *après, je dois avouer, je pense que moi je suis passée un peu entre ... 'fin*

*j'ai jamais été trop embêtée, on m'a jamais trop draguée ou quoi que ce soit, mais parce que sincèrement à l'époque je ressemblais vraiment à rien ».*

Si elles y sont toutes confrontées de manière plus ou moins régulière, ce sexisme s'exprime de différentes manières.

### **a) Sexisme non bruyant et insidieux<sup>13</sup>**

Il prend souvent la forme de « *petites remarques* » (R8L354) « *insidieuses* » (R6L133) et parfois « *quotidiennes* » (S8L224). Comme le résume S6(L156) : « *c'est plutôt de cette manière-là que j'ai vécu le sexisme, et pas... pas de vraie attaque ou pas d'attouchement ou de choses comme ça, plutôt des réflexions déplacées* ».

### **b) Sexisme bienveillant et paternalisme**

Il arrive aussi qu'il se présente sous des atours qui peuvent paraître positifs voire bienveillants<sup>14</sup>, comme le relate S8(L295) : « *après, il y a plus ce qui tient de l'ordre du... du paternalisme, c'est pas forcément euh une misogynie bruyante, tu sais, mais c'est le fait de, de considérer que on a besoin de te protéger, et que t'es un peu coincée, parce que soit t'acceptes d'être protégée en disant que tu vois les choses positives que ça va impliquer, soit t'as envie de te dire bah peut être que j'ai pas besoin d'être*

---

<sup>13</sup> **sexisme insidieux** : Suite à la multiplication des actions féministes, des travaux menés au cours des années 70, puis à l'introduction d'un cadre légal prohibant les actes de discrimination, le sexisme s'est exprimé sous une forme plus camouflée notamment parce que les personnes sont sensibles à la pression sociale (Ex : *ne pas donner la parole à une femme en réunion parce qu'elle est une femme ; reprendre à son compte une idée qu'elle vient d'exprimer sans reconnaître sa contribution ; faire des remarques sexistes sur le ton de l'humour*) (10)

<sup>14</sup> **sexisme bienveillant** : Il repose sur trois composantes : le paternalisme, la complémentarité des sexes et l'hétérosexualité. Il se manifeste comme un ensemble d'attitudes, de propos ou de comportements qui semblent différencier favorablement les femmes en leur attribuant des qualités positives. Le sexisme bienveillant prend la forme de croyances, en apparence positives, mais en réalité condescendantes ou infantilisantes à l'endroit des femmes. C'est la forme du sexisme ordinaire, la plus difficile à débusquer. (10)

*protégée, et du coup [...] non seulement t'es pas protégée, mais tu vas te prendre un espèce de revers de la médaille, où finalement, [...] si tu ... si tu refuses leur protection, bah... y'a une espèce de, j'sais pas, d'animosité qui va, qui va, qui va suivre ».*

### **c) Réification<sup>15</sup>**

Elles décrivent également de la réification comme R1(L101), à qui l'un de ses supérieurs hiérarchiques a déclaré : *« toi t'es bien jolie mais euh ça réfléchit pas beaucoup »*. R3(L144) rapporte quant à elle le comportement d'un médecin : *« il m'avait entendue au téléphone, et il voulait absolument me voir, je ne comprenais pas [...] Et quand il m'a vue il n'arrêtait pas de parler de mon physique, il avait euh ... enfin c'était complètement déplacé »*. R6(L138) abonde en ce sens et parle de remarques comme *« "De toute façon toi t'es belle donc ça va passer", des choses comme ça, des trucs euh même si ça paraît presque comme un compliment, mais y'a derrière le côté "Bon voilà t'es qu'un objet" »*.

S8(L208) s'indigne aussi d'un chirurgien qui, en arrivant aux urgences *« avait commencé à regarder autour de lui pour choisir quelle externe il allait prendre tu vois ! Genre au supermarché quoi ! »*, et A(L181) dénonce un comportement qui va parfois jusqu'à l'abus de pouvoir *« c'était le, le chef du service de cardiologie [...] on était obligées de venir en stage en jupe, sinon il râlait... »*.

### **d) Interpellations familiales**

La manière dont certains d'entre eux utilisent des surnoms réducteurs pour s'adresser à elles leur pose problème : R3(L235) raconte *« t'es appelée "ma*

---

<sup>15</sup> **réification** : à comprendre ici comme chosification ou objectification (fait de réduire quelqu'un à l'état d'objet)

*puce", "ma belle", "ma machin" enfin voilà ça n'a pas sa place non plus... »*, tout comme R8(L434) qui rapporte : « *le chef de service [...] m'appelait "Shéhérazade", [...] et ma collègue, il l'appelait "mon petit poussin" »*.

#### **e) Critique des femmes qui ont une vie professionnelle**

Plusieurs d'entre elles décrivent subir des reproches parce qu'elles travaillent. R4(L575) a par exemple entendu en stage « *Les femmes avant elles faisaient des enfants, maintenant vous travaillez »*, tout comme S3(L273) qui témoigne de « *petites piques, [...] lâchées euh entre deux conversations, [...] du genre euh "Ah bah toi tu ... tu veux pas euh ... euh ... avoir des enfants, te marier et puis tu pourrais rester à la maison, parce que euh les femmes c'est vrai que c'est, c'est fait pour être à la maison, à s'occuper des enfants !" »*.

#### **f) Favorisation des hommes**

Les femmes interrogées relatent aussi un sentiment de favorisation des hommes qui s'exprimerait de différentes manières.

Elle se traduirait tout d'abord par une **plus grande complicité avec les hommes** comme l'aurait remarqué R2(L119) lors d'un stage : « *on était deux filles [...] et le troisième interne c'était un mec et ... et du coup tu sentais la différence, ils l'adoraient ... »*. Ce ressenti est partagé par R4(L168) pour qui : « *c'est cette sensation quoi de ... de, ben pareil euh t'es, t'es deux internes de garde [...] une fille et un garçon, c'est pas avec toi qu'on va rigoler. C'est, c'est toujours avec le garçon ... et c'est avec lui que ... je ne sais pas, le chef a l'air plus détendu : il est là pour faire des blagues et tout avec l'autre, mais toi il est là pour vérifier ce que tu fais, c'est vraiment ... Régulièrement j'avais cette sensation là ... »*.

Une impression qui ne semble pas dénuée de fondements puisque comme le dévoile R4(L193) « *j'ai discuté avec les internes d'avant [...] ils me disent "Ça s'est très bien passé [...] on a fait plein de trucs, même en salle d'accouchement" [...] et NOUS c'était dans le bureau et voilà quoi, dans le bureau tu fais les papiers et les IVG et voilà (très bas) tu fermes ta gueule (rires) c'était ça. [...] et je me suis dit "C'est parce qu'on est med' gé' et pas gynéco" et en fait en discutant avec les med' gé' d'avant, qui étaient eux des garçons, ça s'était beaucoup, beaucoup mieux passé ... et les chefs les emmenaient avec eux en consult' euh des trucs comme ça et là nous on ne devait vraiment pas les déranger quoi ...* ».

La favorisation des hommes passerait également par des conséquences concrètes, puisque plusieurs internes rapportent se voir confier **moins de responsabilités que leurs collègues masculins**. S3(L376) explique par exemple que « *les garçons étaient favorisés ... [...] Bah quand il y avait des cathé<sup>16</sup> à poser, quand il y avait des intubations à faire, quand il y avait euh un appel euh d'un service qui demandait l'intervention de la réa, qu'il fallait y aller rapidement, ben c'était euh le garçon qui portait le sac d'urgence, parce que ... il est un peu costaud donc voilà, mais du coup c'est lui qui y allait seul ...* ». R4(L126) confie, elle aussi, une expérience humiliante : « *aux urgences, euh je me souviens euh d'un, d'un chef en particulier [...] : il ne nous donnait pas les mêmes dossiers. C'est-à-dire qu'à un moment [...] un interne voulait me transmettre le patient du déchoc<sup>17</sup>, sauf que, il était à côté de ce chef là et qu'il a dit "Non non mais euh, lui transmet pas lui euh, on le donnera à [interne homme]. - Mais j'suis là ... c'est débile, enfin je ne sais pas quand il arrive [interne homme]. - Non non mais laisse euh ... -*

---

<sup>16</sup> cathéters

<sup>17</sup> salle aux urgences où sont prises en charge les urgences vitales

*Mais je peux le prendre ! C'est quoi le problème ? - Non mais il est compliqué ce patient"... Il ne voulait vraiment pas que je prenne le patient du déchoc. Je l'ai quand même pr' commencé à prendre les transmissions, il m'a dit "Non mais tu sais quoi, je vais le prendre tout seul, laisse tomber, ne le vois pas"... Et pendant toute la soirée, il il regardait "Ah lui il vient pour ça, ça c'est intéressant ça, tiens [interne homme] tu peux aller le voir." [...] et y avait un moment j'avais un dossier en main, je te jure hein, au début du stage, il y avait, j'avais un dossier en main, il l'a regardé, il l'a pris, il m'a dit "Non non non, [...] va voir ça, va voir plutôt la pédiatrie". En gros moi cette nuit-là j'ai fait la pédiatrie [et des sutures], donc les enfants et la couture. »*

#### **g) Remise en question des compétences**

Parfois cela semble aller plus loin et prendre la forme d'une véritable remise en question des compétences des femmes. S3(L372) souligne qu'elle et ses collègues se sont « *pris des, alors... pas de remarque, mais quand il y avait des petites évaluations ou des questions ou quand c'était les filles qui répondaient, c'était toujours moins complet, moins bien, moins précis, moins adapté que euh les ... garçons* », et R2(L434) évoque l'attitude dévalorisante d'un de ses seniors : « *il nous fait sentir qu'on n'est pas très douées* ».

Dans certains stages, la discrimination serait poussée jusqu'à prendre la forme d'une mise à l'épreuve systématique des femmes. S1(L50) parle ainsi de plusieurs expériences similaires : « *en tant qu'interne et ben mon premier stage a été compliqué parce que j'étais une femme [...] et que j'avais que des hommes autour de moi, dont ... un ou deux qui m'ont menée la vie très très dure pour voir jusqu'où j'étais capable d'aller et de résister*

*[...] Donc ouais ce premier stage en tant que fille, j'ai vraiment vu la différence par rapport à mes deux co-internes garçons ..... [...] j'ai revécu ça en dernier semestre, avec un des chefs [...] Au final à partir du moment où pareil, il a vu que je tenais la route entre guillemet, il m'a laissé tranquille [...] et maintenant il me considère comme n'importe quel autre médecin donc ... je sais pas c'est un test au début quoi. »*

#### **h) Demandes envers les femmes d'actes sans rapport avec leurs qualifications**

Les internes ont aussi souligné qu'elles reçoivent par moment des demandes sans rapport avec leurs qualifications : R4(L107) a observé notamment lors d'un stage que *« pendant tout le semestre du coup, ils nous ont laissées un peu de côté, on était là pour remplir les papiers, c'était ça faire les courriers ... (puis très bas) et le boulot de merde ... [...] on était que secrétaires »*.

#### **i) Domination des femmes**

Parfois, le sexisme de leurs seniors se manifeste par une domination frontale, que les internes ressentent comme étant clairement dirigée à l'encontre des femmes. Pour R3(L270) il s'agit alors de *« montrer leurs pouvoirs de petits chefs, ils sont contents que ça ... ça rassure leur virilité, leur euh, leur pouvoir à l'instant T »* faisant sentir à l'interne qu'elle *« redevient un sexe en fait ... t'es pas un étudiant en médecine et t'es un sexe ... [...] un sexe qu'on peut, qu'il est normal de dominer ... »* (R3L301).

#### **j) Violences psychologiques**

Dans ces cas-là le sexisme peut prendre la forme de violences verbales, de menaces voire d'humiliations : R1(L99) décrit par exemple comment un



chef s'amuse à « à en jouer et à me mettre mal à l'aise par des remarques » et R2(L503) confie : « Tu sais que je suis de garde [avec 2 seniors hommes et un interne homme] ? [...] Et [l'un des seniors hommes] m'a dit "Euh mais pourquoi tu as fait ça ? Mais tu sais que tu vas prendre cher ? Tu vas prendre super cher, on va te faire pleurer" ... ». R4(L444 et 212) décrit elle aussi des exemples de situations violentes « mon chef [...] discutait avec un collègue, moi je voulais [...] poser une question [...] j'ai juste fait (prend son inspiration avant de parler) et il m'a dit "Non toi tais-toi, tais-toi" », celles-ci ayant tendance à se répéter : « là c'était TROP et TOUT LE TEMPS, en permanence c'était ... ». Pour R5(L633) cela s'est traduit par des insultes lors d'un conflit portant sur une prise en charge : « Il me répond de ne pas le gonfler avec les dossiers de patients qui sortent et de plutôt aller en voir de nouveaux. Je lui dis alors de ne pas s'énerver et que s'il ne veut pas s'en occuper je peux le faire toute seule. Et là il sort de la pièce et me balance "Mais qu'est-ce que t'as à vouloir faire ta femme savante !" [...] ça a pris des proportions énormes. [...] Finalement il a démissionné et il a dit à [l'autre chef homme] "Tu te rends compte notre amitié est gâchée à cause d'elle" ».

#### **k) Humiliation d'autres femmes "pour l'exemple"**

Plusieurs des internes ont également rapporté avoir souffert du traitement humiliant réservé à d'autres femmes auxquelles elles s'identifient alors.

R2(L149 et 203) raconte comment les brimades à l'encontre de ses prédécesseuses l'ont déstabilisée : « il y avait une interne [...] qui était un peu plus féministe et qui [...] en prenait aussi pour son grade [...] il la détestait [...] elle prenait cher [...] ils parlaient tout le temps d'elle et ils ne parlaient pas des autres internes, en fait les seules internes dont ils

*reparlaient c'étaient des filles ... Mais ce n'était pas sympa [...] je pense que nous, après, quand on est parties, c'était pareil contre nous ».* De même R4(L97) a été marquée par le discours de certains de ses seniors à propos de « *leurs patientes [...] ça parlait dans leur dos, le truc horrible "Ouais la baleine là" ça parlait que du physique des gens [...] et tu te disais "Ben merde qu'est-ce qu'ils doivent dire dans mon dos quoi" ».* R3(L153), elle, a été scandalisée par l'un d'entre eux qui aurait dit à l'une de ses co-interne « *Toi tu es moche je ne te parle pas »* et « *Qu'est-ce que tu viens faire ici, tu es trop moche dégage ».*

## **I) Harcèlement sexuel<sup>18</sup>**

Les témoignages de harcèlement sexuel ont été nombreux. Ainsi R1(L281) rapporte la manière dont un senior a accueilli ses nouvelles internes en stage en lançant « *vous avez de la chance que le droit de cuissage n'existe plus »*, et S8(L235) comment certains chirurgiens « *t'invitaient au resto, à t'proposer des verres, à parler de cul ouvertement en t'posant des questions sur ta vie sexuelle [...] ça mettait un peu mal à l'aise [...] c'était mon chef de service qui devait avoir quasiment l'âge de mon père quand même... ».* Alors qu'elle se dépêchait de finir ses transmissions, R2(L225) s'est vue répondre par son senior : « *Oui oui, vas-y, parce que sinon tu vas louper ton train et je serai obligé de te ramener chez toi et la dernière interne que j'ai ramené jusque chez elle, maintenant, elle est enceinte ...*

---

<sup>18</sup> **Le harcèlement sexuel** est défini par le code pénal, comme le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste, qui, soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante et/ou le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers (26).

La loi du 3 août 2018 est venue renforcer ces deux articles datant de 2012. Elle recouvre désormais les propos ou comportements à caractère sexiste, et ceux exercés par un groupe (concerté ou non, répété ou non), dimensions auparavant absentes de la définition légale du harcèlement sexuel (27).

Le délit de harcèlement sexuel est passible de deux ans d'emprisonnement et de 30000 € d'amende.

». R3(L118), quant à elle, a confié avoir subi dans un stage le comportement d'un « *praticien ... qui a une influence assez importante, déjà en tant que médecin ... et dans d'autres domaines aussi ... scolaire et tout ... et [...] qui usait clairement de son pouvoir de domination sur moi [...] il jouait sur la ligne en fait, donc c'était plein de petites remarques, de ... de sous-entendus, de regards très dérangeants ... quand j'arrivais le matin, il fermait la porte ... et il avait un petit sourire, il se mettait devant la porte, donc ça faisait déjà comme s'il bloquait ... la sortie ... et il me dévisageait de haut en bas ... avec un petit sourire [...] Et il voyait très bien que j'étais sidérée, enfin j'ai, je réussissais pas à réagir [...] et il continuait quand même, il jouait sur la corde ... ».*

#### **m) Gestes déplacés**

En plus de ces violences verbales et psychologiques, les femmes interrogées nous ont rapporté des atteintes physiques. Ainsi plusieurs d'entre elles nous ont fait part de gestes déplacés : R4(L308) souligne que « *[le senior] avec qui je suis assez souvent [en stage], il a quand même des comportements [...] qu'il n'a pas avec mon co-interne homme, tu vois : il te tape dans le dos euh, te touche les cheveux, euh des trucs comme ça ...* ». Et S4(L187) rapporte le comportement notoirement connu -dont elle a elle-même été la témoin- d'un cardiologue « *souvent euh genre un peu collé aux filles euh ... qui lui plaisaient bien, à mettre le bras autour des épaules [...] un peu malsain quoi... [...] [à] prendre une des externes par les épaules, et on voit très bien qu'il regarde dans son décolleté* ».

#### **n) Agression sexuelle**

Deux d'entre elles ont témoigné d'agressions sexuelles : R2(propos off) rapporte qu'en « *chirurgie [spécialisée] à l'externat, une co-externe de ma*

*sœur s'est fait plaquer contre le mur par un chirurgien qui lui a glissé la main dans le soutif ».* R7(L491) parle quant à elle d'un senior qui, après une blague de sa part « *me regarde et (bruitage de claques) il me claques les fesses .... une FESSÉE quoi, dans le couloir ».*

#### **o) Jusqu'à la guerre des sexes ?**

De temps en temps, la manière dont les internes racontent ces expériences met très clairement en relief une opposition de groupes d'hommes face à des groupes de femmes, soulignant l'importance de la place du genre dans ces violences.

S1(L56) expose que lors d'un de ses stages, elle subissait le comportement de « *deux chefs [hommes] qui m'ont [...] mené une vie très très dure et avec les infirmières qui me disaient "Ils cherchent à faire pleurer toutes les filles" ».* Des propos confirmés par R2(L104) qui rapporte, à propos de ses supérieurs hiérarchiques : « *C'était une équipe de mecs [...] que des mecs ... donc de toute façon ça y allait aussi, ils se moquaient de ... ils se moquaient des infirmières ... des secrétaires, parce que là par contre c'était que des filles »*, ainsi que par S3(L286) dont un praticien avait « *ce ... rapport un peu de force avec toutes les femmes avec lesquelles il travaille ... Finalement il y a ... pas de discussion possible ni [...] à ce sujet ni à aucun autre, parce que c'est lui qui décide et c'est lui qui fait comme il l'entend ».*

#### **p) Effet de groupe**

Pour finir, il est intéressant de relever qu'elles soulignent à plusieurs reprises une exacerbation des violences lorsque plusieurs protagonistes sont impliqués, soulevant la question d'un effet de groupe. En effet R2(L178) soutient qu'en « *fait comme c'était les seuls mecs de l'hôpital et qu'ils*

*étaient à 4 concentrés dans le bureau, ils se considéraient un peu comme les chefs de l'hôpital », et R7(L478) raconte que lors d'une garde, son chef lui « avait fait plein de blagues hyper sexistes [...] Et là, là, c'est du coup l'infirmier qui s'y mettait ».*

## **2. Cas particulier de la chirurgie**

Nos entretiens mettent en lumière qu'en matière de sexisme, la chirurgie conserve encore de nos jours une place à part.

### **a) Le mythe du chirurgien...**

Sa réputation machiste la précède : les internes ont ainsi été nombreuses à nous faire part des préjugés que ces spécialités leur ont inspiré avant même qu'elles y mettent les pieds. Ces représentations semblent issues aussi bien de témoignages, d'histoires et de mythes écrits que transmis oralement, s'inscrivant dans l'esprit carabin propre à l'entre-soi médical. R2(L532) décrit qu'en « *chirurgie [...] je m'attendais aux gros trucs un peu lourds, parce que ben, j'en ai lu des histoires où ... quand tu es au bloc en tant que fille et que tu tiens les écarteurs, on te fait des blagues* » et R6(L146) rapporte qu' « *on va te dire "Oui bon ben voilà, c'est un chirurgien c'est comme ça. C'est presque ... c'est normal, ça fait partie du monde médical un peu trash euh". Voilà ce genre de choses* ».

### **b) ... confirmé par le vécu**

Cette vision d'une spécialité hostile aux femmes semble avoir été confirmée et renforcée par leurs expériences personnelles dans le milieu. R4(L333) raconte par exemple que pour elle « *le bloc op c' pfffff. Milieu*

*macho là ! Je trouve que le bloc op' c'est vraiment un milieu spécial hein. (bruit d'effarement) Oh là là c'est, c'est macho à mort. (bruit de dégoût) ... viril là, cette exposition de testostérone permanente là (rires) ». R2(L542) indique qu'au cours d'une opération alors qu' « on faisait des voies basses et on suturait au niveau du vagin » elle entend un chirurgien s'exclamer « Elle je ferme euh de toute façon vu son âge et son physique euh il n'y aura plus rien de ce côté-là, donc je peux fermer on s'en fout... ». Elle avoue avoir trouvé ça « un peu limite » mais tempère : « Je m'attendais à ... En fait je m'attendais à ... à tellement pire comme blague de bloc que je me suis dit "Ah ça va, ce n'est que ça ! " ».*

A(L387) se souvient d'un événement particulièrement marquant : « *j'étais allée [...] dans le bureau des internes de chir' ortho [...] Eh ben là j'ai eu l'impression d'entrer dans un autre monde euh ... C'est un bureau qui est RE-COUVERT mais recouvert, jusqu'au plafond, d'affiches porno ... Mais recouvert. Je suis rentrée dans ce truc, j'ai dit "Wahou ... ça existe quoi ..." [...] moi ça m'a choquée hein [...] je me suis sentie mal à l'aise un peu, je me suis dit "Wahou, c'est quoi ce truc quoi ?" [...] et ouais, c'était, ça, ça m'a impressionnée vraiment ... j'étais impressionnée ... c'était, c'est, c'est, donc c'est quand même qu'il y a quelque chose de violent dans, dans l'effet que ça fait quoi [...] j'aimerais pas trop [rires nerveux] à avoir à aller dans cet endroit quoi ... ». Ces expériences les marquent parfois durablement : S5(L125) déclare par exemple qu'il « *y avait des critiques sur le physique des femmes, sur leurs seins, sur leurs formes etc. A tel point que... [quand] je me suis fait opérer [pendant mes études] et où j'ai pas voulu d'anesthésie générale, et où j'ai préféré qu'on me fasse une rachi-anesthésie pour être consciente de ce qui se passait dans le bloc opératoire ».**

### 3. De la part des membres hommes du personnel soignant

Les femmes interrogées ont également abordé le sexisme provenant des autres hommes du personnel soignant.

#### a) Sexisme bienveillant

Pour R6(L196), il s'est manifesté sous la forme de remarques en apparence bienveillantes : « *c'est des pompiers ou les infirmiers "Non mais attends, laisse-moi faire" c'est les remarques euh ... quand il [...] y a une personne qui est agitée, qui est violente, ben toi, tu vas, il veut pas que tu te prennes des coups, et c'est plus de la protection donc je me dis que ça c'est plus de la bienveillance* ».

#### b) Réification

R4(L315) rapporte quant à elle des remarques sur son physique de la part d'un infirmier : « *il me dit "Aaah tu ne trouves pas qu'on ne fait pas assez de compliments aux gens ? - Oui bon probablement (rires)" et là il me dit "Comme toi t'es jolie"* ».

#### c) Interpellations familières

Parfois, cela prend aussi la forme d'interpellations familières et de surnoms déplacés comme pour S8(L468) : « *j'me souviens d'un [...] IADE<sup>19</sup>, première fois que j'le rencontre, [...] il dit [...] "Je t'appellerai ma chérie ! - Bah non ! Non ! 'fin j'ai un prénom ! [...] c'est bon tu peux t'en servir !" Et donc il se met à râler "Bon, si je t'appelle pas ma chérie, je t'appellerai ma poulette ou ma poupette* ».

---

<sup>19</sup> Infirmier·e Anesthésiste Diplômé·e d'Etat

#### d) Domination des femmes

Elle poursuit, interprétant cet échange comme une volonté de domination de la part de son interlocuteur : « *tu vois que dans sa tête, c'était devenu un combat quoi [...] ça a été quand même une espèce de petite guéguerre pendant plusieurs jours [...] c'est vrai que ça m'a saoulée quoi !* » (S8L478).

### 4. De la part des patients hommes et de leur famille

Les patients et leur famille ne semblent pas en reste, leur sexisme ayant été longuement décrit par les internes.

#### a) Minimisation de la position sociale des femmes

La manifestation la plus fréquente de ce sexisme est sans conteste la minimisation de la position sociale des femmes.

**Presque toutes les internes décrivent ainsi être régulièrement confondues avec des infirmières ou des secrétaires.** S1(L84) observe, par exemple, qu'on lui demande souvent « *"Vous êtes l'infirmière, vous êtes la secrétaire ?" ou "Quand est ce que je vois le médecin ?"* », et S2(L182) ajoute que les patients disent fréquemment « *Ah attends je te laisse il y a l'infirmière !* » quand elle rentre dans la pièce.

Elles soulignent que pour certains, c'est **l'idée même qu'une femme puisse être médecin qui semble problématique**, et ce d'autant plus qu'il y a un homme dans la pièce avec elle : R7(L225) témoigne ainsi « *j'étais là, [...] la cheffe et un, mon co-externe qui était un garçon. [...] Le patient, il a parlé à l'externe, [...] il s'est adressé à LUI comme au médecin, pour lui c'était le médecin. On a eu beau lui dire, on a eu beau faire tout ce qu'on*



voulait c'était lui le médecin [...] il avait beau connaître la cheffe, c'est elle qui vient tout le temps l'voir mais non, s'il y a un mec dans la pièce c'est lui le médecin. Et c'est arrivé plusieurs fois ». Une situation similaire à celles vécues par R4(L109) et sa cheffe « Il est arrivé plusieurs fois, [...] que les patients au bout de deux trois semaines [...] ils nous arrêtent "Mais est-ce qu'à un moment je vais voir le docteur ?" (rires). On s'est regardées. "Mais c'est nous les docteurs. - Ah oui ... Mais le docteur je pourrais le voir à un moment ?" [...] (rires) "Ben ... ben c'est ... c'est nous les ... - Aaaaaah c'est vous les docteurs, moi je pensais que vous étiez infirmières" ».

Les internes décrivent ces mésaventures comme une **expérience universelle**, touchant toutes les femmes et pouvant arriver à tout âge. S1(L74) rapporte « Ça, ça m'arrive encore très souvent [...] Même maintenant que je suis plus interne [...] c'est peut-être une fois toutes les deux semaines » et R1(L211) explique qu'elle a vécu cela aussi bien en tant qu' « externe [qu'] interne, et d'ailleurs comme les cheffes, ça le fait aussi avec les cheffes hein, qu'elles soient âgées ou pas ça change rien [...] On te le dira toutes, enfin à chaque fois ».

Toutefois, elles semblent parfois estimer que **la fréquence de ces méprises pourrait diminuer avec l'âge** : S2(L191) a ainsi l'impression d'avoir vécu plus fréquemment ces situations en étant jeune : « sûre quand j'étais externe, interne je crois pas mais... », ce que confirme S8(L539) à qui on « le dit toujours » mais « peut être un p'tit moins d'puis que j'suis assistante ».

**b) Un niveau de compétence souligné contrairement à celui des hommes**

R4(L299) révèle avoir également remarqué que le niveau de compétence de ses consœurs est régulièrement souligné contrairement à celui de ses confrères : « *c'est marrant comme certains patients, surtout les patientES, insistent quand t'es, quand tu leur dis "Alors votre médecin traitant, il en pense quoi ?", elles disent "Non non c'est ELLE, c'est une dame, elle est très bien" (rires) c'est drôle, comme s'ils se sentaient obligés de préciser tu vois ... que t'es très bien. Si c'est un homme ils ne précisent pas (rires) ».*

**c) Séduction**

Parfois elles rapportent être l'objet d'une séduction déplacée, comme le relate R6(propos off) « *il m'est arrivée qu'un patient me recontacte par Facebook pour me faire des avances. Ça m'avait énervée, ça veut dire qu'il ne m'a pas considérée, qu'il ne m'a pas écoutée, il m'a vu comme une femme quelconque à draguer ».*

**d) Réification**

Dans d'autres cas, il s'agirait plutôt de remarques inadaptées sur leur physique : « *j'ai pas mal de fois où il y a des patients qui m'ont dit "Ah ben dis donc c'est sympa d'avoir une remplaçante aussi mignonne, ou aussi belle" » S6(L147).*

**e) Méfiance et agressivité**

Plusieurs d'entre elles ont déploré avoir déjà subi des comportements allant de la méfiance à l'agressivité, comme S4(L463) : « *c'était un... un patient qui voulait pas être soigné par une femme, et on n'était que des filles de garde*

*cette nuit-là, (rires) [...] On avait le sentiment qu'il considérait qu'on ne faisait pas du bon boulot quoi, et qu'on n'était pas assez intelligentes pour s'occuper de lui, et qu'il n'y avait que les hommes qui savaient travailler quoi ... Mais euh oui, il était quand même assez virulent [...] Mais il voulait il voulait partir, il voulait s'enfuir, il devenait un peu agressif quoi ... ». À ces attitudes hostiles s'ajoute parfois de l'humiliation : « Il y avait des patients qui disaient des choses déplacées (rires nerveux). Il y en a un qui a sous-entendu [...] qu'il me garderait bien pour faire sa bonniche dans tous les sens du terme euh pour le satisfaire globalement [...] et qui, qui [...] (bégaye) de du de de du SORTI DE NULLE PART tu vois, disait "Aaah votre collègue là, vous êtes toujours bien accompagné docteur hein, je la garderais bien celle-là ! " CELLE-LÀ ! (rires nerveux) "Je la garderais bien celle-là, hein, elle irait promener les chiens", (d'un air de dégoût) et il me regarde comme ça. Oh merde, c'est pas possible, ohlala, c'était gras, c'était lourd » (R4L362).*

#### **f) Violences physiques**

S7(L296) semble quant à elle toujours éprouvée par les violences physiques qu'un patient a infligé à une externe lors d'une garde. Malgré des questions répétées lors de l'entretien pour comprendre ce qui s'était produit, elle s'en est tenue à : « elle l'examinait [...] il avait pris ses bras, [...] il commençait [...] à lever le ton [...] il a été un peu violent » et n'a pas été en mesure d'explicitier plus en détails les faits.

#### **g) Exhibitionnisme**

A la fin de son entretien, alors qu'elle s'apprête à partir, S6 révèle avoir été victime d'exhibitionnisme : lors d'une visite à domicile, le frère du patient qu'elle est venue voir lui demande si elle peut l'examiner lui aussi. Elle

accepte mais regrette rapidement, dérangée par la manière qu'il a de lui dire « *on va dans la chambre* ». Il y baissera son pantalon et lui montrera son sexe en disant « *qu'est-ce que vous en pensez ?* » (propos en off).

#### **h) Agressions sexuelles<sup>20</sup>**

Pour deux d'entre elles, les violences sont allées jusqu'à l'agression sexuelle : « *j'ai une fois [un patient] qui m'a [...] mis une main aux fesses, pendant que je lui prenais la tension* » (R7<sub>L599</sub>), « *il a fait le geste de me mettre la main au cul* » (R6<sub>L215</sub>).

### **5. Avec les co-internes**

Il est intéressant de souligner que les femmes interrogées relèvent très peu de situations problématiques concernant leur co-internes.

#### **a) Pas de sexisme ?**

Comme R3<sub>(L74)</sub> elles sont nombreuses à décréter n'en avoir jamais vécu : « *entre co-internes, ben j'étais toujours bien, entre co-internes ou co-externes, avec les collègues j'étais toujours bien entourée, enfin il y avait des femmes des hommes et c'est ... Enfin je l'ai bien vécu ...* ». Seule R5<sub>(L243)</sub> rapporte une anecdote : « *Quand j'étais externe j'avais [...] un ... co-externe qui était aussi un peu trop rentre-dedans, et du coup je trouvais que sa manière de parler et d'aborder c'était clairement problématique et je lui ai dit que je ne trouvais pas ça normal* ».

---

<sup>20</sup> **L'agression sexuelle** est définie par l'article 222-22 du code pénal et relève de toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise (28).  
L'auteur d'une agression sexuelle risque cinq ans de prison et 75 000 € d'amende.

## **b) Des rapports plus égalitaires**

Pour R1(L320) ce constat s'explique moins par l'absence de sexisme de ses homologues masculins que par l'aspect plus égalitaire de leurs relations :  
*« cette blague déjà par un collègue que tu connais bien voilà déjà c'est pas pris de la même façon, ... c'est pas du tout la même ... la même chose ... un copain qui te dit ça déjà tu peux lui rentrer dedans sans problème parce que tu le connais ».*

## **6. Répétition de l'expérience**

Loin d'être des événements isolés, toutes ces situations se répètent, à la fois pour l'interne elle-même *« j'ai toujours vu que ça quoi ! 'Fin toutes mes études se sont un peu déroulées comme ça »* (S8L145) mais aussi d'une génération à l'autre : *« c'était à l'époque la seule femme médecin du service, qui m'avait dit que elle aussi au début elle avait dû s'imposer pour être reconnue, voilà, et avec le même médecin »* (S1L157).

## **D. Sexisme vis-à-vis des autres femmes**

Les femmes interrogées se sont également révélées sensibles au sexisme subi par les femmes de leur entourage.

### **1. Vis-à-vis des seniors femmes**

Plusieurs d'entre elles ont ainsi commenté le comportement sexiste que leurs supérieures hiérarchiques supportent de la part de leurs pairs. R6(L277) par exemple témoigne qu' *« elles s'en prennent aussi. [...] je donne un exemple de*

*ce matin [...] au staff [...] il y une chef qui a fait une ponction lombaire [...] et qui avait beaucoup de globules rouges [dans le tube de prélèvement] [...] et en fait Dr [nom du chef de service homme] lui a dit "Oui enfin, trop de globules rouges ou peut être trop de rouge à lèvres !" ».*

## **2. Vis-à-vis des infirmières**

### **a) Par des médecins seniors**

De la même manière, le sexisme de certains médecins hommes vis-à-vis des infirmières a été pointé du doigt. R1(L298) s'offusque ainsi qu'un de ses chefs soit « *connu pour [...] dire régulièrement aux infirmières qui sont un peu ... dans l'âge mûr on va dire, ben "Ça serait bien de renouveler cette chair fraîche"* » et S8(L351) s'indigne lorsque l'un de ses seniors parle aux infirmières comme si « *c'était vraiment son petit personnel quoi, 'fin il lui faut un café, il [lui] faut ça, il lui faut ci, 'fin... elles étaient, après elles étaient habituées les filles, mais c'est clair que personne n'aimait bosser avec lui* ».

### **b) Par des internes**

Des attitudes qu'elles ont parfois aussi constatées chez leurs co-internes hommes, comme R2(L330) qui rapporte que dans l'un de ses stages pour « *les [internes] mecs [...] ça se passait mal ... avec les infirmières par contre [...] ils prenaient de haut toutes les infirmières de gynéco [...] ils les remettaient à leur place genre "Non moi je sais ce que c'est, toi tu appliques ce que je te dis." ...* ».

### c) Par les patients

Certains patients semblent eux aussi loin d'être exemplaires. R6(L230) se rappelle de l'un d'entre eux : « *il n'avait pas de leçon à recevoir de ma part, il ne m'écoutait pas, [...] il détournait toutes mes phrases [...] pour euh m'humilier sur le plan sexiste [...] il était aussi comme ça avec les infirmières ...* ».

### 3. Vis-à-vis des secrétaires

Les secrétaires elles aussi pâtiraient de la conduite inappropriée de certains hommes médecins. R2(L180) se rappelle de seniors « *qui dirigeaient les secrétaires, ils les appelaient [...] elles pouvaient être en train de faire un truc super important, c'était mort, elles devaient tout arrêter pour venir lécher les bottes du chef* », l'un d'entre eux allant même jusqu'à « *se moquer tout le temps [de l'une d'entre elles] parce qu'il la trouvait lente, faible* ». S3(L258) évoque, quant à elle, « *[un médecin] qui fait clairement comprendre par exemple à la secrétaire, que de toute façon c'est une femme [...] donc en gros qu'elle euh doit se la fermer. Et qu'elle n'a rien à dire* ».

### 4. Vis-à-vis des patientes

Enfin, elles sont nombreuses à se confier sur des situations de sexisme de médecins hommes vis-à-vis de patientes qui les ont choquées. R7(L462) se souvient ainsi d'une patiente moquée lors d'une garde : « *je présente le cas à mon chef et à l'infirmier qui étaient là [...] et ils commencent à faire tout un tas de blagues hyper misogynes euh et à l'imaginer, à, à, à la singer pendant les*

*rapports* ». De même S8(L707) s'indigne car elle « *trouve qu'il y a quand même beaucoup de préjugés ... contre les femmes tu vois, forcément euh, quand tu vois à chaque fois ils te disent "Elles sont toutes psy", "Elles sont toutes hystériques" et gnagnagna gnagnagna...* ».

## **E. Manifestation du sexisme par les femmes**

Si les femmes souffrent du sexisme, il arrive également qu'elles en soient les autrices, de manière consciente ou non.

### **1. Sexisme intégré dans le discours des internes**

Les internes elles-mêmes ont parfois utilisé un vocabulaire sexiste lors de leurs entretiens.

#### **a) Vis-à-vis des femmes du personnel soignant**

En effet, elles emploient parfois un jargon infantilisant pour parler d'autres femmes, comme lorsque S1(L99) parle de « *ses petites infirmières* » pour désigner des femmes travaillant avec un chirurgien, ou encore lorsque R2(L294) semble railler les conflits entre sages-femmes en parlant d'une « *ambiance à se tirer les cheveux* ».

#### **b) Vis-à-vis des autres médecins**

De plus, elles usent régulièrement d'un registre familier pour désigner leurs paires : S2(L122) parle ainsi spontanément de « *nénettes* », et S7(L327) de « *nanas* ».

De manière plus subtile, si leurs homologues féminines sont souvent décrites sous le terme de « *filles* » plutôt que de "femmes", leurs



homologues masculins eux, sont presque toujours désignés par les internes interrogées comme des "hommes" : « *parce que tu es une fille ... Et à côté de ça les hommes* » (R2L569).

De temps en temps, il leur arrive également de céder aux facilités des stéréotypes, comme lorsque S8(L727) qualifie d'hystérique une cheffe au mauvais caractère : « *j'étais en zone avec une urgentiste femme, qui pour le coup était un peu hystérique (voix basse) un petit peu difficile à vivre* » (S8L727).

## **2. Sexisme émanant d'autres médecins femmes**

### **a) Vis-à-vis des patientes**

Lorsqu'il s'agit d'autres femmes médecins, les internes rapportent des comportements sexistes dirigés notamment à l'encontre des patientes - agissements qui semblent être particulièrement relevés par les internes en stage de gynécologie, comme le rapporte R3(L422) : « *de la part des médecins, même des internes, des filles gynéco, je trouvais qu'on infantilisait beaucoup la femme [...] c'est comme si [la patiente] ne pouvait pas [...] prendre sa décision elle-même [...] ne sait pas gérer son corps toute seule et ... et il suffit qu'elle soit d'un milieu un peu précaire ... et qu'elle ait fait des IVG, et on ne sait pas pourquoi elle a fait des IVG, et elle sera jugée parce qu'elle a fait des IVG alors que ... elle aura peut-être subi beaucoup de violences derrière et qu'on n'a pas interrogé ce côté-là ... [...] j'avais le sentiment que, en gynéco, on infantilisait pas mal les femmes ... [...] ça si aussi c'est une forme de ... de sexisme envers .... envers les patientes ...* ».

## b) Vis-à-vis des collègues

Concernant le sexisme entre paires sont surtout citées les remarques sur la maternité d'autres femmes médecins : « *les femmes qui vont faire des réflexions sur euh les congés maternité des étudiantes en médecine* » (R3L198) et le manque de sororité « *il y a quand même des scènes qui étaient [...] un p'tit peu limites, même parfois avec des avec des cheffes femmes [...] qui étaient pas franchement ... confraternelles quoi, j'trouve que c'est quand même une sale ambiance* » (S8L1149). R7(L902), quant à elle, soutient même que les femmes médecins « *sont tout aussi sexistes [que les hommes]* ».

## 3. Sexisme émanant d'autres femmes du personnel soignant

Les femmes du personnel soignant ne seraient, elles non plus, pas irréprochables.

### a) Des corps de métier vus comme des milieux féminins

Les internes dépeignent ainsi un milieu « *en majorité féminin* » (S8L465) au sein duquel on retrouve des « *bandes de filles* » (S1L123) qui manqueraient de sororité voire seraient en compétition les unes avec les autres.

### b) Misogynie et agressivité

Parfois **les internes semblent en être la cible** : R8(L469) par exemple évoque l'hostilité gratuite d'une infirmière dès le début d'un stage : « *c'est plus des violences euh ... enfin des violences, c'est à dire, de l'agressivité comme ça ... que tu comprends pas, qui vient de nulle part ...* ».

A d'autres moments, **elles en sont juste les témoins**. R2(L294) décrit par exemple ce qu'elle a observé en stage de gynécologie : « *c'est à l'inverse, un milieu -l'obstétrique- ultra féminin. [...] c'était plus l'ambiance à se tirer les cheveux en fait, c'était les sages-femmes qui crachaient l'une sur l'autre* ». R7(L519) détaille que, pour elle, « *avec le personnel soignant le problème c'est que les filles, les femmes sont misogynes entre elles souvent ...* ».

### **c) Plus grande complicité avec les hommes**

Elles sont plusieurs également à déplorer ne pas bénéficier de leur part de la même complicité que leurs collègues masculins : S8(L383) regrette qu'il y ait « *toujours ce truc où les infirmières préfèrent un peu plus les mecs que les meufs, mais après, bon ça c'est du, c'est du classique* » et R4(L159) souligne que « *même [chez] les infirmières [...] il y en a qui ont pas du tout le même contact avec les ... les internes garçons que filles ... Je trouve que c'est ... c'est différent, ça, ça rigole plus euh, ça, ça déconne, alors qu'avec nous c'est très ... fade ... J'trouve hein ! Pas ... pas toutes évidemment ...* ».

### **d) Valorisation de l'homme comme rareté**

Un constat favorisé par les remarques des infirmières valorisant les hommes comme rareté : R1(L196) se rappelle avoir été accueillie lors d'un remplacement de collègue par un « *Ah ben pour une fois qu'on a un homme, ah c'est dommage qu'il soit pas là. Encore des femmes !* » et de la même façon R7(L175) témoigne que « *les mecs comme c'était la denrée rare ils étaient traités comme des rois tout le temps ...* ».

#### 4. Sexisme émanant des patientes

De temps en temps, les patientes elles aussi font preuve de sexisme.

##### a) Minimisation de la position sociale des femmes

Il leur arrive en effet fréquemment de minimiser la position sociale des femmes comme le rapporte R4(L117) à propos d'une « *patiente assez jeune en plus au téléphone, qui, quand je suis rentrée dans la chambre, alors que je venais la voir tous les jours (rires), je venais lui donner les papiers de sortie, raccroche et dit "Ah je te laisse, je te laisse, il y a l'infirmière qui me donne les papiers" »* ».

##### b) Réification

Elles se permettent de même des remarques sur le physique des internes : S6(L151) évoque notamment le souvenir d'une « *patiente qui avait des problèmes de santé, et je pense qu'elle essayait de détourner l'attention sur le fait qu'elle se prenait pas en charge, et du coup elle a dit à mon prat' "Ah ben dis donc elle est mignonne votre interne, vous avez de la chance !" »* ».

##### c) Auto-dénigrement

Enfin elles font parfois preuve de sexisme envers elles-mêmes. R3(L168) raconte ainsi « *moi ce qui me ... touche beaucoup, c'est les patientes elles-mêmes qui ... Quand elles viennent pour un problème ou quelque chose, elles se ... elles se, elles font de l'auto-sexisme. En fait elles se dénigrent en tant que femme : "Oh ben c'est normal, c'est normal que je n'arrive pas à faire ça parce que je suis une femme" ou "C'est normal que ... Bah oui vous savez nous il faut qu'on soit comme ça" ou des choses comme ça »* ».

Pour R7(L406) cette auto-discrimination peut aller jusqu'à des situations dans lesquelles les patientes « *ne savent pas ... que le corps il leur appartient ... qu'elles peuvent dire non, qu'elles peuvent prendre une contraception* ».

## **F. Sexisme envers les hommes ?**

Après ces multiples descriptions subsiste une question : qu'en est-il du "sexisme envers les hommes" ?

R1(L174) est la seule à relever une situation qui pourrait être assimilée comme telle : elle raconte ainsi comment, une fois, lors d'un stage, « *des chefs de cliniques femmes* » ont valorisé le fait de n'avoir que des femmes parmi les internes nouvellement arrivées : « *je m'en souviens d'une qui avait dit "Oh je suis contente d'avoir que des filles"* ». Même si seules des femmes étaient présentes à ce moment-là, elle raconte « *pour le coup je me suis dit "Ah c'est quand même sexiste hein, le pauvre mec qui arrive..."* ».

Pour les autres, le concept peut exister en théorie : « *après je pense que ça peut aller dans les deux sens* » (S1L215), « *le sexisme envers les hommes il existe aussi ...* » (R8L581). Cependant aucune d'entre elles n'a rapporté d'exemples concrets.

## **G. Maternité et profession : problématique**

Seules trois des seize internes interrogées (S2, S6 et R8) ont vécu une grossesse au cours de leurs études. Elles ne sont cependant pas les seules à se questionner

à ce sujet, ni à aborder les problématiques liées à la maternité des femmes médecins.

## 1. Rumeurs décourageantes sur la grossesse

Elles sont nombreuses à être ou avoir été effrayées par les rumeurs décourageantes liées aux grossesses pour les femmes médecins : R1(L156) décrit ainsi un milieu hospitalier dans lequel « *quand tu prends un poste et que tu tombes enceinte ben ils n'aiment pas ça* ». La situation ne semble pas plus propice en libéral comme en témoigne R8(L67) « *[on] nous avait un peu fait peur en disant "Ben quand vous serez remplaçante vous n'aurez pas forcément d'indemnisation euh, euh journalière machin donc ça peut être compliqué" ...* ».

## 2. Désorganisation pour l'offre de soins

Une vision pessimiste renforcée par l'idée que la maternité impacte négativement l'offre de soins. Ainsi R1(L140) a intégré la théorie selon laquelle « *les congés maternité ça pose beaucoup de soucis en terme de remplacement à l'hôpital* » et R6(L169) s'inquiète d'un projet de grossesse hypothétique « *parce que je vais embêter l'équipe [...] c'est toujours la même remarque "les congés de maternité ça prend du temps" [...] même certains patients qui disent "Oui oui elle est enceinte, elle a eu un enfant, c'est bien pour elle mais quand même [...] c'est pour ça les hommes c'est quand même mieux, au moins ils sont là tout le temps" »*.

### 3. Incompatibilité avec un métier qui nécessite des sacrifices ?

Ce constat les pousse à se questionner sur la faisabilité et les conséquences d'un tel projet dans un métier qui demande beaucoup de sacrifices. R7(L422) se soucie par exemple de savoir « *Comment je vois ma vie avec ces études méga longues pour la famille, des trucs comme ça ? [...] C'est aussi, j'trouve, difficile de dire que tu consacres autant de temps et d'énergie à ta carrière, et que du coup ... tu ... tu cours le risque, enfin qu'à un moment tu sois périmée pour faire des enfants* ». R8(L559) qui, elle, a sauté le pas, s'alarme : « *J'ai peur [...] qu'on puisse me reprocher [...] de n'avoir pas fait de l'internat et de ma formation professionnelle qu'une seule et unique priorité dans ma vie ... Alors que, je pense que jusqu'à présent ma vie professionnelle a été presque une priorité dans ma vie [...] là j'ai décidé d'écouter ma vie de femme, à un moment donné quand même ...* ».

### 4. Difficultés rencontrées au cours ou après la grossesse

Les internes devenues mères soulèvent plusieurs difficultés rencontrées au cours de leur grossesse ou dans ses suites.

#### a) Au niveau universitaire et institutionnel

Elles témoignent tout d'abord de dysfonctionnements universitaires et institutionnels.

Ceux-ci s'illustrent notamment par un **manque d'informations** sur le sujet : « *on n'est pas hyper informé(e)s ! [...] on n'en parle pas beaucoup* » (R8L65), mais aussi par un **manque de soutien** des institutions, comme l'explique R8(L72) : « *on va pas faciliter, prémâcher les choses euh, pour, pour notre vie personnelle en tant que ... que femme, ça c'est clair ... Euh,*

*euh j'ai l'impression que c'est juste "Si tu as fait le choix, il faut que tu te débrouilles" c'est "Faut l'assumer", c'est clair et net quoi ».*

Parfois cela va plus loin et prend la forme d'obstacles supplémentaires se dressant sur le parcours des femmes enceintes, comme le **déclassement** ou la **non-validation de mois de stage**. S6(L97) révèle par exemple que « *la grossesse, je l'ai vécue, j'ai vécu ça comme quelque chose d'un petit peu pénalisant [...] j'ai été obligée, fin du coup j'ai décalé mon internat d'un an alors que bon voilà j'ai 30 ans j'en ai un peu marre d'être étudiante [...] et la grossesse finalement, c'était assez compliqué le, j'avais pris un stage en surnombre, non, non validant, du coup parce que je pouvais pas faire 4 mois de stage mon congé mat' tombait trop tôt* ». Pour A(L67) aussi la grossesse a été marquée par son lot d'injustices : « *Là aux derniers choix il m'ont fait un coup foireux où j'ai... j'ai... j'ai pétié un scandale parce que, parce qu'en fait ils m'ont complètement déclassée alors qu'ils n'avaient pas le droit [...] Et donc ils se balancent la balle entre la fac et l'ARS, en disant "bah oui non mais c'est eux c'est leur faute à eux etc."* ».

Elle s'indigne même d'**avoir dû se battre pour faire appliquer les lois** visant justement à lutter contre ces discriminations : « *les choix ont été faits [alors que j'avais été déclassée illégalement] et j'ai dit "Mais c'est pas normal, je vais aller les voir et tout ça". Ils m'ont dit "De toute façon c'est comme ça !" Donc j'ai fait un courrier bien sec, avec les lois, j'ai pris les articles de loi que j'ai noté et tout [...] et donc euh ... je les ai menacés ... de ... j'ai envoyé au directeur, au [syndicat des internes], euh ... A l'ARS, au DMG, et au syndic des internes de France ... Et je pense qu'à un moment donné ils ont eu les pétoches [...] [Un membre de la faculté] m'a dit "Oui mais en fait c'est un petit arrangement local, c'est vrai je te l'accorde on n'est pas dans la loi" » (AL78).*



## b) Au niveau professionnel

Elles se désolent également que le manque de soutien s'étende à certain-e-s de leurs collègues. S6(L109) critique ainsi celles et ceux qui « *ont eu beaucoup de mal à comprendre que j'étais pas dans le même état physique qu'eux, parce que c'était le mois d'août, c'était la canicule, moi je supportais plus j'étais enceinte de 6 mois quand j'ai commencé le stage, et ils m'ont mis le même, la même quantité de boulot que les autres [...] c'était 8h-20h et c'était pas possible, je rentrais le soir j'avais des contractions, j'en pouvais plus. Et donc mais il a fallu que je m'impose tu vois ils ont pas, ils se sont jamais dit spontanément qu'ils allaient me ménager un petit peu ...* ».

## 5. Des modèles de rôle aux avis ambivalents

Les internes semblent partagées sur le soutien de leurs modèles de rôles. R8(L104) a ainsi apprécié **les conseils** d'une de ses praticiennes qui, tout en soulignant les difficultés liées à la grossesse, l'a encouragée « *Elle m'a dit "Mais vas-y fonce, profite-en pendant l'internat parce que franchement après quand t'es installée [...] et c'est dur de trouver quelqu'un pour te remplacer pour un congé maternité euh, euh profite en en plus c'est génial d'avoir un bébé" et elle m'a vraiment encouragée* ».

D'autres au contraire constatent un **manque de soutien**. R1(L126) s'étonne ainsi qu'une de ses seniors, elle-même jeune mère, s'énerve contre une interne : « *elle disait "Oui je comprends pas maintenant on me demande de tirer son lait, quand on est médecin on ne peut pas faire tout"* » et R3(L198) peste contre « *les femmes qui vont faire des réflexions sur euh les congés maternité des*

*étudiantes en médecine ... des, des médecins ... "Oh ça fait chier c'est encore une femme, elle va ... elle va être en congé mat' quoi" ».*

## **6. La grossesse et le post-partum vus comme des combats**

Il n'est pas étonnant, dans ce contexte, de constater qu'elles comparent leur grossesse à un combat : *« je les ai menacés [...] je me suis battue [...] pour les trois nénettes qui sont dans ma situation »* (AL84), *« j'ai dû un peu me battre c'est vrai »* (S6L116). Cette situation conflictuelle les fatigue et leur donne l'impression que rien n'est fait pour simplifier les choses *« ça demande de l'énergie quoi, c'est ça qui est pénible. Parce que, parce que tu ... tu n'as rien sans te donner à fond »* (S2L126).

## **7. Des répercussions inattendues mais positives**

Résilientes, elles finissent cependant par trouver des raisons de se réjouir. S2(L155) apprécie en effet que cette situation lui permette de *« relativiser »* et S6(L267) considère que cela l'a *« peut-être »* aidée à se rendre *« vraiment compte [...] qu'on pouvait pas demander tout ça à quelqu'un [...] J'avais maintenant un nouveau, presque un deuxième travail quoi, qui m'attendait à la maison, donc j'allais pas non plus me, me tuer, à la tâche alors que ... 'fin on peut, on peut dans un cadre normal faire son travail de façon satisfaisante je trouve »*.

Deux d'entre elles savourent également le fait que cela leur ait permis d'ouvrir les yeux sur une force de caractère insoupçonnée : *« Je trouve que j'ai pris un peu... Un peu confiance, et puis un peu, tu vois ? Comme j'ai un, un autre statut entre guillemets, euh je me sens... autrement, tu vois ? Que la simple étudiante*

*qui fait son cursus. Et du coup euh ... ça me donne une certaine force pour moi tu vois ? [...] Donc finalement c'est bien » (S2L155), « peut-être que le fait d'être devenue mère, je me suis dit que j'allais, qu'on allait moins m'imposer des choses, et je me suis plus battue pour mes droits » (S6L263).*

## H. Répercussions du sexisme

Ces différentes manifestations de sexisme ne sont pas sans conséquence. Il n'est donc pas étonnant que les femmes interrogées aient abordé leurs nombreuses répercussions, ni que celles-ci soient variables selon leurs auteur·rice·s.

### 1. Vécu du sexisme venant de la hiérarchie masculine

De manière générale, quand il émane de leur hiérarchie masculine, le sexisme leur a semblé « *hyper difficile à vivre* » (R1L289) et souvent les « *dérangeait énormément* » (S7L169).

Il est par conséquent fréquemment décrit par le prisme d'un **champ lexical guerrier** : R3(L280) parle alors d' « *essayer de se battre [...] On doit peut-être plus se battre pour euh pour être formées correctement ...* », tandis que R6(L160) considère que « *ça sert à rien de, de renchérir, en essayant de se défendre* ». S8(L124) décrète quant à elle : « *depuis que je suis interne j'ai décidé que je tolérais plus rien [...] j'suis un requin* ».

### a) Incompréhension

Plusieurs d'entre elles font part de l'incompréhension que ces comportements leur inspirent. R3(L128), par exemple, s'interroge sur les abus d'un de ses praticiens, « *quelqu'un qui fait de la psychologie, [...] du TCC [...] c'est pas quelqu'un qui est dénué d'empathie ... de ... de savoir lire les signaux. Enfin, il est intégré dans son environnement, ce bonhomme là ...* » et R4(L158) lâche dans un soupir « *je trouvais qu'avec les garçons, il y a plus de ... confiance [de la part des équipes soignantes] ... c'est trop bizarre, je sais pas pourquoi ...* ».

### b) Sentiment d'injustice

Parfois, on sent aussi poindre un sentiment d'injustice, comme lorsque R4(L359) déclare, à propos de son co-interne : « *c'était lui qui faisait tous les gestes et tout, et, et moi je regardais à côté quoi (rires nerveux). (ton ironique) Super ...[...] Trop sympa ...* ».

### c) Malaise

Dans tous les cas, le malaise est palpable « *Régulièrement j'avais cette sensation là ... sans, sans vraiment avoir d'exemple vraiment concret mais ... je sais pas ... une espèce de sensation ... désagréable* » (R4L173).

### d) Impact psychologique

Nombreuses sont celles qui ont observé des répercussions sur leur moral, allant de **pleurs** « *il y a des fois j'en ai pleuré hein* » (R3L656) à un **mal-être prolongé** « *j'ai été vraiment mal pendant des jours* » (R5L645) en passant par de **la somatisation**, comme R1(L103) « *j'allais au stage avec la boule*

*au ventre de me reprendre une remarque et en plus ça me faisait perdre toute confiance en moi ».*

Parfois, comme le raconte avec émotion R4(L181), le **vécu est éprouvant et particulièrement impactant** : *« j'ai très mal vécu ... j'étais ..... ouais j'étais ... tout cela, du burn-out ... comme il est écrit dans les livres, je m'en suis rendu compte après ... mais j'étais très très m' très très mal [...] j'ai lâché ... j'ai j'ai lâché la ... Si ! Enfin je restais (très bas) paralysée ... Il m'est arrivée de rester 10 minutes dans la voiture parce que je ne pouvais pas sortir, je n'arrivais pas à sortir de la voiture pour aller au stage quoi ... Et pleurer tous les jours pour aller au stage ».*

#### **e) Sentiment d'inutilité**

Certaines d'entre elles éprouvent un sentiment d'inutilité, comme R1(L105) *« je me suis vraiment sentie nulle euh inutile en tant qu'externe et nulle dans mes compétences ».*

#### **f) Perte de confiance en soi**

Cela va parfois plus loin, puisqu'elles peuvent ressentir une perte de confiance en elles les conduisant à **se dévaloriser en tant qu'étudiante** : *« au début ça m'atteignait énormément, et j'voyais ça comme le test de ... j'en suis pas capable [...] ils vont arriver à me faire croire que j'en suis pas capable » (S1L163) mais aussi en tant que femme* : *« Tu ... tu te sens comme une merde quoi... tu te sens comme une merde [...] et tu te dis "Je suis rien qu'une femme" [...] En fait ça ... ça rentre dans ta tête et au bout d'un moment tu te dis ben "C'est peut-être vrai, je suis rien qu'une femme qui sert à r..." » (R1L364).*

### **g) Sidération**

Face aux violences sexistes, plusieurs internes ont témoigné du choc éprouvé, comme R5(L271) « *Des fois la situation est tellement mais tirée par les cheveux que tu te dis "Mais ...". Enfin tu ne peux plus rien dire, tu ne peux plus rien faire parce que c'est, c'est improbable pour toi ...* », qui parfois se traduit par un effet de sidération. C'est le cas, entre autres, de R4(L187) « *je restais (très bas) paralysée ...* » et de R1(L346) « *un moment de sidération ou même un moment de déni où tu te dis "C'est pas possible j'ai rêvé..." où tu es choquée, tu passes un petit bout de temps à ... à te dire "Mais ... qu'est-ce que je viens de vivre ?" ».*

R1(L344) a d'ailleurs comparé cette sidération à celle vécue dans d'autres situations où elle avait été victime de violences sexistes, en dehors de ses études : « *Et cet effet de sidération je l'ai vécu dans d'autres contextes complètement ailleurs où tu te prends des réflexions, des mains aux fesses, mais pas du tout au niveau du boulot hein !* ».

### **h) Honte**

Parfois, un sentiment de honte s'installe et rend difficile la prise de la parole, comme le rapporte R2(L768) : « *c'est pour ça que je ne voulais pas trop le dire, c'est parce que, oui, j'en suis pas ... c'est nul hein, mais j'en suis pas très fière et j'aime pas en parler .....* ».

### **i) Rancœur**

Cette même interne raconte avoir également ressenti de la rancœur : « *c'est nul parce que j'en ai même voulu à [mon co-interne homme] .....* Je ne sais pas pourquoi parce qu'il n'y était pour rien ... Mais je lui en ai un peu voulu ... Mais j'aurais peut-être voulu qu'il dise "Ben non écoute, elle

*pouvait y aller" [voir un patient], mais je le comprends, je pense qu'à sa place je ne l'aurais pas dit non plus, enfin je ne sais pas ... Je ne sais pas si j'aurais osé m'opposer euh ... Et ça, ça ne m'avait pas plu » (R2L460).*

## **j) Colère**

Il arrive qu'elles éprouvent de la colère. Parfois celle-ci n'a pas été exprimée au moment des faits mais transparait dans leur discours à posteriori, comme lorsque R4(L91) rapporte, énervée, les propos d'un senior : « *"Mais vous êtes que des filles ... - Oui, visiblement oui ! - ... Oh là là, mais comment on va faire ?" (s'énerve) CE C'COMMENT ON VA FAIRE, (bruit d'énervement) C'EST PAS POSSIBLE !* ».

Dans d'autres cas, les internes ont osé extérioriser leur colère devant les chefs concernés ; c'est le cas de R7(L481) : « *là j'ai vraiment pété un câble* », à l'instar de S8(L448) « *c'est vrai j'étais super vénère, j'étais trop sèche avec lui [...] Et j'me suis dit "Mais putain mais ce genre de mec ! Moi j'les vomis quoi ..."* ».

## **k) Sentiment d'impuissance**

Plusieurs d'entre elles ressentent un sentiment d'impuissance, comme R4(L263) qui explique : « *du coup vu qu'on était que secrétaires, c'est quand même bizarre ... ça m'a saoulée, j'ai lâché, complètement ... Donc voilà ...* ». Cela les conduit parfois à se replier sur elles-mêmes et à s'isoler : « *tu préfères te taire et tu vis ton truc dans le silence* » (R1L291).

## **l) Silence par peur des répercussions**

Dans un contexte où les rapports de force sont inégaux, les internes trouvent difficile de prendre la parole. Elles sont nombreuses, comme R3(L252), à se censurer par peur des répercussions : « *Mais dès que, dès*

*qu'il y a une hiérarchie où il y a d'autres enjeux [...] si je mets les points sur les i, [...] c'est au prix de ma formation, c'est-à-dire que ça passe ou ça casse. Soit il va dire "OK j'arrête et on continue comme ça", soit il va être ultra relou et je ne vais pas apprendre correctement ... Et je vais ... il ne va pas me permettre ... du coup, vu que je l'ai, l'ai ... remis à sa place, il ne va pas me laisser ... me permettre d'apprendre correctement la médecine ... Et ça je pense que c'est dans beaucoup de stages ... ». De même, R4(L418) raconte que si elle a mis longtemps à s'opposer aux patients, vis à vis des chefs, elle n'y arrive « toujours pas. Parce que j'sais pas, t'as cette ... situation hiérarchique ... où tu te dis que tu ne peux pas ... ».*

Pour S8(L207), la position de l'étudiant·e ne lui permet pas de prendre parole, a contrario des autres professionnel·le·s présent·e·s au moment des faits. Ces dernier·e·s se tairaient pourtant souvent. C'est ce qu'elle a vécu lors de la venue d'un chirurgien dans son service : « *il était arrivé dans la dans les urg', donc on était peut-être une quinzaine, parce qu'il y avait les infirmiers, les AS<sup>21</sup>, le chef et tout le monde, et en gros il avait commencé à regarder autour de lui pour choisir quelle externe il allait prendre tu vois ! Genre au supermarché quoi ! Et d'emblée il m'avait appelée ma chérie, et franchement je me souviens que j'avais regardé mon chef, et moi j'me disais "Mais moi là j'peux rien dire en fait, parce qu'il y a 15 personnes autour de moi et j'suis trop timide et j'suis tellement mal à l'aise que j'serais incapable de dire quelque chose, mais là c'est à toi de dire quelque chose ! 'Fin en tant que, 'fin t'es mon chef, t'es un mec, tu l'connais, t'es plus vieux, 'fin t'as tous les arguments, 'fin t'as tout ce qu'il faut pour toi pour lui dire "Ben bah écoute peut-être qu't'es pas obligé de l'appeler comme ça" et franchement ça, ça, ça règle le souci". J'avais fait*

---

<sup>21</sup> AS : aide-soignant·e



*deux inter', 'fin deux opérations avec lui, et franchement j'me souviens j'regardais l'IBODE<sup>22</sup> dans les yeux, t'sais j'sentais qu'elle pétait un câble aussi, mais 'fin... tu peux rien faire quoi (voix basse). Tu peux rien faire. 'Fin à l'époque en tout cas je pensais ça ».*

Certaines **s'en veulent** de ne pas oser parler malgré les risques. Ainsi, R3(L575) avoue : « *Je ne le dénonce pas parce que j'ai pas envie de me pourrir ... Enfin j'ai envie d'être médecin un jour. Mais à côté de ça, peut-être qu'il va continuer ...* ». R4(L433) elle aussi oscille entre sentiment d'injustice et peur de parler « *C'est vrai que je devrais ... (très bas) parce que c'est pas normal ... Mais c'est délicat ...* ».

Même quand certaines envisagent la prise de parole, **elles l'imaginent se solder par un échec**. S1(L148) par exemple rapporte : « *je sais pas si ça aurait changé grand-chose que j'aille le voir directement lui ... [...] Mais au final je pense qu'il est un peu faux et qu'il aurait minaudé devant moi en me disant qu'il n'y avait pas de souci* ». Un raisonnement similaire se retrouve chez S4(L401), la confortant dans son auto-censure : « *je me dis "Ouais bon, qu'est-ce que ça va changer si je dis quelque chose"* ».

### **m) Des répercussions prolongées**

Pour plusieurs internes ces violences ont des répercussions psychologiques qui se prolongent dans le temps. Elles se traduisent chez R6(L110) par un souvenir tenace de ce qui s'est produit « *ça m'a quand même marquée dans le sens où ... ben j'y pense, tous les petits trucs, tout c', tout ce qui s'est passé je m'en souviens encore maintenant* », et chez R3(L592) par la charge émotionnelle intense qui y reste associée : « *Je me sentais vraiment comme une grosse merde [...] (commence à pleurer) Il y*

---

<sup>22</sup> IBODE : Infirmier·e de Bloc Opératoire Diplômé·e d'Etat

*a de l'émotion qui revient. Euh du coup ce qui t'arrive c'est (s'interrompt parce qu'elle a du mal à parler) ... Attends je prends 2 minutes ».*

#### **n) Exclusion des femmes de certaines spécialités**

Enfin, dans certains cas, le sexisme rencontré conduit les internes à fuir certaines spécialités, comme S7(L354) : « *Mais c'est vrai que ce côté-là, ben ça a fait que j'aime pas la chirurgie quoi ! Je pourrais jamais être chirurgien pour ça, en fait ! Et c'est dommage, parce que je pense qu'au final si on enlevait ce côté là, fin on serait pleins à vouloir faire de la chirurgie !* ».

S8(L614) quant à elle raconte la manière dont son entourage a voulu la dissuader de s'orienter vers la voie qu'elle avait choisi : « *ça a failli .... de ne ... pas me faire devenir urgentiste, [...] mais à l'époque, quand j'en avais reparlé autour de moi, ils m'ont dit "Mais fin t'as pas, t'as pas la carrure quoi ! T'es trop douce !" et c'est vrai qu'j'm'étais dis "Ah bon d'accord, ben vous devez avoir raison alors" (rires) ».*

## **2. Vécu du sexisme venant des patients**

Lorsqu'il émane des patients, le sexisme provoque également de nombreuses réactions et répercussions.

#### **a) Colère**

Pour nombre d'internes interrogées, les actes sexistes provoquaient « *de la colère forcément (rires). Beaucoup beaucoup de colère !* » (S7L290).

S8(L545) raconte ainsi que « *si c'est la nuit profonde et que j'suis un peu vénère, j'peux devenir un peu (rires) plus agressive* ». S1(L175) quant à elle,

rapporte que : « *ça a un côté des fois énervant où on a envie de... de mettre un petit coup de stéthoscope (rires) ».*

Cette colère conduit parfois les internes à déléguer la prise en charge du patient concerné à quelqu'un d'autre, comme ce fut le cas pour S4(L476) « *ça m'avait tellement saoulée que le matin [...] un co-interne gentil [...] a fini par aller le voir à ma place parce que ça me saoulait de me disputer avec lui, j'avais pas envie de perdre mon énergie à ça quoi ».*

#### **b) Blessure narcissique**

Dans certains cas, les femmes interrogées se sentent blessées, comme R3(L393) : « *c'est un peu, ton ego en prend un petit peu un coup* », ou encore S3(L324) : « *c'est un ... un peu vexant* ».

#### **c) Sentiment d'impuissance**

R6(L220), quant à elle, s'est « *sentie impuissante parce que le gars a fait le geste de me mettre la main aux fesses ...* ».

#### **d) Peur des répercussions si opposition au patient**

Plusieurs internes ont confié ne pas s'être opposées au patient, par peur des répercussions que leur réponse aurait pu engendrer : c'est le cas de R7(L664) qui raconte : « *j'avais aussi peur [...] je ne savais pas comment il allait réagir, s'il allait pas être content, [...] on a toujours peur qu'il se plaigne ... quelle est la version qu'il va raconter vu qu'il n'a pas du tout assumé* ».

R6(L221) confie également : « *j'ai pas voulu me montrer violente ou répondre, en plus comme j'étais avec mon chef, en tant qu'interne, je ne voulais pas faire mauvaise figure ...* ».

### e) Sentiment de trahison du pacte de confiance

Pour R7(L667), l'agression sexuelle dont elle a été victime a constitué une véritable rupture du contrat de confiance tacite qui lie un médecin et son patient, entraînant un fort sentiment de trahison : « *il y a une relation de confiance qui est à double sens, moi j'étais naturelle avec lui [...] et j'étais détendue, parce que c'est un patient que j'aime bien, que je suis depuis longtemps, et il a un côté, il est plus âgé, il pourrait être mon père, voire p't-être mon grand-père, et il se présentait toujours comme tel, [...] il me traitait un peu comme sa fille qui tu vois, [...] et du coup il y avait ce truc-là qui baisse complètement la garde. Et le jour où il est venu sans sa femme il a fait ça [lui mettre la main aux fesses]. Du coup moi ça a été dur pour moi humainement, parce que, parce que c'est toujours difficile quand une personne que tu as complètement déssexualisée -et que du coup t'as baissé ta garde- elle fait quelque chose de dégueulasse* ».

### f) Champ lexical du traumatisme

Elle enchaîne en usant d'un champ lexical du traumatisme « *c'était surtout un peu traumatisant humainement* » (R7L684) qui fait écho au vocabulaire du combat employé par R6(L261) : « *c'était vraiment là un geste qui était brutal* ».

### g) Dilemme lié à la position de soignant

Face à ces situations, certaines internes se sentent bloquées par leur position de soignante qui imposerait, selon elles, de ne pas contredire le patient. D'après R7(L716) « *c'est, c'est délicat ... parce que tu dois, en tant que médecin tu dois respecter tes patients [...]..... mais en même temps euh. Donc tu dois tenir compte, mais jusqu'où quoi ? ... A un moment quand*

*ça te, quand c'est ton corps euh, moi j'trouve que bon là ... ». Cette sensation d'avoir un interdit à franchir lorsque l'on veut se défendre face à un patient est partagée par R4(L418) : « j'ai mis longtemps à me .... à m'opposer aux patients ... [...] je me suis longtemps dit "Tu ne peux pas, c'est un patient, c'est sacré un patient" ».*

#### **h) Répercussions prolongées**

Les conséquences de ce sexisme rencontré perdurent parfois dans le temps, comme le relève S7(L274) : « *après il y a toujours des patients qui nous remercient, où ça se passe bien, mais après c'est sûr qu'on garde toujours les points négatifs malheureusement* ».

### **3. Vécu du sexisme venant du personnel soignant**

Le sexisme émanant du personnel soignant, quant à lui, provoque essentiellement de la **colère**. Ainsi, R4(L319) raconte sa réaction face à un infirmier lui ayant fait une remarque déplacée sur son physique : « *ÇA FAIT DEUX JOURS QU'ON SE CONNAIT (rires) ça fait 2 jours qu'on se connaît. POURQUOI ? Pourquoi ? ... C' ... Reste euh reste à ta place. Je ne pense pas que tu vas aller dire à mes collègues, [interne homme] (rires) euh qu'il est joli ! (son d'énervement) Laisse-moi tranquille ! (bruit d'énervement) ...* ».

### **4. Vécu du sexisme venant des femmes**

Si les répercussions du sexisme venant des chefs, des patients et du personnel soignant masculin présentent de nombreuses similarités, les femmes

interrogées ne réagissent pas de la même manière lorsque le sexisme émane de femmes.

#### a) Des femmes médecins

Quand il provient de femmes médecins, le sexisme est vécu comme un choc voire une trahison : R7(L177) insiste ainsi sur le fait qu'il y aurait des « *cheffes FEMMES [...] complètement misogynes* » et R1(L140) souligne que « *ça [la] choque plus quand ça vient d'une femme que ... quand ça vient des hommes* ». Ce sentiment est d'autant plus fort que la personne est proche de la génération de l'interne : « *mais même les filles de notre, enfin elles ont deux de trois ans [de plus], les internes de [spécialité]* » (R3L427).

#### b) Du reste du personnel soignant féminin

Quand il émane des autres femmes du personnel soignant, c'est surtout la **différence de traitement** par rapport à leurs homologues masculins qui est pointée du doigt. Parfois celle-ci est vécue particulièrement difficilement, comme en témoigne S1(L123) : « *elles ont été, elles ont été horribles au début [...] nous on était 4 filles pour nous faire notre place ça avait été un peu plus un peu plus compliqué, on voyait la différence quoi* ».

Il est toutefois intéressant de relever que les internes ont du mal à évoquer cette forme de sexisme et qu'elles minimisent souvent leurs propos, comme par exemple lorsque R4(L162) tempère ses dires par « *J'trouve hein ! Pas ... pas toutes évidemment ...* ».

#### c) Des femmes en général

En résumé, lorsque le sexisme émane de femmes, **les internes se sentent trahies** : « *quand [...] tu te fais attaquer par ton propre groupe, par des femmes qui trouvent ça normal ... certains privilèges masculins sur le*

*féminin ... et en plus qui légitiment ça en disant "Mais moi aussi je suis une femme je veux ça, c'est mieux pour nous" ... c'est d'autant plus dur à ... à accepter » (R3L191). Pour R7(L549) ce **manque de sororité** est un vrai problème : « J'ai jamais ressenti de solidarité, de sentiment de solidarité entre les femmes [...] alors qu'en fait même si on est le groupe majoritaire on est plus de femmes que d'hommes à travailler dans ces milieux-là eh ben mine de rien on n'est pas le groupe de pouvoir, donc ça a ... enfin .... Eh ben du coup, ben justement on devrait ». Cette situation la met en colère : « les femmes que je côtoyais à l'hôpital justement, les chefs, les machins ... (soupire) comme d'habitude qui sont des ..... j'sais pas s'il faut être une demeurée sans nom pour travailler à l'hôpital, tu vois ? [...] non mais c'est vrai, qui disaient, qui étaient capables de dire [...] comme Catherine Deneuve [...] (minaudes) "Ouais mais ap', attends, il faut de la liberté d'être importunée" » (R7L833).*

## **I. Stratégies de défense**

Face aux nombreuses manifestations du sexisme et à leurs répercussions délétères, les internes ont mis en place différentes stratégies de défense. Celles-ci, qu'elles soient conscientes ou inconscientes, varient selon la personne à l'origine des faits.

## 1. Stratégies de défense face au sexisme des chefs

### a) Minimisation

Lorsqu'elles exposent les faits de sexisme émanant des chefs, les internes semblent souvent les minimiser. Ainsi, si R3(L559) commence par dire « *ça me choque et ça m'énerve* », elle poursuit en disant « *donc oui ça a des répercussions ... peut être plutôt positives dans le sens où ça m'interroge et que ça ... enfin positif (rires) si voilà ça va être sympa* ». De manière similaire, R2(L384) répond, d'une façon qui paraît ambivalente : « *je ne suis pas sûre qu'il soit vraiment, vraiment sexiste mais euh mais il a quand même des blagues un peu misogynes* ».

Parfois, les internes semblent repousser les limites de ce qui est acceptable pour elles, comme par exemple S8(L256) : « *j'en n'ai pas trop parlé... parce qu'après j'me sentais pas euh ... menacée euh ... ou agressée ... comme j'avais pu me sentir en chir', aux urgences chir' donc ...* ». S4(L380), quant à elle, avance que puisqu'il s'agit d'un sexisme généralisé ne la visant pas personnellement, il serait donc plus supportable : « *il y avait quand même souvent des blagues un peu euh ... salaces euh ... pendant le bloc opératoire ... Mais euh pfff comme je me sentais pas visée du coup euh ça m'a jamais trop perturbée* ».

Dans certains cas, l'idée que les seniors ne soient pas tous " comme ça " paraît atténuer le sexisme des autres : R2(L479) dit ainsi qu'« *il y a d'autres chefs avec qui ça se passe très, très bien, enfin ... au niveau des mecs [...] je n'ai rien perçu de ce côté-là. Ça ne m'a pas du tout ... Enfin je les trouve tout à fait justes et équitables* ». R6(L252) déclare également qu'un de ses seniors : « *a été très bienveillant vis-à-vis de moi et ... Y a des chefs qui sont comme ça, ils sont pas tous euh ...* ».



## b) Justification

Les femmes interrogées sont également nombreuses à justifier les faits sexistes. Dans certains cas, ils relèvent, selon elles, d'un conditionnement dû à l'âge du senior ou d'une mauvaise habitude : « *j'pense qu'il ne pense pas à mal ... J'pense que ce n'est pas méchant ... j'pense que c'est juste hyper ancré dans leurs coutumes en fait ... et que du coup c'est, que justement si tu leur dis, ils vont se sentir blessés* » (R4<sub>L453</sub>). De même les différences culturelles et religieuses sont parfois utilisées comme excuse, notamment par S3<sub>(L278)</sub> : « *parce que dans sa culture une femme ben déjà elle a 6 ou 7 enfants et puis elle s'en occupe et puis elle a pas de travail à côté parce que son rôle c'est d'être mère uniquement. Et lui n'envisage pas les choses différemment, [...] il a une conception vraiment ouais très particulière euh de la femme et du rôle de la femme dans la société* ».

Dans d'autres cas, l'ignorance présumée des protagonistes les placerait au-dessus du blâme car, comme le dit R2<sub>(L104)</sub>, « *ils ne réalisaient pas le souci que ça posait* ».

Pour R8<sub>(L367)</sub>, ce sont les qualités du médecin qui contrebalanceraient ses remarques douteuses : « *j'ai un prat', que j'aime beaucoup, qui m'a appris beaucoup de choses [...] MAIS qui a ce côté un petit peu euh ... euh ... (soupire) j'sais pas comment dire euh [...] j'suis arrivée avec [mon bébé] dans l'écharpe [...] collé à ma poitrine [...] ET C'EST PAS MÉCHANT HEIN CE QU'IL A DIT, et ... et je le connais hein, il a dit "Ohla mais qu'est-ce qu'on aimerait bien être à la place de [ton bébé]". Un gros sous-entendu clairement ... voilà ... MAIS C'EST GÊNANT [...] c'est vraiment pas quelqu'un de méchant, et autant y en a tu trouves ça dégoûtant quand ils te, quand ils ont ce genre de propos ... [autant lui] j'ai du mal à lui en vouloir* ».

S5(L152), pour sa part, raconte comment l'urgence d'une situation médicale a relégué l'agression d'une infirmière par un médecin au second plan : « *un chirurgien [venu] pour poser une circulation extracorporelle qu'il arrivait pas à poser, et donc c'était la faute de tout le monde sauf de lui, et euh l'lbode [...] qui l'aidait, se faisait insulter de salope, de tous les noms ...* *Devant nous tous, voilà. Et euh tout le monde était un peu sidéré et voilà. Mais [...] la dame était en arrêt cardiaque je pense qu'on était tous en train de ... se préoccuper plus de la patiente, mais c'est vrai que à froid ...* ».

### **c) Résignation**

Face à ces agissements, beaucoup semblent se résigner pour mieux accepter : R2(L191) raconte ainsi : « *Du coup, au bout d'un moment, ce stage j'ai fini par mieux le vivre parce que j'avais ... c'est triste en fait de dire ça comme ça, mais j'avais acquis qu'il fallait pas se battre, fallait contredire personne, enfin cette idée c'était acquis et du coup je l'ai mieux vécu. Mais en fait c'est plus parce que je me suis résignée ...* ». R5(L190) confie également « *en fait tu les entends et tu te dis "Bon ... écoute si tu penses ça tant pis, ça m'importe peu". Je veux dire ... ce que les gens pensent un moment t'oublies et tu passes outre parce que sinon t'avances pas ... enfin t'avances pas, tu ne fais que ressasser [...] Du coup je le relevais pas. Je les relevais pas et je laissais passer ...* ». Ces propos font écho à ceux de S2(L393) : « *je me disais qu'il fallait passer outre et que du coup j'en parlais pas parce que ça servait à rien de faire du bruit sur quelque chose qui devait pas m'importer* ».

Cette ligne de conduite mène certaines à un déni volontaire, comme R3(L245) qui essaye d'adopter « *la technique de l'autruche* », ou R2(L20) qui raconte : « *leurs blagues c'est sexiste mais tu fais comme si ça ne l'était*

*pas, c'est macho, c'est raciste, mais ils ne le sont pas, ben du coup c'était réglé* ». Ainsi, S8(L583) observe qu'il « *y'en a qui ont plus ou moins créé leur petite carapace ...* ».

#### **d) Ignorance**

Quelquefois les violences sexistes ne sont pas reconnues comme telles, non pas par ignorance volontaire, mais par absence de questionnement sur le sujet, comme l'évoque R3(L106) : « *dans l'externat j'étais moins ... j'étais moins sensible peut-être. Parce que ce sont des choses qu'on vit quotidiennement, et qui du coup sont ancrées en nous et qu'on ne remarque pas, et qui sont "normales" entre guillemets ... dans la norme de la société quoi, enfin normal dans ce sens-là ...* ». S1(L48) reconnaît aussi ce manque de remise en question durant l'externat : « *bah j'ai pas grand-chose à dire sur ça en tant qu'externe, parce que ... à l'époque je me posais pas beaucoup de questions* ».

#### **e) Fuite et esquivé**

Parfois, les internes racontent avoir fui volontairement les interactions avec certains chefs, comme R2(L517) lors de ses gardes : « *c'est vrai que je les évite les gardes avec lui ... Les gardes de jour avec lui où je sais que tu as d'autres chefs machin et que tu ne seras pas seule la nuit en cas de pépin je les ... je pourrais la prendre euh ... Mais euh la nuit c'est vrai que je l'évitais* ». De même, R5(L621) a esquivé un senior qu'elle redoute : « *je ne voulais absolument pas lui parler parce que j'avais vu son comportement euh qui n'était vraiment pas correct et je me suis dit "Ouais si ... si je lui laisse une ... une ... minime brèche, je vais peut-être me retrouver dans une situation compliquée"* ».

Elle se demande par ailleurs si cet évitement n'a pas eu lieu de manière inconsciente dans d'autres circonstances : « *alors oui effectivement, peut-être que je ne me suis pas retrouvée dans une situation compliquée parce que je les ai évitées* » (R5<sub>L623</sub>).

#### **f) Adaptations comportementales**

D'autres internes ont confié avoir adapté leur comportement et leur façon d'être. C'est le cas de R4<sub>(L179)</sub> : « *je ne sais pas, je me suis peut-être mis à fond dedans pour essayer d'im', pas d'impressionner mais de montrer que je suis capable en fait, de montrer que je sais faire* », ou encore de R7<sub>(L270)</sub> : « *j'me comportais vraiment comme une gonzesse, [...] j'me mettais moi-même dans cette position [...] à être là en mode euh "comme une fille" tu vois. Parce que j'avais l'impression que ... c'est un peu ce rôle euh, qu'y avait que c', 'fin ... que comme ça tu te fais accepter plus facilement quoi, quand t'es une fille agréable* ».

Cette adaptation est parfois inconsciente, comme pour S1<sub>(L207)</sub> qui ne s'en est aperçue qu'au cours de l'entretien : « *ça me pousse justement à me dépasser et à leur montrer que ... Que je suis capable de faire plein de choses et sans ... sans m'abaisser ... comment dire ... je veux pas leur donner raison, ils vont pas voir que je fais des efforts, mais ils vont juste finir par se dire "Ben en fait elle ... y'a pas de différence du fait que ce soit une femme" ... Mais au final peut-être que ça a un impact (rires) non mais c'est con, mais en le disant je me ... c'est ... ça te pousse quand même à faire un truc que t'aurais pas fait sinon .....* ».

### **g) Oubli voire refoulement**

La quasi-totalité des internes interrogées avouent avoir oublié une partie des faits sexistes vécus : « *Je pense qu'il y en a plein ... que j'oublie ... [...] Il doit y avoir plein de réflexions faites ... que j'ai, que mon cerveau a dégagé ...* » (R3<sub>L223</sub>). Parfois, la mémoire leur revient au moment de l'entretien, et, comme R2<sub>(L447)</sub>, elles en sont les premières étonnées : « *Il y avait cette histoire, mais tu vois, POURQUOI JE NE ME RAPPELLE PAS DE ÇA !!! [...] Pourquoi je ne m'en rappelle pas c'est nul ... Je suis sûre qu'il y a d'autres histoires comme ça qui pourraient bien raconter, mais je ne m'en rappelle pas ...* ».

### **h) Refuge dans le groupe**

Pour R2<sub>(L272)</sub> comme pour d'autres internes, le soutien entre les étudiant·e·s et l'équipe paramédicale a été d'une grande aide : « *Par contre avec les inf' on était devenues vraiment potes et ça c'était cool aussi. En fait c'est toujours pareil, [...] quand t'as des chefs avec qui ça ne se passe pas toujours bien [...] ben tu passes du temps avec l'équipe infirmière et du coup on avait noué de bonnes relations* ».

### **i) Sororité**

Certaines alertent les autres femmes, comme le raconte R3<sub>(L622)</sub> « *mon but c'était d'en parler. Dès que quelqu'un posait la question j'étais franche et je le disais ... Je disais ce qui se passait, comment j'ai vécu mon stage, pour que les gens soient au courant de qui était cette personne ...* ». Cette solidarité féminine est appréciée par R2 (propos off) « *J'ai trouvé ça super par contre parce qu'elle a prévenu ma sœur [de son agression sexuelle par un supérieur] et lui a dit d'essayer de ne jamais rester seule avec lui* ».

## j) Assurer une traçabilité et prévenir une récurrence

Pour R7(L569), il est nécessaire de réagir activement afin de prévenir et contrer une éventuelle répétition des faits. Elle raconte ainsi comment elle a prévenu un senior référent des internes d'une situation problématique concernant un autre supérieur hiérarchique : « *il fallait que je sois claire envers lui pour qu'il sache que c'était pas ok, et après mais j'en ai d'autant plus parlé à ... à ce chef là que je connaissais, parce que [...] j'me disais "Si ça arrive encore", tu vois c'est comme quand tu fais un certificat de coups et blessures, tu vois, même si tu portes pas plainte euh ben c'est bien que ce soit dans (rires) dans l'dossier quoi [...] eh ben là moi j'le vivais vraiment pareil quoi, au cas où ça se reproduise* ».

## k) Opposition

Plusieurs internes rapportent s'être opposées à leurs seniors, et ce de différentes manières.

Parfois, cela se fait par **l'affirmation de son opinion contraire** comme R5(L643) : « *Je lui ai répondu qu'il n'avait pas à me parler sur ce ton* » et R2(L595) : « *Je lui rentre dedans, je lui réponds un peu plus* ». Suite à des remarques sexistes de la part d'un chef, A(L334) quant à elle est allée dans son bureau et a « *changé son fond d'écran et mis une photo des Femens* ».

Dans d'autres cas, cela passe par un **refus d'obéir aux consignes**. R4(L256) avoue ainsi que lors d'un stage : « *il fallait prendre des avis pour tout, mais on le faisait pas, on, on se sentait con tu vois [...] on traitait nous-même* ». A(L182) de son côté a refusé de se plier à la règle vestimentaire édictée par le chef de service : « *moi clairement j'ai jamais mis de jupe chez lui, je pense que c'est ça [...] qui a fait [...] qu'il m'appréciait pas, mais bon* ».

*bah, j'ai dit mais non mais rien à faire, je viens en pantalon merde ! C'est juste pas pratique les jupes ! ».*

Pour certaines, l'opposition s'exprime **via leur gestuelle**. S6(L161) n'a ainsi « *pas souri* », et R2(L454) a fait « *une tête genre ... "Quoi mais pourquoi ?"* ». Pour d'autres, cela passe **par leur attitude** : « *j'ai toujours, j'ai toujours réussi à dire non, [...] à à mettre une barrière, je suis assez froide quand fin, quand on m'emmerde (rires), on le voit assez rapidement* » (S5L142).

S6(L192), quant à elle, **refuse d'aborder certains sujets** avec ses supérieurs hiérarchiques : « *je répondais pas quand ils me posaient des questions sur ma vie privée ...* ».

Enfin, c'est par la **menace de poursuites judiciaires** et de répercussions administratives que R7(L491) s'est défendue après avoir été victime d'une agression sexuelle. Comme elle le raconte, un chef lui a administré : « *une FESSÉE quoi, dans le couloir ..... et ça c'était horrible hein, ça m'a pas du tout plu et j'ai, j'ai vraiment pété un câble après mais (bruit d'inspiration bruyante) ... mais bon voilà, enfin d'manière, j'ai pas perdu mes moyens hein, là j'lui ai dit "Là c'est la dernière fois que tu fais ça, la prochaine fois euh j'te traîne devant le conseil d'administration", enfin c'est pas, pas possible euh .... Je, je, j'lui ai rappelé plusieurs fois le truc* ».

## **I) Résilience**

Certaines internes livrent des récits qui témoignent de leur résilience.

C'est le cas de R1(L219) qui dit se réapproprier les valeurs féminines pour en faire des atouts : « *je pense qu'être une femme peut aussi être un atout euh... dans tes relations avec tes patients, [...] je ne sais pas si c'est parce qu'on n'a pas la même sensibilité ou parce qu'on n'a pas la même approche [...] mais je sens que c'est plus facile pour une femme d'aller dans l'intime*

*et non seulement à l'examen clinique mais également dans l'interrogatoire dans ... dans .... l'approche en fait .... d'aller un peu plus au fond des choses [...] je vais essayer d'utiliser ce côté positif [...] pour en faire un atout ».*

R7(L784) estime, elle, que les discriminations auxquelles elle a été confrontée l'ont rendue plus empathique : *« je me suis rendue compte que [...] toutes les choses que j'ai vécu, en tant que femme ... et toutes les injustices que j'ai vécu, elles sont ... ça me, ça m'aide à comprendre mieux les gens ... et les humains de manière générale, parce que tous les humains que je traite ils sont victimes de discrimination ».*

Pour S1(L200), les violences rencontrées ont été source de motivation pour un dépassement de soi : *« ça a été positif dans le sens où ça m'a donné envie de bosser et de me battre pour justement pour donner tort à ces personnes [...] Quand je vis une situation comme ça, [...] je me dis "T'inquiète pas, je vais te montrer de quoi je suis capable", et voilà rien que ça me ....ça me suffit à faire passer le sentiment négatif qu'il pourrait y avoir ».* Elle décrit par ailleurs que cela l'a rendue plus résistante et a participé à une forme de reconstruction narcissique par amélioration de son estime d'elle-même : *« alors que, à la fin, c'était ben, je sais que j'en suis capable, et si lui est pas capable de s'en rendre compte ben c'est son problème [...] Donc oui j'ai évolué là-dessus mais c'est parce que moi j'ai pris confiance en moi et que je sais ce que je vauz [...] ça m'atteignait beaucoup moins »* (S1L165).



## 2. Stratégies de défense face au sexisme des patients

De nombreuses stratégies d'adaptation face au sexisme exprimé par les patients ont été également décrites.

### a) Résignation

Plusieurs internes se sentent résignées face à ce sexisme, comme le dit R1(L258) : « *c'est un peu triste mais je suis résignée par rapport à ça [...] s'ils n'ont pas envie de l'entendre, ils n'ont pas envie de l'entendre [...] c'est ancré quoi* », ou encore R3(L393) « *c'est tellement banal que ... je ne sais pas, ça n'en n'est même pas énervant, enfin c'est triste, tristement banal* ». Ce sentiment de lassitude est parfois partagé par les équipes infirmières, comme le raconte S4(L489) : « *même les infirmières ont toutes dit "Mais c'est un gros débile, encore un quoi" enfin (rires) on en voit tellement aux urgences que on fait plus cas de ce qu'ils nous disent en fait* ».

### b) Justification

Elles justifient ces faits par de multiples explications.

Pour S2(L196), les patients seraient « *habitués à voir le docteur comme un homme, peut-être parce que justement il y avait surtout des hommes avant* ».

Pour d'autres, le sexisme ne serait pas volontaire mais relèverait d'une méconnaissance du fonctionnement du milieu médical. R3(L373) justifie ainsi les remarques sexistes faites à son encontre en disant qu'il y a « *un biais, parce que je suis la seule dans le cabinet à porter un ... un ... haut de pyjama. Tous les médecins ne portent pas de pyjama du coup euh ... c'est pour ça je pense que je fais secrétaire* ». De même, R2(L562) excuse ces comportements par une méconnaissance de l'organigramme hospitalier : «

*parce que c'est pas clair dans la tête des gens qu'il y a des externes, donc je pense qu'eux ne savent pas ce que c'est et qu'ils ont en gros médecins/infirmiers donc tu es très vite dans l'un ou dans l'autre ... ».*

Enfin pour quelques-unes, il s'agirait de maladresse, mais pas de malveillance : *« j'ai pas relevé, j'ai pas relevé parce que je pense que souvent les patients c'est un petit peu euh maladroit mais que c'est pas... c'est pas méchant et c'est plutôt de la, de l'incompréhension je pense par rapport aux choses qui changent un peu et au domaine médical qui se féminise ... »* (S3L335).

### **c) Minimisation**

Parfois, certaines en viennent même à minimiser les faits : *« il ne s'est rien passé il m'a juste pel', en fait j'en ai parlé à mes chefs, j'ai dit "Il m'a mis une main aux fesses ce patient" .... et je, pourquoi j'ai eu besoin d'en parler, c'était un truc, c'était pas ... sur le coup ça m'a un peu traumatisée »* (R7L665).

### **d) Repousser les limites de l'acceptable**

De plus, de la même manière qu'elles le font vis-à-vis du sexisme émanant des chefs, les internes élèvent parfois le seuil de ce qui est tolérable pour elles. R6(L225) rapporte ainsi une discussion qu'elle a eu avec l'un de ses chefs après qu'un patient ait mimé un geste déplacé à son encontre : *« [le senior] m'a dit "Bon, je pense que tu as mal pris ce qui s'est passé". J'ai dit "Ben oui, je peux pas le prendre autrement que mal, maintenant il n'a pas concrétisé son geste, il ne m'a pas touchée" mais j'ai dit à mon chef "Je pense que s'il m'avait touchée, je pense qu'il aurait eu mon poing dans la figure" ... ».*

### **e) Oubli**

Elles rapportent aussi ne pas se rappeler de tous les faits passés, comme S4(L453), qui voit ressurgir le souvenir d'un événement durant l'entretien : « *Euh ..... J'ai du mal à me souvenir ... euh ... en fait c'est un sentiment, j'ai le sentiment que c'est déjà arrivé, mais je suis incapable de mettre un souvenir très précis dessus en fait. [...] Si ! J'ai eu ... Oh purée ça me revient ! [...] d'un seul coup ça m'est revenu là !* ».

### **f) Prise avec humour**

Cependant, dans de nombreux cas, les internes rapportent mettre en place des stratégies actives de défense.

Parfois, cela se fait par le biais de l'humour, souvent utilisé comme moyen de désamorcer les tensions tout en faisant passer un message -comme l'affirmation du statut de médecin : « *maintenant je le prends plus en rigolant en leur disant que que ... bah c'est moi le médecin* » (S1L172).

### **g) Affirmation d'un statut**

Cette réaffirmation de statut passe aussi par d'autres moyens, comme l'adaptation de la manière de se présenter auprès des patients. C'est ce que raconte S1(L177) : « *j'essaie vraiment de me dire "À chaque fois que tu rentres dans la chambre parler à quelqu'un, dis "Bonjour je suis le médecin" bien fort qu'ils entendent bien"* ». De la même manière, R6(L264) n'hésite pas à s'imposer et à dire : « *Non c'est MOI le médecin, c'est MOI qui m'occupe de vous, enfin je m'occupe de vous* ».

D'autres préfèrent laisser parler leurs compétences, comme S8(L547) : « *je leur dis trop rien quoi. Parce qu'au final de toute façon euh, au fur et à mesure que je les prends en charge ils vont bien comprendre au bout d'un*

*moment bah que t'es le médecin et t'es compétente comme un homme, ou, ou comme, encore mieux, un vieil homme barbu euh ... (rires) ils finissent par le comprendre. Je laisse le, je laisse pour le coup, mes compétences euh ... prouver que je suis à ma place, et puis point ... ».*

#### **h) En parler à quelqu'un**

Face aux agressions sexistes, certaines internes décident de se confier à une tierce personne, que ce soit pour se couvrir par peur de fausses accusations comme R7(L603) « *j'en parle aussi à mes chefs parce que ... en fait j'ai tout le temps peur des représailles ... à chaque fois que j'dis "Non" j'me dit "Oh putain ça y est [...] ça va me retomber dessus" .... »*, ou pour lui demander d'intervenir, comme S4(L457) : « *j'appelais l'aide-soignant pour m'aider [...] à chaque fois il venait m'aider, et j'étais jamais trop seule [...] trop longtemps, ce qui fait que ça a jamais dégénéré, parce que à chaque fois il y avait toujours un grand gaillard qui débarquait qui disait "Hé, qu'est-ce que tu fais ?!" »*.

#### **i) Opposition**

Les exemples d'opposition franche aux patients, quant à eux, sont plus nombreux que lorsque les internes affrontent leurs supérieurs hiérarchiques, et semblent se faire plus facilement. Parfois, elles affichent leur désapprobation physiquement, comme S6(L141) : « *j'ai pas mal de fois où il y a des patients qui m'ont dit "Ah ben dis donc c'est sympa d'avoir une remplaçante aussi mignonne, ou aussi belle", et à chaque fois je je souris pas »*. Quelquefois, leur désaccord est exprimé verbalement : « *je lui ai dit "Mais ça va pas, c'est hors de question de faire ça" »* (R7L600), et ce de manière plus ou moins forte : « *faut crier plus fort pour se faire entendre et ça marche très bien »* (S7L268). C'est également le cas de R8(L450) qui

affirme « *Avec les patients, je pense que je me laisse vachement moins faire, je vais plus oser les remettre à leur place* ».

## **j) Fuite**

Cependant, lorsqu'il s'agit d'actes sexistes plus graves (agressions sexuelles, exhibitionnisme), il semble qu'il soit plus difficile pour elles de réagir, ce qui les conduit à fuir ces situations. Ainsi, si R6(L265) n'a « *pas peur de le dire pour des petites choses* », elle reconnaît que « *pour les gros trucs j'ai plus la ten' comme je dis j'ignore les propos et je pars ...* ».

## **J. Evolution vis-à-vis du sexisme**

Les femmes interrogées ont l'impression que les réactions face au sexisme évoluent avec le temps.

### **1. Évolution par rapport aux générations passées**

Tout d'abord, selon certaines, les femmes seraient actuellement mieux armées pour répondre aux attaques sexistes grâce aux acquis des générations précédentes : « *Notre génération a hérité de beaucoup de générations, on a peut-être des outils pour dépasser ça et essayer de se battre et ne pas se dire que c'est normal ...* » (R3L278).

## 2. Meilleure détection du sexisme

Lorsqu'elles parlent de leur propre expérience face au sexisme, les internes rapportent que ce dernier leur paraît plus facilement identifiable à mesure qu'elles acquièrent de l'âge et de l'expérience, comme le relève R3(L555) : « *plus tu es confrontée à ça plus tu es éveillée, plus ça t'énerve [...] Au début peut-être de l'externat, ben ça me choquait pas, là ça me choque et ça m'énerve* ».

S8(L277) rapporte un ressenti similaire : « *j'suis quand même tout doucement devenue un peu féministe, et j'suis pas sûre que j'le serais devenue forcément aussi vite sans tout ça en fait. [...] quand tu commences à en parler autour de toi, que tu commences à avoir des lectures un peu différentes, que t'as écouté des choses, à entendre d'autres femmes parler, tu te dis : en fait euh, c'est pas normal ! [...] et on a pas à accepter tout et ... c'est fou quoi ! [...] j'ai changé d'avis sur pas mal de trucs qui me semblaient être des principes inébranlables alors qu'en fait bah on s'en fout quoi* ».

## 3. Évolution des réactions face au sexisme

Elles constatent également une évolution quant à leur manière d'y réagir.

### a) Immobilisme malgré la prise de conscience

Pour R3(L558), elle prend la forme d'une prise de conscience qui n'a cependant pas entraîné de passage à l'acte jusqu'à présent : « *Au début peut-être de l'externat, ben ça me choquait pas, là ça me choque et ça m'énerve mais je ne réagis toujours pas* ».

## b) Emancipation vis-à-vis du rôle assigné

Pour d'autres, l'évolution consiste en un refus de se conformer au rôle qui leur semble assigné.

Parfois cela peut se traduire par l'**affirmation de leur identité propre**, comme lorsque S1(L166) déclare : « *je vais pas aller changer ma personnalité pour faire plaisir à sa petite personne et au fait que .... il a la puissance du truc* », ou quand R7(L995) dit : « *moi je suis une femme et justement, je, j'ai pas envie qu'on m'impose de mettre des talons pour ressembler à une femme, j'ai pas envie qu'on m'impose de me maquiller* ». De même S7(L168) affirme : « *je suis pas là pour charmer des hommes ou pour me faire aimer des gens, 'fin des hommes surtout* ».

Dans d'autres cas, le refus de se plier aux injonctions passe par une **mise à distance de la culture du viol** qui sous-entendrait que les femmes sont coupables du sexisme qu'elles subissent, comme le souligne R7(L195) « *ça m'a pris vraiment beaucoup, beaucoup de temps -mais quand je dis beaucoup de temps c'est vraiment hyper récent même que j'arrive à faire ça- c'est d'me dire "Attends j'suis pas responsable du désir des autres" ...* ».

**L'affirmation de leurs convictions** a aidé certaines internes dans ce processus, comme en témoigne R7(L295) « *plus le temps a passé plus je suis devenue féministe ... j'ai toujours été féministe mais plus j'me suis sentie vraiment euh engagée et euh ... et là j'ai commencé à l'ouvrir et à ne plus supporter les blagues [...] maintenant j'laisse plus rien passer. (rires) [...] j'trouve que c'est important [...] en tout cas pour moi ça a changé quelque chose, parce que quand tu rentres chez toi et que tu t'es fait claquer les fesses et que tu te dis que tu n'as RIEN dit, (baisse la voix) alors*

*que c'est ton chef qui l'a fait quoi ... c'est dur à vivre quoi ».* Elle poursuit en expliquant : *« j' imagine le discours dominant comme une espèce de gros sac avec plein de, plein de mots qui appartiennent au discours dominant et je trouve que c'est bien de, dans ce sac là, de mettre un peu de, de soi-même, l'ouvrir pour dire un peu d'autres choses »* (R7L341).

Cette même interne raconte que cette évolution personnelle a **un impact positif** sur sa relation à elle-même : *« moi j'peux plus me regarder dans une glace [...] à vivre dans ce monde-là on est toutes malheureuses ... et donc si, j'trouve que si on, si on proteste quand il y a des choses qui nous paraissent pas justes eh ben on se sent mieux dans notre peau, et donc même si ça peut occasionner des disputes avec nos chefs avec euh nos collègues, mine de rien, la relation qu'on a à soi-même [...] et à l'humanité, elle est tellement de meilleure qualité, elle est tellement plus honnête que ça vaut le coup ... VRAIMENT j'trouve »* (R7L317). Elle explique également que, contrairement à ce qu'elle imaginait, le fait d'être elle-même et de s'affranchir des codes a également facilité ses rapports à autrui : *« je me suis rendue compte que plus t'es toi-même et mieux ça se passe. Donc c'est là que j'ai commencé à être beaucoup plus euh, à aller plus à fond dans ce que je suis euh ... et à briser les, les trucs que j'pensais être des codes importants et euh et ça s'est mieux passé paradoxalement »* (R7L247).



## K. Verbalisation

A la question de savoir si les internes parlent des violences sexistes vécues, différentes réponses ont été données.

### 1. Avec qui ?

#### a) Personne

Plusieurs internes ont rapporté ne parler de ce sujet à personne : « *c'est vrai que c'est un sujet que je n'aborde pas trop non plus, enfin qu'on n'aborde pas trop ...* » (R5L226). R6(L144) l'explique de cette manière : « *Mais après j'évite d'en parler parce que je n'ai pas envie d'y penser* ».

#### b) Cercle proche

Parfois, elles en parlent avec leurs « *parents* » (S5L172), leurs « *amis* » (S1L133), ou encore avec leur conjoint·e comme R6(L143) qui dit aborder le sujet avec son « *copain* ».

#### c) Cercle professionnel

Au sein de leur environnement professionnel, les femmes interrogées ont souvent déclaré aborder le sujet avec d'autres internes, comme R4(L396) : « *souvent avec mes co-internes. Très, très souvent [...] je voulais débriefer avec eux et savoir s'ils avaient le même ressenti que moi* ». Parfois, elles en discutent également « *avec des infirmières du service* » (S1L134).

Toutefois, elles en parlent rarement avec les autres seniors du service, ou alors uniquement s'il existe des facteurs facilitant la parole, comme pour R7(L562) : « *j'en ai parlé, en fait, ben j'en ai parlé à, au responsable, à l'assistant qui gérait les internes, qui est un ami à moi* ». De même, R6(L254)

s'est confiée à un senior car « *il était témoin* » et qu'il avait « *montré de l'empathie* » envers elle.

#### **d) Avec les chefs concernés**

Les internes ont très souvent confié ne pas aborder la question avec les seniors concernés, comme R1(L317) : « *Non... Non jamais osé* ». Pour R6(L151), cette éventualité ne semble pas envisageable : « *... NON ! (rires) ... Non (rires). Non-non-non* ».

Pour R2(L598), une discussion avec les principaux intéressés ne pourrait se faire que sur le ton de l'humour : « *si j'arrive à placer un truc qui me vient je le ferai, mais faudra que ça reste dans l'humour ...* ». Quant à R3(L138), elle a réussi à le faire lorsque cela concernait une tierce personne : « *il avait des réflexions avec les patientes euh ... très, très stéréotypée [...] enfin ça après j'arrivais en discuter parce que ça ne me concernait pas. Quand il disait ça et qu'après on allait manger ensemble à midi, je lui expliquais que je n'étais pas d'accord avec son point de vue et ...* ».

#### **e) Avec le patient concerné**

Les avis sont plus partagés en ce qui concerne le fait d'aborder le sujet avec les patients incriminés. Certaines, comme R7(L600), n'hésitent pas à le faire : « *je lui ai dit "Mais ça va pas, c'est hors de question de faire ça"* ». D'autres en revanche ne parviennent pas à en parler directement aux patients. C'est le cas de R6(L260) : « *Non ! ... Pour ce patient non. Je ... euh, j'suis partie, clairement j'ai rien dit* », ou encore de R4(L382), qui a attendu de sortir du domicile du patient pour « *exploser dans la voiture du prat'* ».

## 2. Réactions rencontrées suite à la verbalisation des violences/du sexisme

Suite à la verbalisation des violences vécues, diverses réactions ont été rapportées par les internes.

### a) Vis-à-vis du sexisme des médecins

- **Réaction de personnes témoins ou extérieures au milieu**

Lorsqu'elles ont parlé du sexisme émanant de médecins à des tiers (leurs proches, les infirmières, leurs co-internes), plusieurs femmes interrogées racontent s'être vues confirmer leur interprétation des faits. C'est le cas de S1(L139) dont le co-interne s'est exclamé « *c'est incroyable, ça se voit vraiment qu'il y a une différence de traitement entre nous !* ». Cette reconnaissance des violences vécues est salutaire pour R3(L588) : « *Heureusement que j'étais entourée de pas mal de gens bienveillants qui m'ont ... qui m'ont ... tout de suite dit "Non, non, là c'est du harcèlement"* ».

Parfois, elles reçoivent également du **soutien**, comme S8(L265) : « *[ma mère] m'a toujours soutenue pour ce genre de trucs [...] [mais] c'est vrai qu'elle a toujours du mal à comprendre qu'on puisse être des pseudos ... intellectuels avec bac +10, mais qu'on soit quand même capables de se comporter comme des bêtes quoi donc... donc elle comprend pas, après elle m'a toujours soutenue* ». Ce soutien peut aussi prendre la forme d'une **déculpabilisation** et d'une réassurance de l'interne victime : « *il y a des gens qui ont vachement aidé, en disant "[...] l'état dans lequel tu te retrouves, il s'explique, c'est pas toi qui est lâche, c'est*

*pas toi qui est ... C'est de la sidération, c'est un mécanisme de défense, de survie ..." » (R3(L604)).*

En revanche, dans d'autres cas, les proches auprès de qui elles se confient **nient leur vécu en minimisant** la violence du sexisme subi, comme le raconte R3(L607) à qui une camarade a répondu : « *Ben ça arrive, tu es sûre que c'est pas toi qui le prend ... qui le prend mal ou qui le ... qui le ... qui interprète mal ?* ». Elle ajoute que d'autres connaissances ont réagi de manière similaire : « *après ils me l'ont peut-être pas dit clairement mais je l'ai peut-être ressenti comme ça, qui disaient "Ben ça va, va pas ... port' .. enfin porter plainte ou un truc pour ... pour ça !" Parce que c'est banal, parce que c'est quelque chose de banal et parce que ...* ».

Il arrive également qu'on leur suggère de **dédramatiser et de prendre du recul**, sans remettre en question le caractère problématique de la situation. C'est le cas de S1(L140) qui se voit conseiller par son co-interne de ne pas se laisser atteindre par ce qu'elle subit : « *il était plus détente à me dire "C'est comme ça, faut que ça te passe au-dessus quoi" »*.

Cette attitude qui tend à minimiser les faits peut parfois s'illustrer sous la forme d'encouragements à **endurer les violences et à ne pas craquer** : « *les conseils c'était "Tiens bon, ça va aller" [...] les filles me disaient "Accroche toi, il fait comme ça avec tout le monde, enfin avec toutes les filles donc t'inquiète pas ça va aller" » (S1L136).*

De temps en temps, elles rapportent aussi être **exhortées à se taire**. R3(L612) raconte ainsi : « *ma mère m'a plutôt ... ben elle c'est les études avant tout, donc elle m'a plutôt dit "Non, n'en parle pas tout de suite,*

*dépose pas de main courante parce que ce mec-là il doit sûrement avoir le bras long”* ». Elle confie par la suite que « *d'autres personnes* » lui ont également rétorqué « *Ben pourquoi en parler ?* » (R3L617).

- **Réactions des médecins face au sexisme de leur(s) confrère(s)**

Deux attitudes sont observées par les internes lorsqu'elles rapportent à des seniors hommes des faits sexistes causés par leurs confrères.

La première est celle de **défendre l'étudiante**, comme en témoigne R5(L645) : « *Heureusement [l'autre sénior] m'a défendue* ».

La deuxième attitude, à l'opposé, tient en une **absence de réaction**, bien que les faits soient reconnus. C'est ce que raconte R2(propos off) à propos d'une autre interne qui aurait refusé d'être de garde avec un senior l'ayant agressé sexuellement dans le passé : « *comme elle voulait faire de la chirurgie thoracique, elle a fait des gardes là-bas, et un soir, elle devait être avec lui, elle est allée voir un chef de clinique et lui a dit "Je ne veux pas faire de garde avec lui mais je ne veux pas dire pourquoi". Et il lui a répondu "Je sais pourquoi tu ne veux pas, parce que ma femme a eu les mêmes problèmes que toi"* ».

- **Réactions des médecins responsables des faits**

Enfin, les internes nous ont aussi rapporté les réactions des seniors responsables des faits après qu'elles les aient confrontés.

R3(L141) raconte qu'un chef qui tenait des propos stéréotypés vis-à-vis des patientes s'est **remis en question** suite à sa prise de parole « *il*

*était prêt à discuter de ça : "Ben oui ça peut être vieux jeu, c'est vrai c'est peut-être une illusion" ».*

Cette remise en question est allée jusqu'aux **excuses** pour R7(L334), après qu'elle se soit indignée de propos particulièrement violents tenus à l'encontre d'une patiente : « *Et là j'ai vraiment pété un câble [...] ils sont revenus une demi-heure après pour s'excuser auprès de moi* ».

Elle rapporte plus tard, en parlant d'un autre chef qu'elle a menacé de poursuites judiciaires après qu'il l'ait agressée sexuellement, que ce dernier a manifesté **de la surprise** face à sa réaction : « *il était surpris, mais en fait euh .... en fait euh ..... Ouais, j'sais pas ... si ..... Ouais il était surpris* » (R7L499). Elle précise que cela n'a pas semblé nuire à leurs rapports : « *il m'resp', fin, il avait pas moins d'estime pour moi après* » (R7L500).

Parfois, les médecins restent dans **une attitude de déni**, soit en minimisant le sexisme : « *il m'prenait pas au sérieux ... parce qu'en fait il ne voit pas le mal, parce qu'en fait tout le monde couche avec tout le monde* » (R7L500), soit en le justifiant par du paternalisme : « *elles n'étaient pas trop d'accord [sur le fait qu'elles infantilisaient les patientes] et puis elles [...] voyaient plus ça comme de l'accompagnement et comme le fait que ben elles, elles savaient, que la patiente elle ne savait pas et que du coup il fallait les ... Elles, elles se voyaient plutôt aidantes en fait* » (R3L447).

Dans certains cas, toute tentative de discussion ou de confrontation semble vouée à l'échec face à un·e interlocuteur·ice qui conserve une **impermeabilité totale** : « *j'ai changé son fond d'écran et j'ai mis une photo des Femens [...] ça lui a plu parce qu'elles sont canons* » (AL334).

Les internes témoignent également des **conséquences que cette prise de parole a sur elles-mêmes**. Pour R5(L643), elle a engendré un mal-être qui a duré un certain temps : « *Je lui ai répondu qu'il n'avait pas à me parler sur ce ton et ça a pris des proportions énormes [...] j'ai été vraiment mal pendant des jours* ». Pour R3(L588) au contraire, cela a été plutôt bénéfique : « *ça m'a [...] vachement soulagée* ».

## b) Vis-à-vis du sexisme des patients

Les femmes interrogées se sont également exprimées sur les réactions rencontrées quand elles parlent du sexisme des patients.

### ◦ Réactions des patients suite à la verbalisation

Lorsqu'elles se défendent et réagissent, les patients réagissent de différentes manières.

Certains patients **s'excusent** auprès d'elles, notamment lorsqu'ils les prennent pour une infirmière, comme le raconte R2(L574) : « *j'en ai mis mal à l'aise quelques-uns qui disaient "Ah oui non pardon, c'est parce que vous faites très jeune mais ... oui d'accord vous êtes le médecin, je comprends, bien sûr"* ». S3(L399) témoigne elle aussi recevoir régulièrement cette réponse de leur part : « *très souvent ils s'excusent et euh... voilà* ».

Cependant, il arrive aussi que le patient ait une **attitude de déni** complet, comme le rapporte R7(L600) : « *je lui ai dit "Mais ça va pas, c'est hors de question de faire ça", et "Non mais j'veus considère comme ma fille, j'ai rien fait", il n'a pas du tout assumé [...] il m'a dit*

*“Mais non j’ai rien fait, non, non, non” alors qu’il m’a vraiment caressé le dos et jusqu’en bas des fesses quoi ».*

- **Réactions des seniors quand les internes parlent du sexisme de leurs patients**

Lorsque les internes parlent du sexisme des patients à leurs supérieur·e·s, elles font face à diverses réponses.

Certains **confirment l’aspect problématique et condamnable des faits**, comme le senior de R6(L217) qui est témoin d’une scène où le patient mime un geste déplacé envers elle : *« [le patient] a fait le geste de me mettre la main au cul. Juste pour “rigoler” ... Et euh ... mon chef à côté qui est homme, a rigolé [...] et euh, et on est sorti de la chambre et en sortant mon chef il m’a dit “Bon, je pense que tu as mal pris ce qui s’est passé [...] j’ai vu le geste qu’il a fait et euh ... et j’ai bien compris, je comprends ta réaction ».*

S’il **condamne l’attitude** du patient, il ne le fait cependant pas devant ce dernier, s’exprimant seulement une fois sorti de sa chambre : *« il a dit “Bon, j’ai rigolé, j’ai rien dit au patient [...] [mais] il n’a pas à être comme ça” » (R6L220).*

Le supérieur hiérarchique de R4(L385) a quant à lui exprimé sa désapprobation directement au patient au moment des faits : *« le gars qui a dit “Wahou je la garderais bien celle-là, elle ira promener mes chiens” [...] lui, il l’a remis en place ... ».*

Quelquefois, des **propositions sont faites par le senior pour protéger l’interne** comme le fait de *« réinstaurer la blouse » (R4L276),*



ou d'éviter à l'étudiante d'autres contacts avec le patient en question :  
« *je le surveillerai et si tu veux c'est moi qui irait le voir après et pas toi*  
» (R6L252).

Parfois, elles obtiennent des **conseils** de la part de leurs chef·fe·s, qui peuvent les légitimer dans leur colère et encourager une réaction de défense de leur part, comme R7(L660) : « j'lui ai raconté ça elle m'a dit "*Et du coup tu t'as fait quoi ? Tu lui as foutu une baffe ?*" ... J'ai dit "*Ben non. - Tu sais moi ça m'est déjà arrivée de foutre des baffes aux patients !*" ... ». Elle raconte que cette réaction de soutien l'a soulagée : « *Et ça ça m'a fait du bien d'entendre ça quoi ! ... Et là pour le coup j'ai ressenti, pour la première fois ... un vrai truc de solidarité en fait ... te dire "[...] c'est ok de ne pas être d'accord avec ça" et franchement on me soutient !* ».

A l'inverse, on les enjoint parfois à se conformer à la culture du viol : « *J'en ai une qui m'a dit "Oui c'est vrai, mais c'est vrai que du coup, on est obligées de faire attention, comment on s'habille euh" [...]* Limite elle me, enfin, elle me disait pas que c'était de ma faute mais elle me dit "*C'est vrai qu'c'est le truc [...] qui est contraignant dans notre métier, c'est que un moment on se fait toujours euh*" » [...] j'trouvais, et j'f', c'était vraiment terrible ... de ... cette espèce de ... même si en plus elle voulait pas me dire ... en fait c'est quand même ça qu'elle faisait » (R7L635).

D'autres seniors, plus fatalistes, justifient le comportement des patients, comme le chef qui aurait répondu à R6(L251) : « *Il n'a pas à être comme ça mais en même temps [...] c'est un vieux, tu le changeras pas* ».

S6(L150), quant à elle, rapporte une situation où son supérieur hiérarchique a participé au comportement sexiste en renchérissant : « *il y a une fois où, c'était le premier jour avec mon maître de stage, et il y a une patiente qui avait des problèmes de santé, et je pense qu'elle essayait de détourner l'attention sur le fait qu'elle se prenait pas en charge, et du coup elle a dit à mon prat' "Ah ben dis donc elle est mignonne votre interne, vous avez de la chance !" et mon prat' il a répondu "Ben oui c'est vrai, on les choisit sur catalogue", et euh ... j'ai trouvé ça ouais, ignoble* ».

## **L. Affaire Weinstein et Polémiques**

### **1. Affaire Weinstein**

L'affaire Weinstein a éclaté peu de temps avant la réalisation de ces entretiens, et a été citée à plusieurs reprises par les internes.

#### **a) Un contexte évoqué**

En effet, ce contexte particulier a été évoqué plusieurs fois lors de leurs stages : « *Et je pense que ça a dévié sur ... sur l'histoire de ... enfin il trouve qu'on ... qu'il y a trop de ... qu'on en fait trop quoi* » (R3L327) ; « *je sentais qu'il avait juste lu une info, parce que sûrement elle était passée à côté de lui dans le journal, mais qu'il n'avait pas réfléchi au truc ...* » (R2L408).

**b) Un contexte qui rend l'absence de prise de conscience choquante**

Il est pour certaines révélateur d'une absence de prise de conscience qu'elles trouvent choquante, comme l'explique R3(L339) : « *je trouvais ça assez hallucinant euh ... qu'ils ne se rendent compte de rien. [...] À notre époque, ben là avec euh .... Avec tout ce qui se passe sur les réseaux sociaux, l'affaire Weinstein* ».

**c) Un contexte qui rend le sexisme assumé plus provocant et plus choquant**

Il rendait de même le sexisme assumé de certains de leurs supérieurs hiérarchiques d'autant plus provoquant et offensant : « *C'est quand même hyper choquant enfin surtout dans le contexte actuel ... en plus c'est ... il l'a évoqué le contexte ! Donc il savait très bien ce qu'il disait* » (R1L291), « *il s'est mis à parler euh de l'affaire euh Weinstein [...] il disait "Oui mais maintenant elles portent toutes plainte mais elles oublient que grâce à lui elles ont eu de supers rôles euh machin et tout", des propos mais (dit en s'étrayant) j'étais là "Mais franchement quoi ... Mec !" ...* » (R8L356).

**d) La prise de parole dans ce contexte**

Certaines, comme R1(L298), estiment que ce « *climat est plus favorable* » à la prise de parole, comme l'explique plus amplement R7(L820) : « *je pense que ça a changé vachement de choses dans le sens où [...] on a commencé à parler des rapports de domination, il y a beaucoup de choses qui ont été dites sur la question, il y a beaucoup de femmes qui sont écoutées [...] maintenant je trouve que ça donne une vraie légitimité d'ouvrir*

*sa gueule, et ça c'est vraiment génial, et je pense que ça a fait forcément changer les choses ».*

D'autres au contraire ont l'impression que cette actualité pourrait **favoriser un retour de bâton** et serait donc à bannir de certains échanges : « *Je lui rentre dedans, je lui réponds un peu plus mais je ne fais pas référence au fait que je suis une femme ou ... Ouais j'ai peur que ça fasse un peu polém'* ... *ouais sujet à polémique c'est vrai ...* » (R2L595).

### **e) Un contexte perçu par certains hommes comme leur étant hostile ?**

En effet, elles ont été plusieurs à avoir le sentiment que certains seniors hommes perçoivent ce climat comme leur étant hostile. Ainsi, R1(L296) évoque un chef qui se serait plaint que « *toutes ces filles maintenant c'est elles qui nous harcèlent* » ; R8(L356) cite de même un chef : « *il disait "Oui mais maintenant elles portent toute plainte"* ». Ce ressenti est partagé par R2(L397) : « *C'était quoi qu'il avait dit ? Que tout le monde, que toutes les femmes en profitaient après du coup euh, je ne sais même plus ce qu'il avait dit ...* ».

## **2. Parallèle avec l'invulnérabilité apparente d'autres hommes**

Ce contexte permet de faire le parallèle avec des situations vécues par les étudiantes dans le milieu médical. Celles que nous avons interrogées ont ainsi évoqué l'invulnérabilité perçue de certains seniors, dont le comportement serait ouvertement inapproprié sans qu'il n'y ait de conséquence pour eux.

C'est le cas par exemple **lorsque les témoins directs ne réagissent pas**, comme cela a été vécu par S8(L441) : « *la semaine dernière il y a le [spécialiste]*

*de garde qui débarque, je l'avais jamais vu, je le connaissais pas, apparemment c'est un des, des, des grands pontes de la [spécialité], et euh, j'appelle et tout, puis là il fixe mes seins, et de... y'avait vraiment beaucoup de gens, ils étaient peut-être 10 dans le bureau, "Vraiment euh je comprends pas pourquoi est-ce qu'on met toujours les étiquettes des prénoms au niveau des seins hein ! - Bah peut être pour vous donner une excuse pour les regarder comme ça ?!" et alors, les gens rigolaient autour ».*

Cette absence de réaction et de sanction a parfois lieu **malgré de multiples récidives** : « *il y avait un des chefs qui, qui avait décidé que c'était sa proie, en fait, chaque stage il en choisit une et c'est sa proie, et euh, et c'était, c'était insupportable* » (S8L364). La même interne parle aussi d'un « *chef de service[...] très misogyne* » connu de tous pour ses agissements : « *si tu n'agis pas comme il comme il veut euh, ça pète quoi. Vraiment ça pète littéralement...[...] Il était insupportable, insupportable euh ... il était pffff il est indescriptible quoi, c'est [nom du chef] quoi, tout l'monde, tout l'monde le connaît, tout le monde sait comment il est, très caractériel, à tout vouloir maîtriser, [...] si tu dévies un tout petit peu de ce qu'il lui semblait juste, que ce soit la façon dont tu te comportes, la façon dont tu parles, la façon dont tu t'habilles ... tu vois il était totalement déplacé ».*

Elle n'est pas la seule à évoquer un supérieur hiérarchique dont personne n'ignore le comportement déplacé : R7(L563) parle aussi d'un senior pour qui « *c'est de notoriété, c'est, tout le monde le sait, il est tout le temps comme ça ... Et tu vois il n'a jamais eu de soucis ... Il a toujours été comme ça ... Il a jamais eu de problème ...* ».

## M. Rapports de séduction au travail

Les questions soulevées par l'affaire Weinstein ayant entraîné, dans la société et les médias, de nombreux débats sur la séduction et ses limites notamment sur le lieu de travail, il nous semblait intéressant de conclure cette partie avec les nombreux verbatims des internes sur le sujet.

### 1. Peut-il y avoir une séduction inoffensive dans le cadre de relations hiérarchiques ?

**Cette séduction prend place au sein de rapports hiérarchiques.** En effet, les étudiantes parlent de « *coucheries* » et « *petites histoires entre internes ... et externes ...* » (R8L409), qui arrivent fréquemment : « *[lors de l'externat] une de mes très bonnes amies, qui est très jolie, et qui s'habillait toujours bien [...] ben forcément elle attirait le regard, donc en général c'est toujours autour d'elle [que les internes] tournaient, [...] ça restait bon enfant. En tout cas il n'y a ... a jamais eu de mauvaise ambiance, de ce que je me souviens, ça s'est jam ça a jamais mal tourné ou euh ...* » (S4L414).

Il est donc intéressant de se demander, à l'instar de R7(L219) si dans ce contexte les rapports de séduction sont **réellement inoffensifs** : « *j'ai plein de copines [...] quand on était externes, qui, qui se retrouvaient à sortir avec des internes etc ... Mais j'ai, mais j'ai toujours trouvé ça bizarre quoi, parce que les internes [...] ils dégagent une sorte de charme j'pense parce que euh ils étaient euh ils étaient en fait un peu plus haut et qu'en fait euh ... Et j't', ouais j'trouvais ça, j'trouvais ça curieux et puis après ça mélange tout, 'fin c'est un peu bizarre ...* ».

## 2. La séduction vécue comme une domination

En effet, dans ce genre de situations, la séduction est souvent vécue par les internes interrogées comme une domination, voire une violence.

Ainsi, R3(L87) décrit des échanges qu'elle trouve déplacés : « *tu es là pour être séduite et du coup il y a ... des moments dans, dans le cursus où ben c'était plus de la formation. C'était pas de la formation c'était ... c'était de la drague* ».

R7(L180) estime que « *les rapports de, les rapports de domination nécessitent beaucoup de rapports de séduction* ». Elle redoute énormément que ce genre de relation s'instaure malgré elle : « *moi ma plus grande peur, ça, ça a toujours été ma hantise, c'était de un jour me faire draguer par un chef [...] parce qu'en fait le problème c'est ça qui est difficile je trouve, c'est que si jamais [...] tu dis pas stop tout de suite après y a aucune limite et quand tu dis "Stop - Ouais mais attends ça te dérangeait pas quand j'ai fait ça, ça, ça et ça", enfin, faut TOUJOURS anticiper que LE PIRE puisse se passer, moi c'est vraiment un truc euh ... que j'trouve euh hyper stressant quoi* » (R7L184). S4(L187) évoque quant à elle son soulagement de ne pas avoir été la cible d'avances d'un senior : « *[le chef de service de cardiologie] était souvent euh genre un peu collé aux filles euh ... qui lui plaisaient bien, à mettre le bras autour des épaules, etc quoi ... Moi je touche du bois je lui plaisais pas du coup il m'a jamais rien fait mais euh ... mais bon, voilà, pas très ... un peu malsain quoi ...* ».

## 3. Inégalité hommes-femmes dans la séduction

Elles soulignent également qu'hommes et femmes ne seraient pas égaux face à la séduction, même lorsque celle-ci ne prend pas place dans un contexte hiérarchique.

### a) Asymétrie des rôles

Pour elles, les hommes seraient en effet actifs et les femmes passives -le champ lexical de la chasse étant d'ailleurs fortement employé. Ainsi, R7(L182) explique : « *j'pense que quand t'es un homme, t'es jamais ... c'est horrible c'que j'vais dire mais bon j'vais le dire quand même ... j't', j'trouve que t'es jamais une proie ...* ». Elle ajoute nerveusement : « *si t'es attractive tu dois éconduire, mais éconduire c'est tellement difficile j'trouve quand (rires nerveux) t'es une femme* » (R7L186).

Elle évoque d'ailleurs un senior en ces termes : « *lui c'est vraiment un chasseur quoi [...] Moi ça j'aime pas ! Et c'est vraiment un prédateur, il n'accepte pas le non, il est convaincu que toutes les femmes sont amoureuses de lui* » (R7L574).

De même, S4(L420) dit d'internes qui séduisaient sa co-externe qu'ils « *lui tournaient autour* » et S8(L360) décrit la manière dont l'un de ses supérieurs hiérarchiques agissait envers sa co-interne en disant qu'il « *avait décidé que c'était sa proie, en fait, chaque stage il en choisit une et c'est sa proie [...] c'était insupportable [...] cette espèce de drague ouverte dégueulasse* ».

### b) Condamnation de la femme qui inverse les rôles et séduit

De plus, elles relèvent qu'un comportement similaire de la part d'une femme est fortement désapprouvé et puni, ce qu'elles déplorent : « *c'est admis par tout le monde que les chefs des urgences ils couchent, mariés ou non, ils couchent avec des collègues, infirmières ... internes ... [...] de toute façon "C'est normal c'est comme ça" ... Mais .... quand t'as une*



*infirmière qui couche, qui est célibataire ... [...] encore PIRE, une interne qui a couché avec un chef ... qui était marié, elle, elle est célibataire et c'est son CHEF, qui a [...] trente ans de plus qu'elle ... [...] Ça a fait un gros scandale, au final c'est elle qui est considérée comme la vamp', la dangereuse, la, la séductrice, la ... Avec malveillance quoi ! » (R7L530).*

#### **4. La difficulté à dire non**

Elles ont été plusieurs à exprimer leurs difficultés à s'opposer à ces comportements et à dire non, et ce pour diverses raisons.

##### **a) Peur de casser l'ambiance**

Certaines ont peur d'être responsable d'un sentiment de rejet : « *ce n'est pas méchant ... j pense que c'est juste hyper ancré dans leurs coutumes en fait ... et que du coup c'est, que justement si tu leur dis, ils vont se sentir blessés* » (R4L453). R7(L191) redoute également que cela nuise à la cohésion de l'équipe : « *c'est toujours désagréable de dire à quelqu'un "Ben non tu ne me plais pas, j'ai pas envie" ... Et en plus si c'est dans le milieu du travail, après ça peut changer l'ambiance, ça peut être difficile* ».

##### **b) Peur de mal interpréter les choses**

Pour R5(L585), c'est l'appréhension de se tromper et de mal interpréter les faits qui la freine. Elle raconte ainsi, voyant un médecin embrasser une infirmière sur la joue, avoir eu la réaction suivante : « *sur le coup tu sais pas comment réagir parce que tu te dis "[...] peut être qu'ils se connaissent, peut-être qu'ils sont potes, peut-être qu'ils sont ensemble, enfin j'en sais rien quoi." [...] et finalement, quand elle est pas bien parce que ça, ça s'est*

déroulé et qu'elle a laissé faire mais que ... Enfin toi aussi tu te dis "Merde euh j'aurais pu dire quelque chose mais en même temps [...] pour le coup tu ne sais pas. Tu ne sais pas. Tu t'imagines, t'interviens et en fait c'est un couple ?! (rires) ... Voilà quoi, tu passes pour la psychopathe ».

### **c) Peur des répercussions**

Pour d'autres, la censure est due à une crainte des répercussions, comme pour R4(L464) : « du coup tu seras vite cataloguée [...] tu vas prendre des rema'. Surtout que ce genre de personne là ils ne lâchent pas, donc tu te dis "Si je dis quelque chose, euh ben ça y est", pendant tout le semestre, ça va être dès qu'il va me regarder, dès qu'il va me poser une question, c'est (exagère sa gestuelle et sa tonalité) "Enfin sauf si ça ne te dérange pas !" tu vois, enfin ce genre de remarques "Ah oui c'est vrai que j'ai pas le droit de te regarder !" euh ... ou ou s'il me montre quelque chose sur le bras ou un truc comme ça quand ils font les gestes ou des trucs comme ça "Ah non je ne peux pas te toucher, toi !". T'as, t'as un peu peur de ça, tu as un peu peur que ça aille dans le sens extrême inverse en fait ».

Cette peur se retrouve dans les propos de R7(L213) : « si tu te fais draguer par ton, par un chef [...] et que tu dis "Non" ... t'es complètement dans ton droit, [...] sauf que lui est dans une situation de pouvoir, alors que toi t'en as aucun, et donc refuser quelque chose quand t'es dans une relation de pouvoir avec quelqu'un c'est, c'est vraiment inconfortable ».

La suite de ses propos met en lumière le conditionnement résultant de cette peur qui a imprégné petit à petit leur comportement : « tu vois quand t'es dans la rue et que tu te balades et qu'il y a des mecs qui te sifflent ou qui te disent un truc et que tu réponds pas ou que tu dis "Eh oh ça va p' " enfin ça. Moi ça m'est arrivée de me faire insulter parce que, et ça c'est un truc

*quand tu grandis avec ça, ce sentiment que putain, le mieux que tu puisses faire c'est [...] faire comme si tu n'avais pas entendu tu vois ... Eh ben [...] ça te suis j'trouve, et moi c'est ça, j'trouve que c'est, c'est angoissant [...] de heurter un égo ... d'un homme en l'occurrence [...] si, tu fais douter un homme de ça, en lui disant "Non, toi j'veux pas", putain mais alors qu'est ce qui va t'arriver quoi ... Ça peut être euh ça peut être pas bon ... »*  
(R7L608).

### III. REPRÉSENTATIONS AUTOUR DES ÉTUDES MÉDICALES ET VIOLENCES VIS-À-VIS DES ÉTUDIANT·E·S

Le sexisme, bien que prégnant, n'est pas la seule des discriminations dont témoignent les internes. Il ressort en effet clairement de leurs entretiens qu'il ne constitue qu'une des violences rencontrées au cours de leurs études. Il paraît donc nécessaire de décrire également **les violences non genrées** qui émaillent leur cursus.

#### A. Vécu des études de médecine

##### 1. Vécu positif

Les internes ont généralement commencé leur récit en affirmant qu'elles avaient globalement apprécié leurs études.

S4(L21) estime par exemple que « *franchement ça c'était bien passé la première année, parce que je suis du genre à travailler* », un avis partagé par R4(L19) « *les cours m'ont bien plu [...] je trouvais ça quand même intéressant* ». L'**externat** lui aussi est parfois décrit positivement, comme par S7(L25) « *c'est là où on commençait ben les stages à l'hôpital [...] donc ça c'était plutôt sympa* » ou S5(L30) « *toutes les spécialités me plaisaient, plus je passais dans des stages différents et (rires) plus ça me plaisait* ».

L'**internat** quant à lui semble apprécié pour différentes raisons : le plaisir d'avoir trouvé sa voie pour S5(L187) « *une fois que j'ai été réellement dans mon élément [...] tout roulait, parce que j'étais vraiment, je suis vraiment dans quelque chose qui me plaît* » et des stages jugés agréables pour S4(L280) « *franchement ça s'est [...] bien passé mon internat ... euh ..... j'ai globalement eu des bons stages alors que j'étais mal classée dans la promo ...* ».

Certains récits, sous-entendent cependant que tous les stages ne se valent pas. En effet, les compliments de R8(L260) à propos d'un de ses stages semblent insinuer que les conditions idéales qu'elle y a trouvées relèveraient de l'exception : « *c'était pas un stage ouvert [d'habitude] [...] aux internes de médecine' ... Et par contre là, ils sont extrêmement humains, ils n'ont pas l'habitude vraiment d'avoir des internes, ils fonctionnent sans interne [...], vraiment c'est le, c'est un des stages les plus ... où j'ai eu l'accueil le plus humain* ». Des sous-entendus qu'on retrouve dans le discours de R6(L382) qui fait l'éloge d'un stage « *c'était [...] un encadrement, des visites euh dans la bonne humeur, des moments où il faut être sérieux, euh ... encadrés mais parfois laissés autonomes aussi euh ... un peu seul, un peu te dépatouiller, un peu dans la merde mais qui rattrape derrière et euh ... se sentir écoutée ...* » avant de souligner « *un stage comme je pense qu'ils devraient tous être euh tout simplement quoi* ».

## **2. Vécu négatif**

En effet, si la plupart des internes ont eu tendance à commencer leur entretien en affirmant qu'elles avaient bien vécu leurs études et en énumérant ce qui leur avait plu au cours de leur cursus, les faits et ressentis qu'elles ont révélés par la suite méritent que soient nuancées leurs premières allégations.

### **a) Difficulté des études**

Ainsi R4(L23) reconnaît que « *globalement ça s'est enchaîné très difficilement* » et qu'elle a vécu des moments « *très durs (rires) ...* ». S2(L13) confirme que son parcours fut « *chaotique, [...] stressant* ». Pour S7(L78),

les études ont comporté « *énormément de pression* » et les encadrant·e·s ont été « *hyper exigeants [...] donc c'était, c'était pas facile* ».

#### **b) Importance de la théorie au détriment de la pratique**

De plus, certaines comme R3(L22) déplorent un apprentissage trop théorique « *C'était chiant [...] beaucoup de théorie, beaucoup de cours, pas assez de pratique [...] beaucoup de frustration [...] d'apprendre des trucs qui me serviraient pas plus tard, ça me, ça me ... Je trouvais ça ridicule ...* ».

#### **c) Pression des concours et compétitivité**

Elles sont nombreuses à mettre en lumière « *la pression* » (S7L19) d'examens qui entraîne une concurrence exacerbée. R6(L27) n'a ainsi pas aimé « *le stress euh du concours, puis le ... comportement des gens lors d'un concours* » tout comme S7(L82) : « *et puis cet esprit [...] ça me convenait pas du tout, donc euh, ça me correspond pas du tout, je suis pas du tout compétitive* ». D'autant plus que s'y ajoute souvent de la culpabilité : « *si je travaillais pas une journée ben du coup je prendrais du retard sur mon planning et que par rapport aux autres de ma promo ben j'accumulerais du retard pour le concours* » (S3L86).

#### **d) Déception et sentiment d'injustice face au système de l'ECN**

Le concours de l'internat (ECN<sup>23</sup>) dont peut dépendre une carrière est également décrié car jugé injuste. Comme le résume S8(L75) : « *Je m'éclatais en stage, mais euh ... ce qui était frustrant c'est que ça a beau bien se passer en stage, bah ça n'avait aucun impact sur l'ECN, donc en*

---

<sup>23</sup> ECN : Epreuves Classantes Nationales

*fait, tu peux être très très bon sur le terrain, mais si tu merdes sur le papier, ben on retiendra juste que t'es une merde quoi. Donc je pense, c'était frustrant quoi, ça me saoulait ». Cela rejoint l'expérience de S3(L102) : « ça a été un peu euh difficile, parce qu'on se dit qu'on a fait beaucoup de sacrifices, beaucoup d'études beaucoup de choses pour au final pas avoir le choix de ce qu'on fait ... [...] sur le coup j'étais un peu frustrée de pas pouvoir choisir ».*

#### **e) Chronophage**

Elles relèvent toutes que ce cursus est particulièrement chronophage. R2(L14) témoigne avoir vécu « *un peu dans une bulle parce [...] qu'on ne pouvait rien faire d'autre que travailler* », et S4(L27) se plaint d'avoir été « *vraiment en stage tous les matins et en cours les après-midis [...] on était tout le temps en train de travailler quoi, tout le temps ...* ». Pour S8(L72), à force de « *rester derrière mon bureau tous les jours, y compris à Noël, y compris à ton anniversaire, fin c'est, au bout d'un moment tu sais plus pourquoi tu fais ça* ». S6(L45) apporte peut-être un début de réponse à cette dernière interrogation quand elle souligne « *je culpabilisais tellement [...] dès que je faisais quelque chose d'autre que [travailler]* ».

#### **f) Enfermement**

Ces études étant longues, elles nécessitent de passer plusieurs années au même endroit. Cela est parfois mal vécu par des internes qui peuvent avoir le sentiment d'être privées de leur liberté de mouvement. R1(L55) rapporte ainsi s'être sentie « *un peu piégée* ». S6(L61) abonde en ce sens : « *j'en pouvais plus de [cette ville] [...] je supportais plus d'y rester pour travailler, je vivais vraiment cette ville comme une prison* ».

### **g) Manque de considération**

Elles sont nombreuses à dénoncer un manque de considération en stage « *où t'es juste un numéro, où on connaît à peine ton prénom* » (R1L37). S4(L199) se rappelle particulièrement d'un senior qui, après qu'elle ait pris la parole, a réagi ainsi : « *Il me regarde, il me dit "Ah mais c'est toi S4 !" Donc bon bien sûr il connaissait pas nos prénoms, il a fallu qu'il regarde mon badge pour savoir qui j'étais !* ». Pour R5(L437), au final, « *t'es là pour faire le job et euh et puis on s'en fout que ce soit toi ou quelqu'un d'autre ...* ».

Parfois, elles en viennent à se sentir déshumanisées. R6(L37) rapporte ainsi avoir l'impression qu'« *on peut être vraiment considéré comme un boulet [...] parfois [on est] vraiment mal estimé·e·s dans certains services quand même* ». C'est le cas notamment lors de son premier stage où elle a été accueillie par un « *"Ah vous êtes les externes, ben attendez là euh ..."*. 3 heures après *"Ah ben vous êtes toujours là ? Euh ... Ben toute façon on vous prendra cet après-midi."*. Voilà, aucune considération, on est censé être dispo n'importe quand [...] on ne nous demande jamais notre avis quoi ». Pour S5(L66) aussi, l'étudiant·e est déconsidéré·e : « *on est dans des coins de ... de pièces, hein, où les patients, où les infirmières, fin les équipes, savent pas vraiment qui, qui on est* ».

Ce phénomène est particulièrement décrit pendant l'externat où les étudiant·e·s sont souvent nombreux·ses sur le même terrain de stage : « *en tant qu'externes, on ... on est des bandes d'étudiants en médecine donc je trouve qu'on n'est pas trop individualisé* » (S1L79) et sont désigné·e·s sous le terme générique « *les externes* » (R6L46) au lieu d'être nommé·e·s individuellement par leur prénom.



## h) Combat contre les institutions

Les institutions comme l'université et les Agences Régionales de Santé (ARS) sont régulièrement perçues comme des adversaires plutôt que des instances encadrantes : A(L497) stipule que pour elle « *On est le bon con de l'ARS [...] On est censé faire médecin généraliste, et [...] il faut qu'on se batte pour aller en ambulatoire, "Oui mais tu apprendras quand tu seras remplaçant" (rires) Ouais sauf que quand je suis remplaçant, (le dit en chantant) c'est là où je vais soigner les gens tout seul, donc ouais, je vais apprendre, mais c'est au détriment des patients* ». Elle poursuit en disant même ressentir « *une espèce de euh enfin de sadisme de la part de nos .. enfin du système .. pour qu'on puisse apprendre* » (AL535).

R4(L23) quant à elle, semble toujours incrédule d'avoir « *dû redoubler [sa] D1 pour 0,02 point ...* ». Une situation familière à S4(L168) qui raconte : « *j'ai redoublé [...] parce que euh ... j'avais pas validé un module [...] j'avais j'avais réussi à avoir des bonnes notes dans tout le reste, donc euh ... et, habituellement toutes les autres années, ils s'arrangeaient quand même pour faire passer des oraux pour vérifier que c'était bien un accident [...] et à ce moment là j'étais en stage chez le [spécialiste] [...] qui gérait les affaires [...] un jour il s'est énervé [...] il commence [...] à m'engueuler, bah parce qu'on arrête pas de le saouler avec mon dossier [...] [on était] dans la chambre du patient, il y avait tous les chefs de cliniques les infirmières les aides-soignantes la cadre, les autres externes, les internes, [...] le patient, accessoirement (d'un ton ironique), voilà tout le monde. [...] il m'a pris de haut [...] il m'a dit texto "T'avais qu'à bosser ma fille [...] pas de passe-droit on a jamais fait ça." Alors que si ! La scolarité me l'a dit [...] même les chefs de cliniques qui étaient là, avec qui je parlais, ils m'ont dit "Mais on comprend pas quoi", ils ont essayé de lui parler il a rien voulu*

*entendre [...] Du coup j'ai dit "Ben tant pis je redouble quoi" ..... c'est pas grave (rires) ça fait qu'une année en plus à faire sous antidépresseurs, c'est génial ! ... [...] Ça m'énerve toujours cette histoire, parce que c'est juste injuste, parce qu'au final l'année d'avant ils l'ont fait, l'année d'après ils l'ont fait [...] c'est juste pour moi qu'ils l'ont pas fait, je me dit c'est vraiment pas juste quoi ».*

### **i) Les gardes ... jusqu'à la torture**

Parmi les ombres au tableau, sont également citées très régulièrement les gardes. R3(L526) les a ressenties comme « *une torture, enfin ... c'est complètement illogique, moi je le vivais comme une torture, travailler [...] 24h de suite c'est un non-sens euh incroyable, quel être humain peut être efficace ?* ». S3(L166) les trouve « *compliquées dans le sens où on gère des bâtiments, que c'est pas tout au même endroit, et qu'on gère quand même des spécialités [...] qui sont parfois hyper spécialisées [...] tu te retrouves à faire le service de soins intensifs de neuro, en même temps t'es appelée en gastro, et en même temps t'es appelée en onco-hémato, et faut pouvoir répondre à toutes les demandes* ». S4(L304) détaille même devoir gérer « *en secteur protégé, des trucs qu'on connaît pas : les patients ils ont tous les antibiotiques de la Terre et on nous dit "Il a de la fièvre ... - Ben ... (rires) ... je sais pas... (rires) Très bien ! Je sais pas ce qu'il faut faire, je ... on attend, on donne du doliprane et on attend, j'en sais rien" (rires) Ah non, mais c'est des trucs on n'est pas formé pour en plus ! Ou euh en pneumologie où on a des patients qui sont sous machine et on nous demande de les régler, mais non ! Je ne sais pas régler les machines ! [...]* Alors si, quand même, on avait les seniors qu'on pouvait appeler [...] mais il n'y avait personne sur place [...] Je sais pas comment on faisait pour gérer en fait (rires) ... ben on dormait pas ! (rires) [...] Non mais en plus les

*chambres de garde étaient tellement loin -et de toute façon on les atteignait jamais !- qu'on avait fini par récupérer un matelas qu'on avait mis dans notre bureau [...] Non mais, quand j'y repense, je me dis que pfff... c'est quand même, c'est quand même incroyable... ».*

#### **j) L'internat vivement critiqué**

Les griefs contre l'internat en particulier sont nombreux. Il est notamment décrit comme « *compliqué* » (S2L59), « *très frustrant* » (R3L495), « *vraiment très, très dur* » (R6L345), « *scandaleux !* » (S7L389). Les conditions de travail sont jugées « *foireuses [...] conditions de merde [...] on subit les conditions* » (R3L520) à tel point que R4(L47) avoue : « *j'étais partie pour [faire une spécialité] [...] et l'internat m'a tellement dégoûtée (rires) ... que j'ai pas voulu rajouter un an à l'hôpital* ». Elle reconnaît le vivre « *mal (rires). Très mal ... J'en ai marre, marre, marre, marre* » (R4L528), des propos qui font écho à ceux de S6(L216) pour qui l'internat a été vécu « *au début, comme une promotion sociale, et sur la fin de l'internat (rires) comme euh, comme une pénalité énorme* ».

### **3. Des regrets et des doutes**

#### **a) Fréquents**

Le discours change alors doucement et laisse entrevoir des doutes derrière un aplomb de façade. R1(L50) confesse « *ça m'arrive souvent de me dire "Si j'avais su est-ce que je l'aurais fait ?" [...] Si j'avais su que c'était aussi dur... si on m'avait dépeint un tableau tel que je le vis actuellement [...] Je ne sais pas si je l'aurais fait quand même* ». R3(L507) confirme qu'il lui est souvent arrivé d'avoir « *envie de lâcher la médecine parce que tu te retrouves dans des situations tellement foireuses [...] j'ai jamais eu ... peut-*

*être si j'ai UNE amie qui n'a jamais voulu arrêter ». S2(L16), elle, lâche dans un murmure « Je me suis souvent posée la question d'arrêter. J'ai jamais eu le courage de le faire tu vois ».*

## **b) Un changement d'orientation difficilement envisageable**

Les motivations à poursuivre leurs études malgré les difficultés sont diverses. S1(L24) a persévéré parce qu' *« après, une fois qu'on est dans le moule, on continue (rires) »* et S8(L44) a tenu bon en entretenant l'espoir d'améliorations à venir *« j'étais un peu en mode bon ben j'suis là, on va continuer et puis ça sera forcément mieux après [...] t'es toujours [...] dans l'expectative de te dire qu'après ça ira mieux quoi : t'es en P1 tu dis que la P2 sera cool, t'es externe tu te dis ben interne ça sera cool, t'es interne tu te dis ben après ça ira mieux »*. Pour R7(L260) peu d'étudiant·e·s renoncent car il *« y a pleins de choses qui font que, que tu peux aimer faire ce métier, et donc qui font que même si les conditions sont dures, même si c'est l'horreur, surtout que t'as étudié pendant 10 ans, t'as fait plein de choses, t'arrêteras p', c'est hyp', hyper difficile quoi d'arrêter quoi quand ça te plaît pas »*.

## **c) Études qui ne permettent pas d'appréhender toute la diversité du métier**

Pour certaines, comme R7(L79), s'ajoute la difficulté de ne pas trouver sa voie dans des stages qui ne permettent pas toujours d'explorer toute la diversité du métier. En effet, il lui aura fallu de longues années avant de découvrir lors d'un stage quel mode d'exercice et quel type de médecine lui conviennent : *« tant que tu ne l'as pas vu, tout le reste ça ne peut pas te plaire (rires). Tout le reste c'est "Mais c'est ça la médecine ?", c'est vraiment, pour moi, un autre monde. Et du coup euh et du coup tant que je*

*faisais pas ça, j'pouvais pas être bien et j'voyais pas pourquoi j'f', pour moi ça n'avait pas de sens vraiment ce que je faisais ... ».*

#### **4. Dans ces conditions difficiles, importance du relationnel**

Face à ces obstacles, elles sont nombreuses à avoir souligné l'importance de l'entraide et du relationnel.

##### **a) Soutien entre étudiant·e·s**

Plusieurs d'entre elles ont témoigné de l'importance de la solidarité existant entre les étudiant·e·s. R2(L72) se rappelle qu'en stage « *on se soutenait franchement beaucoup, on partait toujours en même temps parce qu'on s'aidait jusqu'à ce que ... On ne se laissait jamais dans la merde, ça c'était cool ...* ». Ce soutien a également été salutaire pour R6(L378) : « *Ce qui m'a soutenue c'était [...] d'avoir un co-interne qui était super solide, et on s'est soutenus* », ainsi que pour S5(L227) : « *on était tous dans le même bateau donc euh c'était plus facile à ... à tenir ensemble* ».

##### **b) Soutien pluridisciplinaire**

Parfois les équipes soignantes peuvent elles aussi jouer ce rôle : pour S5(L193) cette solidarité face à l'adversité est appréciable : « *si t'as une équipe avec qui tout roule, avec qui t'as avec qui tu t'entends bien ou, avec qui tu partages des choses, et 'fin tu travailles en équipe quoi, ça rend les choses plus faciles au quotidien quoi 'fin [...] de travailler en équipe c'est je trouve ça change vraiment la donne* ». Un propos qui fait écho à celui de R2(L75) : « *on n'aimait pas le chef de service [...] et il n'aimait pas les*

*infirmières et elles le lui rendaient bien donc ... On faisait un peu tous front contre lui ».*

## **B. Vision de l'hôpital**

Une bonne partie de la formation médicale ayant lieu à l'hôpital, celui-ci tient une place particulière dans le discours des internes.

### **1. Vision positive : le bon côté du relationnel à l'hôpital**

#### **a) Bon rapport avec les équipes paramédicales**

Certaines relèvent avoir apprécié évoluer en équipes comme S5(L134) : *« là je suis dans un service où tout le monde se respecte [...] on a constamment des réunions entre nous [...] avec les secrétaires, quand il y a des conflits, des choses comme ça, il y a beaucoup de discussions »*, ainsi que R2(L655) : *« ça c'est un truc qui va me manquer, je pense, quand je serai ... quand je ne serai plus à l'hôpital, c'est euh ... c'est l'ambiance avec l'équipe »*.

#### **b) Équipe pluridisciplinaire**

D'autres, comme S3(L163), voient comme un atout l'accès facilité aux différentes spécialités médico-chirurgicales : *« sur [cet] hôpital ce qui était quand même assez agréable c'est qu'on avait une prise d'avis spécialisé qui était vraiment très facile avec des chefs qui étaient très gentils et qui étaient vraiment bienveillants au téléphone donc du coup ça rendait les choses un peu plus faciles »*.

Toutefois, il ressort quand même majoritairement de leurs entretiens qu'elles en gardent un souvenir amer.

## 2. Vision négative

### a) Inepties organisationnelles

Plusieurs d'entre elles soulignent les inepties organisationnelles qu'elles ont rencontré à l'hôpital. S4(L543) par exemple se rappelle de gardes où elle « *devait faire toutes les admissions de patients qui avaient été déjà vus aux urgences [...] le dossier pouvait être fait le lendemain matin, donc en fait on faisait des choses qui auraient pu être faites plus tard, et on nous obligeait à les faire la nuit, sachant qu'en plus on était appelé sur d'autres urgences* ». Un fonctionnement qui peut donner lieu à des situations ubuesques : « *des fois [...] on faisait des kilomètres pour aller d'un bâtiment à un autre ... et euh ... 'fin franchement, pour gérer des urgences c'est quand même pas, quand on nous appelle et qu'un patient désature à 80 % et qu'on met un quart d'heure pour aller jusque là-bas, c'est un peu limite quoi ... 'fin ...* » (S4L554).

### b) Privation de liberté

S6(L219) quant à elle, raconte y souffrir d'un excès de contraintes « *je redoutais vraiment de retourner dans le milieu hospitalier où, où tout est imposé [...] j'en ai marre des horaires, de pas pouvoir choisir, j'en ai marre [de ne pas avoir de congés enfant malade], euh oui et puis aussi 'fin faire des concessions, pas pouvoir [avoir] tes vacances quand t'as envie, [...] t'es obligée de travailler tous les jours... ouais je c'est je c'est vraiment le manque de liberté qui me pèse* ».

### c) Poids hiérarchique prégnant et rapports de domination

Elles sont nombreuses à déplorer des rapports interpersonnels conflictuels car basés à l'excès sur la domination et la hiérarchie.

#### ○ **Compétition entre médecins et autres soignants**

Comme le dit R1(L38), « *il y une espèce de compétition entre infirmières-médecins-externes* » qui ne semble épargner personne.

Si parfois c'est l'attitude d'internes qui « *prenaient de haut toutes les infirmières de gynéco* » (R2L333) qui est décriée, à d'autres moments c'est le comportement « *des ambulanciers* » et d'autres professionnel·le·s de santé qui est remis en cause : « *dès que t'arrives pas à faire quelque chose ils sont ultra-critiques, [...] i' i' ils se considèrent largement au-dessus de toi [...] j'ai une de mes copines [...] y'a une des IADE<sup>24</sup> qui l'a prise en grippe [...] ça s'est très mal passé !* 'Fin ils sont sortis sur un arrêt, elle l'a contredite devant la famille, dès qu'elle demandait quelque chose elle lui j'tait dans la gueule, et le mec était en arrêt à ses pieds tu vois, 'fin... et c'est vrai que ce genre de comportements, c'est c'est des choses qui qui arrivent souvent malheureusement » (S8L495).

#### ○ **Compétition entre médecins généralistes et autres spécialistes**

L'ambiance entre médecins elle aussi n'est pas toujours au beau fixe, en particulier entre généralistes et autres spécialistes.

Si la position de l'interne en médecine générale à l'hôpital est des fois ressentie comme étant **avantageuse** car « *t'es pas obligé·e de lécher*

---

<sup>24</sup> IADE : infirmier·e anesthésiste diplômé·e d'Etat



*des culs pour avoir un poste. Tu fais ce que tu as envie de faire et ... voilà » (R1L205), elle s'accompagne aussi de perceptions plus ambivalentes.*

La spécialité est encore **loin de faire l'unanimité** parmi les médecins hospitalier·e·s qui considèrent parfois que les généralistes sont **fainéant·e·s** « *vous [les généralistes], vous êtes des syndiqués, vous préférez moins travailler* » (R2L602) et assimileraient leur profession à « *du renouvellement d'ordonnances tout le temps* » (R2L48).

Il arrive ainsi que les étudiantes constatent très clairement de la part de leurs encadrant·e·s **une différence de traitement** entre internes de médecine générale et internes engagé·e·s dans d'autres spécialités. R2(L302) se rappelle parfaitement ce qu'elle a vécu comme une humiliation de la part d'une senior en stage : « *il y avait une des chefs [...] qui méprisait un peu les médecins généralistes. Une fois, il y avait une nouvelle [spécialiste] qui avait débarqué dans le service et qui s'était présentée et qui a voulu me serrer la main, donc j'ai tendu ma main et la cheffe en question, dont je te parlais, elle a ... elle s'est mise devant et elle a dit "Attendez je vous présente d'abord les internes de spécialité et machin machin" donc on est restées cons toutes les deux comme ça (me montre sa main tendue en avant comme pour une poignée de mains) et elle a fini par aller serrer la main des internes [spécialistes] avant moi ... ».*

Les discriminations vont parfois jusqu'à imprégner les habitudes des services : « *il y a, il y avait un [...] repas de Noël de service, auquel ils invitaient d'habitude les internes de spécialité mais jamais les internes de médecine générale* » (R2L320), pouvant donner aux généralistes l'impression d'être sous-estimé·e·s : « *en plus, nous, on était internes*

*de médecine générale, on n'était pas [spécialistes] donc nous on était vraiment des sous-merdes ... » (R4L191).*

○ **De manière générale**

*Au final, les internes à l'hôpital souffrent d'une « ambiance hiérarchique pesante » (R1L36), au point que pour R7(L84) « c'est que ça l'hôpital. C'est vraiment ... toutes les relations que t'as avec les gens, c'est, avec tes collègues et tout, c'est que des rapports de domination [...] on domine qui on peut dominer quoi ».*

**d) Souffrance généralisée des soignants**

Parmi les autres doléances formulées à l'encontre de l'hôpital se trouve aussi la souffrance généralisée des soignant·e·s. Ces dernier·e·s sont en effet décrit·e·s comme étant « *sous pression* » (R2L477), « *tout le monde est préoccupé et voilà, tout le monde a la tête dans le guidon* » (S4L158). Les médecins seraient « *épuisé·e·s, [...] en sous-effectifs* » (S7L419) et S8(L108) se souvient encore avec effroi de son semestre aux urgences : « *cet hiver c'tait vraiment l'hécatombe, y'a eu beaucoup beaucoup beaucoup d'passages* », un stage au cours duquel « *même, même les vieux [médecins] ils ont péché un câble, fin c'était, c'tait l'horreur, c'est pas des (...), quand tu rentres chez toi, tu te dis que t'as été délétère... 'fin, non c't'hiver c'était vraiment la merde. [...] c'tait atroce quoi. Atroce quoi. À chialer des fois pendant mes gardes, en me disant "Mais qu'est-ce que je fous là quoi ?" ».*

Il ne semble donc pas étonnant d'entendre R7(L84) déclarer « *l'ambiance j'aimais pas du tout non plus. Les gens sont aigris [...] les infirmières, les secrétaires, tout le mond', tout le monde en fait se sent mal dans cette structure eh ben, et s'est senti méprisé, à, à juste titre, s'est senti, eh ben*

*voilà ».* S8(L495), elle, a fini par s'y sentir « *vraiment stressée quoi, parce que tu sais que... ça peut être compliqué, et que tu peux t'en prendre plein la gueule. [...] c'est pas très bienveillant, non, comme environnement ».*

#### **e) L'hôpital vu comme une entreprise déconnectée de l'humain**

La gestion managériale des hôpitaux semble cristalliser les crispations: « *ce qui ne me convient pas c'est euh ... la structure : c'est comme être dans une grosse entreprise [...] c'est très, très déconnecté de ... de la réalité des gens [...] tu d', tu dois beaucoup travailler pour correspondre à, aux objectifs que l'hôpital te fixe, [...] t'es vraiment cen', enfin t'as une sorte de fonction de manager [...] et en fait la dernière personne euh le dernier paramètre dans ta décision j'ai l'impression que c'est le bien-être du patient.* » (R7L52).

Un avis que partage S7(L145) : « *à l'hôpital, [...] les patients, on les voit pas comme des ... des personnes en fait. Euh... j'ai l'impression qu'on a une...une... 'fin on a perdu la notion de... de... qu'on traite vraiment des humains ».* Elle préfère ainsi ne pas travailler à l'hôpital : « *je sais qu'en milieu hospitalier je serai incapable d'être moi-même et d'être vraie avec les patients »* (S7L150).

#### **f) Rejet de l'hôpital**

Cet ensemble de motivations les poussent à rejeter assez largement l'hôpital : que ce soit R1(L35) qui a « *toujours envisagé de ne pas être à l'hôpital parce que depuis le début je déteste l'hôpital »* ou R4(L48) pour qui « *l'internat m'a tellement dégoûtée [...] de l'hôpital [...] je ne voulais pas rester un an de plus à l'hôpital ..... ».* Beaucoup se trouvent alors confortées dans leur choix de devenir médecin généraliste, comme R7(L63) : « *la médecine générale ça me va beaucoup mieux, je ne voudrais ... j'voudrais pas du tout revenir dans une structure hospitalière ».*

### 3. Le CHU

#### a) Lieu à part

Le CHU<sup>25</sup> est quant à lui décrit comme un lieu « *un peu à part* » (R2L58) où les stages sont « *difficiles* » (R8L492) et « *plus complexes* » (S8L78).

#### b) Avantages

R2(L61) apprécie avoir accès à des « *avis spécialisés facilement* » et R8(L491) souligne la qualité du compagnonnage : « *on a souvent dû apprendre par nous-mêmes, en dehors [...] de ces CHU, qui sont en effet des stages difficiles mais ils sont difficiles parce qu'on a derrière nous des gens exigeants et qui veulent qu'on soit bons ...* » ; cependant, elles ont en majorité souligné ses inconvénients.

#### c) Inconvénients

En effet, le CHU n'est pas exempt d'une **organisation managériale** à la logique somme toute relative. R2(L63) reste ainsi marquée par les problèmes structureux « *je me rappelle une fois il y avait une dame avec une EP<sup>26</sup> grave, il fallait lui faire son écho cœur et là, la cardio me dit "Oui bon, vu ce que tu me décris il faut lui faire son écho. Tu es où ?" Je lui dis "[dans un autre bâtiment]. - Ah ... mais en fait... ah ... oui il faut sortir ... ah non mais en fait elle n'a pas besoin d'écho cœur cette dame." (rires gênés) ... c'était que des trucs comme ça* ».

---

<sup>25</sup> **CHU** : centre hospitalo-universitaire

<sup>26</sup> **EP** : embolie pulmonaire

S8(L97) explique quant à elle qu'une partie du problème réside dans les restrictions budgétaires : « *le CHU [...] c'est quand même un drôle de, un drôle état d'esprit, c'est toujours plus, toujours moins de moyens* ».

Pour S3(L145) le plus compliqué a été l' « *encadrement qui était plus du tout le même, donc du coup un peu euh ... lâchée* ». Un **manque de compagnonnage** que R6(L302) rapporte également « *au CHU ... les conditions d'interne, je ne sais même pas si on pouvait appeler ça des conditions .... euh (rires) c'était un peu un calvaire, et on était deux internes et c'était très compliqué : pas soutenu·e·s, des horaires de ... importants, euh ... pas d'enseignement rien ... euh, des menaces* ».

Les **horaires, très lourds**, n'arrangent pas les choses, R8(L492) parle d'un « *rythme de dingue* » et R2(L80) se rappelle avoir fait « *du 8h-22h, [...] Mon maximum c'était 22h45* ».

## C. Les rapports hiérarchiques au cours des études

Les avis des internes sur l'hôpital sont donc partagés. Cette ambivalence se retrouve également dans la description qu'elles font de leur hiérarchie.

### 1. Les modèles hiérarchiques positifs

Parfois, certain·e·s supérieur·e·s sont vu·e·s comme des modèles positifs.

#### a) Dans la relation médecin-patient·e

R7(L851) a ainsi particulièrement aimé travailler avec « *deux trois chefs en gynéco qui étaient vraiment bien avec les femmes* », notamment grâce à

la qualité de leur relation médecin-patiente « *[ils] étaient passionnés par leur métier mais parce qu'à la base ils sont passionnés par leurs patientes ... [...] ceux qui sont engagés ils sont vraiment biens ...* ».

## **b) Dans leurs relations avec les internes**

Globalement elles gardent un bon souvenir de certains seniors « *bienveillants* » (R6L252), au contact « *extrêmement humain* » (R8L261), capables de les laisser prendre des initiatives tout en assurant leurs arrières : « *ils me faisaient un peu confiance pour la prise en charge des patients, [...] c'est intéressant, parce que du coup on commence un peu à apprendre à gérer, sachant que c'était bien fait dans le sens où en cas de besoin ils étaient là quand même, ils nous laissaient pas complètement tout seuls* » (S4L512). C'est ce que S3(L407) apprécie aussi dans son stage actuel : « *je suis bien encadrée, j'ai sans arrêt quelqu'un pour répondre quand je me pose des questions quand j'ai des interrogations, quand j'ai besoin de débriefer une situation* ».

Pour R7(L885) les modèles positifs sont incarnés par des personnes « *qui ne veulent pas que, que les autres subissent la même chose et qui [...] vont être vraiment supers et ce sera de bons mentors parce qu'eux leur but c'est d'être dans la transmission et en cela de faire bouger les choses, ils ont envie que ce soit différent parce qu'ils, ils se rendent bien compte que ça n'a pas de sens* ».

## **2. Rapports hiérarchiques abusifs**

Le tableau est pourtant loin d'être idyllique puisqu'elles décrivent toutes avoir dû composer avec des comportements abusifs et cela à plusieurs reprises.

Les récits sur le sujet étant particulièrement longs, nous avons décidé pour plus de clarté de rédiger ce paragraphe en deux parties distinctes : la première s'attachera à décrire comment ces relations abusives se manifestent et la deuxième pourquoi elles peuvent se mettre en place.

### a) Comment ?

#### ◦ De la main d'œuvre là par nécessité logistique

Tout d'abord les internes sont nombreuses à déplorer avoir l'impression d'être plus considérées comme de la main d'œuvre corvéable que comme des étudiantes en formation. Pour A(L497), les internes sont « *le bon con de l'ARS ... Alors on apprend plein de choses hein, c'est sûr. Mais la formation n'est pas forcément optimale euh dans le sens où ce sont clairement les internes qui font tourner les hôpitaux* ». Un avis partagé par S6(L248), pour qui les internes sont « *de la main-d'œuvre pas chère qui fait tourner l'établissement* », et par R2(L267) qui raconte sa sensation d'avoir été en stage dans un service pour l'unique raison que « *[les médecins] avaient besoin d'internes pour les gardes. [...] c'est uniquement pour ça qu'ils ont commencé à avoir des internes* ». Cette situation semble avoir lieu dès l'externat, comme pour S4(L62) qui « *remplaçait une infirmière, souvent, de bloc... donc bon c'était un peu de l'exploitation parce que euh... c'était pas notre boulot non plus quoi ... mais bon* ». S7(L396) résume son statut ainsi : « *j'étais euh, la secrétaire, j'étais euh, l'intermédiaire, j'étais là pour tenir les murs [...] le rôle d'un interne dans un service [...] c'est pas [...] pour former des internes, mais plus pour combler euh, le poste des autres quoi* ».

- **L'exploitation des internes**

Elles sont plusieurs, comme S6(L242) à se sentir « exploitée, oui, oui oui. Surtout euh ... à ouais, un petit peu partout en fait » et particulièrement dans l'un de ses stages « où ... où on nous contraignait à demander des tas de choses pour lesquelles on n'était pas d'accord, au niveau des examens. On travaillait énormément, on faisait trois samedis par mois presque, plus des gardes, fin on était, on avait pas de temps de pause pendant la journée, alors bien sûr officiellement on était, avait droit d'en prendre mais dans la pratique, c'était pas possible, il y avait toujours tellement de monde ... ». S4(L522) renchérit : « je me dis c'est pas une vie quoi ! De commencer à 8h le matin et de finir à 21h le soir [...] c'est un peu épuisant, sachant qu'on faisait un samedi sur deux donc euh ... On n'avait plus le temps. Mais en fait j'avais pas le temps de me dire que j'avais pas le temps, 'fin (rires) parce que tu travailles tout le temps du coup t'as plus le temps, je me souviens je rentrais le soir, je mangeais, je dormais, je me relevais le matin, en plus il y avait les gardes souvent le week-end etc ... Donc en fait, c'est après coup tu te dis "Ah mais mince, je viens de passer 6 mois où j'ai rien fait parce que j'étais tout le temps en stage quoi" ». Les lois et le code du travail ne sont toujours pas appliqués uniformément : ainsi S8(L592) rapporte que « rares sont mes stages où se, où les 48h sont respectées » et S5(L184) regrette de devoir en « plus faire des gardes gratuites jusqu'à minuit et le week-end » en commentant : « c'était compliqué, physiquement et psychologiquement ».

- **Le manque d'accompagnement face à de grandes responsabilités**

Une des difficultés majeures de leurs études réside dans le manque



d'accompagnement, les étudiant·e·s étant trop souvent laissé·e·s seul·e·s avec de grandes responsabilités. Pour S4(L51), cela commence dès l'externat : « *c'était à la fin de ma D2. [...] on se ... devait être en stage à 7h du matin pour faire la visite dans le service, qu'on faisait tout seul ! [...] on était de garde de... d'urgence, euh... On s'occupait de la traumatologie, mais on n'avait pas d'interne, et on avait juste un chef qui ne voulait jamais se lever, donc c'était l'externe de D2 qui devait gérer toute la traumatologie ...* ». Pour les autres, le pire est venu pendant l'internat : R6(L310) raconte ainsi que « *l'exemple ben de non-encadrement c'est débiter son premier jour avec 18 patients à voir, la cheffe te dit "Ben voilà l'ordinateur, tu fais la visite" et elle s'est cassée [...] alors que tu ne sais pas utiliser correctement [le logiciel] et que même pour un paracétamol il fallait regarder dans le VIDAL. Donc voilà, je ne t'explique pas ma visite ....* ». S7(L95) a vécu la même chose et se rappelle d'un senior : « *il me laissait un peu gérer le service, mais en sachant que j'étais deuxième semestre, que j'y comprenais strictement rien, ben ... que j'avais pas les connaissances pour, du coup ça a été très très difficile pour moi, j'avais une pression énorme, et je me sentais, ouais, seule, vraiment seule* ».

R8(L500) confie elle aussi avoir régulièrement « *cette sensation de "J'aimerais bien que vous soyez un peu plus autonomes", mais tu peux pas être autonome ! T'es interne ! T'es encore interne ! C'est justement à ça que ça sert l'internat ... Et ça, ça manque terriblement, ça c'est vraiment un truc euh ... Euh ben je trouve ça fou ! On devrait savoir comme ça [claque des doigts] ! Non ! ... merde non. C'est incroyable* ».

R7(L117) partage ce ressenti qu'elle détaille : « *le pire quand t'es euh, quand t'es interne, c'est qu'en fait euh, t'es là pour apprendre, mais y'a*

*plein de chefs qui t'apprennent pas ! [...] ils te font sentir que tu es dangereux. Alors qu'en fait, mettons que tu sois dangereux, en fait ça devrait, c'est au chef de se remettre en question parce que c'est lui qui est censé t'apprendre ... Et ça, y a pas du tout ça ».*

- **Le tutoiement imposé pour forcer l'intimité**

*L'une d'entre elles regrette que « les gens se tutoient pour créer une sorte de bonne ambiance mais en fait ça brise une certaine barrière ... et même toi de, d'être obligée un peu de tutoyer les chefs ... eh ben ça crée une sorte d'intimité que t'as pas envie d'avoir forcément avec eux et ça, ils se ... ils se permettent des choses quoi : ils vont se permettre de te parler comme une merde dans le couloir, ils vont se permettre de .... Alors que quand il y a la barrière du vouvoiement, eh ben les rapports sont forcément plus cordiaux. [...] Alors que dès que tu commences à tutoyer mais là y a aucune limite, À RIEN ! » (R7L135).*

Parfois le tutoiement sert aussi à asseoir sa domination de manière ostensible : S8(L941) se souvient ainsi du comportement d'un chef : « je devais le vouvoyer, il me tutoyait ».

- **La hiérarchie ressentie comme agressive, pesante, injuste**

La grande majorité d'entre elles relatent des expériences dans lesquelles leurs supérieur·e·s hiérarchiques se sont montré·e·s pesant·e·s, injustes ou menaçant·e·s. R8(L529) s'attriste de « parfois se faire engueuler comme du poisson pourri euh ... alors que t'essayes de ... simplement de faire ton travail euh ... c'est tout ... Que ce soit pour demander des examens complémentaires ou des avis parce que ben, tu sais pas encore ». De même pour S4(L375), qui dès l'externat se faisait « engueuler mais genre c'est parce que je tenais pas bien les écarteurs

*quoi, et comme tous les externes on se faisait pourrir parce que “Arrête de bouger !” alors que ça fait deux heures que tu fais Jésus sur la croix et t’en peux plus et tu trembles et tu fais pas exprès de bouger (rires) !* ».

S5(L208) raconte qu’elle s’est sentie rabaissée : « *les chefs nous traitaient comme des externes, nous écoutaient pas, ou ça crachait énormément de, dans notre dos, alors que je pense qu’on était la majorité des gens de bonne volonté* » et S8(L727) comment une senior lui a crié lors d’une garde « *C’est qu’un tox ! J’irai pas ! Nanana ! Toi, toi l’interne t’as qu’à y aller !* ».

- **Domination et humiliation**

Plus grave, deux tiers d’entre elles rapportent avoir vécu au moins une fois des rapports hiérarchiques basés principalement sur de la domination. S6(L24) se rappelle ainsi d’un stage où « *les seniors nous adressaient pas la parole* » et S7(L205) comment elle a assisté à l’humiliation de collègues par leurs supérieur·e·s : « *ils tapaient dans leur fierté tu vois, en disant “Ouais mais t’es qu’une merde.” [...] ou euh, “T’as pas de couilles.”* ». S8(L156) confie qu’une cheffe « *m’humiliait tout le temps, [...] pendant le tour elle nous faisait chier sur des trucs de merde, j’m souviens d’une de mes co-externes qu’elle avait fait chialer* ».

R8(L277) quant à elle reste, estomaquée par la réaction violente qu’a eu un professeur vis-à-vis d’une de ses collègues qui venait de s’éclipser d’un cours pour payer le stationnement de sa voiture : « *“Mais elle peut pas faire comme tout le monde et venir à vélo” euh ... euh, [...] j’ai dû dire “Elle habite pas ici” et, et il me dit “Ah en plus c’est une paysanne !” et j’ai dû lui dire “Ben écoutez, chacun fait en fonction de ses contraintes” ... (inspire fortement) et là il a mais explosé ... il m’a ... il m’a défoncée ... à l’oral hein, mais devant, enfin, tout, tout le monde*

hein, DÉ-FON-CÉE euh ... “Ouais euh, si vous êtes pas contente, vous pouvez partir !!! Je ... j’suis encore libre de dire ce que je veux dans mon cours !” Euh ... Et en fait moi j’ai trouvé que c’était très injuste qu’il attende qu’elle soit sortie, pour euh, se foutre de sa gueule, et comme c’était mon amie, c’est vrai que ... j’ai ... spontanément répondu à ses interrogations et ses invectives orales, [...] et il a PÉTÉ UN CÂBLE ... il m’a mais laminée ... J’avais ... on m’a JAMAIS parlé comme ça [...] et ... et tout le monde était mais ... abasourdi autour de moi ». Elle raconte s’être crispée en le croisant à nouveau lors d’un staff quelques jours plus tard. Ce dernier l’a alors gratifiée d’un « “Pourquoi vous faites toujours la gueule vous ?” ». Enfin R6(L315) semble encore éprouvée par le comportement de l’une de ses cheffes : « les fausses accusations ça a démarré parce que ma cheffe [...] en avait marre de s’occuper des patients au service ... [...] Un jour, j’ai un monsieur [...] [qui est arrivé] dans un très mauvais état général, ma cheffe [...] m’a dit “Ben laisse, ça je m’en fiche, je ne m’en occupe pas”. Bon moi j’ai quand même fait tout un bilan, finalement ce pauvre monsieur, qui était dans ... un quasi coma, avait [...] un cancer avec des métastases multiples [...] En ... moins de 24-48h hein, vraiment, j’avais réussi finalement à lancer tout le bilan [...] et la veille de la, de la programmation de la biopsie il est décédé brutalement ... ouais ... et en fait ma cheffe qui ne s’était absolument pas intéressée à ce patient, euh ... quand il est mort elle m’a dit ... “Ben en fait euh, j’pense que s’il est mort euh c’était peut-être pour un retard de la prise en charge euh ... hospitalière, t’aurais peut-être pu aller plus vite” ... Voilà s’il est décédé c’est peut-être un petit peu ..... un petit peu de ta faute ».

- **Harcèlement**

Parfois, la limite du harcèlement moral est clairement franchie. R7(L114) se souvient d'une situation « *de, du harcèlement moral quoi. Quand tout, à chaque fois que ma co-interne elle faisait quelque chose, la cheffe elle poussait des soupirs, elle la regardait comme une merde quoi. Elle, elle lui faisait ressentir qu'elle n'était pas douée et qu'elle était dangereuse* ». R2(L236) détaille cette manière de « *toujours te remettre en question, te rabaisser [...] Le matin on arrivait on se faisait tous euh ... on avait tous le droit à notre petite pique, notre petit commentaire euh, sur ce qu'on avait mal fait* ». R6(L304) se livre d'une voix mal assurée sur son premier semestre : « *c'était un peu un calvaire [...] pas d'enseignement rien ... euh, des menaces et ... des accusations ... comme ça non fondées euh ... voilà. Presque du harcèlement, on va dire [...] il fallait qu'on fasse des courriers de sortie [...] Et en fait ils sont disponibles déjà et présents euh ... tout le monde à l'hôpital peut le voir, mais y'a écrit "courrier provisoire". Et en fait, [...] quand elle corrigeait les courriers, elle écrivait EN GROS, EN ROUGE, EN GRAS sur le courrier euh ... [...] un jour j'avais oublié une unité à un ... un résultat biologique. Et elle m'a écrit "Mais tu relis tes courriers ?!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!" avec 1000 points d'exclamation écrits en rouge euh .... [...] après à la fin du courrier pour un autre truc, une phrase tournée différemment, pas comme elle voulait, elle me fait "Mais c'est n'importe quoi ce que tu dis", mais sans corriger ni rien, et ces courriers-là étaient visibles par tous en fait ... Donc euh, quand je corrigeais [...] elle REMETTAIT encore des trucs en gras, qu'elle ne m'avait pas corrigé auparavant, genre vraiment en me disant "Tu fais systématiquement les mêmes erreurs, apprend à écrire !" euh ... Voilà. Et c'était mais*

*horrible ! Et alors ... moi je me disais "Bon voilà j'espère qu'il y en a aucun qui va voir ça", alors je me précipitais [pour] corriger mes courriers pour pas voir ça parce que c'était la honte quoi ... Et après c'était tous les jours, le matin, [de] mauvaise humeur "Ah t'as encore fait ça, t'as encore fait ci". Et euh ... à la fin, c'était à l'évaluation euh ... de stage euh ... devant Pr [nom], j'ai appris en fait qu'elle disait [...] que (de plus en plus bas) je prenais les gens pour des cons ... Voilà. Donc bon ce fut l'apothéose ».*

A(L174) elle aussi cumule les expériences difficiles. Dès l'externat elle subit le comportement abusif d'une senior : « *elle nous demandait à combien de jours [de traitement] est-ce qu'on en était tu vois ? Et j'm'étais trompée d'un jour tu vois ? Elle avait péte un câble, elle avait jeté le dossier par terre, elle m'avait dit qu'il fallait que je change de carrière [...] tout le monde prenait cher, les internes finissaient en larmes à tous les symposiums, tous les vendredis, elles finissaient toutes en larmes ».*

Elle termine son entretien avec un récit dont nous avons choisi de retranscrire ici une longue partie devant l'ampleur des faits décrits : « *ça s'est vraiment mal passé avec lui. Il voulait tout contrôler [...] il venait me chercher à 7h et il me ramenait jamais avant 21h [...] il était là "[...] c'est parfait, comme ça je peux maîtriser c'que tu fais, c'est un peu comme Vis ma Vie, comme ça c'est moi qui décide de quand est-ce-que tu arrives et de quand est-ce-que tu repars". On pouvait pas manger le midi [...] dès que je ramenait quelque chose [à] bouffer à midi, il était toujours en train de critiquer [...] en me soutenant que j'étais trop grosse [...] Il voulait pas que je participe aux consultations [...] j'avais un p'tit tabouret qui était sur le côté, et il fallait pas que j'ouvre la*

bouche. Donc évidemment, je me gênais pas pour ouvrir la bouche, donc ça, ça l'énervait, et donc des fois il s'vengeait un peu tu vois, des fois il disait [aux patient·e·s] "Non mais, elle est en hypoglycémie, elle sait pas c'qu'elle dit", 'fin tu vois il arrêtait pas de dire des choses comme ça tout le temps quoi ! [...] Une fois [...] j'faisais que vomir, j'tais pas bien, j'ai dit "J'pense que que j'vais rentrer parce que là c'est pas possible.", et il dit "Non non tu restes, c'est pas grave, t'as qu'à pas parler, tu fermes la bouche et je te fais une IM<sup>27</sup> de de Vogalene dans la fesse." J'ai dit "Non mais vous touchez pas à mes fesses, je vais prendre le Vogalene toute seule ça ira très bien", et euh... en gros il arrêtait pas de dire aux patients [...] "Non mais, l'écoutez pas elle est malade elle à la gastro, elle fait, elle fait que vomir ! Elle à la chiasse et tout !" et je le regardais "Mais... c'est inadapté ce que tu fais quoi !" (rires) [...] J'me souviens qu'une fois un jour, je lui avais dit "Ça serait bien de mettre une petite poubelle dans les toilettes", euh il me dit "Mais y'a pas de souci, tu viendras jeter ton tampon dans la poubelle du cabinet ! Comme ça les patients ils verront que t'as tes règles !" [...] Vraiment, il se servait de tout ce qu'il pouvait pour me rabaisser ». Il se serait aussi permis au cours de « longs debriefs » de fin de journée de rappeler « les patients un par un [...] il pouvait parfois TOUS les rappeler, mais jamais pour des choses euh... importantes ». Elle raconte qu'il l'a également filmée contre sa volonté : « il était en train d'installer une caméra, j'ai dit "Mais vous faites quoi là ?" (rires) il dit "Ah ben j'installe des caméras !" j'ai dit "Mais ça je vois.. mais pour quoi faire ? - Ah ben pour te surveiller !" J'ai dit "Ah mais non non non [...] c'est mort, je veux dire ça ne m'intéresse pas, je veux dire, je resterai

---

<sup>27</sup> IM : comprendre injection intramusculaire

*pas” il dit “Non non ! Mais c’est pour faire de la supervision indirecte, comme ça tu comprends qu’est ce qui va pas chez toi” j’étais là “Ouais, mais non en fait, je suis pas d’accord” il dit “De toute façon j’arrive pas à faire fonctionner, j’arrive pas à avoir un raccord à mon téléphone, donc ça marche pas, donc tant pis” et il était parti. Donc je me méfiais un petit peu de lui, donc du coup j’avais mis [ma bouteille] devant la caméra [...] et il m’a rappelée une heure plus tard, super vénère “Qu’est ce que tu fous, j’vois rien, j’entends rien, faut qu’tu parles plus fort, que t’enlèves ta bouteille d’eau” et j’ai dit “Mais je croyais que ça marchait pas !” il dit “Ah bah finalement ça marche !” je dis “Mais, je suis toujours pas d’accord en fait !” et il les a quand même laissées. [...] Il m’avait dit qu’on faisait une supervision indirecte, et qu’en gros on ré-analyserait ensemble, ce qu’on n’a jamais fait [...] Donc c’était vraiment ... juste pour me surveiller quoi ». Pour son entretien de fin de stage « il m’a humiliée pendant une heure, ‘fin au bout d’un moment franchement je j’ j’ j’allais chialer, en gros chaque item, il critiquait en m’disant que... que c’que j’faisais c’était d’la merde ». Une attitude qui se serait répétée avec d’autres étudiantes : « j’étais sa troisième interne. Et les deux premières s’étaient mises en arrêt euh ... [...] j’en ai rencontré une par hasard [...] elle me dit “Mais si ! C’était le pire stage de ma vie ! Je me suis foutue en dépression !” ».*



## b) Pourquoi : rapports de force inégaux

### o Représentations que se font les étudiants de leur position dans ces rapports de pouvoir

Face aux comportements parfois abusifs de leur supérieur·e·s hiérarchiques, les internes se sentent réduites à l'impuissance par un rapport de force qui leur est défavorable.

Certaines, comme R2(L244), rapportent se sentir **infantilisées** : « *je ne me permettais pas de prendre des initiatives, mais ça c'était plus du côté médical parce que ... je savais que tout était toujours remis en question [...] on en était réduit à ça. On était vraiment des externes, tu ne prenais pas d'initiative. En premier semestre on mettait les antibiotiques nous-mêmes, on majorait le Lasilix selon l'état des gens qui venaient en OAP<sup>28</sup>, là, tu ne pouvais pas, en fait euh ... t'étais un externe et tu appliquais ce qu'on te disait [...] on était un peu infantilisé·e·s* ».

D'autres ont l'impression de **ne pas pouvoir faire entendre leur voix**, comme S7(L169) qui déplore : « *ça me dérangeait énormément, euh ... et puis de ... en tant qu'externe de pas pouvoir répondre parce que justement on était qu'externes, c'était encore plus frustrant, et euh plus traumatisant du coup, parce qu'on pouvait pas répondre et on pouvait pas se défendre* ». S8(L124) a également la sensation d'avoir été dans une position où on lui enlevait toute possibilité de prise de parole : « *dans mon état d'esprit de l'époque, bah fallait juste fermer sa gueule, serrer les dents, être chacun à sa place [...] on a besoin que quelqu'un d'autre vienne dire quelque chose, parce que des fois quand c'est toi qui es le sujet de, 'fin qui es le sujet de la situation, en fait t'es dans la*

---

<sup>28</sup> Œdème Aigu Pulmonaire

*mauvaise position pour euh pour dire quelque chose* ». R3(L525) résume ainsi ce ressenti : « *Et on ne fait rien, enfin on fait rien [...] et on fait rien pour que ça ... on subit les conditions* ».

Plusieurs d'entre elles se sentent **rabaissées** : R6(L37) parle de « *certaines stages quand même mal vécus parce [qu'on est] sous-estimé·e·s [...] on peut être vraiment considéré comme un boulet [...] je me suis dit "Ben mince je suis un mauvais médecin"* », et R2(L197) décrit le comportement dévalorisant d'un chef : « *Il allait toujours te faire le petit commentaire pour montrer que c'est lui qui est au-dessus... [...] tu étais restée à ton rang de "OK je suis en dessous" [...] on avait plus l'impression que c'était pour nous ... garder, enfin, nous remettre à notre position d'interne [...] On a vraiment l'impression qu'on est des sous-merdes [...] Je pense qu'une fois qu'il a compris qu'on euh, qu'on avait saisi le message : c'était eux [qui décidaient] et nous on faisait comme ils voulaient, ben après c'était euh ... lui aussi il s'est un peu décoincé* ».

Ces abus semblent **d'autant plus fréquents que l'interne est jeune et en début de parcours**, comme le décrit S8(L152) : « *J'pense que quand t'es externe et que t'es un peu vulnérable t'en pâtis un peu plus que les autres euh...* ». S7(L131) pense que cela est dû en partie à une volonté de bien faire : « *quand on est jeune semestre, on se laisse un petit peu marcher dessus, malheureusement, mais on a quand même beaucoup plus de volonté, parce que on veut apprendre, parce que on veut faire bien les choses, parce que, 'fin voilà ... mais bon* », là où R2(L58) rappelle que le manque d'expérience rend les étudiant·e·s plus vulnérables : « *le début c'était dur, tous les premiers semestres c'est un peu à part de toute façon ... [...] en premier semestre tu es malléable*

*en fait ... comme tu ne sais pas à quoi t'attendre [...] Et au début en fait, j'encaissais tout* ». S1(L118) souligne que les personnes qui profitent de cette fragilité ne se limitent pas qu'aux supérieur·e·s hiérarchiques : « *Une infirmière et un aide-soignant euh ... de ... de nuit qui m'avaient mené la vie dure, mais je pense que c'était parce que j'étais jeune interne [...] c'était plutôt le côté, le côté euh ... début de l'internat* ».

#### o **Représentations que se font les étudiants de leur hiérarchie**

A l'opposé, les étudiantes interrogées semblent considérer que leur hiérarchie bénéficie d'un fort ascendant dans leur relation.

En effet, elles sont plusieurs à éprouver un certain **respect parfois teinté d'admiration** pour leurs supérieur·e·s hiérarchiques, considéré·e·s comme détenteurs·rice·s du savoir. Ainsi, S8(L148) témoigne ressentir « *un mélange de timidité, de, de respect quand même* » et R5(L275) confie : « *Souvent quand c'est tes chefs t'as ... du respect, beaucoup de ... de ... d'admiration parfois pour certains ou certaines et ... et le jour où il y a quelque chose qui ne va pas ou si cette personne te parle mal, tu ... je sais pas, est ce que je serais capable de lui d' ... je pense que oui, si ça va trop loin oui. Mais après une remarque ... deux ... est-ce que effectivement j'aurais la force de caractère de lui dire "Non mais euh enfin ça ne va pas se passer comme ça" ...* » .

De plus leur hiérarchie est souvent vue comme **toute-puissante**. Face à elle, les internes disent se censurer, par peur des répercussions : ainsi, R2(L393) s'inquiète des conséquences d'une de ses blagues pourtant d'apparence anodine : « *je me suis tout de suite tue et je me suis dit "Oh merde merde merde il ne faut plus que je dise quoi que ce*

*soit parce que sinon c'est parti pour 6 mois où il me fait la gueule et il ne me parle plus" ». De même S6(L193) explique ses réticences à faire part de son désaccord : « t'as toujours aussi l'appréhension [...] si jamais tu commences à, tu te mets euh, tu, 'fin tu fais réflexions, tu te plains euh, tu risques d'avoir, que ce soit encore plus compliqué pour la suite ». S8(L867) elle aussi s'intime au silence, effrayée à l'idée des conséquences qu'une verbalisation de sa part pourrait engendrer : « j'ai pas osé le faire, (baisse la voix) il me faisait trop peur. J'avais trop peur qu'il y ait des... des, des, des répercussions, qu'il me... je l'imaginai vraiment bien m'appeler et m'engueuler, et donc j'me suis [dit] bah non en fait ».*

Parfois leur hiérarchie est même décrite comme **intouchable**, en particulier pour les étudiant·e·s qui se sentent sommé·e·s de rester dans le rang et de s'adapter aux débordements de leurs chef·fe·s. S8(L192) rapporte ainsi : « dès le premier jour, on nous avait dit "Faites attention à ce que vous dites, vous dites bien bonjour, surtout faut la caresser dans le sens du poil" ... » et R7(L587) se désole : « Y'a jamais de sanction ... On peut pas licencier les gens, on peut pas blâmer les gens parce que, voilà, y a que des pervers narcissiques partout de toute façon (rires) ... ».

Ce ressenti est d'ailleurs parfois confirmé par leurs expériences de chef·fe·s resté·e·s **impuni·e·s malgré les dénonciations** : ainsi, R6(L370), après qu'elle soit allée se plaindre auprès d'un professeur du harcèlement d'une cheffe, s'est vue répondre « elle est comme elle est, on la changera pas, de toute façon c'est une PH, on peut pas faire grand chose ». Son témoignage fait écho à celui de S8(L558) qui relate l'absence de conséquences pour une senior ayant humilié une

étudiante au point de la faire craquer : « [ma co-externe] a (rires nerveux) pris un classeur, elle l'a jeté par terre et s'est mise à chialer, elle hurlait en même temps en disant que c'était pas possible, que c'était invivable, qu'elle avait jamais vu ça ailleurs, qu'elle avait pas à vivre ça, et donc en gros elle a pété son câble, ça a duré 5 min puis elle est partie [...]. Et finalement quand elle est revenue ... bah... entre temps on avait été briefé de ce qui c'était passé [...] et la cheffe la faisait plus chier. Du coup elle se vengeait un peu sur les autres (rires) ». Elle conclut, amère : « Ils sont inébranlables hein ... ils sont persuadés ... d'être dans leur bon droit donc euh ... ça a jamais donné lieu de mes souvenirs, ça a jamais donné lieu à une discussion ... ».

S5(L204) quant à elle, a fait face à la même absence de changement réel de ses conditions de travail, **malgré la sollicitation de la médecine du travail** : « on a été ... 4 ou 5 je crois, à aller en médecine du travail, [...] j'ai pleuré avec mes co-internes, oui. Ouais elle m'a écouté. Et puis elle a ... elle a convoqué le chef de, le chef de service... ouais. Donc elle a fait des choses... 'fin, j'sais pas si c'est passé, non parce qu'en soi ça n'a rien changé euh sur le papier après, mais euh on a eu des réunions, on a pu discuter avec lui, où il a remis les points sur les i avec les chefs avec qui ça posait problème, mais après on sait que humainement ben on n'est pas assez pour faire les gardes, pour faire, pour tourner dans le service, donc ça ça n'a pas changé, voilà ». Si les **sanctions** sont possibles, **rare**s sont les témoignages comme celui de R6(L374) qui rapportent qu'elles aient lieu : « je lui ai répondu euh "Si un jour vous n'avez plus d'interne dans votre service, faudra pas vous étonner". Et [...] aujourd'hui [là-bas], il n'y a plus d'interne

*(baisse la voix) pour le motif là ... et je crois même qu'il y a un procès en cours ... pour un autre interne ».*

De plus, même lorsque les internes arrivent à faire appliquer des sanctions, celles-ci sont souvent jugées inadaptées : ainsi A(L816) relève que malgré le signalement du comportement pénalement condamnable de son praticien, ce dernier a pu rester maître de stage : « *Donc j'ai fini par en parler mais au bout d'un an [à ma tutrice] mais pas, pas volontairement en fait, elle m'a posée des questions, elle a compris que c'était un peu bizarre [...] elle a dit "Bon ça tombe bien, je le sentais pas trop ce prat' là, il est un peu bizarre en réunion" [...] depuis en tout cas il a plus de niveau 1, mais il a toujours des SASPAS<sup>29</sup> ».* De même, si les démarches de son deuxième maître de stage -informé de la situation- semblent animées de bonnes intentions, elles restent insuffisantes « *l'autre [maître de stage] m'avait rappelée il a dit "Mais... mais il est vraiment malade ! 'Fin moi je veux plus travailler avec lui, euh c'est fini quoi ! Euh c'est fini" [...] Euh, si, il a signalé, il a dit qu'il voulait changer de binôme en fait »* (AL847), « *il était trop choqué, et rapidement [...] il m'a proposée de me mettre en arrêt aussi, de son côté »* (AL952).

## **D. Interne : un statut ambigu**

À ce contexte de violences hiérarchiques s'ajoute pour les femmes interrogées la difficulté à s'adapter au statut particulier de l'interne dont elles ont esquissé le portrait.

---

<sup>29</sup> comprendre : des internes en stage praticien de niveau 2

## 1. Un statut sans prérogative claire

Elles nous ont tout d'abord décrit un rôle difficile à tenir car étant mal défini.

### a) Pas encore médecin mais plus étudiant·e

En effet, l'interne se situe sur une frontière floue : il·elle n'est pas encore médecin mais plus tout à fait étudiant·e. Toutefois, ces deux statuts lui seraient imposés alternativement à ses dépens, comme le rapporte R4(L531) : « *tout le temps t'es un peu ... t'es soit la ... la merde étudiante qui ne sait rien, soit quand ça les arrange euh qu'ils ne veulent pas être dérangés, t'es d'un coup, tu ... tu dois être euh, d'un coup c'est "Ah ben toi t'as bientôt fini, toi, tu vas bientôt exercer, tu peux te débrouiller". Alors je sais pas, mets-toi d'accord (claque dans les mains) ».*

### b) Prescripteur·rice et décisionnaire mais pas supérieur·e hiérarchique

De plus, si l'interne est décisionnaire et prescripteur·ice, il·elle n'a cependant pas de poids hiérarchique. Ainsi, il·elle se retrouve dans une position ambiguë, où il lui serait demandé de diriger et s'affirmer sans jamais outrepasser son statut, comme le confie R7(L92) : « *l'important toi, c'est de sav', que tu gardes bien en tête, en tant qu'interne, que tu dois dominer personne ... j'trouve [...] on t'apprend dès que tu rentres en première année de médecine euh premier stage infirmier, c'est que surtout, il faut dire bonjour à tout le monde, il faut pas se prendre pour je sais pas qui [...] de base t'es dans une posture ou tu dois t'excuser d'être là vis-à-vis des autres. Parce que c'est particulier, les rapports hiérarchiques à l'hôpital vu que les infirmières, les secrétaires tout ça, c'est pas tes subordonnées mais mine de rien c'est à elles que tu donnes des ... des*

*injonctions ... donc euh ... c'est vraiment très spécial : t'as aucune légitimité de te sentir plus haut qu'elles, n'empêche que c'est toi qui prend, qui est responsable des décisions. Donc déjà ça rend cinglée, et du coup voilà, tu dois toujours être en train de te dire "Est ce que je, est ce que je la respecte ? Est ce qu'elle ne va pas se sentir méprisée ?" et voilà ».*

Des propos que reflète également le témoignage de R8(L470) qui se serait retrouvée confrontée à une infirmière refusant obstinément de coopérer : « *Je me souviens quand j'étais en [service de médecine] euh y en avait une dès le premier jour qui nous disait "Tu peux prescrire mais je ne le ferai pas" [...] alors qu'on est quand même les prescripteurs, on lui demande pas la Lune, on lui demande de faire son boulot, on avait énormément de mal à lui faire prendre les constantes plusieurs fois par jour quand c'était nécessaire ... et ça c'était, ça leur a vraiment pas plu ».*

## **2. Bouc émissaire**

Les étudiantes interrogées ont également l'impression d'endosser le rôle de celles qui peuvent être facilement critiquées et paient donc pour les agissements d'autres médecins : « *tu pars du principe que comme tu appartiens au clan des médecins eh ben par défaut, tu vas être perçue comme la personne qui méprise où qui va outrepasser, enfin, qui peut être désobligeant ou voilà [...] les infirmières, les secrétaires, tout le mond', tout le monde en fait se sent mal dans cette structure eh ben, et s'est senti méprisé, à, à juste titre [...] eh ben voilà il y a aussi une méfiance de l'autre côté » (R7L95).*

Ce ressenti est également rapporté par R8(L473) qui aurait été la cible de l'hostilité d'une infirmière de façon injustifiée : « *c'est vrai qu'on s'est fait accueillir [de manière] pas aimable du tout [par une infirmière] [...] on n'a pas*



*compris pourquoi autant d'agressivité envers nous, surtout de la part d'une personne qui se permettait en effet des réflexions extrêmement dures et violentes* ». S7(L397), quant à elle, confie avoir servi de bouc émissaire à des patient·e·s mécontent·e·s « *j'étais euh [...] le ... le souffre-douleur, parce que du coup euh, les patients étaient pas contents de [ne pas] voir des vrais médecins* ».

### **3. Difficulté de devoir faire ses preuves tous les 6 mois**

Par ailleurs, certaines d'entre elles rapportent que les changements de service tous les semestres constituent une difficulté supplémentaire vis-à-vis des équipes : ainsi, R4(L528) regrette de devoir « *tout le temps prouver ... tous les 6 mois de recommencer à zéro* », ce que confirme les propos de R5(L440) : « *c'était compliqué de faire ses preuves et de montrer un peu ce que tu vaux [...] quand t'arrives [...] ils te mènent un peu la vie dure* ».

### **4. Une personne pour qui on ne prend pas parti car elle est de passage**

Enfin, R7(L579) confie son sentiment que les intérêts des étudiant·e·s ne sont jamais défendus en raison de leur présence temporaire dans les services : « *toi t'es l'interne, tu restes SIX MOIS quoi, donc auc', tous les collègues ils n'ont aucun intérêt à valoriser ta parole, même s'ils savent* ». Elle raconte ainsi comment une cheffe « *pousse-au-suicide* » notoirement connue supervise toujours les étudiant·e·s malgré la détresse successive de plusieurs d'entre elles·eux : « *j'ai une de mes co-interne qui a failli se s', enfin, et j'avais vraiment peur pour elle quoi ... et c'est arrivé plusieurs fois, et [la senior] est toujours là,*

*et y'a rien qui change. Parce qu'en fait ils savent que les internes elles partent au bout de six mois et que de toute façon elles survivent toujours, y'a jamais personne qui s'est tué, donc en fait plutôt que se prendre la tête encore une fois, une énième fois avec elle [...] alors qu'ça changera rien et machin, ben on laisse couler et puis voilà ».*

## **E. Retentissement global**

Toutes ces difficultés impactent les étudiantes interrogées qui témoignent d'études demandant des sacrifices importants et ayant un retentissement sur leur santé et sur leur vie privée.

### **1. Sur la vie privée, familiale et sociale**

Elles sont ainsi plusieurs à évoquer les conséquences de leur parcours sur leur vie personnelle. S8(L29) confie par exemple : « *je m'attendais pas à ce que soit aussi long, aussi chiant , et que ça [ait] autant d'impact sur ma vie quoi, 'fin euh à la base, j'étais ultra créative, je faisais beaucoup de sport, et j'ai laissé tomber tous mes hobbies quasiment pour la médecine* » ; R1(L51) admet quant à elle que « *c'est beaucoup de sacrifices* » et reconnaît volontiers la difficulté de concilier études et vie privée : « *je trouve ça difficile d'aménager du temps pour soi et pour sa famille et pour une vie de couple et pour une vie amicale* ».

### **2. Sur la santé mentale et physique**

Les conséquences ne s'arrêtent pas là puisque les effets négatifs sur leur santé sont multiples.

### a) Fatigue psychologique et physique

Tout d'abord, elles sont plusieurs à témoigner de leur fatigue -aussi bien physique que psychologique : « *Avec tous les sacrifices que ça demande tant au niveau personnel, qu'au niveau physique, que psychique [...] c'est vraiment éreintant psychiquement, on est toujours dans le social ... tout le temps à ... accumuler la détresse des gens ... et euh ... au niveau physique aussi, les gardes les week-ends, et nanananana* » (R1L57).

### b) Anxiété et somatisation

De plus, elles décrivent un stress qui se transforme souvent en anxiété : ainsi, A(L764) raconte l'appréhension grandissante qui précède chacun de ses retours chez l'un de ses praticiens : « *on faisait deux semaines – deux semaines [en alternance chez un autre praticien], et à chaque fois les deux derniers jours de la d', 'fin le changement, j'étais pas bien, euh, angoissée, tachycar' euh... je voulais vraiment pas y retourner quoi ...* ». Parfois cette anxiété s'accompagne d'une véritable somatisation, comme pour S6(L68) : « *j'ai eu des, eu des périodes de stress hein, je suis quand même très, très stressée, j'intériorise énormément, d'ailleurs je commence à avoir du psoriasis (rires), euh... mon stage aux urgences [...] aussi j'étais hyper stressée, j'avais commencé un syndrome de l'intestin irritable* ». Dans certains cas, l'anxiété peut aller jusqu'à les empêcher de se rendre sur leur lieu de travail « *je me réveillais avec la nausée [...] j'étais vraiment pas bien quoi, je pouvais pas mettre un pied devant l'autre* » (S4L264).

### c) Champ lexical du traumatisme

Les violences qu'elles subissent sont loin d'être anodines, comme en témoigne l'impact psychique que laisse entrevoir le champ lexical utilisé par

R2(L746) : « *Et ça ... euh, ça je l'ai super mal vécu, j'en pleurais et euh ... j'avais même hésité à m'inventer une gastro pour ne pas venir un jour et euh ... [ma co-interne] m'a dit "Fais pas ça parce qu'ils en profiteront" donc je ne l'ai pas fait mais oui ... ça je l'ai super mal vécu* », ou encore dans celui de S1(L145) lorsqu'elle dit : « *c'est celui qui me mettait une misère monstrueuse* ». Elles sont ainsi plusieurs à parler d'expériences choquantes : S7(L390) parle d'un stage qui l'a « *vraiment traumatisée* » et commente « *c'était scandaleux ! [...] j'étais [...] le souffre-douleur* » ; R8(L292) quant à elle semble encore ébranlée par la violence des propos du médecin enseignant qui s'en serait pris à elle et son amie : « *Voilà, c'est LE truc que j'ai vécu qui, qui m'a un peu traumatisée [...] Et je m'en veux encore maintenant de ne pas m'être levée et de ne pas être partie de ce cours ... Je, je comprends pas encore maintenant pourquoi ... parce qu'en fait je pense que j'ai été tellement choquée [...] de cette violence euh gratuite [...] Et, et vraiment, je m'en veux énormément de ne pas avoir eu ce courage de, de dire "Je n'accepte pas qu'on me parle comme ça et je pars... je pars de votre cours, désolée" ...* ».

#### **d) Syndrome de stress post traumatique**

A(L764), quant à elle, dépeint dans un témoignage accablant ce qui s'apparente à un réel syndrome de stress post-traumatique : « *il me faisait trop flipper, 'fin les, les mois qui ont suivi, si je voyais son nom, même si mon téléphone sonnait et que c'était son nom, je tremblais, j'étais vraiment trop mal quoi [...] Vraiment il me faisait flipper quoi. Il était tellement fort pour manipuler euh ... [...] il avait une espèce d'emprise [...] c'est genre une espèce de serpent qui pénètre ton esprit comme ça là euh ... [...] Cet espèce de gourou maléfique quoi (rires). [...] Je me souviens que y'a, je, 'fin dès que je vois sa voiture, ou une voiture qui ressemble, j'suis toujours*

tétanisée, genre euh ... est ce que c'est lui ? Et une fois on l'a croisé en s'baladant, j'ai j'ai reconnu la voiture et je l'ai reconnu lui, sa femme et ses enfants dans la voiture, et je sais pas s'il m'a vue ou pas [...] j'étais genre (mimique choquée) et je suis restée genre euh ... pétrifiée et ... et après j'étais là "Ah putain est-ce que c'était lui ? Est-ce que c'était lui ? Est-ce que c'était lui ?" Et euh ... "Il va m'appeler, il va se passer quelque chose ..." tu vois euh, sensation de catastrophe imminente tu sais ! Ce qui est débile tu vois, il peut rien me faire euh ... trop bizarre. Trop bizarre ».

### e) Dépression, burn-out et troubles du comportement alimentaire

Elles sont plus d'un tiers<sup>30</sup> à décrire des conséquences prolongées sur leur santé mentale.

Le burn-out est évoqué à plusieurs reprises. Il touche parfois leurs connaissances, comme pour R3(L545) dont l'ami « *a fait un pseudo burn-out* » l'ayant conduit à « *arrêter son stage à la fin* » ; dans d'autres cas elles se sentent elles-mêmes vulnérables, comme le raconte S7(L100) : « *j'aurais vraiment fait un burn-out quoi. [...] Je pense que j'en étais proche* ».

D'autres rapportent avoir souffert de dépression, comme S8(L778) : « *j'ai fait, une micro-dépression (rises) pendant ce stage, parce qu'il était vraiment, vraiment dur* ». C'est également le cas d'une autre interne interrogée, qui a aussi développé des troubles du comportement alimentaires durant ses études : « *j'ai fini par euh ... par faire une dépression, euh avec des crises de boulimie, etc ... J'ai pris 15 kg ... c'était assez énorme et euh, et je ... voilà c'était assez compliqué [...] Franchement euh il y a un moment où je me suis fait peur parce que ... j'en étais arrivée à un point .... où ... euh j'avais ... j'étais complètement vide ... Mais alors vide de chez vide c'est ...*

---

<sup>30</sup> 6 internes sur 16

*c'est à dire que je me disais c'est pas possible je sens plus rien quoi ... [...] j'arrêtais pas de me dire "Mais tu te rends compte, mais la honte, mais pour tes parents, mais pour tous ceux qui te connaissent, mais tu, mais tu sers à rien, mais franchement qu'est-ce que tu fous là, t'es qu'une loque" ». Son récit montre que ces conséquences sur leur santé s'inscrivent parfois dans le long terme : si elle affirme n'avoir pas fait de « vraie rechute », elle reconnaît en revanche connaître des périodes où elle « recommence à être boulimique », en précisant : « Mais ça dure pas longtemps et c'est moins violent que ce que j'ai eu avant, euh ... mais euh ..... Ouais, mais voilà » (AL571).*

**f) Des moments de grande souffrance psychique ... jusqu'au risque suicidaire**

Plus inquiétant encore, elles ont été plusieurs à se confier sur des moments de grande souffrance psychique : « *j'ai vécu du très, très, très bas ... [...] intolérab', [...] c'est inacceptable les périodes de bas que j'ai eu [...] Donc ça c'était, j'en parle en rigolant presque en souriant mais ... c'était ... c'était très difficile* » (R6L299). Cette souffrance conduit à un risque suicidaire, dont les internes interrogées ont été les témoins inquiètes, comme R7(L108) qui raconte : « *il y a les chefs, qui euh ... si euh ... sont, sont ... ouais qui, 'fin, qui des fois euh sont ... [...] sont maltraitants dans leur euh dans leur attitude, quoi, ils vont être vraiment, moi j'ai déjà vu des chefs qui étaient pousse-au-suicide, vraiment quoi [...] j'ai une de mes co-interne qui a failli se s', enfin, et j'avais vraiment peur pour elle quoi* ». S4(L259) quant à elle, avoue : « *j'é j'é j'étais vraiment arrivée à un stade, quand même, j'avais pas d'idées suicidaires, mais, je pense que j'étais pas très loin, j'aurais continué sans traitement je pense que ... je serai pas arrivée loin des idées noires quoi* ».

## F. Culture d'une élévation par la souffrance

Ces violences prennent place dans le contexte d'une culture professionnelle spécifique.

### 1. Profession exposée à la souffrance et à la mort

Tout d'abord elles ont lieu dans un cursus au sein duquel l'exposition à la souffrance et à la mort est fréquente. Ces dernières sont décrites comme difficiles à vivre par les étudiantes : « *on se prend la souffrance des gens, la santé c'est quand même [...] on prend plein de choses en pleine gueule [...] je pense que c'est compliqué* » (R3<sub>L517</sub>), mettant en lumière une certaine carence dans l'apprentissage de la gestion de ces émotions. Ainsi, R5<sub>(L429)</sub> avoue avoir « *du mal à faire la part des choses sentimentalement* », et se souvient que même si « *maintenant [c'est] un peu mieux* », plus tôt dans ses études la gestion des événements difficiles au travail « *était catastrophique* » : « *dès que je perdais un patient je pleurais [...] c'était ... j'arrivais pas à faire la part des choses* ». R4<sub>(L549)</sub> elle aussi est revenue sur ce rapport à la mort qui fait de la médecine un métier à part : « *L'autre jour on parlait de la mort, comment chacun perçoit la mort. Tu te dis "en fait on fait un métier euh" ... Il y a pas beaucoup de métiers où les gens ils disent "Ouais quand je vois un mort, je vois ça, je vois ça, je vois ça" (rires). Tu vois c'est quand même dingue ...* ».

### 2. Héritage de la notion d'un apprentissage à la dure

Ensuite, les internes interrogées ont été nombreuses à faire état d'une assimilation des violences comme faisant partie intégrante de leur cursus, à la

manière d'un passage obligatoire qu'elles se devraient d'endurer pour devenir médecin.

### **a) Rapidement observé au cours des études**

Ce "bizutage initiatique" est rapidement observé par les étudiantes au cours de leurs études - parfois dès leur externat, comme ce fut le cas pour S4(L76) : « *les chefs étaient quand même exigeants [...] avec les internes et euh ... c'était euh ... Ouais souvent j'avais pas envie de d'être à leur place quoi (rires) surtout les staff le matin où ils devaient présenter tous les patients et ils étaient, c'était horrible parce que la disposition c'est que [l'interne] était seul à une table, face à tous les chefs tous les externes tous les autres internes. Et il sortait de garde, il devait présenter ses patients et il se faisait laminer parce que euh il avait oublié de faire je ne sais trop quoi alors qu'il était tout seul à gérer le truc quoi* ».

### **b) Retrouvé dans les discours de l'entourage professionnel**

Elles retrouvent cette culture de tolérance à la violence dans les nombreux discours qu'on oppose à leurs plaintes, comme l'explique R3(L501) : « *il y a des gens qui vont dire "Ben oui mais c'est comme ça qu'on apprend, c'est en étant seul et confronté" [...] travailler [...] 24h de suite [...] beaucoup de personnes semblent dire "Ben tu apprends mieux, enfin il faut être confronté à ça ... les gardes c'est normal"* ». R7(L131) elle aussi se désole : « *En plus tu peux rien dire ... tu peux r', tu peux jamais te plaindre j'trouve. Si t'es pas content, de toute façon les chefs ils ont vécu pareil, même bien pire et de toute façon "C'est comme ça qu'on apprend" et "C'est bon quoi, après c'est fini"* ». De même R6(L369) rapporte la réponse que lui a donné son chef de service alors qu'elle lui relatait des faits de harcèlement : « *Pr [nom] ... m'a répondu cette .... phrase magique, en disant (prend un ton un*



*peu paternaliste) "Tu sais Dr [nom] elle est comme elle est, on la changera pas, de toute façon c'est une PH, on peut pas faire grand-chose, et puis tu sais, ça renforce le caractère, de vivre des choses pareilles, et on s'entend pas toujours avec nos chefs, pas tous les stages, donc tu t'en sortiras comme plus forte" ..... [...] à ce moment là j'étais en larmes quand même, ça c'était vraiment dur »*

### **3. Intégration de cette culture dans le discours des internes**

Le discours des internes elles-mêmes reflète une certaine intégration de plusieurs de ces valeurs.

Elles sont ainsi nombreuses à dire de manière plus ou moins affirmée qu'**il faudrait en passer par un apprentissage à la dure** pour assimiler de manière satisfaisante les compétences du métier de médecin : S8(L493) par exemple reconnaît qu'il y a « *des stages difficiles* » mais les justifie en arguant qu'ils sont « *difficiles parce qu'on a derrière nous des gens exigeants et qui veulent qu'on soit bons ... et, et quelque part ça a du bon. Alors autant ça peut être horrible je pense, en fonction des stages tout ça, mais d'un autre côté ils sont très formateurs* ». De même, si S7(L269) commence par dénoncer les mauvaises conditions de travail rencontrées dans un service dans lequel « *c'est beaucoup de stress, personne n'est content, donc ça c'est difficile, c'est très difficile à gérer* », elle tempère ensuite ses propos en disant « *Mais bon, c'est, c'est comme ça. On s'y fait, après on apprend beaucoup [...] malheureusement on est obligé de faire beaucoup, 'fin pas mal d'heures pour apprendre certains trucs euh* ».

Plusieurs d'entre elles semblent aussi avoir intégré l'idée **qu'il ne faudrait pas montrer leurs difficultés**, mais au contraire cacher ce qui pourrait être considéré comme une faiblesse. Ainsi, A(L953) a refusé un arrêt maladie, même

si cela l'a obligée à poursuivre un stage catastrophique : « *[le deuxième maître de stage] m'a proposée de me mettre en arrêt aussi, de son côté, j'ai dit "Bah non ! J'ai pas envie de faire comme les deux [internes précédentes]", j'ai dit "Non non je finirai et je, coûte que coûte je finirai quoi". Et ouais c'était de la folie. [...] vraiment de la défiance quoi, c'est débile mais euh ... mais en fait quand il parlait de l'autre interne y'avait un petit côté, c'était des faibles elles ont pas tenu quoi, et euh, du coup j'sais pas ça m'énervait, c'était primaire comme réaction* ». R6(L377) avoue elle aussi avoir vécu un stage « *très difficile* » tout en affirmant être à présent capable d'en parler « *en rigolant presque en souriant* ». De même, les déclarations de S6(L68) révèlent sa tendance à faire bonne figure devant ses proches malgré son mal-être : « *je suis quand même très, très stressée, j'intériorise énormément [...] c'est très intérieur en fait mais ... mais ça m'empêche pas non plus de travailler, d'être bien ... [...] ça se ressent pas, je sais que mon entourage ne sait pas que je suis stressée à ce point, s'en rend pas compte* ». Ses propos résonnent avec ceux de S4(L264) qui a toujours pris soin de cacher qu'elle était malade : « *J'ai toujours fait comme si tout allait bien [...] j'ai toujours fait mes gardes pour ne jamais gêner qui que ce soit, et quand je disais que je venais pas c'était sur les stages où je savais que ça allait pas gêner les autres ... et je le faisais pas tout le temps, mais c'était quand j'avais vraiment fait une nuit blanche de chez blanche, et que je me réveillais avec la nausée et ... où j'étais vraiment pas bien quoi, je pouvais pas mettre un pied devant l'autre et ... Mais en stage non, j'en ai jamais parlé* ».

Ces valeurs se retrouvent également dans le **champ lexical du combat et de l'épreuve** qu'elles emploient pour parler de leurs parcours : R2 raconte ainsi qu'elle et ses co-internes ont « *fait front* » (R2L74), qu'elle « *encaissait tout* »

(R2L623) et qu'elle essayait de se « *défendre* » (R2L194). S1(L201) quant à elle dit que ça lui a donné envie de se « *battre* » et parle de chefs qui lui ont menée la « *vie très très dure pour voir jusqu'où j'étais capable d'aller et de résister ...* » (S1L54), avant d'affirmer : « *j'étais pas du genre à craquer ou à lâcher* » (S1L58).

Cette résistance aux violences s'apparente parfois à un véritable **parcours initiatique** : ainsi S5(L186) lâche, à propos d'un semestre particulièrement difficile : « *j'ai fini les 6 mois sur les deux pieds* », et S7(L122), pour parler de son expérience, emploie les expressions « *ce qui m'a fait tenir* » et « *ce qui m'a permis de surmonter* ». Pour R8(L532), le milieu médical n'est, en résumé, « *pas un monde tendre ...* ».

#### 4. Réactions des internes à cette socialisation professionnelle

Les internes sont donc confrontées à des valeurs et habitus professionnels qui ne correspondent pas toujours à leurs attentes mais qu'elles assimilent cependant en partie, de manière consciente ou non. Pour faire face aux difficultés liées à cette culture de l'élévation par la souffrance, les réactions sont multiples et s'intriquent souvent de manière complexe.

##### a) Minimisation des difficultés

Tout d'abord, elles semblent avoir souvent tendance à minimiser les difficultés qu'elles rencontrent.

Elles sont en effet une grande majorité<sup>31</sup> à avoir **atténué dans leurs propos les violences vécues**. R2(L190) décrit ainsi un stage dans lequel «

---

<sup>31</sup> 12 femmes interrogées sur 16

*c'était une bonne ambiance de travail mais il fallait mettre ton égo de côté ... », et R6(L298) parle de son semestre d'une manière paradoxale : « j'ai vécu du très, très, très bas ... et du très, très, très haut ... Donc euh ... en moyenne ... potable, mais euh ... intolérab' ». De la même manière, R5(L420) raconte : « ma condition d'interne moi je l'ai plutôt bien vécue ... franchement alors euh je pense que ... c'était un peu ... euh ... j'étais ... Chaque début de stage euh je pleure ». S4(L124) a elle aussi du mal à exprimer les difficultés qu'elle a rencontrées : « c'est [...] pendant le stage de [spécialité] où là j'ai commencé un peu à ... [...] faire une dépression, [...] et euh ... et mes stages se passaient globalement bien, de ce que je me souviens. Et euh ... Mais ça a été compliqué », et S6(L57) tient au début de l'entretien des propos que la suite de son témoignage contredit : « L'internat euh ... plutôt bien. [...] Ouais ça s'est, j'ai aimé tous les stages que j'ai fait ... [...] Exploitée, oui, oui oui. Surtout euh... à ouais, un petit peu partout en fait, [...] on travaillait énormément [...] les seniors nous adressaient pas la parole [...] je suis quand même très, très stressée [...] je commence à avoir du psoriasis (rires), [...] un syndrome de l'intestin irritable, et ... mais bon, pfff au final [...] ça m'empêche pas non plus de travailler d'être bien ... ».*

Parfois, les internes minimisent les difficultés en **s'attribuant la responsabilité de ce qu'elles ont vécu**. Ainsi, R2(L609) raconte : « nous on avait tendance à rester tard ... parce que on était mauvais je suppose » et S1(L42) semble penser que si son stage s'est mal passé, c'est parce qu'elle n'a « pas du tout été à la facilité ». S2(L59) quant à elle confie « l'internat pour moi de base il est compliqué, parce que je pense que j'ai pas toutes les capacités ».

Pour d'autres comme pour R2(L691), la minimisation passe par une **comparaison avec le vécu négatif d'autres étudiant·e·s** : « ... [mon vécu

de l'internat] Bien .... Par rapport à ce que j'ai pu entendre bien ... ». Cette façon de penser se retrouve dans les propos de S4(L529) : « *Donc c'est vrai que c'est quand même assez lourd, après euh je pense, 'fin... Le truc c'est que je compare souvent avec mes amis qui font des spé', et c'est sûr que là c'est tellement pire, je me dis que finalement nous [...] on n'est pas si mal lotis en fait* ».

De même, le **caractère temporaire** de leurs sacrifices est parfois mis en avant afin d'en diminuer l'impact -que ce soit à l'échelle d'un semestre comme S5(L226) : « *je savais que c'était que trois mois donc je faisais j'avais, j'avais une .... j'avais une date quoi* » ou dans celle de l'internat comme R2(L711) « *Je sais que c'est temporaire en fait ... On fait ça pendant 3 ans et après [...] on peut vraiment s'adapter à ce qu'on veut ...* ».

## **b) Résilience**

Face aux difficultés, elles font également parfois preuve de résilience, comme ça a été le cas pour S4(L223) confrontée à un redoublement discutable pendant son externat : « *Alors après, franchement, [...] c'est un mal pour un bien on va dire... je regrette pas d'avoir redoublé [...] au final ça m'a permis de retrouver une très bonne copine, qui elle était l'année du dessous, et on arrivait jamais à se voir parce que c'était compliqué, puis là finalement on a recommencé à travailler ensemble [...] ça m'a permis d'organiser un stage [à l'étranger] avec elle* ». De même R8(L522) raconte « *dans cet internat-là tu rencontres des gens nuls et des gens formidables [...] et j'ai su aussi m'accrocher à ce qui était formidable pour oublier ce qui était ... déplorable ...* ».

### c) Remise en question de cet apprentissage

Toutefois, il arrive régulièrement que ces valeurs et habitus professionnels soient remis en question.

Plusieurs internes interrogées estiment en effet que ce modèle est **contre-productif pour l'apprentissage** : à la remarque souvent entendue « "C'est comme ça qu'on apprend, c'est en étant seul et confronté" », R3(L504) rétorque « *ouais mais bon quand tu es seule [...] tu es complètement stressée [...] Tu peux apprendre tellement plus de choses, dans des conditions tellement plus sereines et tellement mieux, sans stress [...] que cet argument là il n'est absolument pas valable et que c'est un argument de gros con [...] l'apprentissage ne justifie pas la souffrance* ». Cette impression est aussi partagée par R2(L626) : « *Être confronté-e au sexisme ou au racisme ou tout ça, je ne pense pas que ça t'aide à grandir et je pense que l'on pourrait largement profiter de notre internat et prendre confiance en nous sans être confronté-e-s à ce genre de trucs* ».

Elles sont ainsi nombreuses à avoir eu la sensation de stagner, voire de régresser lors de leurs stages problématiques : R2(L253) révèle par exemple qu'elle a eu « *l'impression d'avoir perdu en autonomie par rapport au premier semestre* », et S7(L250) déplore n'avoir « *vraiment pas appris grand-chose* » dans un service et n'avoir reçu « *aucune formation* » dans un autre (S7L396).

Elles sont également plusieurs à critiquer vivement **un enseignement qu'elles trouvent extrêmement violent** : R3(L507) rapporte ainsi avoir eu envie « *de lâcher la médecine parce que tu te retrouves dans des situations tellement foireuses, [...] [à] subir de la dépression, [...] [à] subir des traumatismes [...] y a quelques joies, mais je pense qu'il y a beaucoup, je*

*pense qu'on souffre quand même pas mal ... »*, et R6(L107) évoque un parcours d'étudiant·e où « *on est vraiment maltraité·e·s puis de moins en moins mal'... enfin et encore quoi que pfff ... »*.

Certaines comme R6(L343) parlent d'**un parcours qui les pousse parfois à bout et va jusqu'à les faire douter de leur capacité à être médecin** : « *Donc ouais j'étais vraiment sous pression, parce que vraiment je me suis dit "Ben mince je suis un mauvais médecin", je me suis remise en question en me disant que je vais arrêter médecine parce que je ne suis pas faite pour ça apparemment ... Et euh ... donc ça c'était vraiment très, très dur* ». R7(L121) aussi aborde cette sensation de ne pas être à la hauteur des attentes du métier : « *c'est quelque chose qui est difficile, [...] j'trouve de gérer le fait que tu t'sentes pas ... que tu t'sentes pas au top, et comment tu fais pour te sentir digne de la responsabilité que t'as de soigner les gens si t'as l'impression que t'es pas assez bon pour ça quoi. Et d'arriver à ne pas trop le prendre pour soi* ».

Elles sont ainsi nombreuses à rapporter avoir envisagé d'arrêter leurs études, ce que R3(L510) trouve révélateur : « *je trouve ça quand même chaud, pour des études qui sont longues, ... de se dire "Ben en fait j'ai pas envie de faire médecine c'est trop dur" ... enfin de dans l'internat se dire "Ben non moi je vais aller vendre des carottes, ça suffit quoi j'en ai marre"* ».

Certaines d'entre elles soulignent avoir parfois l'impression d'évoluer dans **un environnement qui rend ses membres tolérant·e·s à la violence** et les sélectionne sur ce critère : « *il y a deux trucs pour moi qui, qui se démarquent : les gens qui ne veulent pas que, que les autres subissent la même chose et les autres qui en fait, sont tellement des victimes du système qu'ils en deviennent des membres proactifs quoi* » (R7L881).

S7(L218) affirme ainsi : « *on nous éduque à être un peu comme ça, [...] Il n'y a aucune empathie en fait* », et S5(L168) confirme qu' « *on banalise [les violences]* ». On retrouve le même sentiment chez R6(propos off) lorsqu'elle s'interroge sur « *les femmes professeures ou avec des responsabilités importantes* » qu'elle trouve « *hyper masculinisées, avec de très forts caractères, très dures presque déshumanisées. Après je ne sais pas si c'est une histoire de caractère au départ ou si c'est une histoire de sexisme, d'évolution au cours de leur cursus médical ...* », à l'image de ce que rapporte R3(L424) : « *je ne sais pas si c'est la formation de [spécialité] elle-même qui induit ça ou pas ... [...] ce côté de ... dominant médecin* ».

Ce modèle est également critiqué pour les **erreurs thérapeutiques et les retards dans la prise en charge des patient·e·s** qu'il peut induire. R7(L125) dénonce ainsi la conduite de chef·fe·s « *qui te mettent la pression que si jamais tu leur demandes un avis ou truc, eh ben ils vont, ils vont t'en faire, enfin ils vont te mépriser ou ils vont s'énerver contre toi, ce qui fait que toi t'as peur et du coup comme t'as peur eh ben t'oses pas, et du coup tu ... ça retarde certaines, certains trucs* ».

Plusieurs d'entre elles ont en effet témoigné d'erreurs thérapeutiques commises par manque d'accompagnement pédagogique, comme S4(L129) qui évoque, consternée, un stage où, encore externe, elle devait gérer seule les urgences traumatologiques : « *Ah mais moi j'y pense et je me dis le nombre de choses à côté desquelles je suis passée, parce que j'y connaissais rien quoi ! [...] Quand il y avait des entorses on faisait des radios, on savait pas les lire mais on disait quand même qu'il y avait pas de fracture ... que des trucs euh ... où là je me dis qu'on a été dangereux quoi !* ». S7(L102) rapporte avoir vécu une expérience similaire lors d'un semestre en tant qu'interne « *je me sentais, ouais, seule, vraiment seule [...] je cache*



*pas que j'ai ben j'ai fait des erreurs de prescription, euh (inspire) ce qui a entraîné un surdosage (rire jaune) euh chez une des patientes euh qui était sous Cou', sous Coumadine, elle avait un INR qui était à plus de 12 je crois, et euh ... heureusement il y a pas eu de ... de d'hémorragie associée, mais euh (inspire) mais voilà quoi [...] heureusement, il y avait pas un centre de [surspécialisation], parce que je me dis que euh ben là je, je pense que j'aurais déjà fait des morts, malheureusement ».*

**Une mise à distance progressive d'un modèle jugé viriliste et violent** s'observe ainsi parfois dans leurs discours : « *j'pense que grosso-modo les patients sont quand même contents de tomber sur des gens tranquilles, pas forcément grande gueule, qui les écoutent euh ... 'fin d'où est ce qu'il faut être un ... un cow-boy et un sauvage pour bien prendre en charge les patients quoi ! 'fin ça a, ça a pas de sens [...] et puis même en SMUR<sup>32</sup>, je pense que c'est quand même un avantage d'être euh, relativement ... sereine, et de pas, 'fin j'sais pas. J'pense que si j'étais en crise sur mes équipes, au moindre souci, ça passerait pas non plus [...] je pense que les choses sont pas si simples, donc l'agressivité ne résout pas tout finalement quoi » (S8L631).*

De la même façon, elles sont plusieurs à avoir **condamné les préjugés** sur lesquels semble parfois reposer l'enseignement dispensé : « *on est entraîné à réfléchir en mettant les gens dans des cases ... pour avoir des cadres nosologiques quoi, déjà il y a ça qui fait qu'on se permet tout le temps de stigmatiser les gens, et en plus comme comme on a, j'pense les gens ont une illusion de toute puissance et que "Il faut bien euh rigoler des situations", eh ben là c'est, y a aucune limite quoi, AUCUNE limite ... »*

---

<sup>32</sup> SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

(R7L448). S8(L714) préconise ainsi de « *vraiment garder l'esprit ouvert parce que, en fait tout ce qui va te précipiter dans un schéma de pensée, tous tes préjugés, en fait peuvent avoir des conséquences sur ta prise en charge [...] [Lors d'une garde] j'étais en zone avec une urgentiste [...] [qui m'a dit à propos d'un patient] "C'est qu'un tox ! J'irai pas ! Nanana ! Toi, toi l'interne t'as qu'à y aller !" ... j'dis "Bon, d'accord ! Si tu veux ..."* et en fait c'était, c'était un Guillain-Barré tu vois et euh ... [...] j'suis assez intimement persuadée que si elle y était allée, bah elle aurait pas prêté attention à ses symptômes ! ».

Elle déplore donc la **carence de formation** des étudiants sur la gestion des situations violentes : « *ce genre de comportements, c'est, c'est des choses qui arrivent souvent malheureusement, et je pense que c'est déjà assez, déjà que c'est super dur, donc on n'est pas préparé, on n'est pas formé ... 'fin ...* » (S8L524).

## IV. AUTRES TYPES DE VIOLENCES ET INTERSECTIONNALITÉ<sup>33</sup>

Le champ des discriminations rencontrées par les femmes interrogées est vaste et s'étend au-delà du sexisme et des violences hiérarchiques et universitaires. Elles nous ont ainsi décrit avoir également été confrontées à du racisme, de l'islamophobie, de la grossophobie, de la transphobie, de la violence socio-culturelle et du validisme<sup>34</sup>. Bien souvent malheureusement, ces violences s'intriquent entre elles ou avec celles précédemment décrites.

### A. Racisme

Elles sont plusieurs à souligner avoir rencontré du racisme, qu'il émane de médecins ou de patient·e·s.

#### 1. Manifestations

##### a) De la part des médecins

R5(L168) a ainsi pâti elle-même du racisme d'un collègue médecin : « *[il] m'avait fait une remarque, une fois, en me disant "Non mais [...] t'es peut-être mignonne mais c'est surtout que ... t'es exotique, alors c'est pour ça que ... qu'on s'intéresse euh à ce que tu dis"* » ; R2(L88) a quant à elle été témoin du comportement discriminatoire de ses supérieurs : « *de toute façon, ils étaient racistes, ils ne prenaient pas les gens qui ne parlaient pas français, les maghrébins ou quoi. Je me rappelle une fois, il y en avait eu*

---

<sup>33</sup> **intersectionnalité** : notion employée en sociologie (et en réflexion politique), qui désigne la situation de personnes subissant simultanément plusieurs formes de domination ou discrimination dans une société

<sup>34</sup> le **validisme** est une forme de discrimination, de préjugé ou de traitement défavorable à l'encontre des personnes en situation de handicap

*un, on l'a vite dégagé euh on l'a transféré, je ne sais plus où parce que ... en SSR, parce qu'ils n'en voulaient pas ... Parce qu'il était maghrébin ».*

## **b) De la part des patient·e·s**

Les patient·e·s eux aussi semblent ne pas avoir un comportement irréprochable. R3(L365) a ainsi remarqué que si les femmes médecins à l'hôpital sont très souvent inconsciemment assimilées à des infirmières, « *tu vas retrouver, le même système de domination chez les noir·e·s [...] enfin les personnes de couleurs, [...] ça va aussi être l'aide soignant ou ... ça ne peut pas être le médecin ».*

Parfois leur racisme est franchement assumé. R5(L130) raconte ainsi être allée voir un patient à domicile : « *c'était un monsieur qui était en détresse respi [...] j'attendais l'ambulance et je suis restée avec lui [...] Le frère [du patient] arrive en même temps que l'ambulance, et quand il rentre je lui dis "Bonjour", il me regarde, il ne me répond pas. Et du coup il regarde son frère et il lui dit "Ah mais du coup, l'ambulance elle est pour toi ?". Il lui dit "Oui oui oui c'est pour moi, le médecin elle pense qu'il faut que j'aille à l'hôpital. - Mais le médecin il est passé ?". Je dis "Mais le médecin il est là, c'est moi le médecin ..." . Il me regarde il me dit "Ah d'accord. Ok, non mais je pensais que vous étiez la femme de ménage." ... Texto de brut en blanc. Je lui dis "Mais en même si vous m'aviez répondu quand je vous ai dit bonjour on aurait pu se présenter." ..... Donc voilà. Ça va jusque-là quand même ».*

## 2. Réactions

### a) Des internes qui en sont témoins

Les réactions des internes qui en sont témoins sont variables.

R2(L86), mal à l'aise, alterne entre minimisation « *c'est [la] campagne* » et dénonciation « *le bon profil du raciste* » (R2L91).

R3(L653), elle, révèle que le racisme observé a accentué sa conscience d'être protégée de certaines discriminations en tant que femme blanche : « *Je pense qu'il y a encore un degré de sexisme euh ... duquel on est protégées, de par notre couleur de peau et de par notre position dominante* ».

### b) Des internes qui en sont la cible

Pour R5 qui en a été la cible, les stratégies de défense varient également.

Des fois, par lassitude, elle « *ne relève pas* » et se résigne : « *ça me saoule sur le moment mais ... je ne vais pas entrer en conflit avec les personnes, je les laisse euh tant pis tu vois ... [...] je ne réponds plus euh du tac au tac aux patients ... je me dis "Ben tant pis [...] c'est pas moi qui vais [...] éduquer des gens qui pensent comme ça depuis euh depuis leur naissance" [...] S'ils pensent comme ça tant pis pour eux* » (R5L142 et L525).

Parfois au contraire, elle refuse de laisser passer de telles remarques et fixe ses limites : « *quand on me pose la question [de mes origines] je n'y réponds pas ... parce que, enfin j'estime que c'est personnel et que ... voilà maintenant, non je ne vois pas pourquoi je devrais euh expliquer mes origines aux patients ... Euh ... je leur dois de les soigner, je ne leur dois*

*pas ... de leur donner une quelconque information sur ma vie euh personnelle, du coup je, non je leur, maintenant je ne le dis plus » (R5L500).*

## **B. Islamophobie**

### **1. Manifestations**

Deux internes ont rapporté des faits relevant plus spécifiquement d'islamophobie. R2(L86) se souvient de la réaction inappropriée des médecins d'un service lorsque son co-interne « *les avait prévenus qu'un de ses potes arrivait après nous. Ils lui ont demandé comment il s'appelait et il a dit "Ben ... [nom à consonance arabe]" et ... (rires) tu as vu leur tête ... ils ont ... ils sont devenus, enfin, tu as vu leur expression changer et après [...] c'était "Mais euh mais il va se tourner vers la Mecque à 11h, faut qu'il fasse la prière" euh ... enfin c'était des trucs comme ça »*. R7(L741), encore outrée, raconte quant à elle comment, lors de son « *premier stage, le directeur de l'hôpital a humilié [sa] co-interne qui portait le voile, le premier jour, devant tout le monde en [lui disant] "Tu l'ôtes, vous l'ôtez sinon vous êtes bannie etc, exclue" »*.

### **2. Réactions des témoins**

Cette même interne reste gênée que personne ne se soit opposé publiquement à ce comportement brutal « *il a humilié ma co-interne qui portait le voile, le premier jour, devant tout le monde [...] mais personne se dit "Dire à une femme qui a choisi de mettre le voile de l'enlever ... c', c', c'est débile de le faire dans la brutalité" » (R7L745).*

## C. Grossophobie

### 1. Manifestations

Concernant la grossophobie, les remarques déplacées dont les internes ont été témoins visaient généralement des membres du personnel soignant « *Il y en a une qui était un peu forte [...] elle en prenait pour son grade [...] c'était euh "Oh la grosse", "Mais elle s'il y a un arrêt elle va jamais au bout du couloir !", enfin des trucs comme ça* » (R2L112), ou des patientes<sup>35</sup> : « *tous les jours ces remarques pendant la visite "Ouah tu as vu elle euh ? Oh la baleine quand il va falloir l'opérer il va falloir le trouver son utérus hein"* » (R4L215).

### 2. Réactions des témoins

Face à ces remarques, les internes ont rapporté avoir ressenti de la gêne : « *je trouvais ça hyper ... hyper déplacé quoi ...* » (R4L101).

## D. Transphobie

### 1. Manifestations

Une interne a été témoin de transphobie, à l'encontre d'une patiente : « *J'étais aux urgences et j'ai [pris en charge] une patiente [...] qui est transsexuelle [...] pour moi, je dis "elle" à partir du moment où la patiente se, me, se présente comme une femme, il y a pas, pour moi c'est pas à questionner, c'est comme*

---

<sup>35</sup> Les exemples de grossophobie ci-dessus ayant été cités alors que nous interrogeons les internes sur le sexisme qu'elles ont rencontré, aucun témoignage de manifestation grossophobe envers les hommes ne nous a été rapporté. Il ne faudrait cependant pas conclure de nos entretiens que les hommes ne subissent pas de grossophobie.

*ça. Et en fait euh, et tous mes, mes chefs, ils disaient "il" j'essayais de leur dire "Mais non c'est elle en fait" ... (tout bas) - Non mais c'est bon c'est un mec ... regarde le" » (R7L956).*

## **2. Réactions**

Elle se dit agacée par la tendance qu'ont certains médecins à vouloir continuer de mégenrer<sup>36</sup> leurs patient·e·s transgenres : *« ça c'est un truc que j'ai remarqué : on n'est pas du tout à l'aise avec ces questions là ... même très, il y a beaucoup de médecins qui sont très, très attardés sur la question [...] tous mes, mes chefs, ils disaient "il" j'essayais de leur dire "Mais non c'est elle en fait ... (tout bas) - Non mais c'est bon c'est un mec ... regarde le. - Mais non, c'est, qu'est-ce que ça peut te foutre concrètement ? Ça n'influence pas le, la décision médicale, ça change quoi au diagnostic ?" [...] Il va vraiment falloir ... que certains, que, que les médecins sexistes ils se reformatent le cerveau parce que quand tu es sexiste avec des patients transgenres ça devient compliqué quoi » (R7L958).*

## **E. Discriminations socio-culturelles et universitaires**

Certaines relèvent également des discriminations socio-culturelles. C'est le cas de R5(L576) qui raconte comment, lors de ses gardes en tant qu'aide-soignante, certains médecins changeaient d'attitude envers elle quand ils apprenaient qu'elle était étudiante en médecine : *« ça changeait leur comportement mais en positif,*

---

<sup>36</sup> mégenrer : en parlant d'une personne, utiliser un genre/pronom dans lequel iel (il·elle) ne se reconnaît pas



*[...] ils t'aidaient [...] c'était cool [...] il était beaucoup plus sympa en disant "Ah mais viens [...] on va te montrer ci". Mais euh mais moi pour le coup, je ne voulais pas du tout lui parler parce que j'avais déjà vu la version euh, sa version, son comportement avec les soignants ». S7(L217) rapporte avoir eu elle-même un comportement discriminant envers les patientes, du fait de son statut de "sachante" : « je pense que comme j'étais euh interne et que j'avais un peu plus de connaissances, euh par rapport aux patientes, j'ai pu être désagréable envers elles, peut-être un peu méprisante, euh ... et ça je le regrette (inspire) euh, sincèrement ».*

## **F. Des violences qui parfois s'imbriquent**

Dans de nombreux cas, ces violences se cumulent. Comme l'observe R3(L568) : « *dans la médecine il y a beaucoup de dominations qui se retrouvent, la domination raciale, [...] la domination économique, la domination sexiste ...* ».

R5(L49) raconte ainsi comment, en tant que femme noire, elle se retrouve à l'intersection de plusieurs violences, racistes et sexistes, qui s'entremêlent : « *Les patients sont ... clairement euh moins en confiance quand c'est une femme ... femme jeune ... femme avec des origines [...] Alors est ce que c'est, finalement, du racisme ou alors est ce que c'est euh juste du sexisme et que moi j'ai interprété comme tel parce que, enfin, c'est le premier truc qui m'est venu à l'esprit ?* ».

Dans d'autres cas, c'est la superposition de violences sexistes et hiérarchiques qui est relevée : « *Après, ben il y a toujours euh, le côté oui entre, 'fin le ... le problème des petites réflexions parce que t'es une femme [...] mais après il y avait le côté aussi, ben t'es externe donc je te donne des ordres et tu fais ce que je te dis quoi. Et effectivement ben quand t'es une nana tu prends encore plus mal, parce que*

*c'est un mec qui te le dit, et euh ... et voilà, et tu, t'as l'impression qu'il y a cette, encore cette relation de, du ... du dominant et de la dominée quoi, (à voix basse) et c'est plus insupportable » (S7L189).*

Les patient·e·s aussi sont parfois victimes de différentes dominations en même temps, comme l'a observé R7(L462) qui rapporte une situation où validisme, grossophobie et sexisme s'entremêlent : *« j'ai une patiente qui arrive, tétraplégique [...] je présente le cas à mon chef et à l'infirmier qui étaient là ... et je dis "Ouais je, j'ai prescrit une radio mais t'inquiète pas, j'ai demandé [...] elle n'est pas enceinte". Cette patiente [avait] une obésité surmorbide euh ... Et puis, et en fait ils se mettent à exploser de rire quoi, et à dire "Non mais attends c'est impossible qu'une nana comme ça elle soit enceinte", et ils commencent à faire tout un tas de blagues hyper misogynes euh et à l'imaginer, à, à, à la singer pendant les rapports ».*

## V. LA PLACE DE L'HUMOUR ET LES REPRÉSENTATIONS QUI Y SONT ASSOCIÉES

La place de l'humour dans nos résultats est prépondérante : les internes ont en effet été nombreuses à en parler lorsqu'elles rapportent des expériences de violences vécues. Le caractère ambigu qu'il permet de donner à des propos parfois discriminatoires a également été abondamment relevé.

### A. Permettant d'entretenir un doute sur son intention : discrimination ou blague ?

Beaucoup d'entre elles ont ainsi expliqué comment l'humour avait souvent été utilisé comme moyen d'entretenir un doute sur ses véritables intentions. Comme le résume R2(L385) « *c'est toujours pareil, je sais ... tu sais jam' ... je... j'ai toujours du mal, je trouve quand tu vois quelqu'un qui fait une blague misogyne : est-ce que c'est juste une blague ... est-ce que ... est-ce que c'est de pouvoir tacler encore un peu ... une femme parce que ... tu as envie de le faire [...] et que ce que tu dis ... tu le penses un peu quelque part. Je ne sais pas* ». R3(L585) explique ainsi comment certaines remarques dites sur le ton de l'humour peuvent la plonger dans la perplexité et la faire se remettre en question : « *tu te poses la question, tu te dis "C'est peut-être dans ma tête ce harcèlement, c'est peut-être moi qui ...", tu te la poses forcément ... parce qu'il te font te la poser. Parce que la manière dont ils harcèlent ... dont il harcelait sur le fil tendu, c'est ... sur le ton de la blague ... donc c'est, ça te fait poser la question de "C'est moi qui déconne ?"* ». R7(L484) expose quant à elle comment l'humour peut être employé comme moyen de réduire les autres au silence : « *en fait il y avait toujours ce (baisse la voix) "Ouais mais il faut rire des choses euh, tu sais on peut rire de tout" euh toujours ça, toujours ça ...* ».

## B. Comme outil de domination

Certains témoignages illustrent que l'humour est parfois ouvertement utilisé comme moyen de domination. R6(L217) par exemple explique comment un patient a utilisé ce vecteur comme moyen d'agression : « *il a fait le geste de me mettre la main au cul. Juste pour "rigoler" ... [...] Le patient pour lui, il a fait un geste, qui était tout à fait euh anodin et normal, il a fait sa (insiste) "blague" ».*

Deux mécanismes rendus possibles par l'humour sont soulignés par R4(L348). Elle rapporte tout d'abord que, de par sa forme, l'humour permet d'aller loin tout en rendant difficile la réplique frontale : « *ils se permettent beaucoup de choses hein ! Euh ... des blagues, ils font des blagues très limites [...] comme s'ils te testaient en fait [...] sur le ton de la rigolade [...] ce n'est pas une agression frontale [...] du coup [...] j'me vois pas lui dire "Ecoute euh (très bas) c'est déplacé ce que tu fais, tu vois" (rires). Parce que [...] si tu leur dis, ils vont se sentir blessés ... ».* Elle poursuit ensuite, en expliquant que l'humour place la personne qui est la cible de blagues discriminantes dans la position difficile de devoir choisir entre rire de son humiliation ou s'exclure du groupe : « *Je pense ... Et que du coup tu seras vite cataloguée (rires) [...] t'as, t'as un peu peur de ça, tu as un peu peur que ça aille dans le sens extrême inverse en fait : que ils ne te parlent plus, ils ne te font plus de blague, ils ne te font plus ... alors que ce n'est pas le but ... tu vois c'est ... Je suis capable de, d'avoir du second degré, de rigoler à une blague euh ... ».*

Ces constats font écho aux propos de R8(L589) : « *alors y'a des blagues qui sont en rapport avec le sexe qui sont très drôles mais la plupart de ces blagues sont sexistes ... sont sexistes ... Et après euh ... ben, elles sont courantes, très, très, très, très courantes, franchement. Souvent on nous en fait, à nous les nanas aussi et ... et ouais ça, ça m'est arrivée pendant mon stage prat', et euh ... t'es censée rire, mais c'est pas drôle, ça te fait pas rire ... tu vas faire un rire social, un rire euh*

*... mais au fond de toi ça te fait pas rire ... tu sais que ... Et moi je me suis fait la réflexion "Mais j'aimerais lui faire à l'inverse quoi, mais j'en ai pas. (rires) [...] J'ai pas de blagues où c'est le mec qui est ridiculisé par la blague ... et c'est dommage" [...] Je peux pas m'empêcher quand ça arrive ce genre de choses, de me poser la question "Mais comment il réagirait si euh je lui racontais une blague, ou à l'inverse de sa blague à lui, ça serait l'homme qui serait ridiculisé dans sa blague ?" Est-ce que ça le ferait rire, comme ça le fait rire là pour l'inverse ? Ou il serait dans la même, au fond de lui il serait comme moi à se dire "Ah ouais mais en fait c'est pas très drôle quand même son truc". C'est une question que je me suis posée plusieurs fois ».*

## **C. Utilisation de l'humour comme stratégie de défense**

Cependant, l'humour est parfois aussi utilisé par les étudiantes, comme moyen de communication voire comme outil de défense.

### **1. Exemples**

Elles sont en effet plusieurs à avoir rapporté des situations où elles ont employé le ton de la plaisanterie à leurs propres fins : c'est ce que fait R2(L493) vis-à-vis d'un de ses chefs : « *Du coup je me moque un peu de lui et je trouve que ça passe mieux. C'est toujours pareil si tu montres que ça ne plaît pas, ça ne passe pas. C'est un peu dommage quand même de devoir utiliser des techniques ... à côté pour devoir les remettre à leur place* ». De la même manière, S8(L432) trouve plus facile de faire passer certains messages par ce biais : « *après j'pense que je sais pas toujours comment dire les choses, parce que ... 'fin des fois si t'es trop douce, bah les les gens vont peut-être pas*

*comprendre que t'es pas contente. Souvent j'prends le le le biais de l'humour tu vois pour euh, pour essayer de dénoncer un peu le truc ».*

Parfois, elles utilisent aussi l'humour a posteriori pour dédramatiser des situations qui les ont énervées, à l'image de R4(L575) à qui un supérieur hiérarchique a fait la remarque suivante « *Les femmes avant elles faisaient des enfants, maintenant vous travaillez* », et qui lui répondrait volontiers, avec du recul : « *Ben oui (rires) et alors !? À quel moment on a dit "Ben les hommes avant vous chassiez, maintenant vous travaillez" ?* » .

## **2. Pour quel résultat ?**

Plusieurs réponses sont apportées à leurs tentatives.

Parfois, les remarques faites sur le ton de l'humour sont **acceptées**, comme le raconte R2(L492) : « *je me moque un peu de [ce chef] maintenant ... Mais il le sait et il a dit "Ben moi ça ne me gêne pas, au contraire je trouve ça drôle"* », ou encore R5(L214) « *au début [mon senior] me faisait beaucoup de blagues de ce type là et ... enfin moi je répondais pareil et je pense qu'au bout d'un moment quand il voit que c'est ... que s'il te fait une blague t'en refais une derrière, au bout d'un moment ça se calme un petit peu, ça se tasse ...* ».

A contrario, l'humour manié par les étudiant·e·s est dans certains cas **décrié**. R2(L163) rapporte ainsi une situation où sa co-interne a subi un retour de bâton après avoir voulu prendre à contrepied le racisme des chefs sur le ton de la blague : « *ça a pris des proportions énormes [...] ils en ont fait des tonnes, c'était presque à la limite du harcèlement, parce qu'elle y avait le droit ... à partir du moment où elle a fait cette blague, elle y a eu le droit jusqu'à la fin* ».

Dans d'autres cas, l'humour a instauré un climat désinhibant, semblant favoriser les agressions : « *Et j'étais avec mon ... chef à côté [du patient], et on a rigolé sur un truc et je ne sais même plus de comment, [...] [le patient] a fait le geste de me mettre la main au cul* » (R6L215), « *Je me moque un peu de [ce chef], parce qu'il est très cowboy, et c'est ça aussi c'est toujours le mode taquin aux urgences, et là j'sais pas j'me, je, j'le regarde faire et je (rires) rigole un peu et là il me regarde et (bruitage de claque) il me claque les fesses* » (R7L489).

## VI. UN TÉMOIGNAGE DIFFICILE

Les internes ont eu beaucoup de difficultés à s'exprimer sur les violences rapportées, ce qui s'est manifesté de différentes manières.

### A. Des mots durs à trouver

#### 1. Nombreuses hésitations

Que ce soit en matière de sexisme ou de violences hiérarchiques, les internes ont eu du mal à mettre des mots sur leurs ressentis. Cela se remarque aussi bien dans les nombreuses hésitations qui ont émaillé leurs prises de parole que dans leurs multiples phrases laissées en suspens. Leur trouble est parfois si manifeste qu'elles en viennent à livrer un discours décousu à la limite du compréhensible, comme lorsque S7(L291) bafouille, à propos des violences subies par une externe sous sa supervision « *j'p pfff malheureusement j'ai, j'aurais jamais dû, c'est de ma faute. [...] elle avait, ah, 'fin, elle avait fermé les portes mais pas entièrement, et je passe et euh, il était, je sais pas ce qu'il faisait quand elle l'examinait, lui il allait un peu se, se j', 'fin, à ce moment là il avait pris ses bras, et euh, donc là j'ai ouvert le truc, j'ai pété un câble* ».

#### 2. Verbalisation de la difficulté à parler

Plusieurs d'entre elles verbalisent d'ailleurs elles-mêmes leur difficulté à aborder ces sujets, comme S1(L221) qui a déclaré trouver « *dur de répondre à ce genre de choses !* ».



### 3. Difficulté à nommer les violences

De plus, elles ont pour la plupart souvent recours à des euphémismes lorsqu'elles parlent des violences : ainsi R8(L276) déclare n'avoir pas « été ... *vraiment victime* ..... » et l'ami de R3(L548) -pourtant mis en arrêt maladie plusieurs semaines- n'aurait fait selon elle qu'un « *pseudo burn-out* ». Les termes judiciaires, eux aussi, semblent être à leurs yeux souvent trop forts pour décrire leur vécu. R6(L306), par exemple, poussée à bout au cours d'un stage durant lequel elle aurait songé à changer de profession, rapporte ainsi avoir subi « *presque du harcèlement, on va dire, presque ça* ».

## B. Un témoignage mettant en jeu des émotions fortes

Cette difficulté à verbaliser les faits est à mettre en relation avec les émotions fortes que ces récits semblent susciter chez les internes interrogées.

### 1. Visibles sur la forme du discours

Ces émotions se traduisent notamment par les nombreux changements de rythme qui ponctuent leurs entretiens : si parfois elles parlent fort et multiplient les éclats de voix, à d'autres moments, elles semblent se renfermer sur elles-mêmes et ne laissent échapper que des murmures.

Il arrive également que leurs propos soient ponctués par des répétitions de mots ou même de morceaux de phrases, notamment lorsqu'elles s'expriment sur des situations qui les ont marquées. C'est le cas par exemple de R4(L528) quand elle déclare vivre son internat « *mal (rires). Très mal ... J'en ai marre, marre, marre, marre* ».

## **2. Visibles sur le langage corporel**

Leur langage corporel, lui aussi, est révélateur. Tous les entretiens sont ainsi marqués par de nombreux rires nerveux et soupirs, parfois accompagnés de pleurs et d'une gestuelle crispée.

## **3. Variable selon les auteur·rice·s des violences**

Il semble cependant important de souligner que ces réactions sont très **variables selon le type de violence évoquée.**

Ainsi en matière de sexisme, les internes ont toutes beaucoup de mal à s'exprimer sur les violences émanant de leurs supérieurs hiérarchiques masculins. Au contraire, elles sont globalement à l'aise pour se confier sur les discriminations émanant de patients, sauf lorsqu'il s'agit de faits graves (comme l'exhibitionnisme ou les agressions verbales et sexuelles). De même, si le sexisme provenant des femmes est décrié, il ne provoque pas d'émotions de la même intensité.

En revanche concernant les violences hiérarchiques le genre de l'auteur·ice semble peu importer, les internes ayant l'air aussi marquées dans un cas que dans l'autre.

## **C. Causes évoquées de leurs difficultés à s'exprimer**

Certains éléments de leurs entretiens permettent d'évoquer les raisons qui les poussent au silence.

## 1. Par manque de preuves

R2 a ainsi fait allusion au manque de preuves de ce qu'elle avance. Elle n'a en effet abordé l'agression sexuelle d'une collègue que lorsque l'enregistrement a été arrêté, déclarant ne pas avoir osé en parler plus tôt « *parce [qu'elle] ne la connaissait pas personnellement* ». <sup>37</sup>

## 2. Par honte

Le sentiment de honte lui aussi semble parfois les inhiber. R2(L769) par exemple, a ainsi déclaré à propos d'une situation de harcèlement de la part d'un de ses chefs : « *j'en suis pas très fière et j'aime pas en parler .....* ».

## 3. Par manque de souvenir précis de la situation

Elles semblent d'autant plus indécises à s'exprimer qu'elles ne gardent pas de souvenirs précis de la situation. A plusieurs reprises, des internes se sont ainsi interrompues pour se poser des questions comme « *euh attends, comment il avait dit ça ?* » (R6L212) ou pour modérer leur propos : « *je m'avance peut-être, voilà, j'ai pas de souvenirs précis par rapport à ça* » (S4L396).

## 4. Sujets qui restent par conséquent tabous

Enfin, la peur des répercussions d'une prise de parole publique, évoquée dans les paragraphes précédents, semble elle aussi jouer un rôle et participer à maintenir le tabou sur ces sujets, poussant certaines étudiantes à ne témoigner qu'anonymement : « *euh ... Mais ... J'aurais une situation à te raconter mais ... mais j'ai ... tu vas l'enregistrer, tu vas la noter ? [...] Mais ils ne sauront pas que*

---

<sup>37</sup> Elle donnera cependant son accord pour que ses propos soient retranscrits "en off" et utilisés dans cette thèse.

*c'est moi ? [...] Parce qu'en fait c'est un truc que je ne raconte pas » (AL722), « j'le dis parce que c'est confidentiel ... » (AL635).*

## **D. Doute sur la légitimité de leur ressenti personnel**

De plus, les internes interrogées semblent souvent remettre en cause la légitimité de leurs ressentis personnels.

### **1. Minimisation de la pertinence de leur ressenti s'il n'est pas partagé**

Tout d'abord, elles semblent souvent avoir besoin de la confirmation de personnes tierces pour ne pas minimiser la pertinence de leur ressenti. Comme le rapporte S1(L134) : *« Ça se voyait.... 'fin, la plupart du temps on me disait que oui vu de l'extérieur, je me faisais pas des films euh ... »*, ou encore R4(L398) *« je voulais débriefer avec eux et savoir s'ils avaient le même ressenti que moi. Je me disais "Est ce que je me fais des films ou qu'est-ce, qu'est-ce qu'il se passe ?" »*.

Parfois cela se manifeste également par la présentation de leurs idées comme s'il agissait de vérités générales partagées par tous : *« Je pense que tout le monde l'a vécu plus ou moins comme ça » (R1L29).*

### **2. Doute sur leur capacité à faire comprendre leurs propos**

Par ailleurs, elles sont plusieurs à douter de leur capacité à faire comprendre clairement leur propos, ce qui se traduit par des phrases comme *« j'ai l'impression d'avoir beaucoup parlé dans le vent, j'étais pas assez précise, je*

*sais pas exactement ce que t'attends comme réponse* » (S7L464), ou même parfois par des remarques du type « *Tu me dis si je parle trop !* » (S8L187) qui laissent entendre que leur parole n'est peut-être pas importante ou pertinente.

### **3. Doute sur la véracité de leurs propos et modération**

Elles sont d'ailleurs une large majorité<sup>38</sup> à douter de la véracité de leur récit, ou du moins à modérer ce qu'elles avancent. Leurs témoignages sont ainsi très régulièrement ponctués de propos atténuants : « *après c'est vraiment une impression, je ne sais pas si c'est la vérité* » (R1L229), « *après je dis pas, peut-être que nous c'est pas parce qu'on est des filles hein, peut-être qu'ils ne nous aimaient pas juste comme ça mais ...* » (R2L121), ou encore « *ben je crois hein ! J'évalue ça comme ça mais si ça se trouve c'est pas comme ça, [...] alors je sais pas si c'est ça mais ...* » (S2L195).

### **4. Doute sur la légitimité de leur réaction**

Enfin, elles remettent également souvent en doute la légitimité de leur réaction lors de situations problématiques : c'est le cas notamment de A(L401) choquée par un étalage d'affiches pornographiques dans un bureau médical qui estime pourtant n'avoir « *pas été victime de quoi que ce soit dans ce bureau* ». De même R7(L665), s'étonne d'avoir ressenti le besoin de s'entretenir avec une de ses seniors après une agression sexuelle « *il ne s'est rien passé il m'a juste pel', en fait j'en ai parlé à mes chefs, j'ai dit "Il m'a mis une main aux fesses ce*

---

<sup>38</sup> 13 internes sur 16

*patient" ... et je, pourquoi j'ai eu besoin d'en parler, c'était un truc, c'était pas ... ».*

# DISCUSSION

## I. LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

### A. Limites

Certains aspects de cette thèse nous semblent discutables et justifient que l'on s'y attarde.

#### 1. Échantillon limité

Tout d'abord, notre étude ne se base que sur un **échantillon limité** de 16 femmes et ne peut donc être considérée comme représentative des opinions de l'ensemble des femmes internes en médecine générale. Nous considérons cependant que les données obtenues peuvent être considérées comme pertinentes et significatives. Ainsi cet échantillon - bien que restreint- est conforme à ceux obtenus dans la plupart des études qualitatives exploratoires ; de plus il nous a été suffisant pour obtenir une saturation des données et a pu être atténué par la diversité des profils des femmes interrogées.

#### 2. Biais d'échantillonnage

Ensuite il existe un **biais d'échantillonnage**, puisque les internes recrutées dans notre étude ne l'ont pas été par tirage au sort. Cette option a été envisagée mais non retenue en raison des difficultés qui y aurait été liées (difficulté de se procurer rapidement les listes d'internes de différentes promotions et de récupérer leurs coordonnées). Nous

avons cependant essayé d'atténuer ce biais en prenant soin d'interroger des femmes aux profils divers et variés.

### **3. Biais de volontariat**

Il existe également un **biais lié au recueil des données** puisque l'ensemble des participantes ont été averties du sujet sur lequel portait notre thèse et ont accepté d'y participer en connaissance de cause. Cependant devant le caractère sensible de notre sujet et les fortes émotions qu'il peut soulever, il nous a semblé plus éthique de procéder au recrutement des internes de cette manière.

### **4. Biais de recrutement**

Notre choix de nous entretenir avec des **femmes uniquement** peut lui aussi être questionné. Celui-ci a été longuement discuté entre nous au début de ce travail et résulte d'un choix mûrement réfléchi. Il a en effet été rapidement évident qu'en raison du temps et des moyens limités dont nous bénéficions, nous ne pourrions aborder toutes les facettes d'un sujet sociologique si vaste. Interroger des hommes aurait nécessité de créer une nouvelle grille d'entretien et un plan de codage différent pour mettre en évidence leurs ressentis spécifiques sur ces sujets. Leur analyse aurait ensuite nécessité, pour être complète, de confronter les points de vue. Il s'agit donc d'un travail long et complexe qui, bien que nécessaire pour élargir les perspectives, nous a semblé relever de différents travaux de recherche plutôt que d'une seule thèse.



De plus, de nombreuses études sociologiques ayant commencé par étudier les rapports de dominations par le prisme de leur vécu par les minorités<sup>39</sup> sociologiques, ce choix de nous concentrer sur les femmes nous a également semblé valide d'un point de vue scientifique.

De même, **seules des internes en médecine générale ont été interrogées**, ce qui résulte là aussi d'un choix. Il nous paraît en effet probable que le sexisme et les violences en général soient plus accentués dans le cursus des étudiant·e·s d'autres spécialités : les rapports hiérarchiques et l'asymétrie des pouvoir entre étudiant·e·s et seniors y étant encore plus marqués<sup>40</sup>, le risque d'abus y est supérieur. Nous avons donc estimé que leur vécu de ces violences mériterait d'être exploré -au même titre que celui des hommes- dans des études complémentaires à notre travail.

## 5. Biais d'enquêteur·ice·s

Il s'agit également d'une étude **menée par deux femmes**, ce qui peut poser la question de l'objectivité de notre travail. Cette question est récurrente dans les recherches sociales, comme le relève l'un des épisodes de l'émission « A Voix Nue » diffusés sur France Culture (29) : la présentatrice Charlotte Bienaimé y interroge Christine Delphy, sociologue et directrice de recherche émérite au CNRS à propos des critiques qui sont souvent faites aux chercheuses féministes. Celles-ci

---

<sup>39</sup> à comprendre ici dans le sens de groupe de moindre pouvoir

<sup>40</sup> les internes y dépendent de leurs chef·fe·s non seulement pour la validation de leur stage mais aussi pour toute leur carrière hospitalière

seraient trop « partiales » et incapables d'être « neutres » car « trop engagées ». Cette dernière lui répond que de son point de vue, "c'est une position absurde [car] c'est la position de gens qui se veulent neutres, impartiaux [...] et qu'on retrouve quand même chez des auteurs comme Bourdieu qui prétend être au-dessus de la mêlée, alors qu'en fait c'était un homme et il a écrit comme un homme sur les femmes en voyant certaines choses et en n'en voyant pas d'autres. [...] Bourdieu prétend avoir une vision impartiale, pouvoir être objectif. On ne peut pas être objectif [...] Qu'est-ce que c'est que cette vue d'au-dessus [...] de quiconque ? Tout le monde est inséré dans la structure sociale, on est inséré d'une façon ou d'une autre [...] aucun de nous, que ça soit vous, moi ou Bourdieu n'est au-dessus de la mêlée, on est dans la mêlée". Il nous semble également qu'il ne peut y avoir de vision neutre et strictement objective concernant les discriminations sexistes et les rapports de domination dans la société, puisque chaque individu sera partie prenante dans ce débat. Afin de garantir des résultats les plus pertinents possibles, nous nous sommes donc appliquées à respecter une méthodologie stricte mais n'avons pas jugé nécessaire de respecter la parité parmi les auteur·rice·s de notre étude.

Il nous semble de plus que ce travail, indépendamment de notre genre, a bénéficié de notre intérêt au long cours pour ce sujet et a été enrichi par nos nombreuses lectures préalables.

Le dernier point sensible que nous souhaitons aborder concerne nos résultats. Notre étude n'ayant pas pour objectif de dénoncer des personnes particulières mais plutôt de mettre en lumière des phénomènes systémiques et structureaux et d'interroger notre

responsabilité collective face aux violences, l'ensemble des noms et des services ont été anonymisés. Certaines spécialités sont cependant **expressément nommées** dans la partie sexisme : il s'agit des services de cardiologie, d'urgence-réanimation, de chirurgie et de gynécologie. Devant le nombre élevé de témoignages soulignant le sexisme observé dans ces services, il nous a semblé justifié de lever leur anonymat. En effet, il semble légitime de se demander si leur récurrence peut avoir un lien avec l'image encore très masculine et technique qui est associée à ces services. Cependant, la totalité des internes étant amené·e·s à passer au cours de leur internat dans un service de gynécologie et dans un service d'urgence, il est également probable que ces services aient été plus cités que d'autres car les internes y passent plus souvent en stage.

## B. Points forts de l'étude

Ce travail nous semble présenter différents atouts qui méritent d'être relevés.

Il s'agit tout d'abord d'une étude au **sujet original et encore peu décrit** dans la littérature médicale malgré un regain de publications ces dernières années. Pourtant, l'analyse des violences et des discriminations dans le monde médical et la proposition de mesures pour y faire face nous semble pouvoir améliorer aussi bien la formation des étudiant·e·s en santé que la qualité des soins. Nous espérons que ce travail pourra y contribuer.

Pour cela, nous avons apporté un **soin particulier à la méthodologie**. En effet la grille d'entretien a été élaborée à quatre<sup>41</sup> et a évolué au fil des entretiens

---

<sup>41</sup> deux thésardes et deux directrices de thèse

afin de recueillir un maximum d'informations pertinentes. Devant la sensibilité du sujet, l'ensemble de nos entretiens a bénéficié d'un double codage validé dans un deuxième temps par nos directrices de thèse. Lorsque les verbatims laissaient planer un doute sur le caractère sexiste ou non genré d'une violence, celle-ci était systématiquement classée par défaut comme violence non genrée pour limiter les biais. De plus le choix de mener des entretiens compréhensifs analysés ensuite selon une méthode par théorisation ancrée nous semble pertinent puisque cela nous a permis d'explorer plus amplement les violences intriquées avec le sexisme et notamment les violences hiérarchiques non genrées. En effet, nous ne pensions pas parler en détail de ces dernières en commençant ce travail ; elles ont pourtant fini par représenter une part non négligeable des résultats de notre thèse et nous semblent a posteriori nécessaires pour permettre une compréhension globale des enjeux qui nous intéressent ici.

**La diversité de profils des femmes interrogées** nous semble également apporter de la valeur à cette étude : ont ainsi été interrogées des femmes racisées ou non, ayant eu des enfants ou non, originaires de milieux socio-culturels variés, ayant mené leurs études dans différentes régions de l'hexagone et ayant des objectifs de carrière hétéroclites.

Nos **résultats** nous semblent d'autant plus pertinents qu'ils **rejoignent ceux d'autres études** déjà menées sur le sujet dans différents pays, tout en apportant de nouveaux éléments dignes d'intérêt.

Enfin il s'agit d'un travail dont la **qualité a été reconnue et primée** par le Collège National des Enseignants Généralistes et celui du Collège Régional des Enseignants Généralistes d'Alsace lors du congrès du CNGE de 2019.

## II. RÉFLEXIONS AUTOUR DES RÉSULTATS

Il est révélateur de constater que chacune des seize femmes interrogées a témoigné avoir subi des violences sexistes **et** non genrées au cours de ses études. Les répercussions de ces violences, multiples, s'inscrivent sur le long terme et influent sur la construction de l'identité professionnelle de ces médecins en devenir.

Face à ces constatations, nous essaierons de comprendre dans cette discussion pourquoi ces violences se perpétuent.

### A. Des violences intriquées

#### 1. Féminisation

La **féminisation de la profession** est souvent évoquée par les internes de manière neutre ou positive. Si elles ont l'impression que ce point de vue est partagé par leurs cheffes, elles rapportent en revanche que leurs seniors hommes ont tendance à souligner l'arrivée des femmes dans ce métier d'une manière qui les met mal à l'aise et qu'elles perçoivent **comme une critique**.

Cela pourrait s'expliquer par le **prisme négatif** à travers lequel la féminisation du métier est souvent abordée : en effet selon les sociologues Bloy et Schweyer, "une lecture inquiète l'a emportée, selon laquelle il s'agirait du signe d'une part d'une nouvelle étape dans la dévalorisation matérielle ou symbolique du métier de généraliste, et d'autre part d'une réduction à venir de l'offre de temps médical en soins primaires" (30).

Cette perception réprobatrice de l'arrivée des femmes dans le corps médical n'est en fait qu'un signe avant-coureur du sexisme que ces dernières vont rencontrer au cours de leur cursus.

## 2. Sexisme

### a. Sexisme hostile ...

L'expression "sexisme dans le monde médical" peut de prime abord faire évoquer la **figure du chirurgien** : un personnage qui s'illustre par un sexisme ouvertement hostile, aussi bien dans les mythes et légendes qui le concernent que dans les témoignages des internes. Cependant, il est intéressant de relever que la grande majorité des verbatims présentés dans cette thèse font état de situations ayant été vécues en dehors du bloc opératoire. On peut donc se demander si cette image du chirurgien ne servirait pas à élever le seuil de tolérance au sexisme rencontré hors du bloc opératoire, rendant l'acceptation d'autres formes de sexisme d'autant plus aisée.

### b. ... et sexisme insidieux

En effet, le sexisme hostile, moins toléré et de plus en plus dénoncé, a été progressivement remplacé par un sexisme plus **insidieux**, tantôt subtil, tantôt bienveillant (31). Ce sexisme non bruyant prend des formes qui passeraient "à travers les mailles des filets législatifs et sociaux", et rendrait "possible la cohabitation du principe d'égalité avec un sexisme dont les conséquences délétères sont toujours bien présentes et observables" (31).

Ainsi, différentes études comparent les effets du sexisme bienveillant à ceux du sexisme hostile : il en résulte que ce premier **impacte tout autant** la santé des femmes et leur bien-être au travail (32) et a même des répercussions plus importantes sur leurs performances professionnelles (10)

Une explication de ces résultats peut être avancée : le sexisme bienveillant conduit les femmes à intérioriser les croyances d'inégalité et de complémentarité entre les genres, ce qui les pousserait donc à confirmer par leurs comportements les stéréotypes qui les concernent, à savoir une forte sociabilité et une moindre compétence (31).

Ce sexisme insidieux s'illustre dans nos entretiens par la manière dont les compétences des médecins sont soulignées. Pour les femmes, elles sont fréquemment relevées pour justifier leur position en tant que médecin : « *j'ai eu deux cheffes qui étaient vraiment reconnues dans tout l'hôpital pour leurs connaissances enfin ... elles avaient prouvé que euh ... qu'elles étaient compétentes* »<sup>42</sup>. En revanche chez les hommes -souvent considérés comme plus légitimes- cette question n'est pas abordée, sinon pour minimiser leurs comportements répréhensibles : « *c'est un connard fini prétentieux mais alors tu ne peux pas lui enlever qu'il est excellent médecin* »<sup>43</sup>.

Le sexisme bienveillant et le sexisme hostile sont donc **complémentaires**. Ils forment les deux faces d'une même pièce, qui d'un côté encourage et récompense les femmes qui se conforment aux "rôles traditionnels liés au genre", et de l'autre réprimande celles qui s'en émancipent (31). S8(L295)

---

<sup>42</sup> R1L94

<sup>43</sup> R2L263

explique ainsi : « *Ben après, il y a plus ce qui tient de l'ordre du... du paternalisme, c'est pas forcément euh une misogynie bruyante, tu sais, mais c'est le fait de, de considérer que on a besoin de te protéger, et que t'es un peu coincée, parce que soit t'acceptes d'être protégée en disant que tu vois les choses positives que ça va impliquer, soit t'as envie de te dire bah peut être que j'ai pas besoin d'être protégée, et du coup en fait tu te reprends, 'fin, non seulement t'es pas protégée, mais tu vas te prendre un espèce de revers de la médaille, où finalement, même si tu ... si tu refuses leur protection, bah... y'a une espèce de, j'sais pas, d'animosité qui va, qui va, qui va suivre* ».

L'homme sexiste ne se réduit donc plus à la caricature du misogyne outrancier mais peut prendre plusieurs visages, dont celui du "prince charmant" (31).

### **3. Violences hiérarchiques, institutionnelles et intersectionnelles**

Le sexisme n'étant qu'une des formes de violences au travail rencontrées par les internes, une description des autres formes de violences non liées au genre est nécessaire.

#### **a. Des études vécues comme violentes**

Premièrement, les études en elles-mêmes sont vécues comme violentes, avec un champ lexical du combat, du sacrifice et du traumatisme qui revient de manière récurrente.



**L'hôpital et a fortiori le CHU** semblent, pour les internes, être des endroits qui cristallisent ces violences. Face à ce constat, plusieurs raisons peuvent être avancées.

**Tout d'abord, le "tournant gestionnaire"<sup>44</sup> des hôpitaux**, qui s'est traduit par des restrictions budgétaires et des réorganisations managériales des services, s'est fait ressentir à tous les niveaux. Face à la dégradation progressive des conditions de travail des professionnels de santé, grèves et démissions massives se sont succédées depuis plusieurs années. Autant de conditions qui ne sont propices ni à la transmission, ni à l'apprentissage de savoirs (4).

Ensuite, le poids hiérarchique y est particulièrement marqué, basé sur une **structure pyramidale** rigide qui ne semble souffrir d'aucune remise en question (4). Cette situation est pesante pour les étudiant·e·s qui se retrouvent en bas de l'échelle et sont spécialement impacté·e·s du fait de leur position de subordonné·e·s (4).

Enfin, il s'agit d'une structure dans laquelle les relations entre soignant·e·s sont imprégnées de **rappports de domination et d'une compétition** exacerbée. Ceci a été relevé par les internes aussi bien dans les relations entre les différent·e·s professionnel·le·s de santé qu'au sein de chaque corps de métier<sup>45</sup> ; un phénomène que R7(L107) résume ainsi : « *on domine qui on peut dominer* ».

Cependant, il est intéressant de noter que plusieurs internes nous ont fait part de violences ayant eu lieu lors d'un stage en ambulatoire. Ces violences ne sont donc pas inhérentes à l'hôpital mais se retrouvent dans

---

<sup>44</sup> comme nommé par Christophe Dejours, notamment dans **Omerta à l'hôpital**

<sup>45</sup> par exemple médecin généraliste vs médecin spécialiste, ou externe vs interne vs senior

les **études médicales de manière globale**, notion déjà développée dans la littérature scientifique (4,32).

## b. Violences hiérarchiques

### ○ Interne, un statut ambigu

Dans ce milieu qui n'est « *pas tendre* »<sup>46</sup>, l'étudiant·e, et a fortiori l'interne, peine à trouver sa place. En effet, son statut ambigu, mal défini, le·la place à la frontière floue entre élève en cours d'apprentissage et médecin prescripteur·rice responsable des choix de prise en charge. Cette position double -et parfois antagoniste- semble propice aux abus, d'autant plus que ces différents rôles lui sont imposés. Ainsi, certaines internes décrivent qu'elles ont pu passer d'une minute à l'autre, lors de la prise de garde, du rôle de "sous-fifre" à qui sont déléguées les tâches ingrates le jour, à celui de médecin référent d'un hôpital entier la nuit.

**Ce manque de compagnonnage**, flagrant lors des gardes mais aussi dans certains services, a été dénoncé de manière répétée par les internes<sup>47</sup>, parfois laissées seules par des chefs démissionnaires pour gérer des situations pouvant être complexes et graves. Le sentiment d'injustice généré est encore accentué par leur impression d'être régulièrement envoyé·e-s en stage **pour pallier au manque de personnel** davantage que pour y être formé·e-s. Ces propos font écho aux prises de parole publiques de divers·es

---

<sup>46</sup> R8(L529)

<sup>47</sup> verbalisé ainsi dans 11 entretiens sur 16

étudiant·e·s et médecins, notamment sur les réseaux sociaux, ainsi qu'aux manifestations et grèves des internes qui ont eu lieu récemment (33,34,35).

○ **Abus au sein de la relation étudiant·e-sénior**

La relation senior-étudiant·e en elle-même est souvent décrite par le prisme de la hiérarchie plutôt que de la pédagogie, la réduisant à une relation de « *domination* »<sup>48</sup>.

Lorsque ce type de rapport est instauré, l'étudiant·e se retrouve dans une position où il·elle est parfois **contraint·e d'exécuter des tâches ingrates ou qui questionneraient son éthique**. En raison de ses connaissances médicales partielles et sous prétexte qu'il lui faut apprendre, il peut lui être difficile de questionner ou refuser ce qu'on lui demande de faire, comme le raconte S6(L242) en décrivant un stage où « *on [les] contraignait à demander des tas de choses pour lesquelles [ils·elles] n'étaient pas d'accord* ». De la même manière, un étudiant a décrit il y a quelques années sur son blog s'être vu contraint d'appuyer sur le bouton déclenchant l'électro-convulsivo-thérapie d'un patient alors qu'il était externe. N'étant pas opposé a posteriori à ce type de traitement (après qu'il se soit renseigné à ce sujet), il fut pour le moins troublé qu'on lui intime de réaliser ces gestes sans qu'il puisse s'informer au préalable et sans qu'on ne réponde à ses questions (37) - un événement rappelant fortement l'expérience de Milgram<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup> au moins un exemple de relation de « *domination* » rapporté dans douze entretiens sur seize

<sup>49</sup> L'**expérience de Milgram** : expérience de psychologie publiée en 1963 par le psychologue Stanley Milgram. Elle s'est attelée à évaluer le degré d'obéissance d'un individu devant une autorité qu'il juge légitime et à analyser son processus de soumission à l'autorité, notamment lorsqu'étaient induites des actions qui posaient des problèmes de conscience au sujet (dans cette expérience, en lui faisant administrer des chocs électriques à un tiers).

L'opposition est d'autant plus difficile que l'**enjeu de la prise en charge** est de taille. En effet, difficile de discuter les ordres d'un·e supérieur·e hiérarchique quand la santé voire la vie d'un·e patient·e sont mises dans la balance et utilisées comme **moyen de pression**. Ainsi, dans un de nos entretiens, R6(L315) raconte comment la mort d'un de ses patients a été employée par sa senior pour la **culpabiliser**. Dans son essai *Les Brutes en Blanc*, Martin Winckler parle également de cette méthode qui serait utilisée sur les étudiant·e·s pour leur faire exécuter des tâches diverses et variées. Ce phénomène nous semble d'autant plus fréquent que l'étudiant·e est jeune, malléable, et que ses connaissances ne lui permettent pas encore de saisir l'ensemble des tenants et aboutissants de la prise en charge.

Dans certains entretiens, les internes nous ont fait part de cas où les relations abusives mènent à des violences allant jusqu'au **harcèlement moral** tel que défini par la loi (38). De même, Céline Lefève décrit dans *Omerta à l'hôpital* un processus où les remarques humiliantes vont "se mêler à des évaluations sur les compétences, la résistance à la charge de travail, l'acquisition de l'identité professionnelle et l'insertion future dans le milieu hospitalier"(4). Pour les étudiant·e·s, cette mise sur le même plan de leurs capacités médicales et de leurs capacités à surmonter les violences sape leur confiance en elles·eux, les conduisant à s'auto-dénigrer et à se culpabiliser. Ceci va parfois jusqu'à les pousser à questionner leur aptitude à exercer en tant que médecin - un procédé d'autant plus pervers que les preuves sont rares et que la soi-disant incompetence de l'étudiant·e est utilisée pour justifier le harcèlement dont il·elle est victime (4). Cette "**stratégie stéréotypée**

**de la part de l'agresseur"** est comparée par Gilles Lazimi à celles utilisées par les auteurs de violences conjugales (4). Dans les deux cas les victimes, saisies d'un sentiment de honte, ne parlent pas.

Ces conditions réunies peuvent expliquer la rareté **des témoignages d'opposition aux seniors**, les internes confiant avoir peur des répercussions sur leur apprentissage, sur la qualité de la prise en charge des patients et se sentant en partie responsables des difficultés vécues.

### **c. Autres violences et intersectionnalité**

Notre travail montre que de nombreuses autres violences s'imbriquent à celles décrites précédemment, plaçant certains sujets à **l'intersection** de plusieurs discriminations. Ainsi nous ont été décrits du racisme, de la grossophobie, de l'islamophobie, de la LGBTphobie<sup>50</sup>, des discriminations socio-culturelles et du validisme qui parfois s'expriment simultanément, à l'encontre de membres du personnel soignant ou de patient·e·s.

Ces résultats se retrouvent également dans des travaux de recherche français et internationaux. En effet, une thèse française de 2015 (39) a déjà mis en évidence la prévalence non négligeable du racisme, du sexisme, et d'autres types de violences auxquels étaient confrontés personnellement les étudiant·e·s en médecine.

Aux Etats-Unis, deux études récentes se sont penchées sur la question. La première a défini en 2014 l'éventail des mauvais traitements subis par les étudiant·e·s incluant : harcèlement sexuel, discriminations ou harcèlement

---

<sup>50</sup> discriminations à l'encontre de la communauté LGBT -Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Transgenre-

lié à la race, l'ethnie, la religion, le genre et/ou l'orientation sexuelle (40). La deuxième, publiée en 2020, met en relief les difficultés supplémentaires inhérentes à l'intersectionnalité que les personnes de genre féminin, asiatiques, multiraciales et/ou LGB subissent par rapport à leurs homologues masculins, blancs, et hétérosexuels (41).

## **B. Conséquences**

### **1. Du sexisme**

Dans nos entretiens, les internes nous parlent d'un sexisme systémique et structurel, omniprésent au niveau sociétal et institutionnel, intériorisé par les femmes elles-mêmes.

S'il émane de toutes parts y compris dans le cadre de leur profession, il n'entraîne pas les mêmes répercussions selon l'auteur·rice de ces discriminations.

#### **a. De la part des hommes**

Lorsqu'il provient des **supérieurs hiérarchiques masculins**<sup>51</sup>, le sexisme semble susciter beaucoup d'émotions chez les femmes interrogées. Celles-ci sont visibles sur la forme comme sur le fond de leur discours, comme en témoignent les nombreux rires nerveux, soupirs, hésitations et parfois pleurs qui ont émaillé leurs entretiens, ainsi qu'à travers le champ lexical utilisé alliant colère, sidération, honte et impuissance.

---

<sup>51</sup> c'est-à-dire les internes quand elles étaient externes, ou les seniors quand elles étaient internes

Cette difficulté à verbaliser les faits, associée au peu de stratégies actives d'opposition mises en place, témoigne d'un vécu traumatisant.

Au contraire, lorsque le sexisme émane de **patients hommes**, les internes l'identifient, le décrivent et le recontextualisent beaucoup mieux. Elles semblent également avoir plus de facilités à mettre en place des stratégies de défense, sauf lorsqu'il s'agit de faits graves (exhibitionnisme et agressions sexuelles). Dans ces cas-là, elles décrivent de la sidération, un sentiment de trahison du pacte de confiance qui les unit au patient, ainsi qu'une réticence à s'opposer au patient par peur des répercussions.

Enfin, il est intéressant de souligner qu'elles n'ont décrit que très peu de sexisme de la part de leurs **co-externes et co-internes hommes**. Elles avancent deux hypothèses pour expliquer ce constat : l'absence de hiérarchie entre étudiants rendrait plus facile l'opposition et leur génération serait moins sexiste. Si leur première affirmation semble confirmée par nos résultats, la deuxième en revanche, mériterait d'être nuancée. En effet d'après l'étude de l'ISNI sur le sexisme dans le monde médical, les confrères sans supériorité hiérarchiques représentent 16% des auteurs de sexisme quotidien et 28% des auteurs de harcèlement sexuel (6).

## **b. De la part des femmes**

Si les internes décrivent des femmes « *tout aussi sexistes* »<sup>52</sup> que les hommes, dans les faits **elles rapportent bien moins de situations problématiques** les concernant.

---

<sup>52</sup> R7(L902)

**Quand le sexisme émane de leurs cheffes**, il se manifeste surtout par des reproches à propos de la maternité d'autres femmes médecins, et par des remarques sexistes à l'encontre de certaines patientes. Si un sentiment de trahison est alors évoqué par les internes, la charge émotionnelle associée à ces témoignages semble moins importante. Le fait qu'elles ne soient presque jamais la cible directe des propos entendus pourrait expliquer ce constat.

**De la part des autres soignantes**, le sexisme rapporté prend la forme d'une valorisation des hommes comme rareté et d'une hostilité allant d'un manque de coopération à une franche opposition (notamment dans le cadre des soins). Il provoque alors de plus vives réactions et notamment de la colère. Ceci témoigne d'un vécu plus difficile, probablement parce que ce sexisme impacte de manière plus conséquente leur quotidien. Pourtant, les internes invoquent parfois elles-mêmes des clichés sexistes, pour expliquer ces comportements : ainsi, les groupes composés uniquement de femmes seraient forcément animés de conflits et de "crêpages de chignons" permanents.

## **2. Répercussions des violences sur la santé**

Il est inquiétant de constater que l'ensemble des violences décrites a également des conséquences aussi bien sur la santé des patient·e·s que sur celle des étudiant·e·s.



### **a. Sur la santé des patient·e·s**

Plusieurs internes ont décrit des **erreurs thérapeutiques et retards de prise en charge** imputés aux manquements hiérarchiques et aux violences subies. Dans certains cas, cela arrive car l'interne était laissée complètement seule sans référent à qui poser ses questions ; dans d'autres, les supérieur·e·s hiérarchiques sont physiquement présent·e·s mais les dissuadent de demander de l'aide par leurs comportements rabaissants et méprisants. Un cercle vicieux se met alors en place pour l'étudiant·e qui, n'osant plus poser de questions, n'apprend pas, fait des erreurs, et paraît donc incompetent·e aux yeux des équipes, entraînant encore plus de violence (4).

Une étude de la HAS de 2016 abonde en ce sens et met en lumière le lien qui existe entre qualité de vie au travail et qualité de soin, en soulignant l'importance de la communication et du travail d'équipe (42).

### **b. Sur la santé des internes**

Ces violences n'impactent pas uniquement la santé des patient·e·s mais ont aussi des conséquences sur celle des internes. En effet, nos verbatims sont riches en récits de **souffrance psychique et physique** : on y retrouve ainsi -entre autres- anxiété, somatisation, troubles du comportement alimentaire, syndrome de stress post-traumatique, burn-out et symptômes dépressifs pouvant aller jusqu'aux idées suicidaires.

Ces résultats sont à mettre en relation avec ceux retrouvés par l'enquête de l'ISNI<sup>53</sup> menée en France en 2017 : sur les 21 768 répondants<sup>54</sup>, ils étaient 66.2% à présenter de l'anxiété, 27.7% des syndromes dépressifs et 23.7% des idées suicidaires. Parmi **les facteurs de risque** d'anxiété et de dépression ont été mis en évidence la fatigue, les violences psychologiques, l'insuffisance d'encadrement et l'absence de soutien des supérieurs hiérarchiques et des pairs (43) - tous retrouvés dans nos entretiens.

Des chiffres alarmants désormais bien connus dans la littérature puisque de nombreuses études, en France comme à l'étranger, ont fait état de taux élevés de burn-out (43,44) de consommation d'alcool, anxiolytiques, antidépresseurs et autres drogues (46) ainsi que de suicides chez les internes en médecine (47).

Il est donc plus que jamais nécessaire de se préoccuper des conditions de travail des étudiant·e·s de médecine, tant pour leur bien-être que pour leur sécurité.

## **C. Répercussions sur la construction de l'identité professionnelle**

Ces violences et leurs conséquences, parfois graves, surviennent au moment particulier où l'étudiant·e construit son identité professionnelle. Par conséquent, celle-ci s'en trouve également impactée.

---

<sup>53</sup> InterSyndicale Nationales des Internes

<sup>54</sup> dont 4 255 étudiants en 1er cycle, 8 725 étudiants en 2e cycle, 7 631 étudiants en 3e cycle et 1157 CCA-AHU-AS (chefs de clinique assistants, assistants hospitaliers universitaires, assistants spécialistes)

## 1. Devenir une femme médecin

La figure de la femme-médecin se construit à partir de représentations composites.

Elle convoque d'abord celle du **“bon médecin”**, vu comme quelqu'un de fort, résistant, crédible physiquement et qui fait de sa vie professionnelle une priorité.

Elle se base ensuite sur des représentations essentialistes<sup>55</sup> et des **stéréotypes liés au genre féminin**, à savoir la faiblesse présumée des femmes, mais aussi leurs prétendues facilités relationnelles. En effet, elles seraient douées d'une **sensibilité et d'une capacité d'écoute** qui en feraient des personnes toutes désignées pour investir les fonctions du **“care”**<sup>56</sup>, au risque de s'y retrouver cantonnées.

Enfin, elle s'appuie sur des **modèles de rôle** qui se trouvent être ambivalents. Certaines cheffes peuvent être source d'inspiration, notamment lorsque leur manière d'incarner le métier propose aux internes un modèle alternatif à ce qu'elles avaient observé jusqu'ici. D'autres au contraire sont décrites comme **“grandes gueules”**, luttant pour s'imposer jusqu'à être parfois vues comme **« déshumanisées »**, **« presque monstrueuse[s] »**<sup>57</sup>. Ces adjectifs sont particulièrement utilisés pour parler des femmes haut placées hiérarchiquement. Ces dernières étant de plus largement minoritaires à ces postes, elles dégagent auprès des internes une image plus intimidante

---

<sup>55</sup> L'essentialisme désigne en sociologie l'idée selon laquelle hommes et femmes diffèrent par essence, c'est-à-dire selon laquelle leur nature (féminine ou masculine) ne détermine pas que leur physiologie, mais a une influence sur leurs aptitudes ou goûts personnels.

<sup>56</sup> de l'anglais *care* : prendre soin de, se soucier de.

<sup>57</sup> R6(L369 et propos off)

qu'inspirante. Ce phénomène est décrit dans la littérature sous le terme de "Complexe de Marie Curie"<sup>58</sup> (48).

Il en résulte qu'en tant que femme-médecin, les internes interrogées ressentent une **inégalité des chances** et ont l'impression de devoir faire davantage leurs preuves que leurs homologues masculins - une discrimination déjà subie par plusieurs d'entre elles dans d'autres milieux.

Ce constat donne à certaines l'impression de ne pas pouvoir se « *contenter d'être [elles-] mêmes* »<sup>59</sup> et d'être **face à des options limitées** les obligeant à choisir entre s'orienter vers une voie valorisant sollicitude et empathie, se masculiniser ou accepter une position de subalterne. D'autres au contraire **s'affranchissent** de ces modèles en refusant de se retrouver enfermées dans un carcan.

Ces réactions "multiples et contradictoires" ont déjà été décrites par Nicky Le Feuvre qui a dégagé dans ses travaux 4 types de discours face au processus de féminisation d'une profession.

Le premier, appelé "**discours de la féminité**" est une interprétation essentialiste basée sur les stéréotypes autour de la féminité, qui oriente les femmes vers certaines niches spécifiques de la profession.

Le deuxième est celui de la "**virilité**". Il voit les femmes ayant intégré la profession comme des exceptions capables d'adopter les caractéristiques masculines, leur permettant d'intégrer un milieu dans lequel elles resteront minoritaires.

---

<sup>58</sup> Défini par Natalie Pigeard, historienne, comme le "phénomène selon lequel le « mythe Curie », en même temps qu'il suscite une légitime admiration, peut avoir pour effet paradoxal de provoquer une forme d'intimidation. Beaucoup de jeunes filles ne connaissent que Marie Curie. Mais n'ayant que la scientifique pour seul exemple, elles estiment qu'elles ne peuvent se lancer dans les sciences."

<sup>59</sup> S8(L385)

Le troisième discours, basé sur **“l’immuabilité totale de la domination masculine”** autorise les femmes à intégrer uniquement les professions en voie de dévalorisation et/ou les strates les plus dévalorisées de celles-ci.

Dans ces trois cas, l’ethos professionnel n’est pas remis en cause et continue de valoriser les hommes et le masculin.

Au contraire, le quatrième discours, appelé **“dépassement de genre”** aborde les aspirations et les compétences des hommes et des femmes comme des caractéristiques non liées au genre. Ce dernier discours permet une remise en question de l’ethos professionnel et de modifier le consensus qui règne quant aux comportements attendus dans ces métiers, aussi bien par les femmes que par les hommes (49).

## **2. En tant que soignant·e**

Le sexisme n’est pas la seule violence à influencer la construction de l’identité professionnelle des soignant·e·s.

### **a. La dégradation des soins responsables d’une souffrance éthique**

La violence liée à la **dégradation des soins** qu’implique la gestion entrepreneuriale de l’hôpital a été critiquée par les femmes interrogées. Elles comparent l’hôpital à une « *grosse entreprise* »<sup>60</sup> dans laquelle les soignant·e·s, « *déconnecté·e·s de la réalité des gens* » se retrouvent dans

---

<sup>60</sup> R7(L52 et 56)

une position de prestataires où il leur est facile de perdre la notion qu'ils·elles traitent « *vraiment des humains* »<sup>61</sup>.

N'étant plus au centre des soins, les patient·e·s deviennent des victimes collatérales de ce système qui tend à leur proposer une qualité de soins dégradée et va parfois jusqu'à les malmenier.

Les soignant·e·s, quant à elles·eux, se retrouvent contraint·e·s de réaliser des actes qu'ils·elles réprouvent moralement. Pour faire face à la "**souffrance éthique**" (4) qui s'ensuit, des stratégies de défense sont mises en place, tel que le déni des violences infligées. Christophe Dejourné décrit comment, dans ce contexte, l'étudiant·e et sa vision idéalisée du métier viennent se heurter à la vision désillusionnée d'un·e soignant·e désabusé·e, s'exposant ainsi à de nouvelles violences (4).

Par la suite, les internes eux·elles-mêmes voient parfois leur comportement se modifier vis-à-vis des patient·e·s : en France comme à l'étranger, plusieurs études se sont ainsi penchées sur la **diminution de l'empathie** au cours des études médicales. Cette dernière est confirmée par leurs résultats, et semble favorisée par les mauvaises conditions de travail des internes (49,50,51).

## **b. Acquisition d'une tolérance à la violence**

Les violences dans le cadre des soins ne sauraient cependant se résumer aux violences institutionnelles, les femmes interrogées nous ayant rapporté différentes situations problématiques qui semblent trouver leur source ailleurs.

---

<sup>61</sup> S7(L145)

L'une des premières pistes de réflexion est amenée par la description que fait R2(L261) de son chef de service : « *c'est un connard fini prétentieux mais alors tu ne peux pas lui enlever qu'il est excellent médecin. Il a un contact humain assez déplaisant avec les patients mais par contre sur le plan médical il est au top niveau le mec* ».

Ces propos interrogent sur les **qualités valorisées** durant les études médicales. Il semblerait en effet que pour certain·e·s, technicité et connaissances théoriques solides soient considérées comme des compétences essentielles pour être un bon médecin, au détriment de qualités humaines telles que l'écoute, l'empathie, la communication et la bienveillance.

Cette vision du métier semble héritée des siècles passés au cours desquels diagnostic et prescription sont devenus l'apanage des médecins, là où l'accompagnement et les soins apportés aux malades ont été délégués aux infirmières (52,53).

Il est d'ailleurs intéressant de noter que de nos jours les compétences relationnelles sont encore quasiment absentes des critères d'évaluation des deux examens majeurs<sup>62</sup> qui conditionnent toute carrière médicale.

Parfois, les patient·e·s ne sont pas juste confronté·e·s à une carence communicationnelle des médecins mais peuvent aussi souffrir d'un manque de considération de leur part.

Dans certains cas ont ainsi été décrit·e·s des patient·e·s « *infantilisé·e·s* »<sup>63</sup> par des **comportements paternalistes**, comme par exemple lors des visites professorales, où plus d'une dizaine de personnes sont présentes dans la chambre du·de la patient·e.

---

<sup>62</sup> concours de première année et Épreuves Classantes Nationales

<sup>63</sup> S4(L195)

Dans d'autres, ils·elles sont **victimes de préjugés non dissimulés**. Deux internes font notamment état de patients discriminés, l'un en raison de sa présumée toxicomanie<sup>64</sup> et l'autre de ses origines<sup>65</sup>. Si le premier n'a pas été examiné par la cheffe qui aurait refusé d'aller le voir, déléguant cette tâche à l'étudiante, le deuxième aurait été purement et simplement transféré dans une autre unité. De même, les femmes sont parfois taxées « *d'hystériques* »<sup>66</sup>, et S8 reconnaît que les patient·e·s « *psys* » et les « *alcooliques* » peuvent également être victimes d'idées reçues<sup>67</sup>.

Plusieurs études abondent dans ce sens. L'une d'entre elles s'est penchée sur les motifs de refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU, reflétant les préjugés de certains médecins vis à vis de patient·e·s perçu·e·s comme assisté·e·s, tricheur·euse·s, au statut illégitime (55). D'autres révèlent que les infarctus cardiaques sont moins bien détectés chez les femmes notamment parce que leurs douleurs sont souvent attribuées à des symptômes psychogènes (56), conduisant à un taux de mortalité des femmes jeunes<sup>68</sup> deux fois supérieur à celui des hommes (57).

Ces attitudes discriminantes sont observées chez les seniors, mais se retrouvent aussi parfois dans le discours des étudiant·e·s, comme quand S7(L236) désigne des patients sous les sobriquets de « *racailles* » ou « *mecs bourrés* ». Elles reconnaissent d'ailleurs que **ces attitudes leur sont transmises**, soit par mimétisme, soit par un enseignement qui entraîne «

---

<sup>64</sup> S8(L727)

<sup>65</sup> R2(L89)

<sup>66</sup> R3(L247)

<sup>67</sup> S8(L714)

<sup>68</sup> moins de 50 ans



à réfléchir en mettant les gens dans des cases .... pour avoir des cadres nosologiques [...] ce qui fait qu'on se permet tout le temps de stigmatiser les gens »<sup>69</sup>.

Comme le résumé S7(L218) : « on nous éduque à être méprisant ». Une constatation que les internes déplorent<sup>70</sup> et questionnent, comme R6(propos off) qui se demande si la formation rend tolérant·e·s à la violence ou au contraire sélectionne des personnes déjà violentes.

## D. Pourquoi les violences se perpétuent ?

L'étendue des violences et de leurs répercussions sont pour la plupart connues et dénoncées depuis de nombreuses années ; elles semblent d'autant plus paradoxales qu'elles vont à l'encontre des principes fondateurs de notre profession<sup>71</sup>. Se pose donc la question de savoir pourquoi et comment ces violences se perpétuent.

### 1. Difficulté liée à l'identification des violences

L'une des premières pistes semble être la difficulté collective à reconnaître et nommer les violences sexistes et non genrées.

Plusieurs raisons peuvent être apportées : tout d'abord, celles-ci sont omniprésentes et entraînent donc une habitude<sup>72</sup>.

De plus, leurs définitions juridiques restent largement méconnues et leur gravité sous-estimée.

---

<sup>69</sup> R7(L448)

<sup>70</sup> dans 6 entretiens sur 16

<sup>71</sup> notamment *Primum non nocere* : « en premier ne pas nuire »

<sup>72</sup> en psychologie, l'**habitude** consiste en une diminution des réponses d'un individu à un stimulus lorsque celui-ci lui est présenté de façon permanente (sans renforcement).

**Concernant le sexisme**, s'y ajoutent une définition variable et non consensuelle ainsi qu'une pluralité de formes qui entretiennent un flou sur ses limites.

Enfin, quand les violences sont **intriquées**, il peut être encore plus difficile de faire la part des choses. Ainsi, certaines des femmes interrogées ont parfois eu du mal à différencier ce qui relevait du sexisme de ce qui relevait des violences hiérarchiques. De façon comparable, R5(L89) s'est demandée si les discriminations qu'elle avait subi pouvaient être attribuées à du racisme ou du sexisme.

## 2. Prise de parole difficile

La prise de parole en elle-même se heurte à différents obstacles, liés aussi bien à leur genre qu'à leur position subalterne.

### a. En tant que femme

En tant que femme, le risque de censure est important en raison d'une forte injonction sociétale à se taire (58) ou du moins à ne pas se mettre en colère, pour ne paraître ni « *belliqueuse* »<sup>73</sup> ni « *hystérique* »<sup>74</sup>. Cet ordre implicite est déjà décrit en 1868 dans le roman *Les quatre filles du Dr March* dans lequel un personnage féminin déclare "Je suis en proie à la colère presque tous les jours de ma vie [...] ; mais j'ai appris à ne pas la manifester et j'espère encore apprendre à ne plus la ressentir". On y retrouve ainsi l'impératif fait aux femmes de censurer leur colère et de s'effacer devant les autres, décrit depuis dans de nombreuses publications (53,58,59).

---

<sup>73</sup> R8(L246)

<sup>74</sup> R3(L247)

Dans leurs entretiens les internes témoignent en effet de leur réticence à prendre la parole, notamment par peur d'instaurer une « *mauvaise ambiance* »<sup>75</sup> et de « *blesser* »<sup>76</sup> leurs interlocuteurs. Ce souci de mettre son entourage à l'aise -parfois au détriment de son propre confort- a été décrit dès 1983 (61) et a été récemment vulgarisé (62) sous le terme de **charge émotionnelle**. Celle-ci est connue pour être majoritairement portée par les femmes.

Ces injonctions semblent ressenties par les internes **au point de les inhiber** même lorsqu'elles sont la cible directe d'attaque. Elles sont ainsi plusieurs, comme S6<sub>(propos off)</sub>, à exprimer leur désarroi face à ce genre de situation : « *je sais pas comment tu peux y répondre. J'ai pas non plus envie d'attaquer les gens, parce qu'ils te disent pas ça, c'est pas malintentionné, c'est déplacé mais c'est pas malintentionné, mais j'ai envie de leur dire "Est-ce que vous trouvez ça normal ?" [...] On est vraiment conditionnées en tant que femme [à répondre merci et à sourire]* ».

Si le contexte post Weinstein peut sembler favorable à une certaine "libération de la parole"<sup>77</sup>, la réalité est plus nuancée. La parole des femmes sur ces thèmes est certes plus audible mais elle reste **sujette à la controverse**, ces dernières étant souvent accusées de "puritanisme" et de prôner une "haine" envers les hommes" (67). Ce phénomène a été décrit dans la littérature par Susan Faludi sous le terme de "backlash", qui explique dans son ouvrage éponyme comment chaque avancée féministe a été suivie d'une offensive réactionnaire (68).

---

<sup>75</sup> R7(L200)

<sup>76</sup> R4(L450)

<sup>77</sup> terme utilisé et repris par énormément de médias français suite à l'affaire Weinstein (63) (64) (65) (66) etc.

Ce retour de bâton semble redouté par les femmes, même si elles ne le nomment pas expressément. Ainsi, si dans la presse certaines personnalités ont dénoncé "l'hystérie collective" (69) de l'affaire #MeToo, dans nos entretiens, les femmes interrogées ont au contraire pris de multiples précautions pour rapporter ce qu'elles ont vécu, arrondissant les angles, se censurant parfois, s'excusant presque de témoigner. R2(L595) raconte en effet que si elle « *répond un peu plus* » à son chef, elle se garde de « *faire référence au fait [qu'elle est] une femme* » par peur que cela soit « *sujet à polémique* », tandis que R8(L297) se défend d'être conflictuelle : « *J'ai, j'étais absolument pas agressive dans mes propos [...] je, j'suis pas quelqu'un de ... enfin je cherche jamais euh ... euh la confrontation euh ni la euh ... ni à [...] provoquer. Je, je cherche absolument pas à, j'suis pas dans la provocation* ».

#### **b. En tant qu'étudiant·e**

Si la prise de parole est difficile en tant que femme, elle l'est également en tant qu'étudiant·e. Les relations hiérarchiques étant par définition déséquilibrées, les internes se retrouvent souvent inhibé·e·s par leur position de subordonné·e·s. Elles ont ainsi été nombreuses à nous confier avoir peur des répercussions sur leurs études en cas de conflit. Ces résultats sont corroborés par une étude de 2004 qui a mis en évidence que plus le lien hiérarchique avec leurs seniors est fort, moins les internes sont susceptibles d'exprimer leur désaccord (70).

### c. Dans les deux cas : impression d'impunité

Quel que soit le type de violence, les internes ne se sentent pas encouragées à parler en raison de **l'impunité apparente** dont semblent jouir certain·e·s chef·fe·s au comportement ouvertement inapproprié voire violent. En effet, il est arrivé régulièrement que la verbalisation de leur souffrance au travail n'entraîne **pas de réaction ou des réponses inadaptées**. Ainsi au cours d'un stage chez un médecin généraliste au comportement problématique, le deuxième généraliste du binôme de A. lui a proposé de lui prescrire un arrêt de travail mais n'a pas signalé les faits. Par la suite, après que le département de médecine générale local ait pris connaissance de la situation, le médecin concerné s'est vu retirer son interne de stage niveau 1 mais pas celui de niveau 2, ce qui nous semble questionnable.

Si une méconnaissance du sujet ou une sous-estimation de la gravité des faits peuvent parfois en être la cause, dans d'autres cas cela semble refléter un manque flagrant de volonté de faire changer les choses -comme lorsque ce professeur répond à R6(L369) « *qu'on ne peut pas y faire grand-chose* » et que cela va lui « *forger le caractère* ».

Il est intéressant de noter que la menace de poursuites judiciaires ou universitaires a rarement été utilisée par les internes interrogées comme moyen de défense, et que seule l'une d'entre elles nous a rapporté avoir entamé des démarches en ce sens.

### **3. Humour discriminatoire et séduction « à la française » : deux formes particulières de violence**

Parfois ce sont les canaux par lesquels s'expriment les violences qui compliquent la prise de parole. Deux d'entre eux, particulièrement répandus et tolérés, nécessitent que l'on s'y attarde.

#### **a. Humour**

L'humour, souvent utilisé comme moyen pour véhiculer des propos discriminatoires, place les internes dans la position difficile de devoir choisir entre rire de leur humiliation ou s'exclure du groupe.

Même lorsqu'elles n'en sont pas la cible, les internes ne semblent pas à l'aise pour exprimer leur désapprobation.

- **L'humour comme liant social**

Cela peut s'expliquer par le rôle que joue l'humour dans la cohésion sociale et notamment professionnelle : de nombreuses études ont en effet montré qu'il permet d'entretenir de bonnes relations avec ses collègues en rendant le travail plus supportable et en aidant à apaiser les tensions tout en ajoutant un sentiment d'appartenance (10).

- **Effet délétère de l'humour discriminatoire**

Cependant, il devient problématique lorsqu'il véhicule des idées discriminatoires. Dans son rapport de 2015 sur le sexisme au travail, le Conseil Supérieur de l'Égalité Professionnelle entre les femmes et les hommes (CSEP) rappelle en effet que l'exposition à l'humour sexiste **impacte de manière notable l'environnement au travail** : tout

d'abord en produisant des normes de tolérance vis-à-vis des préjugés et en anesthésiant l'esprit critique ; ensuite en encourageant l'utilisation des stéréotypes et donc en incitant indirectement à tolérer des actes sexistes ; enfin, en diminuant la culpabilité associée à ces derniers (10).

L'humour permet donc de dédramatiser des sujets éminemment politiques et, plus grave, d'en rire sans les analyser, **banalisant des violences** sans que l'auditoire ne s'en rende entièrement compte.

Comme le résume l'essayiste Valérie Rey-Robert dans le podcast *Les Couilles sur la Table* (71), l'humour permet de donner une impression de légèreté à une attaque profondément politique : "Il faut comprendre que l'humour prend corps dans une société, il n'est pas hors-sol. C'est comme quand on nous dit "Oh le langage c'est pas important, je ne vois pas pourquoi les féministes s'acharnent à vouloir modifier le langage". Le langage c'est ce qui structure une société, ça la fonde et ça la fait évoluer. L'humour c'est la même chose. On ne rit pas au Moyen Âge comme on rit à l'époque moderne et contemporaine, et on voit que [...] dès qu'il y a une nouvelle cible dans la société, un nouveau bouc émissaire en quelque sorte, il devient la cible de blagues [...] Les cibles ne sont pas neutres".

**En raison de son caractère équivoque, il rend les discriminations qu'il véhicule difficiles à identifier.** Ainsi, des travaux récents ont mis en évidence le rôle apparent de l'humour dans la difficulté éprouvée par les étudiantes à reconnaître le caractère répréhensible de certaines situations problématiques. Une enquête de l'ISNI retrouve que si 88.4% des internes déclarent avoir été témoins de blagues sexistes -dont 35%

de manière répétée- seul·e·s 17.5% d'entre elles-eux considèrent qu'elles constituent une forme de sexisme ordinaire (6).

De la même manière, une thèse de 2018 souligne l'influence probable de l'humour sexiste dans l'augmentation du seuil de tolérance face à des situations de violence sexuelle (19).

L'humour ne se contente pas d'alimenter les stéréotypes sur lesquels il se base mais **renforce également les opinions discriminatoires**.

Une étude montre en effet que les femmes blondes sont plus souvent refusées à un poste comparé à leurs homologues brunes (72), d'autres travaux confirmant par la suite que la même expérience est reproductible lorsque d'autres minorités<sup>78</sup> sont ciblées (72,73). Ainsi, ces deux études mettent en évidence que lorsqu'un·e individu·e percevant déjà négativement une population est exposé·e à un humour qui dénigre cette dernière, cela accentue son ressentiment et lève ses inhibitions vis-à-vis d'elle.

Comme le résume le chercheur Thomas Ford, l'humour sexiste ne devrait pas être considéré comme un "amusement bénin" car il affecte "la perception qu'ont les hommes de leur environnement social et leur permet de se sentir à l'aise avec des comportements sexistes, sans avoir peur de la désapprobation de leurs pairs" (75).

L'humour sexiste pourrait également avoir un **effet délétère sur les femmes** s'étendant au-delà de leur humiliation immédiate. En effet, il semblerait que les femmes peu sensibilisées à la question du sexisme

---

<sup>78</sup> comprendre ici minorités sociologiques à savoir : les femmes, la communauté LGBT et les minorités religieuses, etc



abaissent leur seuil de tolérance lorsque celui-ci est dissimulé derrière l'humour. Cela influencerait négativement leur choix de carrière et altérerait leur performance de manière plus fréquente que pour leurs comparses à l'esprit critique plus affûté. Ces dernières, ayant davantage conscience du rôle des stéréotypes genrés, auraient au contraire tendance à faire des choix de carrière plus ambitieux (10).

- **Quid de l'humour manié par les internes ?**

L'humour n'est cependant pas toujours discriminatoire et est aussi utilisé par les internes elles-mêmes comme moyen de défense. Il leur permet notamment de faire passer des idées sans être dans une opposition frontale, comme le rapporte R2(L493) « *je me moque un peu de lui et je trouve que ça passe mieux [alors que] si tu montres que ça ne plaît pas, ça ne passe pas* ».

## **b. Séduction**

Les violences sexistes semblent également particulièrement tolérées lorsqu'elles s'expriment sous couvert de "séduction".

Avant d'aborder cette problématique dans le domaine professionnel, il nous paraît nécessaire d'éclairer le contexte culturel dans lequel elles prennent place<sup>79</sup>.

- **Séduction "à la française" ou rapports de domination ?**

Comme le rapporte un article du journal *Libération*, une "rengaine" relayée par certains médias se ferait entendre régulièrement depuis les

---

<sup>79</sup> nous parlerons dans cette partie uniquement de la séduction au sein de rapports hétérosexuels.

affaires DSK<sup>80</sup> et Weinstein : la “sédution à la française” serait menacée et “la guerre des sexes, déjà, roderait, importée des Etats-Unis” (76). Or, ce qui est remis en question par ses détracteur·rice·s n’est pas la séduction en elle-même, mais bien un modèle inégalitaire historiquement construit sur l’asymétrie des rôles de genre. Dans celui-ci “l’homme propose et la femme dispose”, ce qui, d’après la chercheuse en sciences politiques Réjane Sénac, exprimerait et normaliserait “des comportements de domination et de soumission”. La séduction à la française permettrait ainsi d’excuser de nombreux comportements inappropriés (25,75) qui ne relèvent pas de simple “drague” mais bien de harcèlement ou d’agression sexuelle.

Cette vision polarisée des rapports hommes-femmes se retrouve dans plusieurs de nos entretiens, dans lesquels les femmes se décrivent comme vulnérables face à certains hommes perçus comme des prédateurs<sup>81</sup> : « *j’pense que quand t’es un homme, t’es jamais ... c’est horrible c’que j’vais dire mais bon j’vais le dire quand même ... j’t, j’trouve que t’es jamais une proie ...* » (R7L182). Cette impression est renforcée par le retour de bâton qui semble s’abattre sur celles qui osent sortir du rôle qui leur a été attribué, soit en refusant les avances qui leur sont faites, soit en initiant elles-mêmes la séduction

---

<sup>80</sup> Dominique Strauss-Kahn

<sup>81</sup> R7(L574)

- **Domination au sein des rapports hiérarchiques**

C'est bien la présence potentielle de rapports de domination dans la séduction qui semble être problématique puisque les seules situations jugées malaisantes par les femmes interrogées sont celles ayant lieu au sein d'une relation hiérarchique.

En effet, il leur semble particulièrement difficile d'exprimer un refus alors qu'elles sont dans une position de subordonnée. R7(L182) explique par exemple : « *ma hantise, c'était de un jour me faire draguer par un chef [...] si [...] le chef il te fait une proposition ..... et que tu dis "Non" ... t'es complètement dans ton droit, MAIS [...] c'est délicat [parce qu'il] est dans une situation de pouvoir, alors que toi t'en as aucun, et donc refuser quelque chose quand t'es dans une relation de pouvoir avec quelqu'un c'est, c'est vraiment inconfortable* ».

Leur appréhension vis-à-vis de la séduction au travail peut s'expliquer en partie par la forte prévalence des violences sexuelles au cours des études médicales : d'après une étude réalisée auprès d'externes en Île-de-France, 61.9% des femmes en fin de deuxième cycle ont déjà été victimes de violences sexuelles au travail, la moitié d'entre elles décrivant des faits répétés (19). Une autre enquête menée en 2017 auprès d'internes retrouve quant à elle un taux de 8.6% de femmes victimes de harcèlement sexuel<sup>82</sup> au cours de leurs études. Dans 48% des cas, les auteurs des faits étaient leurs supérieurs hiérarchiques (6).

---

<sup>82</sup> étaient considérés comme du harcèlement sexuel dans cette étude : contacts physiques et gestes non désirés, simulation d'acte sexuel, chantage à connotation sexuelle, demandes insistantes de relations sexuelles.

## 4. Culture médicale qui favorise l'omerta

Enfin, ces violences se perpétuent car certaines valeurs et habitus de la profession les favorisent.

### a. Esprit de corps et loi du silence

En effet, la formation et la socialisation professionnelle des médecins restent marquées par l'**ultra-compétition** et le **culte de la performance** (4), dont le poids est ressenti par les internes, non seulement en première année mais aussi tout au long de leur cursus. Ces caractéristiques contribuent à perpétuer une **tradition élitiste** donnant à certains médecins la sensation d'être en marge du reste de la société. Une impression renforcée par leur exposition quotidienne à la mort et à la souffrance, ayant historiquement abouti en France à un "esprit de corps" carabin qui perdure encore partiellement de nos jours (77). Ce dernier peut être positif, notamment parce qu'il confère aux médecins un sentiment d'appartenance ; cependant il entretient et légitime leur perception d'évoluer dans un **système clos qui peut déroger aux lois** et dans lequel les conflits et infractions se règlent en interne.

Ainsi, ces dernières années ont été marquées par plusieurs controverses ayant défrayé les médias. En 2014, l'Ordre des Médecins a été condamné pour son "inertie coupable" (78) face aux viols et agressions sexuelles perpétrés par un médecin sur des patientes<sup>83</sup> sans qu'il n'y ait eu de suite disciplinaire. Une année plus tard, la divulgation de documents d'une

---

<sup>83</sup> en effet entre 1985 et 2005, le Conseil de l'ordre avait reçu une dizaine de plaintes ou de signalements de la part des victimes

faculté de médecine, qui encourageaient l'apprentissage du toucher vaginal sur des patientes endormies au bloc, a entraîné un scandale national. Si quelques médecins se sont joints aux voix contestataires, d'autres réactions ont révélé l'omerta sévissant dans le milieu : en effet, nombre d'entre eux ont défendu une telle pratique ou sont allés jusqu'à nier son existence (78,79).

## **b. Culture d'une élévation par la souffrance**

La loi du silence est également favorisée par une culture médicale d'élévation par la souffrance dans laquelle les étudiant·e·s apprennent à **ne pas se montrer en position de faiblesse**. En effet, cette idée de devoir masquer ses émotions et de repousser ses limites est ressortie de nos entretiens de manière très marquée.

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer ce constat.

Tout d'abord, il se pourrait que le contexte d'**exposition répétée aux maladies et à la mort** favorise la minimisation des violences subies. Face à la souffrance des patient·e·s, les internes auraient tendance à relativiser leur propre vécu.

Ensuite, les femmes interrogées semblent avoir intégré l'idée que les violences font **partie intégrante de la formation**, et que devenir médecin nécessite d'être capable de les endurer.

De plus, la **compétition exacerbée** présente dès le début du cursus n'incite pas à se montrer en position de faiblesse mais plutôt à renvoyer l'image d'une personne assurée voire infaillible.

Enfin, la position socio-économique des médecins rend leurs doléances **difficilement acceptables** par une partie de la population (81).

Il n'est donc pas étonnant de constater que dans nos entretiens, les internes déclarent avoir un souvenir positif de leurs études malgré l'ampleur des violences rapportées. Ce déni conduit certaines d'entre elles jusqu'à la minimisation d'idées suicidaires. Sarah Guened, psychologue et bénévole au sein du réseau d'aide SOS SIHP<sup>84</sup>, évoque ainsi "une souffrance à bas bruit. Les internes se disent que c'est à peu près normal d'avoir une grosse charge de travail, que leur chef leur parle mal, qu'ils dorment mal et qu'ils pensent toujours à leurs patients. Tout ça est banalisé, ce qui fait que finalement, ça se pérennise et ça s'amplifie au fur et à mesure des années. Jusqu'à l'explosion. Les internes ont clairement une difficulté à accéder ou à demander de l'aide" (82).

Cette difficulté à identifier et exprimer leurs limites se retrouve également **dans leurs rapports avec les patient·e·s**. Deux des internes ont en effet fait part de leurs hésitations à s'opposer à ces dernier·e·s lorsqu'ils·elles ont des comportements déplacés, notamment par peur de sortir de leur rôle de soignant·e. Il leur paraît ainsi « *délicat* »<sup>85</sup> d'affronter des patient·e·s décrits comme « *sacré·e·s* »<sup>86</sup>, ayant une « *culture* »<sup>87</sup> et des opinions qu'il faut respecter : « *en tant que médecin tu dois respecter tes patients pour ce qu'ils ont dans leur euh voilà ..... mais en même temps euh ... donc tu dois [en] tenir compte, mais jusqu'où quoi ?* »<sup>88</sup>.

---

<sup>84</sup> SOS SIHP (syndicat des internes des hôpitaux de Paris) : réseau de soutien psychologique d'Ile-de-France proposant aux internes une prise en charge anonyme et gratuite

<sup>85</sup> R7(L716)

<sup>86</sup> R4(L418)

<sup>87</sup> R7(L716)

<sup>88</sup> R7(L716)

Une fois de plus, les difficultés semblent provenir d'un cursus qui est trop tolérant vis-à-vis des violences et n'interroge pas assez les rapports de domination. Dans la relation de soins, ces derniers sont parfois antonymes, le médecin pouvant ainsi dominer le patient de par sa position de "sachant", mais pouvant également être dominé en raison de son genre, de ses origines, etc. Cette ambiguïté tend à déstabiliser les internes et ne les aide pas à poser leurs limites.

## **5. Une remise en question en profondeur d'un système basé sur la domination des "minorités" est indispensable**

L'ensemble de nos résultats et les réflexions qui en découlent mettent en relief les limites du modèle actuel d'enseignement et de socialisation en médecine.

Même si les sciences humaines et sociales font maintenant partie des programmes d'enseignement, le modèle culturel dominant reste celui de la biomédecine et des sciences dites dures. Ces dernières, enracinées dans un système de domination masculine, encouragent une logique particulière englobant "l'héroïsme, le rationalisme, la certitude, l'intellect, et l'objectification" (83). Cette domination héritée des "soi-disant pères fondateurs de la médecine" -qui étaient en majorité des "hommes blancs hétérosexuels cisgenres"- est toujours présente. En effet, les étudiant·e·s sont, encore de nos jours, formé·e·s principalement par des hommes, au sein d'établissements universitaires dans lesquels ils occupent la plupart des postes de direction (82,13,16).

Cet entre-soi persistant peut expliquer que les sanctions restent rares et inadaptées, celles-ci étant entravées par la tolérance de comportements abusifs, dans un milieu qui les accepte et évite de demander des comptes à leurs auteur·ice·s - particulièrement "lorsqu'il s'agit de dirigeants, de chercheurs bien financés ou de personnes considérées comme bénéfiques au fonctionnement de la structure" (2).

La perpétuation de cette domination est notamment rendue possible par l'enseignement. Comme l'explique Malika Sharma dans un numéro de février 2019 du *Lancet* (2), si l'éducation peut être source d'émancipation, elle peut également servir au maintien des hiérarchies sociales en place. Cela est rendu possible, entre autres, par la discrimination des étudiant·e·s issu·e·s de minorités<sup>89</sup>, ainsi que par l'exclusion de leurs communautés des sujets d'études abordés et des groupes décisionnaires. L'évincement historique des femmes et des groupes racisés des établissements d'enseignement supérieur en est d'ailleurs un exemple flagrant (2).

Plusieurs études sur la socialisation des médecins vont dans le même sens et montrent que les étudiant·e·s en médecine tendent à se conformer à la culture dominante et à s'homogénéiser au fil du temps (20,83).

De même, différents travaux ont montré que les femmes -ayant peu d'influence dans les universités- essaient généralement de s'intégrer aux groupes masculins en place plutôt que de faire preuve de sororité<sup>90</sup> (83).

Ces mécanismes expliquent que la féminisation de la profession n'ait pas été suivie d'une disparition miraculeuse du sexisme en médecine qui reste

---

<sup>89</sup> À nouveau minorité dans le sens de groupe doté d'un moindre pouvoir

<sup>90</sup> sororité : solidarité entre femmes



omniprésent, comme le montrent nos résultats et les données de la littérature citées précédemment. De la même manière, la présence en plus grand nombre d'autres minorités ne nous semble pas suffisante pour garantir à elle seule des rapports plus égalitaires.

En conclusion, la perpétuation des comportements violents présents au sein de notre formation risque fortement de se poursuivre **tant que les modèles de dominations actuels ne seront pas profondément questionnés**. Cette remise en question est déjà réclamée par une partie de la profession, aussi bien sur les réseaux sociaux (84,85,86) que dans nos entretiens, dans lesquels les internes dénoncent ce modèle viriliste et semblent fatiguées de s'entendre répondre qu'elles doivent repousser leur seuil de tolérance et s'adapter à un système jugé défaillant.

### III. PERSPECTIVES

Plusieurs axes de réflexion peuvent être envisagés afin d'améliorer la situation actuelle.

#### 1. Former les étudiant·e·s et leurs formateur·rice·s

Il nous semble tout d'abord primordial de former aussi bien les étudiant·e·s que leurs formateur·ice·s<sup>91</sup> à **reconnaître et nommer les violences, ainsi qu'à ne pas les reproduire.**

Cet enseignement devrait :

- être délivré dès le début de leur formation puis poursuivi de manière régulière
- concerner tous les types de violences (sexiste, raciste, hiérarchique, LGBTQIphobe, socioculturelle, etc.) et en faire une lecture intersectionnelle et sociologique
- porter sur les compétences relationnelles et de communication
- apprendre aux médecins à détecter et prendre en charge les violences auxquelles ils·elles, leurs étudiant·e·s ou leur patientèle peuvent être confronté·e·s

---

<sup>91</sup> à considérer dans son sens large : les encadrant·e·s hospitalier·e·s, les maîtres de stage ambulatoires, les membres du Département de Médecine Générale, etc.

## 2. **Rendre accessible des espaces d'expression permettant aux étudiant·e·s de rapporter les situations problématiques**

Il nous paraît ensuite particulièrement important de proposer aux étudiant·e·s des espaces dans lesquels exprimer les situations auxquelles ils·elles font face.

Plusieurs mesures ont été proposées par des syndicats étudiants et des facultés de médecine comme la **mise en place de tutorat, de commissions bien-être, de numéros d'appel** pour internes en difficulté ou de **cellules psychologiques** locales (42(6).

La sollicitation de la **médecine du travail** paraît être une mesure incontournable (88) et pourrait se faire sous la forme de visites systématiques une fois par semestre.

Pour que ces espaces d'expression soient efficaces il nous semble nécessaire :

- d'informer les internes sur les mesures déjà existantes et de répéter régulièrement la diffusion de ces informations
- de former spécifiquement aux violences les personnes présentes au sein de ces structures
- de ne pas se reposer exclusivement sur les syndicats étudiants qui n'ont pas forcément les ressources nécessaires pour faire face seuls aux situations rencontrées

### **3. Mettre en place des chartes, des protocoles et des commissions indépendantes**

Il semblerait judicieux de faire un **rappel de la législation** définissant les violences, de celle encadrant le statut des étudiant·e·s ainsi que de celle rappelant les droits des patient·e·s.

Ce rappel pourrait prendre la forme d'une **charte signée** par les étudiant·e·s comme par leurs formateur·trice·s au début de chaque stage.

La mise en place par les facultés de médecine de **protocoles pour protéger rapidement les victimes et sanctionner les comportements** inappropriés est également indispensable. Ces protocoles doivent inclure aussi bien les stages hospitaliers qu'ambulatoires. Il est nécessaire que l'ensemble des formateur·ice·s y soient sensibilisé·e·s afin de pouvoir apporter aux étudiants des réponses balisées et adaptées.

Dans ce cadre-là, il semble important que les enquêtes soient menées par des **commissions indépendantes pour éviter le risque d'omerta par esprit de corps**.

### **4. Favoriser les échanges avec les étudiant·e·s et leurs représentant·e·s**

De plus, il nous semble primordial que les étudiant·e·s et leurs syndicats soient **inclus dans les groupes de réflexion menés sur ces sujets**.

Il faudrait également **leur faciliter l'accès aux informations qui leur permettent de se protéger** : en effet quand les internes peuvent facilement obtenir les noms des étudiant·e·s ayant été dans les terrains de stage avant

elles-eux, cela facilite grandement les échanges d'informations et les procédures quand elles ont lieu.

## **5. Evaluer les moyens mis en place**

Enfin, les mesures mises en place devraient être évaluées par les étudiant·e·s afin de s'assurer de leur véritable efficacité. Cela pourrait se faire par le biais de **questionnaires envoyés de manière régulière** aux étudiant·e·s et par des groupes d'échange sur les pistes d'amélioration à apporter.

## CONCLUSION

Le sexisme est un phénomène systémique et structurel. Omniprésent dans notre société, il n'épargne pas le monde médical et jalonne encore de nos jours le parcours des étudiantes en médecine. Initialement plutôt hostile, il a en effet adopté avec le temps des formes plus insidieuses, qui lui permettent de continuer à bénéficier d'une large tolérance en dépit de ses conséquences délétères.

Ses manifestations, multiples, varient selon leur auteur·rice, tout comme ses répercussions et les stratégies de défense mises en place pour y faire face. Ainsi, lorsque le sexisme émane de leurs supérieurs hiérarchiques masculins, les internes le vivent particulièrement mal, subissent ses conséquences de manière prolongée et peinent à s'y opposer activement. A contrario, lorsqu'il provient de leurs patients, elles le décrivent et y répondent plus facilement, sauf pour les faits les plus graves. Enfin, quand il est issu d'autres femmes, il est souvent décrit comme une trahison ou une injustice mais ne suscite cependant pas la même charge émotionnelle.

Sa présence tout au long de leur cursus affecte leur confiance en elles, leur bien-être au travail et la construction de leur identité professionnelle.

En effet, les étudiantes sont nombreuses à ressentir une forte inégalité des chances et à avoir l'impression de devoir faire leurs preuves bien plus que leurs homologues masculins. De plus, leurs représentations de ce qu'est un bon médecin semblent elles aussi impactées puisqu'elles convoquent l'image d'un praticien devant être fort et physiquement crédible, là où, selon les stéréotypes de genre, les femmes seraient fragiles et destinées au "care".

Il en résulte qu'en tant que femmes médecins, les internes ont l'impression de devoir jouer un rôle et ne pas pouvoir se contenter d'être elles-mêmes.

Le sexisme n'est pas la seule des violences rencontrées par les internes au cours de leur formation. En effet, les études en elles-mêmes sont vécues comme difficiles, et sont marquées par des violences hiérarchiques allant du manque de compagnonnage au harcèlement. De même des discriminations telles que racisme, LGBTphobie, et violences socio-culturelles sont fréquemment rencontrées.

Si l'hôpital ne concentre pas à lui seul toutes ces violences, il les met toutefois en exergue, en raison notamment d'une pyramide hiérarchique pesante et d'un "tournant gestionnaire" délétère.

Leurs conséquences, trop souvent passées sous silence, sont pourtant loin d'être anodines puisqu'elles se répercutent aussi bien sur la santé des internes que sur celles de leurs patient·e·s.

Plusieurs mécanismes expliquent que ces violences se perpétuent malgré tout.

Tout d'abord, elles sont difficiles à identifier en raison de leur omniprésence, de la tolérance dont elles bénéficient et de leur fréquente intrication.

De plus, elles échappent souvent à la critique en se dissimulant derrière l'humour et la séduction "à la française" - deux procédés qui favorisent leur minimisation.

Enfin, la prise de parole en elle-même est compliquée.

D'abord parce qu'en tant que femmes, les internes semblent avoir intégré l'injonction à se taire et à ne pas se mettre en colère. Ensuite parce qu'en tant qu'étudiantes, elles

se sentent censurées par leur position de subordonnées et par l'impunité apparente de certains seniors. Enfin parce qu'en tant que médecins, elles ont intégré les codes d'une socialisation professionnelle qui encourage l'esprit de corps, valorise la performance et idéalise l'élévation par la souffrance.

Les jeunes médecins construisent donc leur identité professionnelle en apprenant à cacher leurs faiblesses, ce qui ne les encourage pas à poser leurs limites. Ce modèle nous paraît critiquable car il est contre-productif pour l'apprentissage et favorise la tolérance à la violence.

Pour éviter la perpétuation de ces comportements, de manière consciente ou non, y compris par les femmes, une remise en question intersectionnelle des rapports de domination de l'ensemble de notre profession nous semble fondamentale.

Face à ces constats, plusieurs axes de réflexion peuvent être envisagés.

Premièrement, il nous paraît important de former aussi bien les étudiant·e·s que leurs formateur·rice·s à reconnaître et nommer les violences, ainsi qu'à ne pas les reproduire.

Deuxièmement, des espaces d'expression permettant aux étudiant·e·s de rapporter les situations problématiques devraient être rendus accessibles. Plusieurs mesures ont été proposées dans certaines facultés de médecine, comme la mise en place de tutorats, de commissions bien-être ou de numéros d'appel pour internes en difficulté. Certaines d'entre elles restent cependant méconnues des étudiant·e·s qui devraient donc être mieux informés sur les moyens déjà existants.



Troisièmement, il serait judicieux que l'ensemble des facultés de médecine mettent en place des protocoles pour protéger rapidement les victimes et sanctionner les comportements inappropriés. Dans ce cadre, il nous semble important que les enquêtes soient menées par des commissions indépendantes afin d'éviter le risque d'omerta par esprit de corps.

Enfin, les étudiant·e·s et leurs représentant·e·s devraient être inclus·es aussi bien dans les travaux de réflexion menés à ce sujet que dans l'évaluation de l'efficacité des moyens mis en place.

VU et approuvé

Strasbourg, le 02 JUIL 2020

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg Professeur Jean SIBILIA



VU

Strasbourg, le 30 Juin 2020

Le président du Jury de Thèse

Professeur Maria GONZALEZ

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'MG', written over a horizontal line.

# ANNEXES

## Annexe 1 : GRILLE D'ENTRETIEN

- 1) Parle-moi de ton parcours de médecin.
- 2) Parle-moi de ton parcours d'étudiante en médecine et de femme médecin.
- 3) Quelle est ta définition du sexisme ?
- 4) As-tu déjà été témoin ou victime de sexisme au cours de tes études ?
- 5) Comment vis-tu ta condition d'interne ?
- 6) Comment envisages-tu ta pratique future ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. Croquet P. #MeToo, du phénomène viral au « mouvement social féminin du XXI<sup>e</sup> siècle ». Lemonde.fr [Internet]. 14 oct 2018 [cité 17 mars 2019]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/pixels/article/2018/10/14/metoo-du-phenomene-viral-au-mouvement-social-feminin-du-xxie-siecle\\_5369189\\_4408996.html](https://www.lemonde.fr/pixels/article/2018/10/14/metoo-du-phenomene-viral-au-mouvement-social-feminin-du-xxie-siecle_5369189_4408996.html)
2. Choo EK, Byington CL, Johnson N-L, Jagsi R. From #MeToo to #TimesUp in health care: can a culture of accountability end inequity and harassment? The Lancet. 9 févr 2019;393(10171):499-502.
3. Paye ta blouse. Payetablouse.fr [Internet]. [cité 13 nov 2017]. Disponible sur: <https://payetablouse.fr/>
4. Auslender V. Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Paris: Michalon; 2017. 320 p.
5. The Lancet. Advancing women in science, medicine and global health. Thelancet.com [Internet], 9 fév 2019;393,(10171):493-610,e6-e28 [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol393no10171/PIIS0140-6736\(19\)X0006-9](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol393no10171/PIIS0140-6736(19)X0006-9)
6. Porto A. Enquête sexisme – ISNI [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.isni.fr/enquete-sexisme/>
7. Enquête sur le harcèlement sexuel au travail [Internet]. Défenseur des Droits [Internet]. 2015 [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/publications/etudes/enquete-sur-le-harcelement-sexuel-au-travail>
8. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Qu'est-ce que le sexisme ? [Internet]. [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/sexisme-pas-notre-genre/vos-droits/>
9. Odoxa-Dentsu Consulting pour France Info et Le Figaro. Regard des Français sur les violences sexuelles et le harcèlement [Internet]. 19 oct 2017. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/wp-content/uploads/2017/10/Odoxa-Dentsu-Consulting-19oct17-Harcelement.pdf>
10. Conseil Supérieur de l'Egalité Professionnelle Entre les Femmes et les Hommes. Rapport du CSEP n°2015-01 - Le sexisme dans le monde du travail : entre déni et réalité [Internet]. 06 mar 2015 [cité 13 nov 2017]. Disponible sur: <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/03/RAPPORT-CSEP-V7BAT.pdf>
11. Ash AS, Carr PL, Goldstein R, Friedman RH. Compensation and advancement of women in academic medicine: Is there equity? Am J Ophthalmol. 1 nov 2004;138(5):903-4.
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2018 [Internet]. 01 jan 2018 [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)

13. InterSyndicat National des Chefs de Clinique et Assistants. Facultés de Médecine. Incca.org [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.isncca.org/FaculteMedecine.php>
14. L'organisation du Conseil national. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/lorganisation-conseil-national>
15. Académie nationale de médecine. Membres Titulaires. Academie-medecine.fr [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/composition/membres/membres-titulaires/>
16. Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers de Direction de la Fonction Publique Hospitalière. Personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires (hospitalo-universitaires : HU); éléments statistiques sur la partie hospitalière de leur activité - situation au 1er janvier 2018. Cng.sante.fr [Internet]. 01 jan 2018. Disponible sur: [https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/HU\\_01012018\\_VDT.pdf](https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/HU_01012018_VDT.pdf)
17. Le Monde. « Accès des femmes aux postes hospitalo-universitaires : il est temps de passer à l'action ». Le Monde.fr [Internet]. 28 déc 2018 [cité 20 janv 2020]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/12/28/acces-des-femmes-aux-postes-hospitalo-universitaires-il-est-temps-de-passer-a-l-action\\_5402887\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/12/28/acces-des-femmes-aux-postes-hospitalo-universitaires-il-est-temps-de-passer-a-l-action_5402887_3232.html)
18. Jagsi R, Griffith KA, Jones R, Perumalswami CR, Ubel P, Stewart A. Sexual Harassment and Discrimination Experiences of Academic Medical Faculty. JAMA. 17 mai 2016;315(19):2120-1.
19. Zou Al Guyna L. Violences sexuelles au cours des études de médecine: Enquête de prévalence chez les externes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2018.
20. Babaria P, Abedin S, Berg D, Nunez-Smith M. "I'm too used to it": A longitudinal qualitative study of third year female medical students' experiences of gendered encounters in medical education. Soc Sci Med. 1 avr 2012;74(7):1013-20.
21. Zolesio E. De la nécessité pour les femmes chirurgiens de « faire leurs preuves ». Quest Vives Rech En Éducation [Internet]. 15 sept 2011 [cité 13 nov 2017];(Vol.8 n°15). Disponible sur: <https://questionsvives.revues.org/741>
22. Zolesio E. Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie, Summary, Zusammenfassung, Resumen. Trav Genre Sociétés. 27 oct 2009;(22):117-33.
23. Letrilliat L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. oct 2009;(88):106-12.
24. Leprince C. « Culture du viol » : derrière l'expression, une arme militante plutôt qu'un concept. France Culture [Internet]. 2017 [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/societe/culture-du-viol-lhistoire-dune-expression-militante-mais-peu-academique>

25. Rey-Robert V. Une culture du viol à la française. Les éditions Libertalia [Internet]. 2019 [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.editionslibertalia.com/catalogue/hors-collection/une-culture-du-viol-a-la-francaise>
26. Code pénal Article 222-33. Legifrance.gouv.fr [Internet]. 06 août 2018. Disponible sur :<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289658&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>
27. Loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes (JUSD1805895L).Legifrance.gouv.fr [Internet]. 03 août 2018 [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000036730730&type=general&legislature=15>
28. Code pénal. Article 222-22. Legifrance.gouv.fr [Internet]. 09 juil 2010 [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
29. Delphy C. Se dire féministe. France Culture [Internet]. 2019 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/a-voix-nue/christine-delphy-15-se-dire-feministe>
30. Bloy G, Schweyer FX. ), Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale.. Presse de l'EHESP [Internet]. 2010 [cité 13 nov 2017]. Disponible sur : <https://amades.revues.org/1114>
31. Sarlet M, Dardenne B. Le sexisme bienveillant comme processus de maintien des inégalités sociales entre les genres. L'Année Psychol. 2012;Vol. 112(3):435-63.
32. Sojo V. Resilience: Women's Fit, Functioning and Growth at Work: Indicators and Predictors [Rapport technique]. [Melbourne, Australie]: Centre for Ethical Leadership, Melbourne Business School; 2012.
33. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. Med Educ. juill 2009;43(7):628-36.
34. VDC. Vie de Carabin [Internet]. 2019 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/VieDeCarabin/photos/a.713914278621840/2860000884013158/?type=3&theater>
35. Jaddo. Juste après dresseuse d'ours » Archives du Blog » Et trois nuits par semaine... Jaddo.fr [Internet]. 2013 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.jaddo.fr/2013/10/21/et-trois-nuits-par-semaine/>
36. Le Quotidien du Médecin. Grève des internes : l'ISNI appelle à un rassemblement à Paris le 20 janvier. Lequotidiendumedecin.fr [Internet]. 19 jan 2019 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/greve-des-internes-lisni-appelle-un-rassemblement-paris-le-20-janvier>
37. Litthérapeute. Futurs médecins : ça se forme ou ça se conforme ? Littherapeute.wordpress.com [Internet]. 27 oct 2015 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://littherapeute.wordpress.com/2015/10/27/futurs-medecins-ca-se-forme-ou-ca-se-conforme/>

38. Code du travail. Article L1152-1. Legifrance.gouv.fr [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006177845&cidTexte=LEGITEXT000006072050>
39. Auslender V. Les violence faites au femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine. [Thèse d'exercice, Internet]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie - Paris 6; 2015. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/auslender-these.pdf>
40. Mavis B, Sousa A, Lipscomb W, Rappley MD. Learning about medical student mistreatment from responses to the medical school graduation questionnaire. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mai 2014;89(5):705-11.
41. Hill K, Samuels E, Gross C, Desai M, Zelin NS, Latimore D, et al. Assessment of the Prevalence of Medical Student Mistreatment by Sex, Race/Ethnicity, and Sexual Orientation. *Jama Intern Med* [Internet]. mai 2020 [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: [insights.ovid.com](https://www.ovid.com)
42. Haute Autorité de la Santé. Revue de littérature : qualité de vie au travail. [Has-sante.fr](https://www.has-sante.fr) [Internet]. Jan 2016 [cité 16 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue\\_de\\_litterature\\_qualite\\_de\\_vie\\_au\\_travail.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf)
43. ISNAR-IMG, INSCCA, ISNI, ANEMF. Enquête santé mentale jeune médecins, in *Dossiers de Presse Hôpital Saint-Anne.* [Isni.fr](https://isni.fr) [Internet]. 13 juin 2017 [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf>
44. Thevenet M. Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Île de France et le Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice, Internet]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie-Curie, Paris 6 ; 2011. Disponible sur : [http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/thevenet\\_these.pdf](http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/thevenet_these.pdf)
45. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* avr 2006;81(4):354-73.
46. Fond G, Bourbon A, Micoulaud-Franchi J-A, Auquier P, Boyer L, Lançon C. Psychiatry: A discipline at specific risk of mental health issues and addictive behavior? Results from the national BOURBON study. *J Affect Disord.* 1 oct 2018;238:534-8.
47. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Angelantonio ED, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 8 déc 2015;314(22):2373-83.
48. *Revue des Deux Mondes.* L'aura de Marie Curie est avant tout le produit d'une construction de la mémoire collective. *Revue Des Deux Mondes* [Internet]. 2018 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.revuedesdeuxmondes.fr/laura-de-marie-curie-produit-dune-construction-de-memoire-collective/>
49. Feuvre NL, Guillaume C. Les processus de féminisation au travail : entre différenciation, assimilation et « dépassement du genre ». *Sociol Prat.* 1 sept 2007;n° 14(1):11-5.

50. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of Mood and Empathy During Internship. *JAMA*. 19 juin 2002;287(23):3143-6.
51. Maury A. L'empathie clinique : impact de la première année d'internat sur l'empathie : étude de la cohorte Internlife, fiche INDICE [Thèse d'exercice]. [Rennes,France]: Université de Rennes 1; 2015.
52. Joubert A. Etude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale [Thèse d'exercice, Internet]. [Paris, France]: Université Paris Descartes. Faculté de médecine Paris Descartes; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01132135/document>
53. Coutant G. Quelle place de l'infirmière dans l'évolution socio-historique des professions de soin ? *Infirmiers.com* [Internet]. 01 avr 209 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>
54. Chollet M, Sorcières: La puissance invaincue des femmes. *Cah D'histoire Rev D'histoire Crit* [Internet]. 1 mai 2019 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/chrhc/10208>
55. Desprès C. La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Prat Organ Soins*. 2010;Vol. 41(1):33-43.
56. Colard F. Femmes et maladies cardio-vasculaires. Quand une approche non genrée de la médecine fait des ravages. 2019;30. Disponible sur: <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/09/Etude2019-Maladies-cardio-vasculaires.pdf>
57. Fondation Recherche Cardio-Vasculaire. Pourquoi les femmes sont-elles moins bien soignées que les hommes ? [Internet]. 15 avr 2019 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.fondation-recherche-cardio-vasculaire.org/pourquoi-les-femmes-sont-elles-moins-bien-soignees-que-les-hommes/>
58. Chollet M, Beauté fatale, les nouveaux visages d'une aliénation féminine. *Lectures* [Internet]. 8 mars 2012 [cité 19 mai 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/7782>
59. Chemaly S Le Pouvoir de la colère des femmes *Albin-michel.fr* [Internet]. 2019 [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.albin-michel.fr/ouvrages/le-pouvoir-de-la-colere-des-femmes-9782226442314>
60. Brescoll VL, Uhlmann EL. Can an Angry Woman Get Ahead?: Status Conferral, Gender, and Expression of Emotion in the Workplace. *Psychol Sci*. 1 mars 2008;19(3):268-75.
61. Hochschild A. Le prix des sentiments. *Editionsladecouverte.fr* [Internet]. 1983 [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: [https://editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Le\\_prix\\_des\\_sentiments-9782707188960.html](https://editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Le_prix_des_sentiments-9782707188960.html)
62. Emma. Le pouvoir de l'amour. *Emmaclit.com* [Internet]. 2020 [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: <https://emmaclit.com/2020/03/22/le-pouvoir-de-lamour/>



63. Le Monde. Droits des femmes : cinq mois après l'affaire Weinstein, un 8 mars à la résonance inédite. *Lemonde.fr* [Internet]. 08 mar 2018 [cité 17 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/03/08/cinq-mois-apres-l-affaire-weinstein-un-8-mars-a-la-resonance-inedite\\_5267314\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/03/08/cinq-mois-apres-l-affaire-weinstein-un-8-mars-a-la-resonance-inedite_5267314_3224.html)
64. Benis O. L'affaire Weinstein a libéré la parole, y compris pour porter plainte. *Franceinter.fr* [Internet]. 25 jan 2018 [cité 17 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/justice/l-affaire-weinstein-a-libere-la-parole-y-compris-pour-porter-plainte>
65. Courrier International. Affaire Weinstein : aux sources de la libération de la parole des femmes. *Courrierinternational.com* [Internet]. 22 août 2019 [cité 17 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.courrierinternational.com/sujet/affaire-weinstein>
66. France Info. Violences faites aux femmes : l'affaire Weinstein a-t-elle libéré la parole ? [Internet]. 05 oct 2018 [cité 17 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.francetvinfo.fr/culture/cinema/affaire-harvey-weinstein/violences-faites-aux-femmes-l-affaire-weinstein-a-t-elle-libere-la-parole\\_2971701.html](https://www.francetvinfo.fr/culture/cinema/affaire-harvey-weinstein/violences-faites-aux-femmes-l-affaire-weinstein-a-t-elle-libere-la-parole_2971701.html)
67. Le Monde. « Nous défendons une liberté d'importuner, indispensable à la liberté sexuelle ». *Le Monde.fr* [Internet]. 9 janv 2018 [cité 20 mai 2020]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/01/09/nous-defendons-une-liberte-d-importuner-indispensable-a-la-liberte-sexuelle\\_5239134\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/01/09/nous-defendons-une-liberte-d-importuner-indispensable-a-la-liberte-sexuelle_5239134_3232.html)
68. Faludi S. Backlash : La guerre froide contre les femmes. *Edition des femmes* [Internet]. 1993 [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.desfemmes.fr/essai/backlash/>
69. Fache-Cadoret K. Les propos surréalistes de Roman Polanski sur #metoo. *Marie Claire* [Internet]. 9 mai 2018 [cité 20 mai 2020]; Disponible sur: <https://www.marieclaire.fr/les-propos-surrealistes-de-roman-polanski-qui-a-ose-donner-son-avis-sur-metoo,1263960.asp>
70. Galam É, Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le hidden curriculum. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France. *Presse Médicale*. mars 2016;45(3):e39-50.
71. Tuailon V. Ligue du LOL : la force du Boys' Club, avec Valérie Rey Robert [Internet]. *Binge Audio*. 2019 [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.binge.audio/ligue-du-lol-la-force-du-boys-club-2/>
72. Staff G. The new blonde bombshell. *The Observer* [Internet]. 28 juill 2001 [cité 17 juill 2020]; Disponible sur: <https://www.theguardian.com/theobserver/2001/jul/29/featuresreview.review>
73. Ford TE, Wentzel ER, Lorion J. Effects of exposure to sexist humor on perceptions of normative tolerance of sexism. *Eur J Soc Psychol*. 2001;31(6):677-91.
74. Ford TE, Woodzicka JA, Triplett SR, Kochersberger AO, Holden CJ. Not all groups are equal: Differential vulnerability of social groups to the prejudice-releasing effects of disparagement humor. *Group Process Intergroup Relat* [Internet]. 11 oct 2013 [cité 21 mai 2020]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1368430213502558>
75. Zerrouki R. Peut-on rire de tous? [Internet]. *Slate.fr*. 2018 [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/156365/humour-inclusif>



76. Belaïch C. La «sédution à la française» est-elle en danger ? [Internet]. Libération.fr. 2018 [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.liberation.fr/france/2018/01/11/la-seduction-a-la-francaise-est-elle-en-danger\\_1621717](https://www.liberation.fr/france/2018/01/11/la-seduction-a-la-francaise-est-elle-en-danger_1621717)
77. Fraih E. Tonus, fresques, Internat et « entre-soi » : que reste-t-il de l'esprit carabin et du folklore de l'internat pour les internes de Rennes en 2016 ? [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2016.
78. Rastello C. Procès du Dr Hazout : les « excuses » du Conseil de l'ordre. L'Obs [Internet]. 18 févr 2014 [cité 26 mai 2020]; Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/justice/20140218.OBS6779/proces-du-dr-hazout-les-excuses-du-conseil-de-l-ordre.html>
79. Rocfort-Giovanni B. Touchers vaginaux sur patientes endormies : « C'est de la médecine, on n'est pas dans un fantasme de viol ! » [Internet]. L'Obs. 03 fév 2015 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/societe/20150203.OBS1608/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-c-est-de-la-medecine-on-n-est-pas-dans-un-fantasme-de-viol.html>
80. Lorriaux A. Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ? LCI [Internet]. 02 fév 2015 [cité 18 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.lci.fr/societe/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-l-hopital-1518908.html>
81. Trouvelot S. Grogne des médecins : au fait, sont-ils vraiment à plaindre ? Capital.fr [Internet]. 2015 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.capital.fr/economie-politique/grogne-des-medecins-au-fait-sont-ils-vraiment-a-plaindre-1024377>
82. Duchemin D. L'hôpital coule, et il entraîne ses internes avec lui. Slate.fr [Internet]. 2018 [cité 18 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/170901/internes-medecine-hopital-burn-out-risques-psycho-sociaux>
83. Sharma M. Applying feminist theory to medical education. The Lancet. 9 févr 2019;393(10171):570-8.
84. Shapiro M. Getting Doctored — Critical Reflections on Becoming a Physician. Med J Aust. 1980;1(12):626-626.
85. Girard M. « Je porterai un brassard noir la semaine prochaine... Facebook [Internet]. [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/manon.girard.9400/posts/10219110559147898>
86. Beaulieu B. La docteurE. Alors Voilà [Internet]. 14 juil 2016 [cité 27 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.alorsvoila.com/2016/07/14/la-docteur/>
87. Pour Une Meuf. Qui sommes-nous? Pour une M.E.U.F. [Internet]. 2017 [cité 27 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.pourunemeuf.org/quisommesnous/>
88. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. 15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé - Dossier de Presse. Solidarites-sante.gouv.fr f [Internet]. 03 avr 2018 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403\\_-\\_dossier\\_de\\_presse\\_-\\_bien-etre\\_sante\\_des\\_etudiants.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_dossier_de_presse_-_bien-etre_sante_des_etudiants.pdf)

## RÉSUMÉ

### **Description du sexisme et des autres violences rencontrés par les femmes internes en médecine générale et répercussions sur la construction de leur identité professionnelle**

**Introduction :** L'actualité mondiale de 2017 a mis en lumière les violences sexistes subies par les femmes, jusque-là peu étudiées dans la littérature médicale. Cette étude qualitative a eu pour objectif de décrire le sexisme rencontré par les femmes internes en médecine générale et ses répercussions sur la construction de leur identité professionnelle.

**Matériels et Méthodes :** 16 entretiens semi-dirigés compréhensifs de femmes internes en médecine générale ont été réalisés entre 2018 et 2019. Ils ont bénéficié d'un double codage et d'une analyse par théorisation ancrée.

**Résultats :** Les internes dressent le portrait d'un sexisme systémique et structurel. En multipliant les formes insidieuses, celui-ci maintient le flou sur ses contours et s'assure d'une large tolérance en dépit de ses nombreuses répercussions.

Les femmes interrogées parviennent généralement à trouver des stratégies d'adaptation, mais restent parfois démunies face aux comportements sexistes, notamment lorsqu'ils émanent de leurs superviseurs. Les répercussions sont multiples : elles ressentent le besoin de devoir faire leurs preuves plus que leurs collègues masculins et se sentent exclues de certaines prises en charge, ce qui impacte leur bien-être au travail.

Le sexisme n'est pas la seule violence rencontrée. Il est décrit comme se mêlant à des violences hiérarchiques non genrées, favorisées par une relation supérieur·e hiérarchique-étudiant·e inégale dans laquelle les internes se sentent parfois dévalorisé·e·s et dominé·e·s. De nombreuses autres discriminations telles que du racisme et de la LGBTQIphobie ont également émaillé leur parcours.

**Discussion :** Ces violences, jugées contre-productives pour l'apprentissage et impactant leur santé mentale et physique, restent très répandues et trop peu dénoncées par les internes qui peinent à les nommer et minimisent leur gravité.

L'entre-soi médical, encourageant à cacher ses faiblesses sans poser ses limites, participe à la perpétuation de ces comportements, de manière consciente ou non.

**Conclusion :** Étudiant·e·s et encadrant·e·s doivent être sensibilisé·e·s à ces violences et apprendre à les identifier, les verbaliser et à y répondre.

Rubrique de classement : **Médecine générale**

Mots-clés : **Médecine générale, Sexisme, Violences, Intersectionnalité, Identité professionnelle, Féminisation, Humour discriminatoire, Violences Hiérarchiques**

Présidente : **Professeure GONZALEZ Maria**

Assesseur·e·s :

**Professeur BERTSCHY Gilles**

**Professeur BONAHE Christian**

**Docteure FARRUGIA-JACAMON Audrey**

**Docteure CHAMBE Juliette**

**Docteure FRAIH Elise (co-directrice)**

**Docteure ROYANT Maude (co-directrice)**

Co-autrices :

**SALLOUM Fauve**

**RINALDO Fanny**