

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'état
Mention Médecine Générale

par

COVACI Serge Stélian
Né le 09/12/1990 à Thionville

Féminisation du corps médical, état des connaissances en sciences sociales
Apports d'une revue de littérature francophone

Présidente de thèse : Pr. Carmen Schröder

Co-directeur de thèse : Pr. Christian Bonah

Co-directrice de thèse : Dr. Elise Fraih

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition SEPTEMBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUCES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

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 Héléne 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	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 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	NRP0 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)
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy P0008	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 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	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 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	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Atshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 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 María P0067	NRP0 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
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital HautePierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de HautePierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HautePierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de HautePierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de HautePierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de HautePierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP0 NCS	• 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	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• 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 / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRP0 NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP0 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : 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

P0 : Pôle RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)

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

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

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

(5) 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

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP0 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

MO142 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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
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 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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme 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)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
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 de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DAL-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
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 / IGBMC	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
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• 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)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
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 Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	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 KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUJOU Céline ép. GUNTHER 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 Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF 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)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-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 - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	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
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
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 Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	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)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie 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 Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey 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

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
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

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)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

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

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

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

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, 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	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMGO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

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 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)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

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

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.21
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENZT Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.18
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 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 Graff enstaden 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
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne
servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis resté fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Carmen Schröder,

Je vous suis reconnaissant de l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse, et ce dans un délai aussi court. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

À Madame le Professeur Anne Lejay,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et d'avoir pris le temps de me recevoir, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Docteur Léa Charton,

Je tiens à te remercier d'avoir accepté de juger mon travail. Je suis impatient de partager avec toi cette année au DMG qui sera à n'en pas douter passionnante et enrichissante.

Au professeur Christian Bonah, co-directeur de thèse,

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de co-diriger cette thèse et d'avoir apporté votre expertise et votre expérience à ce travail qui sans vous n'aurait pu se faire. Je tiens aussi à vous remercier pour votre bienveillance et votre encadrement au cours de la dernière année.

Au Docteur Elise Fraih, co-directrice de thèse,

Un grand merci pour tout le travail et le temps passé sur ce projet. Tu as su me redonner la motivation dans les moments difficiles et tu as toujours eu une confiance absolue en moi. Tu as été d'une grande rapidité dans tes réponses et d'une disponibilité sans faille.

Aux équipes médicales et paramédicales à qui je dois tant,

Au Docteur Monique Weber, qui a su me donner goût à la médecine générale et me montrer qu'existait la possibilité d'une pratique intègre et qui respecte de profondes convictions. Merci Monique pour tout ça et pour m'avoir éveillé aux inégalités genrées de santé.

A mes co-internes des Urgences de Saverne, Fanny, Coralie, Suzanne, Maxime et Davide, et avec qui je partage le souvenir de ces 6 mois de pur délice en périphérie de Strasbourg (ressenti : périphérie de Mogadiscio). Merci d'avoir rendu ce semestre mémorable autrement que par les 21 jours de présence consécutifs ou par la fugue fenêtrée de fin de semestre.

A Léa, Véronica, Fady, Bernard, Marie-Claire, Benjamin, Adrien, Camille, Han... Sereyvuth et plein d'autres. Merci d'avoir été là à Haguenau, les semaines de 100+ heures auraient eu une autre saveur sans vous (cyanure ou ciguë probablement). Léa particulièrement, j'espère que tu as apprécié ton premier semestre d'internat en ma présence, et que j'ai réussi à t'apporter sérénité et respect de l'institution hospitalière.

Aux Docteurs Sandrine Mengis, Thierry Arnaud et Pascale Guillosson qui m'ont fait découvrir Mulhouse, le Haut-Rhin et SOS Médecins. Merci pour votre compétence et votre bienveillance.

Aux Docteurs Pierre Stockel et Marie-Josée Kubler-Leveque, merci pour ce SASPAS Thannois qui m'a fait découvrir un mode d'exercice et une population différentes.

Aux co-internes de la maternité de Mulhouse, Charlotte, Célia, Anne, Jonathan M., Jonathan S, Cosette et Marie et avec qui j'ai partagé deux mois et demi intenses dont la qualité de l'encadrement le disputait à la sympathie des sage-femmes.

Aux Docteurs Vincent Dupré et Mathieu Lorenzo, merci pour votre encadrement de qualité et votre humour en cette fin d'internat écourtée par le COVID. A bientôt pour les petits ponts et les reprises en lucarne !

A mes tuteurs les Docteurs Juliette Chambe, Flora Douard et Jérôme Roth, et mes co-tutorés Axelle, Audrey, Julien, Valentine, Suzanne, Sandrine et Maxime, merci d'avoir participé à ces séances de catharsis collectives au cours desquelles on pouvait déverser librement notre fiel et nous faire marrer et nous rassurer entre nous.

A ma famille,

A mes parents, Stélian et Doina. Les mots me manquent pour décrire le respect que j'ai pour vous et votre parcours. Cette thèse c'est l'aboutissement de tout ce que vous avez fait pour moi, et je ne sais même plus comment vous remercier pour ça. J'espère être à la hauteur de votre héritage et je serais heureux si j'arrivais à faire pour mes enfants le quart de ce que vous avez fait pour Julia et moi.

A ma sœur Julia et son compagnon Lucas, et mes neveux Aubin et Agathe, je ne peux que vous témoigner mon admiration pour la façon dont vous avez géré les choses durant ces trois dernières années, nul doute qu'Aubin vous le rendra au centuple (je reviens du futur et il a vécu 969 ans et 1 jour, battant le record de Mathusalem de 1 jour : bravo à lui. Pas ouf au foot par contre). Julia, félicitations à toi pour m'avoir supporté ces 30 dernières années, surtout les 15 premières et les 15 dernières.

A ma tante Monica, une vigoureuse embrassade et mon oncle Adrian, une poignée de main virile mais chaleureuse. J'espère qu'on aura l'occasion de se voir plus régulièrement.

A mes cousin.e.s Isabelle, Stéphane et Julien, prenez en de la graine, ce sera DOCTEUR Serge pour vous à partir de maintenant. Je vous embrasse.

A ma grand-mère Bertha, qui a vécu environ 300 vies en une. Merci d'être là, et de toujours avoir ce sourire en coin de celle qui sait mais qui préfère se taire et qui me fait ricaner rien qu'en y repensant.

A ma grand-mère Ana, mon oncle Mircea, ma tante Anuca, mes cousins Mihai et Mircea, Andreea, Daria et Teodora, je vous embrasse fort et surtout je vous promets solennellement d'apprendre suffisamment bien le roumain pour enfin le parler mieux qu'un enfant de 8 ans. Vous me manquez et je vous aime.

A mes amis de Thionv-city, capitale du stupre et de la débauche mosellane,

Yann, je t'aime d'amour, toi, ta famille et toute ta descendance pour les huit prochaines générations.

Maxime, Bertrand, même si on ne se voit plus trop ces derniers temps, sachez que vous occupez toujours une place dans mon petit cœur (en forme de sous-bock).

Clément et Tiff, que dire si ce n'est que l'amour que je vous porte est inversement proportionnel à la densité capillaire de Clément. Tiff, merci de t'occuper de lui et de son alopecie galopante pour les soixante prochaines années.

David et Aurélia, je vous embrasse fort, j'arrive bientôt en Suisse promis, pour votre mariage peut-être ? Dans 3 à 5 ans ?

A tous les autres pour qui aucune vanne ne me vient spontanément à l'esprit en écrivant ces remerciements mais à qui je pense avec amour et que j'espère revoir bientôt, Sésé, Sara et Sandrine, Mike, Céline, veuillez agréer mes plus gros bisous.

Aux copains de Nancy, merci à vous, vous êtes tous géniaux, mais surtout ceux que je m'apprête à citer nommément soyons honnêtes,

Thieu et Caz, Matthieu et Alexandre, Jean-Luc Naz Clibour et Tocazzo, merci d'avoir été là pendant ces... douze dernières années (aïe), au quotidien, dans les bons (le mariage de Thieu, les Gala) comme dans les mauvais moments (le lendemain du mariage de Thieu, les lendemains de Gala). Vous avez été d'un soutien inamovible ces dernières années et je ne l'oublierai jamais. Je vous aime inconditionnellement.

A tous les anciens de l'ADCN : Natacha, Clémence, Rei, Anne-Cé, Martin, Selton, Paul, Phil, Bibi, Marie-Jeanne, Marie-Charlotte, Brice, POB, PO, Xavier et les autres que j'oublie sans aucun doute : c'était incroyable de passer ces deux années d'asso (et les suivantes) avec vous, je pense qu'on peut raisonnablement affirmer que nous sommes désormais liés pour la vie (oui carrément). C'est toujours un plaisir de vous revoir quand je daigne ramener ma ganache à Nancy et vous serez toujours les bienvenus chez moi.

Une pensée particulière pour Baz et Sorci que j'ai le plaisir de connaître depuis maintenant... 20 ans (je peux sentir mes cheveux blanchir en écrivant ces lignes) et qui ont gagné les poteaux haut la main. On repart pour 20 ans ?

Quentin et Mathilde, merci de m'avoir materné pendant 4 ans et m'être fait sentir à la fois plus jeune et plus vieux en même temps. Que serais-je devenu sans vous ? (Obèse morbide). Et merci de m'avoir présenté Val et Tix qui en plus d'être beaux et cultivés ne sont pas les derniers pour la gaudriole.

Aux copains de Strasbourg,

A Antoine, Caro, Loulou, Guillaume, Alex, Eden, Philippe, Margaux, Mathilde, Ferdi, Estelle, Julie et à ceux que j'oublie : un énorme merci, merci de mettre du FUN en BARRE dans ma morne existence.

Eloi, mon ami, mon frère, merci d'avoir été là depuis le début de mon aventure strasbourgeoise, un coup de foudre amical qui ne demande qu'à durer (bientôt le cab on y croit).

Andreea, Alice, Tufan, Emma, Anne-Sophie, Caroline, Jeanne et les autres collègues du M2, merci d'avoir rendu cette année de visioconférences sur BBB presque acceptable.

A Florie, mon amour,

Merci, tout simplement. Merci de nous tolérer depuis sept LONGUES années et demi moi et mon humour « glacé et sophistiqué » ainsi que mon caractère que je qualifierais pudiquement de tenace.

Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

Introduction

- Une collecte de données institutionnelle avec une orientation gestionnaire
- L'appropriation et l'exploitation de ces données par les Sciences Humaines et Sociales

Matériel et méthode

- Evaluation du besoin d'une revue de la littérature
- Problématique et questions de recherche
- Choix des disciplines de sciences sociales
- Media* employés au cours de nos recherches
- Critères d'inclusion et d'exclusion
- Bases de données retenues
- Méthode de sélection et de compilation des articles
 - Présélection de mots-clefs et de combinaisons de mots-clefs
 - Pertinence des mots-clefs a posteriori
 - Récapitulatif des recherches menées

Résultats

- Sélection des articles/diagramme de flux
- Tableau récapitulatif des recherches fructueuses
- Tableau des articles sélectionnés
- Principales caractéristiques des articles sélectionnées
 - Articles de synthèse
 - Articles scientifiques

Analyse

- Introduction
 - La féminisation médicale, de la documentation institutionnelle au dépassement du « contrat de genre »
 - L'appropriation statistique étatique initiale
 - Le dépassement du « contrat de genre »
 - Les études médicales, matrice de socialisation et de construction de l'identité professionnelle
 - Socialisation professionnelle et culture médicale
 - Le cas singulier de la chirurgie, *epitome* de l'*habitus* professionnel médical
 - L'*ethos* professionnel médical ou la mythification du modèle sacrificiel sacerdotal et de l'hyperdisponibilité permanente
 - La féminisation comme catalyseur d'un *ethos* médical revisité
 - La réaffectation temporelle genrée du nouvel *ethos*
 - La féminisation comme levier de recomposition professionnelle
 - La médecine générale, laboratoire de la féminisation médicale
 - Le plafond de verre en médecine

Discussion

- Synthèse de la qualité des articles
- Limites

Conclusion

Acronymes

Lexique

Annexe

Bibliographie

A. Introduction

La féminisation médicale est un phénomène quantitativement documenté, avec une augmentation progressive de la part des femmes dans les filières d'études médicales et ce depuis l'autorisation donnée aux femmes de se présenter à l'externat en 1881 et au concours de l'internat en 1886. Cette féminisation de la profession médicale s'est produite en deux temps: initialement quasiment exclues de certaines spécialités comme la chirurgie ou la médecine générale, elles exerçaient surtout la pédiatrie, l'ophtalmologie ou la gynécologie (1). Elles n'avaient pas de perspective de carrière hospitalo-universitaire avant que le processus de féminisation ne connaisse plusieurs accélérations successives, et ce dans un cadre plus large de féminisation de toutes les professions suite aux deux Guerres Mondiales et l'entrée en masse des femmes sur le marché du travail(2) et dans les études supérieures. La proportion des femmes dans la population étudiante est passée de 2,3 % en 1899-1900 à 51 % en 1977-1978(3) et notamment dans la filière scientifique à la fin des années 1970 du fait de multiple facteurs comme « la pression réalisée par l'augmentation des bachelières scientifiques sur les places offertes dans l'enseignement supérieur », « la féminisation déjà acquise du secteur de la santé » ou « l'imposition d'une norme d'activité féminine continue, en particulier pour les plus diplômées. » (4).

1. Une collecte de données institutionnelle avec une orientation gestionnaire

La question de la féminisation des professions supérieures, et plus spécifiquement celle de la profession de médecin, est depuis plusieurs décennies une problématique fondamentale à laquelle l'Etat, à travers l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des

Statistiques) et ses quinze autres services statistiques ministériels¹, tente d'apporter des réponses qui passent par cette phase de documentation et d'exploitation statistique. Initialement, dans le domaine médical, ce n'est pas la question de la féminisation qui était abordée mais celle d'un creux quantitatif et générationnel dans la démographie médicale susceptible de perturber la distribution de l'offre de soin et son maintien à un niveau estimé comme suffisant, dont la féminisation de la profession était initialement une des pistes explicatives.

La DREES, dans un rapport de projection démographique « à l'horizon 2020 »(5) publié en 2001 soutenait l'idée que « la proportion de femmes dépendant surtout de la féminisation des études, elle reste (...) plutôt bien estimée dans les projections », justifiant ainsi la fiabilité de ces projections démographiques médicales par la corrélation qui existerait avec le nombre de femmes entrantes dans les études médicales et celles exerçant la médecine une dizaine d'années plus tard. Dans ce rapport la DREES affirme ainsi que les femmes pourraient devenir en 2020 plus nombreuses que les hommes parmi les médecins en exercice. Cette affirmation se vérifie partiellement dans les faits puisqu'entre 2010 et 2020 la part des femmes parmi les médecins généralistes (MG) en activité régulière passe de 39.2 % (2010) à 50.4% % (2020), soit une augmentation de 11 points en 10 ans et 1 point en un an (49.4% en 2019)(6). Par ailleurs sur la même période la proportion de femmes chez les spécialistes chirurgicaux est passée de 22.8% à 31.3% (soit une augmentation de 8.5 points en 10 ans et 0.9 points en 1 an) et chez les spécialistes médicaux hors MG elle est passée de 44.7% à 52.4% (soit une augmentation de 7.7 points en 10 ans et 0.4 point en 1 an). On constate aussi l'existence d'un fort gradient générationnel avec une féminisation encore plus significative parmi les classes d'âges les plus

¹L'INSEE, rattaché à la direction générale du ministère de l'Économie et des Finances, a pour mission de collecter, analyser et diffuser des informations sur l'économie et la société française sur l'ensemble de son territoire. La DREES, dépendante de la direction de l'administration publique centrale française, produit des travaux de statistiques et d'études socio-économiques à destination notamment des ministères dits « sanitaires et sociaux » et du ministère de l'Économie et des Finances.

jeunes, puisque les femmes représentaient, en 2018, 61% de l'ensemble des médecins en activité de moins de 40 ans ou 64% des médecins de 34 ans et moins. Le phénomène semble plus marqué en médecine générale : en 2018, 63% des médecins généralistes entre 55 et 64 ans étaient des hommes quand 67% des médecins généralistes de 34 ans ou moins étaient des femmes. Cette féminisation est amenée à se pérenniser voire à s'accélérer si l'on considère qu'en 2013-2014, 65% des étudiants qui intégraient la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) pour la première fois étaient des femmes.

Cette féminisation semble ne pas se répartir également selon le mode d'exercice et la spécialité médico-chirurgicale. Une exploitation statistique du répertoire RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) révèle ainsi que les femmes sont plus nombreuses à privilégier un mode d'exercice salarié : elles ne représentaient en 2018 que 38,48% des libéraux exclusifs alors qu'elles constituaient le contingent principal des salariés hospitaliers (52,86%). On note aussi une préférence pour certaines spécialités avec dans l'ordre décroissant (en pourcentage de femmes tous modes d'exercice confondus) : l'endocrinologie (75,78%), la gynécologie médicale (73,63%), la dermatologie (70,21%), la pédiatrie (69,64%), la médecine du travail (69,44%), la génétique (68,09%) et l'anatomie et cytologie pathologiques (62,70%)

Sur le plan géographique il semblerait que la féminisation soit un phénomène assez homogène en France métropolitaine en termes de pourcentage de progression. Ainsi si l'on fait une comparaison entre 2013 et 2018 même la région métropolitaine la moins féminisée en 2013 à savoir le Centre-Val de Loire a connu une augmentation du pourcentage de ses médecins de sexe féminin en activité passé de 37,68 à 40,72% soit une variation de +3,05%, variation supérieure à celle de la région Ile-de-France pourtant région métropolitaine la plus féminisée en 2018 (50,03%, + 2,90% depuis 2013), certaines régions ayant même connu des variations

supérieures à +5% (Bretagne, Pays de la Loire). Malgré cette progression relativement comparable, et toujours selon l'exploitation du RPPS 2018, il existe une grande disparité territoriale qui semble épouser la séparation urbain/rural et confirmer la tropisme urbain des femmes médecins : les cinq départements les moins féminisés sont dans l'ordre croissant la Nièvre (30,31%), l'Aisne (31,44%), l'Indre (31,59%), la Haute-Corse (32,43%) et l'Yonne (32,45%) qui font partie des densités de population les plus faibles de France métropolitaine, respectivement 30, 72, 33, 39 et 45 hab./km² pour une moyenne nationale à 112 hab./km².

Concernant la situation des femmes médecins au sein de la hiérarchie hospitalière, si aujourd'hui parmi les médecins de moins de 30 ans toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus 52% des praticiens sont des femmes, elles ne sont que 20% à occuper un poste de PU-PH (Professeur des Universités-Praticien Hospitalier). Une enquête IPSOS pour l'association « Donner des Elles à la Santé » qui lutte « pour la féminisation des postes à responsabilités à l'hôpital » réalisée en 2020(7) affirme que, dans le milieu médical, les discriminations à l'aune du genre commencent très tôt, vont en s'amplifiant et se traduisent par une dévalorisation professionnelle : ainsi, pour 59% des femmes médecins, leurs capacités ont été remises en doute par leurs collègues masculins. C'est au moment de l'externat que ces discriminations toucheraient près d'une femme médecin sur deux pour atteindre leur plus haut niveau aux premières années de carrière (près de six femmes sur dix), une situation qui perdure pendant leur carrière pour plus d'une femme sur deux. Le sondage met aussi en avant des violences sexistes fréquentes et des discriminations de genre à toutes les étapes du parcours des femmes médecins. Ainsi, 93% des médecins hospitaliers auraient déjà fait le constat d'une situation discriminante à l'égard des femmes dans le milieu hospitalier et 82% des femmes médecins déclarent avoir déjà été victimes de comportements sexistes ou de harcèlement que ce soit sur leur physique, apparence ou tenue vestimentaire ou leurs compétences professionnelles. Un constat corroboré massivement par les hommes qui disent pour les trois

quarts d'entre eux avoir été témoins de propos déplacés sur le physique et les compétences de leurs homologues féminines. Autre difficulté soulignée par les femmes médecins : le fragile équilibre entre travail hospitalier et obligations familiales. Près d'une mère de famille sur deux avoue qu'elle travaillerait plus si elle était déchargée des contraintes familiales contre seulement un tiers des pères. 36% considèrent même avoir modifié leur parcours professionnel en raison de leur charge familiale.

2. L'appropriation et l'exploitation de ces données par les Sciences Humaines et Sociales (SHS)

Certaines études(8) de SHS parlent de « ségrégation sexuée verticale des métiers » ou de « plafond de verre »² dans la profession médicale, défini comment étant le fait que « dans presque tous les secteurs, dans le monde de l'entreprise comme dans celui des associations, dans la fonction publique comme dans l'univers politique, la présence des femmes s'amenuise à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie du pouvoir, du prestige et des rémunérations »(9). Ce plafond de verre serait le fait d'une hiérarchie professionnelle de normes favorisant les hommes qui sont dans la majorité des cas déchargés (par leurs femmes) de la responsabilité de la gestion familiale et qui correspondent plus « à la vision stéréotypée du « bon dirigeant », dont les qualités sont socialement associées au masculin, et bien moins reconnues chez les femmes : « charisme », autorité, goût du risque, compétences techniques, disponibilité, etc. »(9)

²Le plafond de verre, « aussi appelé « ciel de plomb (Marry, 2004), plancher collant ou tuyau percé (European Commission, ETAN, 2000), les métaphores ont fleuri pour exprimer la disparition des femmes au fil de leur progression dans les hautes (atmo)sphères professionnelles. Introduite, à la fin des années 1970 dans la littérature américaine (Morrison et al., 1987), puis française (Laufer, 2004), la métaphore du « glass ceiling », du « plafond de verre » a eu un succès particulier. Elle a ouvert de nombreux chantiers de recherche, aidé à voir, à mesurer et à comprendre un phénomène qu'une croyance dans le progrès inéluctable de l'égalité entre les sexes tendait à occulter. »(8).

Selon Geneviève Paicheler les femmes des années 1970 « se lançaient à la conquête d'une profession dont l'idéologie contribuait à renforcer le discours dominant sur la faiblesse et la dépendance des femmes, au point qu'une des premières spécialités s'intitulait, par un intéressant amalgame, « maladie des femmes et des enfants » ; d'une profession jouissant d'une grande considération et nécessitant un savoir étendu acquis au terme d'études longues ; d'une profession qui exigeait une grande disponibilité, ce qui était peu compatible avec le rôle traditionnel des femmes valorisé dans les classes bourgeoises : épouse accomplie et mère exemplaire ; d'une profession où régnait l'absence de modèle féminin » (10). La féminisation de la profession médicale était donc théoriquement censée s'accompagner d'une remise en cause de « l'éthos traditionnel de la profession médicale »³(11). Certaines études et certains rapports du début des années 2000 (12,13) laissent entendre que la féminisation du corps médical constitue un enjeu majeur, voire un « risque », pour l'avenir de la profession tout entière. Les femmes y sont pensées principalement en fonction de « leurs » charges domestiques et éducatives et ces dernières sont censées déterminer en grande partie leurs modes d'exercice. De fait à cette époque on craint que la féminisation n'entraîne une dévalorisation généralisée du statut de médecin(14), dans la mesure où elle s'accompagnerait d'une remise en question des principes de la « disponibilité permanente » des médecins à l'égard des malades et d'une réduction des niveaux moyens de rémunération des médecins malgré le fait qu'au moment de l'expression de ces craintes les femmes ne représentaient que 36,4% des médecins en activité(5).

Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre, deux sociologues françaises, affirment dans un de leurs articles paru en 2005(11) que ce que l'on peut considérer comme une corollaire de cette

³Ethos professionnel : selon Anne Jorro (2013), ensemble de valeurs intériorisées par l'acteur et qui se concrétisent dans l'activité professionnelle. En situation professionnelle, l'éthos professionnel conduirait tout acteur à agir en tant qu'acteur porté par des significations construites en fonction des valeurs et des normes de l'activité en jeu, à interroger son positionnement dans l'action ou encore à défendre des valeurs en situation professionnelle

hyperdisponibilité du praticien idéal-typique se vérifie dans les faits : selon elles si les impératifs liés à la gestion de la sphère privée (vie de famille, organisation du foyer, tâches ménagères, etc.) tendent effectivement à « s’immiscer dans les interstices des temporalités professionnelles » de l’ensemble des médecins, hommes et femmes confondus, en réalité la majorité des hommes médecins sont toujours moins directement concernés que la plupart de leurs consœurs par les injonctions collectives à concilier exercice professionnel et vie privée.

« Je pense que la médecine générale c’est une médecine qui est extrêmement difficile à exercer quand on est une femme, socialisée et avec une vie de famille, des enfants à plein temps, après un mi-temps [...]. Si vous regardez bien il y a 36 % de femmes qui sont médecins et il n’y en a pas beaucoup qui font médecine générale ; là-dedans il y a les rhumatos, les dermatos, les gynécos médicales, qui travaillent 20 heures par semaine, des anesthésistes, il y a pas beaucoup de chirurgiens viscéral dans les hôpitaux périphériques qui sont des femmes. Donc... [...] Les inconvénients sont énormes : moi j’ai plein d’amies qui sont remplaçantes en médecine générale, mais elles restent remplaçantes, elles travaillent le lundi puis le mardi, puis elles resteront à faire ça pendant des années [...] Non je sais pas, je crois que ce n’est pas possible. Ou alors si, à mi-temps dans un cabinet urbain comme a R. où il y a deux femmes, elles ont une clientèle à deux, elles travaillent deux jours et demi par semaine et il n’y a pas de garde, attention il n’y a pas de garde, ça me paraît jouable. [...] Enfin, comme moi je l’exerce, je verrais pas ma femme travailler autant de temps. Ou alors il faudrait qu’on se barde d’aides de tous les côtés, si c’est pour payer quelqu’un chez soi pour travailler, non. Oui d’ailleurs ça doit être très très chaud d’ailleurs. [...] Après c’est vrai, vous avez le droit d’avoir une femme médecin si elle est dermato puis qu’elle travaille 20 heures par semaine ou qu’elle fait un mi-temps hospitalier, ça change tout. [...] Vous ferez là, ce qui serait intéressant, ce serait de voir quel est le statut social des femmes médecins, des femmes médecins généralistes, parce qu’il y a beaucoup de femmes médecins généralistes célibataires. [...] Si on veut faire de la médecine,

il faut être immergé. [...] Voilà ce que ça m'inspire la féminisation de l'activité que je trouve, enfin je trouve que la société moderne a mis la femme dans une place qui s'accorde mal avec l'exercice de la médecine générale à 30 ans. [...] Allez au 15e à M. faire une hospitalisation sur demande d'un tiers avec un gars qui jette tout son mobilier par la fenêtre comme je l'ai fait des nuits et des nuits à SOS, est-ce que c'est la place d'une femme ? Il n'y a pas de misogynie derrière ça mais, c'est d'ailleurs quand on est assez costaud en tant que mec on ne se sent pas trop à sa place, alors une petite minette qui arrive là-dedans, c'est pas de la misogynie non loin de là, c'est au contraire, il y a d'autres voluptés que ça vis-à-vis de la médecine. Dermato là c'est tranquille, ils ont des rendez-vous, ils peuvent fermer pendant trois semaines, fermer à 18 heures, personne leur reproche rien. Les gens sont exigeants, de plus en plus exigeants. »

Cette citation, issue d'un entretien réalisé en 2005 par une sociologue, Anne-Catherine Hardy-Dubernet, dans le cadre d'un travail de recherche qui aboutira à la publication d'un article intitulé *Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions*(4) et tenu par un jeune médecin généraliste parisien au début des années 2000, est la retranscription d'une opinion personnelle socialement, historiquement et sexuellement située. Cependant, elle n'en demeure pas moins un témoignage éloquent de la façon dont certains praticiens de l'époque vivaient la féminisation de la profession médicale et la remise en cause de son ethos professionnel masculinisé, centré sur le sacrifice de sa personne et de sa disponibilité temporelle. Ce phénomène de transition démographique genrée a ainsi pu être transformé en une *panique morale*⁴, en tout cas vécu comme telle.

⁴Panique morale : selon Stanley Cohen (1972), épisode au cours duquel « une condition, un incident, une personne ou un groupe de personnes sont brusquement définis comme une menace pour la société, ses valeurs et ses intérêts (...) Parfois l'objet de la panique est plutôt inédit et parfois il existe depuis longtemps mais surgit soudain en pleine lumière. Parfois la panique passe et n'existe plus que dans le folklore et la mémoire collective ; d'autres fois elle a des conséquences plus durables et peut produire des changements dans les lois, les politiques publiques ou même dans la manière dont la société se conçoit. »

Ce concept de panique morale, solubilisé consciemment ou non dans un discours conservateur, décliné ici dans la médecine générale du début des années 2000, peut être mobilisé dans de nombreux et divers domaines (sexualité, religion, grammaire, etc.). La question qui nous intéressera dans cette thèse est la féminisation de la profession de médecin, phénomène que par commodité et dans un abus de langage circonscrit à cette thèse nous appellerons aussi « féminisation de la profession médicale » ou « féminisation médicale » en omettant volontairement celles de maïeuticien.ne et d'odontologiste.

Dans cette introduction, outre la caractérisation quantitative du phénomène de féminisation que l'on peut donc qualifier de massive et continue depuis plusieurs décennies, nous avons constaté que celle-ci n'en est pas moins profondément inhomogène : horizontalement (en fonction des spécialités, territorialement et selon le mode d'exercice) et verticalement (hiérarchie intra-hospitalière). Afin d'explicitier ces disparités dans la féminisation médicale professionnelle il apparaîtrait pertinent de se référer aux travaux de recherche en SHS qui se sont penchés dessus, principalement depuis les années 1990. De nombreuses publications en SHS proposent en effet des analyses et des interprétations qui vont au-delà de la description statistique et qui permettent, via la méthode scientifique appliquée au domaine sociologique, d'analyser les causes et les conséquences de la féminisation médicale, et ce avec l'appui, entre autres, des concepts mentionnés auparavant comme l'ethos médical, la panique morale ou le plafond de verre.

Une revue de la littérature en SHS permettrait de dépasser l'écueil descriptif pur de la démographie médicale, de reconstruire l'évolution de la définition de la « féminisation médicale » et de la façon dont elle a été perçue par ceux qui l'ont vécue en lui donnant une

perspective historique qui tient compte de l'évolution des injonctions sociales et des normes qui l'ont accompagnée.

Par ailleurs depuis 2010 et parallèlement à la féminisation médicale, les études médicales voient les réformes s'enchaîner et avec elles les modifications de modalités d'accès au cursus et de choix de carrière : remplacement du PCEM1 (Premier Cycle des Etudes Médicales - 1^{ère} année) par la PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) en 2010 puis en 2018 vote de la réforme du deuxième cycle des études médicales actant la fin des ECNi (Epreuves Classantes Nationales Informatisées), qui précède la suppression de la PACES en 2019. Celle-ci laisse sa place dans la majorité des villes universitaires à un accès différentiel Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) ou LAS (Licence Accès Santé).

Le point commun de ces deux réformes ? Le remplacement, au moins en partie, d'examens anonymisés par des épreuves orales. Pour la PASS/LAS la nature de l'oral d'admission en deuxième année diffère selon les villes(15) mais compte quasiment partout pour au moins 50% de la note finale. Concernant la réforme du deuxième cycle les ECN seront partiellement remplacés par des ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré) faisant intervenir des évaluateurs humains et qui pèseront 30% de la note finale.

Considérant l'ethos médical fortement empreint de masculinité, la panique morale ressentie par certains médecins hommes en réaction à la féminisation médicale et la solidité du plafond de verre qui a ralenti l'accès aux femmes aux postes à responsabilité, il semble justifié de se questionner sur l'étendue de l'influence de ces nouvelles modalités d'évaluation sur la composition sociologique, et notamment le genre, des cohortes d'étudiants non-anonymisés qui seront recrutés dans le cursus médical et orientés professionnellement par la suite.

Il apparaît donc pertinent, aujourd'hui, par ce travail de thèse, de solliciter les SHS pour, avant le grand bouleversement que s'appêtent à connaître les études médicales et subséquemment la profession médicale, caractériser au mieux le phénomène de féminisation. Dans ce cadre la question principale de recherche à laquelle il semblerait intéressant de répondre, via la réalisation d'une revue de littérature systématisée en SHS, est « **Comment la féminisation de la profession médicale, qui englobe celle de la médecine générale, a-t-elle été caractérisée et expliquée en sciences humaines et sociales ?** ». Cela nous permettra, en plus d'obtenir un panorama clair de la façon dont les SHS ont étudié la féminisation médicale via l'identification des grands axes de recherche déjà explorés, de nous offrir des perspectives pour des recherches futures.

B. Matériel et méthode

1. Evaluation du besoin d'une revue de la littérature

Afin de s'assurer qu'aucun travail similaire n'existait déjà une recherche fut menée à l'été 2021 sur les principales bases de données bibliographiques et en premier lieu sur Pubmed grâce à l'algorithme de recherche suivant :

« (("feminisation"[All Fields] OR "feminization"[MeSH Terms] OR "feminization"[All Fields] OR "feminise"[All Fields] OR "feminised"[All Fields] OR "feminising"[All Fields] OR "feminizations"[All Fields] OR "feminize"[All Fields] OR "feminized"[All Fields] OR "feminizes"[All Fields] OR "feminizing"[All Fields]) AND ("medicin"[All Fields] OR "medicinal"[All Fields] OR "medicinally"[All Fields] OR "medicinals"[All Fields] OR "medicine"[MeSH Terms] OR "medicine"[All Fields] OR "medicine s"[All Fields] OR "medicines"[All Fields])) OR (("feminisation"[All Fields] OR "feminization"[MeSH Terms] OR "feminization"[All Fields] OR "feminise"[All Fields] OR "feminised"[All Fields] OR "feminising"[All Fields] OR "feminizations"[All Fields] OR "feminize"[All Fields] OR "feminized"[All Fields] OR "feminizes"[All Fields] OR "feminizing"[All Fields]) AND ("medic*" [All Fields] AND ("studies"[All Fields] OR "study"[All Fields] OR "study s"[All Fields] OR "studying"[All Fields] OR "studys"[All Fields])))»

L'utilisation du concept (et du mot) « genre » a été volontairement omis de l'ensemble des recherches, celui-ci provoquant un biais de confusion important dans les résultats obtenus.

Cette recherche a produit **1121 résultats** dont aucun n'était pertinent parmi les 100 premiers (classement par « Pertinence »).

Les critères de pertinence initiaux ont été définis comme suit : pas de lien avec la thématique de la féminisation médicale, pas de lien avec la question de recherche principale.

Un recentrage secondaire sur les revues de la littérature (« systematic review ») a orienté les résultats sur **17 publications** donc aucune ne fut jugé pertinente.

Puis la même recherche fut menée sur ScienceDirect en utilisant l’algorithme « feminization AND medicine » et en y ajoutant un filtre par revue de littérature uniquement centré sur les « Social Science & Medicine ». Cela mena à la découverte de **7 résultats** dont aucun ne fut jugé pertinent.

Une dernière recherche sur le site thèses.fr avec l’algorithme « féminisation + médecine » ne rapportait pas non plus de thèses pertinentes sur les **162** répertoriées.

Notre recherche semble de fait ne pas avoir été menée auparavant et apparaît donc comme pertinente.

2. Problématique et questions de recherche

L’objectif de cette revue de la littérature est de documenter la façon dont les sciences sociales en particulier ont étudié le phénomène de féminisation médicale, de l’entrée des études à la professionnalisation terminale.

La question principale pourrait donc se formuler ainsi : « **Comment la féminisation de la profession médicale, qui englobe celle de la médecine générale, a-t-elle été caractérisée et expliquée en sciences humaines et sociales ?** »

Si dans un premier temps nous nous concentrerons sur la définition quantitative de la féminisation en nous appuyant notamment sur des données démographiques issues de bases étatiques en accès libre comme par exemple le RPPS ou les différents « Atlas de la démographie médicale » mis à disposition par le CNOM, dans un second temps nous analyserons la façon dont le phénomène de féminisation a été historiquement contextualisé et sociologiquement étudié au cours des dernières décennies en France à travers notamment la mobilisation de notions comme l'*ethos professionnel*, le *plafond de verre* ou la *reproduction sociale*.

Les **questions intermédiaires** de notre recherche peuvent donc être déclinés de la façon suivante :

- Comment les SHS ont-elles défini et caractérisé le phénomène de la féminisation médicale ?
- Quelles sont les conséquences de la féminisation sur la profession médicale (notamment en termes d'éthos et d'organisation du travail) ?

3. Choix des disciplines de sciences sociales

Les sciences sociales sont un ensemble de disciplines scientifiques ayant pour objet d'étude la société. Elles constituent un ensemble de savoirs, savoir-faire et méthodes élaborés et soutenus par des institutions universitaires. Les matières composant les sciences sociales cherchent à produire une analyse de la société, de ce qui fait société, mais aussi une manière de se représenter la société. Elles évoluent au sein d'un espace critique et à ce titre se sont dotées

de matériaux empiriques directement observables dont la factualité doit être prouvée, de données collectées selon un protocole rigoureux et ce dans le but d'énoncer des théories objectivables bien que réfutables. Cet espace de régulation est aussi un espace de confrontation de concepts théoriques, d'idées, stabilisant ainsi les hypothèses.

Les sciences sociales se sont ainsi dotées d'une méthode et d'un processus de régulation collective : elles formulent des hypothèses quant aux relations sociales entre groupes et individus appréhendés essentiellement à partir de leurs propriétés sociales ou institutionnelles. Les sciences sociales font aussi apparaître des logiques qui font que les pratiques individuelles peuvent se constituer en le produit d'un *déterminisme* ou d'une homogénéité sociale.

Les hypothèses émises par les recherches en sciences sociales doivent être testées, validées, grâce à un protocole empirique rigoureusement élaboré, elles fonctionnent donc en disciplines. L'université désigne ces disciplines en France sous l'appellation « Sciences Humaines et Sociales » (SHS) qui sont subdivisées en six branches(16) :

- L'étude des normes, institutions et comportements sociaux : la sociologie, l'anthropologie, l'ethnologie, le droit, la démographie, la communication et la science politique ;
- L'étude de l'esprit humain, du langage et de l'éducation : la psychologie, les sciences du langage, les sciences cognitives, les sciences de l'éducation et les STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives) ;
- L'étude des mondes anciens et contemporains : l'histoire, la

préhistoire, l'histoire de l'art et l'archéologie ;

- L'étude de l'espace, de l'environnement et des sociétés : la géographie, les études environnementales et l'aménagement du territoire ;
- L'étude des langues, textes, arts et cultures : sciences des langues, de la littérature, des arts, des religions, la philosophie et l'histoire des idées ;
- L'étude des marchés et organisations : économie, finances et management.

Pour cette revue de littérature, nous avons retenu la démographie, la sociologie et l'ethno-anthropologie.

La démographie a été retenue du fait de l'importance de l'évolution de la démographie médicale dans les politiques de santé publique et l'angoisse politique qui en a découlé et qui en découle toujours. La féminisation étant, au même titre que le non-renouvellement générationnel, une question centrale dans la politique de gestion de l'offre de soin, il est nécessaire de la documenter quantitativement.

La sociologie a elle aussi été retenue : c'est la discipline qui s'attache à « dire » le monde social via l'analyse des faits sociaux qui sont, dans leur acception durkheimienne, « des manières d'agir, de penser, de sentir, qui ont pour propriété d'exister en dehors des consciences/volontés individuelles. Non seulement ces types de conduite ou de pensée sont extérieurs à l'individu mais ils sont dotés d'une puissance impérative et coercitive »(17). En se distinguant du discours normatif la sociologie permet donc de décrire ce qui est mais aussi d'essayer d'expliquer pourquoi ce qui est l'est en se reposant sur des exigences scientifiques qui

ne s'imposent pas par exemple au journalisme ou à la philosophie. C'est cette ambition anticipatoire (et non curative comme la psychologie par exemple) via l'adoption d'une méthode empirique ou le recours à des enquêtes de terrain qui la distingue aussi de l'histoire. Il apparaît donc justifié et cohérent de s'appuyer sur le corpus scientifique sociologique pour analyser plus spécifiquement les caractéristiques de la féminisation médicale et tenter d'en expliquer les causes et en anticiper les conséquences.

Par proximité historique avec la sociologie il apparaît donc ici aussi logique d'intégrer à nos recherches les travaux issus de l'anthropologie et l'ethnologie. Les différences entre sociologie, anthropologie et ethnologie sont en effet ténues et si les sujets d'études peuvent être identiques l'approche méthodologique quant à elle diffère, la sociologie s'attachant plus à la conceptualisation globale quand l'ethno-anthropologie favorise l'immersion de terrain et l'analyse fine de relations inter-individuelles en essayant de « dénuder » l'observation de concepts sociologiques préexistants. L'exploitation par exemple d'une analyse ethno-anthropologique d'un environnement avec une forte identité sociale comme le peut l'être « l'hôpital » ou « le bloc opératoire » semble donc pertinente et pourrait éclairer le phénomène de féminisation médicale.

Les autres disciplines ont été écartées de notre revue de la littérature car inadaptées ou non pertinentes pour répondre aux questions soulevées lors de la phase de problématisation.

4. *Media* employés au cours de nos recherches

Les sciences sociales ont une activité productive séculaire et emploient donc de nombreux supports de diffusions du savoir, qu'ils soient écrits ou audiovisuels : livres, revues, articles, thèses, manuscrits, blogs, colloques ou plus récemment podcasts (audio et vidéo) et

vlogs. Pour des raisons de clarté, de cohérence méthodologique ainsi que de validité externe nous n'avons retenu que les articles scientifiques publiés dans des revues à comité de lecture, tous accessibles via internet, qui semble constituer le *medium* le plus adapté à la réalisation d'une revue de la littérature de qualité, tant par son accessibilité que par son exhaustivité. Plusieurs livres auraient pu prétendre à une intégration dans cette revue, certains ayant d'ailleurs été l'objet de publications partielles dans des revues scientifiques, mais là aussi dans une logique d'homogénéité nous nous contenterons de citer les plus notables :

- *To the Ends of the Earth : Women's Search for Education in Medicine*(18) de Thomas Neville Bonner, publié en 1995, qui se propose de retracer [traduction personnelle] « *la dramatique histoire de la longue lutte des femmes pour devenir médecin (...) [Thomas Neville Bonner] montre comment les femmes européennes et américains ont progressivement brisé le mur de résistance qui les séparait des études médicales (...). Etant donné qu'il n'était au début possible pour les femmes d'étudier la médecine qu'en Suisse et en France, des centaines puis des milliers de femme, de Russie, Europe de l'Est, d'Angleterre ou des Etats-Unis, se sont inscrites dans des universités suisses et françaises pour leur permettre d'accéder à des études supérieurs qui leur étaient inaccessibles chez elles. Venant presque littéralement « du bout du monde », elles ont formé la plus grande vague migratoire professionnelle féminine de l'histoire. »*
- Les trois *Essais d'anthropologie hospitalière* de Marie-Christine Pouchelle : *L'Hôpital corps et âme*(19) (2003), *L'hôpital ou le théâtre des opérations*(20) (2008), *Voyage en pays de chirurgie*(21) (2019) qui, par l'approche ethno-anthropologique de l'auteure, questionnent non seulement les liens inter- et intra-professionnels et la relation médecin-patient mais aussi l'interface patient-hôpital et professionnel de santé-hôpital à travers l'analyse des effets de mise en scène, des rituels et des usages propres au monde et à l'environnement hospitaliers.

5. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les sciences sociales reposent sur des exigences scientifiques identiques à celles imposées aux sciences dites « dures ». Elles mobilisent ainsi des outils et méthodes identiques : études quantitatives, aussi bien descriptives qu'analytiques ; qualitatives, en s'appuyant notamment sur des observations (directes ou indirectes) ou des entretiens (individuels ou de groupes via l'utilisation de *focus groups*) ; synthèses de connaissances comme les revues de la littérature systématiques, les méta-analyses et les synthèses en recherche qualitative.

Cette revue systématique de la littérature se propose donc de rassembler, synthétiser et évaluer l'ensemble des publications scientifiques considérées comme pertinentes et portant sur notre question de recherche, et ce qu'elles soient de nature qualitative, quantitative ou synthétique. Pour ce faire nous avons décidé de nous appuyer sur les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Concernant les critères **d'inclusion** :

- a) Relatifs à l'objet décrit : pas uniquement ceux qui documentent le phénomène de féminisation médicale mais qui, plus largement, vont en analyser les causes conséquences. Pertinence du sujet vis-à-vis de la question principale et des questions intermédiaires de recherche.
- b) Relatifs aux auteurs : ayant au moins un auteur issu des SHS retenues au paragraphe B. 3. « Choix des disciplines de sciences sociales »

- c) Relatifs à la population étudiée : étudiant.e.s en médecine et médecins (en formation, thésés) français.
- d) Relatifs à la langue de publication : français uniquement (limitation des biais culturels).
- e) Relatifs à la date de publication : jusqu'en août 2021.

Concernant les critères **d'exclusion** :

- a) Articles non pertinents par rapport à la question principale de recherche ou aux questions intermédiaires.
- b) Articles rédigés par des médecins uniquement ou d'auteurs non issus des SHS retenues au paragraphe B. 3. « Choix des disciplines de sciences sociales »
- c) Articles portant sur des populations estudiantines ou professionnelles extra-médicales uniquement.
- d) Articles publiés en langue étrangère.
- e) Articles publiés après août 2021.

6. Bases de données retenues

- a) CAIRN (<http://www.cairn.info>) / OpenEdition Journals
(<https://journals.openedition.org/>)

Cairn est une base de données francophone de référence en SHS regroupant les publications de 549 revues, 12739 ouvrages et 7 magazines édités par quatre maisons d'édition (Belin, De Boeck, La Découverte et Erès) qui ont souhaité développer en 2005 un portail d'accès numérique à leurs publications. La Bibliothèque Nationale de France (BNF) s'y est par la suite associée en 2006 puis les Presses Universitaires de France (PUF) en 2014 et enfin le groupe Madrigall (Gallimard, Flammarion) en 2020. De la même façon le portail a progressivement recensé des publications issues d'éditeurs autres que les quatre fondateurs comme par exemple les Presses de Sciences Po ou les Editions de l'EHESS. Cairn.info est par ailleurs doté d'un moteur de recherche permettant une recherche avancée utilisant des opérateurs booléens ainsi que d'un accès institutionnel via un portail d'identification universitaire permettant un large accès aux publications recensées.

A noter qu'il existe depuis 2009 une interopérabilité et un référencement croisé entre Cairn.info et Revues.org (devenu en 2017 OpenEdition Journals, une autre plateforme numérique spécialisée en lettres, sciences humaines et sciences sociales). La principale caractéristique de Revues.org est d'avoir été créée par des acteurs publics (dont le CNRS et l'EHESS) à but non lucratif, permettant un accès gratuit à environ la moitié des titres référencés par les 563 revues accessibles.

b) Persée (<https://www.persee.fr>) / Erudit (<https://www.erudit.org/fr/>)

La base Persée est un portail de revues scientifiques à but non lucratif créé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, l'Université de Lyon II et le Centre Informatique National pour l'Enseignement Supérieur (CINES).

Elle aussi considérée comme « de référence » en SHS depuis sa création en 2005, la base Persée offre l'avantage d'offrir un accès libre et gratuit à des collections complètes de publications scientifiques (revues, livres, actes de colloques, publications en série, sources primaires, etc., 892 581 documents diffusés au total). A noter cependant que l'avantage de la gratuité et de la profusion des références est contrebalancé par un moteur de recherche peu performant : s'il est en effet possible de trier par type de documents, langue ou date de publication il est impossible d'utiliser les opérateurs booléens de manière précise, de trier par occurrence du terme dans le titre ou le corps du texte ou de filtrer par discipline, rendant l'exploitation de la base de données difficile.

La base de données Erudit est elle aussi francophone mais d'origine canadienne francophone, créée en 1998 à l'initiative des universités de Montréal, de Laval et du Québec, et bénéficie d'une interopérabilité réciproque avec Persée.

Erudit offre à voir des productions scientifiques en langue française plus influencées par les courants de pensées nord-américains, donnant, en plus d'articles non référencés sur Cairn, une perspective différente sur certaines problématiques de recherche franco-françaises. Le site est d'ailleurs majoritairement utilisé par des utilisateurs canadiens et états-uniens, les connexions provenant de France représentant moins de 10% du total de celles-ci.

L'outil de recherche avancée est par ailleurs plus précis que celui de Persée et vient donc compléter celui-ci. Le site bénéficie par ailleurs, tout comme Cairn, d'un accès institutionnel via le portail unistra, permettant un large accès aux publications recensées.

c) HAL-SHS (<https://halshs.archives-ouvertes.fr>)

Si HAL-SHS est *stricto sensu* une bibliothèque numérique comparable à Cairn ou Persée, elle n'est pas uniquement un portail de recensement de références bibliographiques de publications scientifiques, puisqu'elle fonctionne sur le principe d'une archive ouverte sur laquelle il est possible d'y déposer directement des écrits scientifiques. Sur HAL-SHS, les chercheurs sont invités à déposer eux-mêmes leurs publications sur le serveur, s'appropriant ainsi les moyens de diffusion de leur articles, qu'ils aient été publiés ou non dans des revues, avec ou sans comité de lecture(22). De fait la qualité des publications retrouvées y est inégale et en quantité limitée (265 730 documents en accès intégral en septembre 2021). A noter que le moteur de recherche permet des recherches multicritères avec opérateurs booléens.

d) ScienceDirect (<http://www.sciencedirect.com>)

ScienceDirect, propriété de l'éditeur Elsevier, groupe éditorial historique d'origine néerlandaise, est l'une des plus grande base de données scientifique en ligne au monde toutes disciplines confondues avec plus de 18 000 000 d'articles recensés (dont 1 400 000 en accès libre) dans plus de 2650 revues dont 425 centrées sur les *social sciences*, pour certaines parmi les plus gros *impact factor* du domaine, garantissant en théorie la qualité scientifique des articles

qui y sont publiés et recensés et auxquels nous avons pu accéder en quasi-totalité grâce à une identification via le portail numérique unistra.

La base de données est par ailleurs servie par un moteur de recherche permettant un filtrage multiniveaux efficace.

- e) Bibliothèque numérique de la statistique publique
(<https://www.bnsp.insee.fr/bnsp/>)

La Bibliothèque Numérique de la Statistique Publique (BNSP, ex-Epsilon) est comme son nom l'indique la bibliothèque numérique de la statistique publique française et héberge à ce titre l'intégralité des publications de l'INSEE, de la DREES ou du SIES. On peut donc y retrouver de nombreux rapports et publications d'instituts publics ou de services statistiques ministériels qui apportent un éclairage pertinent sur des données publiques, notamment de démographie médicale.

- f) Bases de données écartées : Pubmed, PLOS, Google Scholar, Francis, Theses.fr

Ces bases de données ont été écartées pour de multiples motifs : trop centrées sur la médecine et le regard médical et pas suffisamment voire pas du tout sur les SHS (Pubmed, PLOS), trop foisonnantes et imprécises (Google Scholar), sans mises à jour depuis plus de cinq ans (Francis), comportant des écrits de qualité très inégale et pour la majorité non publiés dans des revues à comité de lecture (theses.fr).

7. Méthode de sélection et de compilation des articles

a) Présélection de mots-clefs et de combinaisons de mots-clefs

Etant dans l'impossibilité d'appliquer un seul et même algorithme de recherche à l'intégralité des bases de données, nous nous sommes appuyés sur un corpus de termes issus de recherches bibliographiques préalables (livres et articles) identifiés comme récurrents ou pertinents que nous avons par la suite subdivisés par thématique puis utilisés seuls ou combinés :

- femmes / féminisation / féminisation médicale
- médecin* / études médicales / professions médicales / médecine générale / médecin généraliste / santé / chirurgie / hôpital / recherche
- socialisation médicale / socialisation professionnelle / ethos médical / praxis médicale / identité professionnelle
- virilisme / virilité / fresque / internat / salle de garde / violences sexistes / sexisme
- plafond de verre

Ces mots-clés ont été testés selon différentes combinaisons sur chaque base de données retenue et ce afin d'en vérifier la pertinence. Si une combinaison de mots-clefs ne donnait pas de résultats ou donnait **plus de 300 entrées** sur plusieurs bases sans pertinence dans les **50 premiers** articles, celle-ci était abandonnée.

b) Pertinence des mots-clefs a posteriori

La pertinence des mots-clefs a été quantitativement évaluée a posteriori de la façon suivante via l'utilisation d'une classification en trois grades :

- le grade A, celui des mots-clefs et des combinaisons de mots-clefs ayant abouti à 5 articles ou plus retenus ;
- le grade B, ayant permis l'inclusion de 1 à 4 articles inclus ;
- le grade C, n'ayant abouti à l'inclusion d'aucun article.

On retrouve

- grade A : femmes, féminisation, médecin*, médicale, professions médicales, études médicales
- grade B : ethos, plafond de verre
- grade C : santé, chirurgie, hôpital, praxis, identité professionnelle, virilisme/virilité, fresque, internat, salle de garde, violences sexistes/sexisme

c) Récapitulatif des recherches menées

Au total, 34 recherches ont été menées sur 6 bases de données en août et septembre 2021 dont 15 ont été retenus dans le tableau récapitulatif des recherches fructueuses (19 ne respectaient pas les critères définis paragraphe B. 5. « Critères d'inclusion et d'exclusion » et n'ont donc abouti à aucune sélection d'articles).

Parmi ces 34 recherches :

- a) 15 aboutirent à la pré-sélection d'un ou plusieurs article
- b) générant ainsi 140186 résultats dont 5120 furent jugés pertinents parmi lesquels
- c) 94 résumés furent lus ou un survol de l'article effectué si le résumé n'était pas disponible, parmi lesquels
- d) 38 articles furent lus intégralement, parmi lesquels
- e) 25 articles ont été retenus car jugés comme pertinents pour répondre aux questions de recherche et respectant les critères d'inclusion et d'exclusion définis plus haut
- f) 8 articles (répondant eux aussi aux questions de recherche et respectant les critères d'inclusion et d'exclusion définis supra) ont été trouvés via les bibliographies des 38 articles initialement lus, portant le total d'articles inclus à notre revue de la littérature à **33**.

C. Résultats

1. Sélection des articles/diagramme de flux

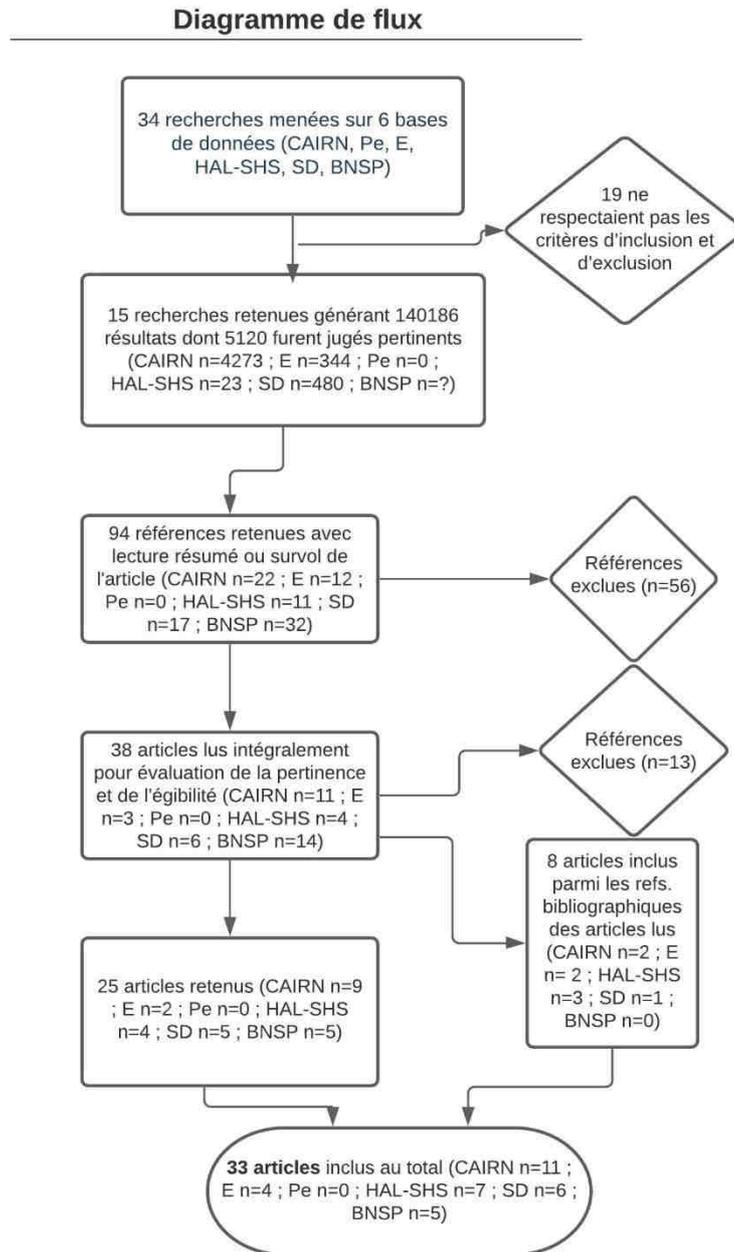


Figure 1 : diagramme de flux

(Légende : E = Erudit, Pe = Persée, SD = ScienceDirect, BNSP = Bibliothèque numérique de la statistique publique)

2. Tableau récapitulatif des recherches fructueuses

Base de données	Algorithme	n° d'algo	Nombre de résultats	Pertinence subjective de l'algo /5	Résumés lus / articles survolés	Articles lus	Articles retenus	Réf. biblio. d'intérêt	Réf. biblio. retenues
CAIRN	féminalisation ET (médecine OU médicale OU (professions médicales) OU (études médicales))	1	2099	4	21	10	8	2	2
	socialisation ET (médicale OU professionnelle ET médecine)	2	23946	0	/	/	/	/	/
	ethos ET (médical OU professionnelle)	3	2174	1	1	1	1	0	0
	(plafond de verre) ET (médecine OU études médicales)	4	218	0	/	/	/	/	/
Persée	féminalisation ET médecine	5	31624	0	/	/	/	/	/
	féminalisation ET profession* ET	6	79101	0	/	/	/	/	/
Erudit	féminalisation ET médecine	5	181	3	9	3	2	2	2
	féminalisation ET profession* ET	6	177	0	/	/	/	/	/
	ethos ET médical	7	163	2	3	0	0	0	0
HAL-SHS	féminalisation ET médecine	5	13	5	10	3	3	2	2
	ethos ET médical	7	10	2	1	1	1	1	1
ScienceDirect	féminalisation ET médecine	5	323	4	6	3	2	1	1
	féminalisation ET (médecine OU médicale OU (professions médicales) OU (études médicales))	1	104	2	4	0	0	0	0
BNSP	(plafond de verre) ET (médecine OU études médicales)	4	53	3	7	3	3	0	0
	féminalisation ET médecine	5	/	5	32	14	5	0	0
Totaux		dont	140186		94	38	25	8	8
			5120	pertinentes					
						TOTAL articles retenus		33	

Figure 2 : tableau récapitulatif des recherches fructueuses

Quelques remarques d'ordre général :

- Les recherches aboutissant un nombre trop important de résultats pour être interprétables étaient automatiquement supprimées du tableau (cf. critères paragraphe B. 7. a) « Présélection de mots-clefs et de combinaisons de mots-clefs »).
- Certaines recherches ont été malgré tout maintenues dans le tableau pour illustrer les difficultés rencontrées : algorithme trop foisonnant ou générant trop de confusion (algorithme 4 sur Cairn) ou moteur de recherche trop peu performant (algorithme 5 et 6 sur Persée). Persée a néanmoins été maintenu car plusieurs références non accessibles ailleurs y ont été récupérées, notamment certaines références bibliographiques.
- A propos plus précisément de ScienceDirect il n'a pas été possible d'effectuer de recherche portant sur l'*ethos médical* parce qu'il est impossible de filtrer par langue et que la recherche en sciences sociales en langue anglaise utilise beaucoup plus ce concept.
- Le tableau récapitulatif des recherches fructueuses est à lire verticalement et chronologiquement : la première ligne correspond à la première recherche qui a été effectuée sur Cairn, il est donc logique et cohérent que le nombre d'articles aille en diminuant au fur et à mesure de nos recherches, certains articles ayant été retrouvés quasi systématiquement quels que soit la base de données ou l'algorithme utilisés. Ces articles n'ont de fait été comptabilisés qu'une seule fois, lors de leur première apparition durant nos recherches.
- Le tableau récapitulatif des recherches fructueuses comporte 11 colonnes avec de gauche à droite : la base de données utilisée, l'algorithme de recherche, le numéro attribué à l'algorithme de recherche (7 apparaissent mais plusieurs dizaines de combinaisons de mots ont en réalité été utilisés, n'ont été retenus que ceux ayant permis une recherche a minima fructueuse), le nombre de résultats obtenus, la pertinence subjective attribuée à l'algorithme de recherche via une note sur 5, le nombre de résumés lus ou d'articles survolés, le nombre d'articles lus intégralement, le

nombre d'articles retenus pour la revue de la littérature, le nombre de références bibliographiques ayant été identifiées comme étant potentiellement d'intérêt retrouvées dans les bibliographies des articles retenus pour la revue de la littérature, le nombre de références bibliographiques finalement incorporées à notre revue de la littérature.

3. Tableau des articles sélectionnés (Figure 3, disponible en Annexe)

4. Principales caractéristiques des articles sélectionnés

Après avoir détaillé dans le tableau des articles sélectionnés les caractéristiques de chaque étude (titre, auteur.e.s, résumé et méthodologie, discipline, année de publication) nous attellerons dans cette partie à en regrouper certains par méthodologie (article de synthèse ; articles de recherche qualitative, quantitative ou mixte).

a) Articles de synthèse

i. Articles quantitatifs uniquement

Les articles de **synthèse quantitative**, c'est-à-dire ne produisant pas de nouvelles données ou de nouvelles statistiques mais mobilisant des données quantitatives déjà traitées ou élaborées par d'autres études sont au nombre de **2** : les références **2** (données de cadrage sur l'évolution de la féminisation des professions de santé en France)(23) et **18** (synthèse quantitative sur l'évolution de la démographie médicale en France depuis 1876 avec bornage historique)(24)

ii. Articles qualitatifs uniquement

Les articles de **synthèse qualitative**, c'est-à-dire ne s'appuyant pas (par exemple) sur des entretiens réalisés par l'auteur mais mobilisant des données qualitatives déjà traitées ou élaborées par d'autres études sont au nombre de **3** : les références *5* (qui fait la synthèse des processus de féminisation dans plusieurs groupes professionnels comparables en termes de niveau d'étude)(25), *12* (une synthèse d'enquêtes qualitatives menées sur la profession médicale en France depuis le début des années 1990 avec mobilisation d'un corpus de plus de 200 entretiens biographiques accumulés au fil de trois vagues d'enquêtes réalisées en 1992-1995, 2001-2003 et 2007-2010 (avec focus sur les données extraites des deux dernières))(26) et *21* (synthèse qualitative sur les transformations récentes de la chirurgie française avec utilisation de quelques données statistiques)(27)

iii. Articles mixtes

Les articles de **synthèse mixtes**, c'est-à-dire ne s'appuyant pas (par exemple) sur des entretiens réalisés par l'auteur ou ne sollicitant pas de nouvelles données ou de nouvelles statistiques mais mobilisant des données qualitatives et quantitatives déjà traitées ou élaborées par d'autres études sont au nombre de **5** : les références *4* (synthèse quantitative (exploitation de données issues du CNOM) et qualitative via l'utilisation de résultats issus d'une enquête qualitative publiée en 1993 par Herzlich et al. reposant sur les données issues de près de 5500 questionnaires complétés par les médecins de l'époque dont 509 femmes après la réalisation d'une série d'entretiens individuels approfondis)(10), *9* (synthèse mixte sur l'état des connaissances quant à la situation des femmes dans l'enseignement supérieur et dans la recherche en France (avec mobilisation de données quantitatives))(28), *15* (synthèse mobilisant des données quantitatives

et qualitatives issues de précédentes enquêtes sur la thématique de la féminisation et de l'aspiration à une meilleure « qualité de vie »)(29), 17 (synthèse sur le lien (théorisé par certains) entre féminisation et désertification médicale avec perspective historique sur temporalité longue (remonte jusqu'au XIII^{ème} siècle) et analyse statistique secondaire (DREES 2012))(30) et 25 (synthèse mobilisant des données quantitatives et l'expérience personnelle des auteures)(31)

iv. Articles théoriques/revues de la littérature

Les articles de **synthèse théorique**, ne reposant pas sur un travail d'enquête original mais sur par exemple une transposition de théories usuellement utilisées dans d'autres domaines au thème de la féminisation des professions médicales ou sur une analyse critique d'autres travaux de recherche, sont au nombre de **3** : les références 19 (synthèse théorique avec mobilisation de théories sociologiques « reconnues » appliquées à la socialisation professionnelle médicale en France)(32), 20 (synthèse théorique et critique de la description quantitative pure de la féminisation des professions médicales)(3) et 24 (revue de la littérature en SHS sur le thème de la féminisation des métiers à dominance masculine)(33)

b) Articles scientifiques

i. Articles qualitatifs uniquement

Les enquêtes qualitatives incluses dans cette revue de la littérature sont au nombre de **9** : les références 1, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 16 et 22(1,4,11,34–39). La quasi-intégralité de ces enquêtes s'appuient sur des entretiens biographiques individuels approfondis, semi-directifs, avec des médecins hommes et femmes appartenant à des échantillons représentatifs de la population cible. Certaines références (10 et 22, qui partagent la même auteure, Emmanuelle Zolesio) ont

adjoint, à leurs pools d'entretiens individuels, des observations ethnographiques réalisées in situ. A noter que l'intégralité de ces études ont été réalisées par des femmes issues des SHS.

ii. Articles quantitatifs uniquement

Les enquêtes quantitatives incluses dans cette revue de la littérature sont au nombre de **9** : les références *14* (traitement de données issues de l'enquête Emploi annuelle de 1990 à 2002 et de l'enquête Emploi trimestrielle pour les huit trimestres 2003 à 2004)(40) et *26 à 33* incluant une étude quantitative du rang moyen attribué aux femmes-auteurs d'articles médicaux dans quatre revues médicales, une étude quantitative transversale déclarative via questionnaire envoyé à des internes de gynécologie-obstétrique ou des exploitations démographiques statistiques du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), du répertoire Adeli (automatisation des listes) ou des données issues du CNOM ou du Système National Interrégimes (SNIR) de la CNAMTS(41–48).

iii. Articles mixtes

Cette revue de la littérature n'incorpore qu'une seule étude mixte, la référence *23*(49), qui s'appuie sur une extraction de données et une analyse des effectifs médicaux temps plein dans un groupe hospitalier parisien par la plateforme SIGAPS complétée par une enquête qualitative menée via un questionnaire en ligne et portant sur les choix de carrière et les freins ressentis chez des hommes et des femmes médecins occupant un poste de titulaire, la population étudiée comportant 181 praticiens hospitaliers et 141 médecins hospitalo-universitaires, dont 49 maîtres de conférence–praticiens hospitaliers et 92 professeurs des universités–praticiens hospitaliers.

D. Analyse

1. Introduction

Afin d'analyser le phénomène de la féminisation du corps médical, certains articles, notamment ceux écrits par des chercheurs issus des SHS, transposent dans leurs enquêtes des concepts issus d'autres champs d'analyses sociologiques ou élaborent de nouvelles théories explicatives appuyées par leurs enquêtes de terrain (entretiens individuels, observations ethnographiques, etc.). D'autres optent pour une approche plus descriptive, notamment dans le domaine de la démographie, avec dans la majorité des cas un objectif de projection démographique médicale comme les articles(44–48) de la DREES, l'INSEE ou le MESRI (Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation). D'autres encore sont de simples synthèses quantitatives axées sur des données historiques comme l'article de François-Xavier Schweyer et al. sur *l'Histoire et démographie médicale. L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures*(24) paru en 2000 et qui caractérise l'augmentation exponentielle du nombre de médecins et les évolutions des différents modes d'exercice. On y apprend notamment que l'augmentation du nombre de docteurs en médecine a été importante et continue et ce dès la fin du XIX^{ème} siècle (10743 médecins en France en 1876 vs 25930 en 1936) de même que l'augmentation de la densité médicale (97,1 médecins pour 100000 habitants en 1958 vs 296,8 en 1997). Ces augmentations ont été favorisées selon l'auteur par l'extension du salariat après la réforme hospitalière (création des CHU) en 1958 et la généralisation de l'assurance maladie qui a solvabilisé les patients.

Dans cette partie nous analyserons les concepts sociologiques ou méthodes statistiques auxquels certains articles de notre revue de la littérature font appel et nous les classerons en différentes sous-parties thématiques qui répondent chacune à leur manière à nos questions de

recherche intermédiaires à savoir « Comment les SHS ont-elles défini et caractérisé le phénomène de la féminisation médicale ? » et « Quelles sont les conséquences de la féminisation sur la profession médicale (notamment en termes d'éthos et d'organisation du travail) ? »

2. La féminisation médicale, de la documentation

institutionnelle au dépassement du « contrat de genre »

- a) L'appropriation statistique étatique initiale et la mise en cause de la féminisation dans la désertification médicale

Si une analyse sommaire par année de publication laisse transparaître de prime abord une augmentation de la quantité d'articles traitant de la question de la féminisation de la profession médicale au cours de la dernière décennie, les premières recherches à ce sujet, notamment celles documentant quantitativement le phénomène, remontent au début des années 2000. Elles sont le fait quasi exclusivement de la DREES et de l'INSEE. Une recherche approfondie sur la BNSP révèle qu'entre janvier 2001 et mars 2021, **seize** (5,40,44–46,50–60) publications de la DREES avaient trait à la médecine et la démographie médicale (constatée ou projetée) avec pour certaines une sous-analyse par genre. Entre mars 2016 et décembre 2020, **huit**(47,61–67) publications de l'INSEE étaient dévolues à l'exploration de la question de la féminisation des professions supérieures.

Dès 2002, dans l'étude de la DREES *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice*(52), une des premières publications de projection démographique, l'auteur Serge Darriné indique que « les variations de comportements tels que la mobilité à l'installation, le départ à la retraite anticipé ou au contraire retardé pour certaines catégories de médecins, le prolongement des études pour

les étudiants généralistes, une féminisation accrue de la profession et son impact sur le choix des disciplines exercées pourraient modifier très sensiblement les résultats exposés ici. ».

Dès le mois suivant la publication de Darriné paraît en mars 2002 une *Réactualisation des projections à partir de 2002*(5) de Xavier Niel (DREES) qui est la première à considérer la féminisation comme au moins aussi fondamentale dans l'évolution de la démographie médicale que la diminution des effectifs et le vieillissement du corps médical. On peut ainsi y lire que « Outre la diminution de ses effectifs, le corps médical connaîtra très probablement deux autres profondes modifications d'ici vingt ans : sa féminisation et son vieillissement. Actuellement majoritaires en faculté de médecine, les femmes pourraient ainsi devenir également en 2020 plus nombreuses que les hommes parmi les médecins en exercice. Les précédentes projections, assises sur des *numerus clausus* plus faibles, ne prévoyaient ce basculement que quelques années plus tard. Dans la mesure où les étudiants en médecine sont pour moitié des femmes, toute nouvelle augmentation du *numerus clausus* devrait accentuer et accélérer cette féminisation. Or, si l'exercice salarié non hospitalier (administration, contrôle, centre de soins, secteur social...) est d'ores et déjà particulièrement féminisé, il n'en va pas de même de l'exercice libéral. À peine 30 % des médecins libéraux sont en effet actuellement des femmes. Les projections aboutissent toutefois, pour les médecins libéraux, à une augmentation de la féminisation aussi forte que dans les autres secteurs. Si les comportements des médecins observés en 2001 relativement à leur mode d'exercice perduraient, la médecine libérale devrait ainsi compter en 2020 près de 45 % de femmes en France métropolitaine. L'impact de cette féminisation sur l'activité future comporte toutefois une large part d'incertitude, dans la mesure où les comportements récents des femmes en termes d'activité ont profondément changé. Mesurée à partir des honoraires perçus, l'activité moyenne d'une femme généraliste libérale représente par exemple actuellement plus de 70 % de celle d'un homme, mais elle n'en représentait que 60 % il y a dix ans. La question est alors de savoir si ce « rattrapage » se

poursuivra à l'avenir, ce qui conduirait à l'égalisation de l'activité moyenne des hommes et des femmes généralistes libéraux vers 2025. »

La question de la féminisation est ici abordée via deux de ses matérialisations démographiques : les femmes vont progressivement représenter une part de plus en plus importante des médecins libéraux, fondamentaux dans le maintien d'un maillage territorial sanitaire efficace surtout dans les espaces ruraux et semi-ruraux, et leur activité moyenne est inférieure, tout du moins en termes d'honoraires perçus, à celle des hommes.

Quelques années après l'article de Xavier Niel une autre étude est publiée qui lui fait écho, celle de Sabine Bessière sur *La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage*(23), paru en 2005, dans laquelle l'auteure propose de rassembler et de comparer des données chiffrées (fournies entre autres par la DREES, le CNOM et l'INSEE) avec une analyse de l'activité des femmes médecins en cette période de féminisation de la profession médicale. L'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

- les femmes devraient devenir majoritaires dans l'exercice médical peu après 2020 (ce qui sera vérifié dans les faits)
- l'activité hebdomadaire (en nombre d'heures travaillées) est, *ceteris paribus*, moins importante pour les femmes que pour les hommes (6h de moins) mais tend à se rapprocher depuis le début des années 1990
- il existe une répartition très inégale selon la spécialité choisie à l'internat (moins de 5% de femmes en chirurgie vasculaire vs 90% en gynécologie médicale)
- les femmes privilégient un mode d'exercice salarié, tout du moins plus que les hommes (50% vs 20%)

La même année, en 2005, Pascale Breuil-Grenier & Daniel Sicart, aussi membres de la DREES, se sont quant à eux intéressés à *La situation professionnelle des conjoints de médecins*(40). Ils proposent une caractérisation du contexte sociologique dans lequel les médecins hommes et femmes évoluent via une étude notamment de la situation professionnelle des conjoints de médecins, qui est un facteur étant considéré comme influençant l'éventuel projet professionnel (dans sa dimension géographique) du ou de la médecin du couple. Plus précisément l'étude considère deux paramètres, la CSP (Catégorie Socio-Professionnelle) du ou de la conjoint.e et la situation vis-à-vis de l'emploi, et utilise des comparaisons statistiques avec les cadres supérieurs. Les auteurs retrouvent ainsi que 89 % des hommes médecins vivent en couple alors que ce n'est le cas que de 73 % des femmes médecins. Par ailleurs 46 % des médecins actifs ont un conjoint cadre supérieur, qui est dans la moitié des cas lui-même médecin, ce qui est supérieur de plus de 16 points à la valeur observée pour l'ensemble des cadres supérieurs (29 %), et là aussi il existe une forte disparité entre les sexes : 57 % des femmes médecins vivent avec un cadre supérieur contre 40 % des hommes. Il existe en outre de fortes disparités territoriales : les médecins qui ont un conjoint cadre supérieur semblent effectivement résider plus souvent dans des unités urbaines de taille élevée. Les médecins résidant dans une commune rurale sont par exemple 37 % à avoir un conjoint cadre supérieur, contre 51 % des médecins résidant dans l'agglomération parisienne (relativement comparable avec l'ensemble des cadres supérieurs). Qui plus est la situation du conjoint peut également avoir un impact sur son temps de travail : les médecins aidés par leur conjoint.e travaillent ainsi en moyenne trois heures de plus par semaine que ceux dont la/le conjoint.e a un emploi et ceux qui n'ont pas de conjoint.e travaillent eux-mêmes trois heures de plus que ceux qui sont aidés par leur conjoint.e

Les conclusions tirées par l'intégralité de ces articles semblent justifier l'intérêt de l'Etat de ses instituts statistiques pour une analyse genrée de la démographie médicale, semblant confirmer des spécificités féminines de la pratique médicale qui peuvent avoir une influence importante

sur les modalités d'organisation de l'offre de soins. Néanmoins cette vision très « gestionnaire » du début des années 2000 est battue en brèche ou tout du moins critiquée par de nombreuses publications en sciences sociales au premier rang desquelles l'article publié en 2015 par Alice Denoyel-Jaumard & Audrey Bochaton et intitulé *Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ?*(30) Les auteures y préconisent, sur le volet de l'attractivité territoriale et des inégalités d'accès aux soins chers à l'Etat, l'arrêt des incantations étatiques à l'installation en zone sous-dotée (jugées inopérantes) et la revitalisation territoriale en « [modifiant] favorablement les conditions de vie localement » avec notamment une adaptation aux spécificités organisationnelles professionnelles féminines.

b) Le dépassement du « contrat de genre »

Historiquement, le premier article sociologique critique de cette vision statistique « pure » du phénomène de féminisation est l'œuvre de Claude Zaidman, sociologue, qui dans son article *La notion de féminisation, de la description statistique à l'analyse des comportements*(3) souhaite proposer trois définitions de la notion, qui seront toutes à différentes échelles mobilisées dans les parties suivantes de cette analyse par les multiples auteur.e.s :

- la féminisation comme dynamique d'égalisation, rattrapage présumé d'un retard (historique) que l'on peut considérer comme une « démocratisation » optimiste
- la féminisation comme dégradation symbolique d'un secteur ou d'une profession investie en force par les femmes et désertée par les hommes, faisant ainsi invoquer l'idée d'une subversion négative, opérant ainsi la bascule entre profession qui de « féminisée » devient « féminine » et donc dévalorisée

- la féminisation comme annonciatrice d'une fin de la discrimination sexuelle sur le marché du travail, catalysant un processus de changement des pratiques professionnelles et des comportements

L'un des premiers articles de SHS abordant la thématique de la féminisation de la profession médicale est l'œuvre de Nicky Le Feuvre en 2001, *La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ?*(35), qui dès les premières lignes dénonce l'approche démographique « froide » dont fait l'objet la féminisation médicale en affirmant que « la féminisation croissante de la profession médicale ne semble préoccuper les décideurs économiques et politiques que quand ils y décèlent des effets potentiels sur l'organisation, la qualité ou le coût de l'offre de soins médicaux à moyen ou à long terme ».

En plus de définir ce qu'est le « genre » (« la réalité des expériences sociales et culturelles des êtres sexués ») par rapport au « sexe » (« les caractéristiques anatomiques des êtres humains ») en s'appuyant sur les théories de Thomas Laqueur, un historien de la médecine, de la sexualité et du genre du XXème siècle, l'auteure pose les bases de ce qui constituera un riche socle de problématiques qui seront explorées par les chercheurs en SHS (dont par elle-même dans de nombreux articles) au cours des vingt années suivantes. Elle identifie ainsi quatre grandes perspectives théoriques concurrentielles sur le phénomène de la féminisation des professions d'élites (dont la médecine fait partie) :

- la féminisation est un avatar de la reproduction sociale des milieux aisés et ne revêt donc que les « habits neufs » de la domination masculine (elle fait référence ici sans le nommer de cette façon à ce qui est communément aujourd'hui appelé le patriarcat). Dans ce scénario le « contrat de genre » (représentation symbolique de la domination masculine via notamment la figure du *pater familias*, provider hégémonique de la sécurité matérielle du foyer) n'est pas remis en cause

- la féminisation permet la diffusion de supposées « valeurs féminines » comme l'altruisme, l'empathie, le *care*, etc. qui permettrait, de l'intérieur, de renverser les systèmes de valeurs masculines (individualisme forcené, compétition, ambition personnelle, maximisation de gains, etc.) des professions de haut niveau et de rendre ces dernières plus réceptives aux besoins ou attentes d'une clientèle féminine. Dans cette hypothèse le « contrat de genre » n'est pas non plus remis en cause et se voit même renforcé (exacerbation de la « féminitude »).

- la féminisation est vécue comme une « socialisation inversée » au sein de laquelle les femmes embrassent le système de valeurs masculines et doivent devenir « plus viriles que les hommes ». Dans cette hypothèse le « contrat de genre » n'est pas non plus remis en cause et se voit même renforcé (éloge de la « virilité »)

- la féminisation est envisagée comme un moment historique, un contexte aménitaire au sein duquel il existerait davantage de possibilité de dépassement ou de transformation du genre. Dans ce scénario les femmes s'approprieraient le « contrat de genre » pour s'en affranchir et ainsi dépasser la bicatégorisation sexuée, aidées en cela par l'accès de femmes aux positions de pouvoir et de prestige professionnels. Ceci permettant de postuler l'affaiblissement ou du moins le déplacement du lien causal entre le sexe biologique et le devenir social des individus dans un contexte de modernité avancée (« On ne naît pas femme, on le devient », Simone de Beauvoir, 1949).

Nicky Le Feuvre conclut en affirmant que le réel enjeu de l'étude sociologique de la féminisation de la profession médicale réside donc dans **l'utilisation et dans la construction d'approches théoriques et méthodologiques nouvelles** et qu'à ce titre celui du « dépassement du genre » constitue une piste intéressante.

Elle est suivie en cela par Geneviève Paicheler qui, dans le même ouvrage que Nicky Le Feuvre publié en 2001 écrira un article s'intéressant, sans le formuler de cette manière,

l'expression n'étant pas encore popularisée à l'époque, au plafond de verre dans les carrières médicales : *Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ?*(10)

Dans cet article Geneviève Paicheler communique des informations clefs sur les origines et itinéraires sociaux des femmes médecins :

- concernant leurs origines familiales : les médecins femmes ont plus souvent un père cadre supérieur ou ayant fait des études supérieures que les hommes médecins, sont plus souvent filles uniques ou issues de familles moins nombreuses que les hommes

- concernant leur contexte familial ou relationnel : les femmes médecins sont nettement plus célibataires que d'autres femmes du même âge alors que c'est le constat inverse pour les hommes. Il existe par ailleurs une forte asymétrie hommes/femmes concernant la profession exercée par les conjoint.e.s (88,69% des femmes ont un.e conjoint.e exerçant une profession supérieure vs seulement 41,96% de hommes médecins). Le taux de natalité des couples avec une femme médecin est significativement inférieur à celui des couples avec un homme médecin. Il existe une forte reproduction sociale dans les carrières médicales mais là aussi elle est asymétrique : un médecin féminin sur deux a au moins un enfant médecin si elle a épousé un médecin, ce qui n'est le cas que de 21 % de leurs consœurs qui n'ont pas de mari médecin.

- concernant les choix de carrières et de pratiques des femmes médecins : elles privilégient l'exercice salarié à l'activité libérale et l'exercice urbain à l'exercice rural, font moins de visites à domicile et font moins de gardes de permanence de soins ambulatoire. Elles sont aussi moins représentées au Conseil de l'Ordre et dans les Sociétés savantes.

L'auteur nous propose ainsi une interprétation de ces spécificités féminines. Selon elle il existerait donc deux grands types de déterminants dans le choix d'une femme à s'orienter vers une carrière médicale avec un mode d'exercice singulier : d'un côté l'origine sociale aisée

permet l'affranchissement de normes professionnelles genrées et le soutien financier suffisant pour des études longues et coûteuses MAIS « l'identité de genre » et notamment le « marché du mariage » constituent des freins à la poursuite d'une carrière hospitalo-universitaire du fait entre autres d'une gestion du temps plus serré. Qui plus est les femmes auraient « mieux intégré les critères formels — reliés à la réalisation concrète des tâches — que les critères informels — c'est-à-dire l'activité de constitution et d'entretien d'un réseau influent — de l'exercice du métier de médecin »(10).

En conclusion de cette sous-partie, on peut donc constater la coexistence d'une logique exploratoire et interprétative complémentaire de la question de la féminisation de la profession médicale, tout du moins aux prémices de l'appropriation par les SHS de la question. D'un côté la démographie « statistique » est exposée dans les publications des organismes d'Etat que sont la DREES ou l'INSEE, de l'autre la sociologie se propose d'aller au-delà de la description utilitaire pour offrir des pistes explicatives en faisant appel à des notions de sociologie du genre et de sociologie du travail extra-médicales, qui seront pour certaines développées dans les parties suivantes de cette revue de la littérature.

3. Les études médicales, matrice de socialisation et de construction de l'identité professionnelle

a) Socialisation professionnelle et culture médicale

Historiquement, l'étude de la socialisation professionnelle médicale a précédé celle de l'analyse genrée en médecine puisque dès 1981 Isabelle Baszanger s'y est intéressée dans son article *Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes* (32). Si le contexte de parution de l'article ne le rend évidemment pas transposable

tel quel au présent, il est néanmoins pertinent pour sa capacité à importer et adapter à la situation française des concepts de sociologie américains. Il offre ainsi une perspective différente sur la socialisation médicale en France et des éclairages sur la façon dont les étudiants en médecine deviennent ici « conformes » au modèle proposé, « transformés » en médecins et sur la marge de contrôle de la profession sur cette transformation. Pour cela l'auteur fait appel à la théorie fonctionnaliste de la *socialisation professionnelle*⁵ qui fait l'hypothèse que ce sont les études qui constituent le moment le plus important de la socialisation professionnelle des étudiants, celui où ils acquièrent les valeurs qui sont faites pour réguler leur comportement futur, et au sortir desquelles les nouveaux venus « pensent, agissent et sentent » comme des membres de la profession. A rebours des fonctionnalistes les interactionnistes (Howard Becker) pensent eux que les étudiants en médecine agissent moins comme des futurs professionnels que des subordonnés conscients de leur position hiérarchiquement inférieure et développent ainsi une sous-culture qui leur garantit une certaine autonomie face à des demandes autoritaires, l'intériorisation des valeurs et de la culture médicale étant donc plus sélective.

Ces deux courants de pensée partagent néanmoins l'idée selon laquelle l'intériorisation des valeurs, qu'elle soit critiquée et distanciée ou non, se fait très majoritairement durant les études.

Une autre théorie a été avancée en 1992 par Francine Dufort, une chercheuse canadienne, dans son article sur *La théorie des interactions symboliques et les enjeux de l'entrée massive des femmes en médecine*(68) pour expliquer le processus de socialisation spécifique qu'ont dû traverser les femmes en médecine au Canada : la théorie des interactions symboliques. Le but de l'application de l'application de cette théorie au domaine de la socialisation médicale est de déterminer les facteurs à la base du processus d'acquisition du rôle de médecin et d'obtenir ainsi

⁵selon Robert Merton, processus par lequel les individus sont initiés à leur culture, ce qui comprend l'acquisition des attitudes, des valeurs, de l'habileté technique et des modèles de comportement constituant les rôles sociaux établis dans une structure sociale

une meilleure compréhension des enjeux sous-jacents à l'entrée des femmes en médecine. L'auteur affirme que selon cette théorie la participation d'une personne à un groupe social dépend largement de sa compréhension de l'environnement symbolique du groupe et de son habileté à fonctionner avec ce système de symboles. Ainsi le processus de socialisation médicale, notamment à la faculté de médecine, met au contact femmes et système symbolique au sein duquel il existe une répartition de rôle sexuée, et ce dans un contexte social de transition (les études supérieures). L'auteur conclut en affirmant que l'application de cette théorie permettrait pour les pouvoirs publics de mieux saisir les logiques discriminatoires à l'œuvre qui déterminent les choix d'orientation de carrière des femmes médecins.

b) Le cas singulier de la chirurgie, *epitome* de l'*habitus*
professionnel médical

Deux articles d'Emmanuelle Zolesio *Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie*(39) et *Stéréotypes professionnels de la chirurgienne et formes de gestion du stigmatisme au cours de la formation*(37), publiés respectivement en 2009 et 2017, exposent le cas particulier de la chirurgie dans le milieu professionnel médical.

La chirurgie y est identifiée comme un bastion « masculin » à rebours de la féminisation des autres composantes du corps médical. En effet, alors que l'on compte (chiffres CNOM 2007) presque une femme médecin pour un homme, il y a seulement une femme chirurgienne pour cinq confrères en exercice. Par ailleurs, « chaque fois qu'il existe un doublon de spécialités (version médicale et version chirurgicale) pour une même population de patients, un groupe de pathologies ou une région anatomique, le pourcentage de femmes est toujours bien plus élevé en médecine. Ainsi recense-t-on [en 2009] 60,1 % de femmes en pédiatrie contre 35 % en chirurgie pédiatrique ; 39,3 % en neurologie contre 10,2 % en neurochirurgie ; 22,7 % en gastro-entérologie contre 10,9 % en chirurgie digestive ; 17,9 % en cardiologie, mais seulement 4 %

en chirurgie thoracique et cardiaque »(39). Les chirurgiennes constituent donc une « entrée » parfaite pour révéler certaines dimensions de la socialisation professionnelle en chirurgie en tant que lieu où l'*habitus professionnel* médical est exacerbé. L'*habitus* (ou les *habitus*) selon Pierre Bourdieu se définit par les « conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence qui produisent des *habitus*, qui sont des systèmes de dispositions durables et transposables, **structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes**, c'est à dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente de fins et de maîtrise expresse des opérations nécessaires sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles, et, étant tout cela, collectivement orchestrées sans être le produit de l'action organisatrice d'un chef d'orchestre. »(69)

L'auteur donne ainsi à voir les modalités concrètes de perpétuation de cette culture professionnelle à travers l'analyse de la trajectoire sociale de chirurgiennes durant la période de l'internat, considérée comme essentielle dans le processus de socialisation professionnelle.

Les femmes chirurgiennes, du fait d'interdits légaux puis culturels, n'ont historiquement pu accéder que tardivement aux spécialités chirurgicales : Marie Nageotte-Wilbouchewitch est devenue la première femme chirurgienne en France en 1893 il a fallu attendre 2020 pour voir Véronique Phé devenir première femme professeur de chirurgie urologique ou Anne Lejay première femme professeur de chirurgie vasculaire en France). L'*ethos* de ces professions chirurgicales était déjà solidement cimenté autour d'un idéal-type dispositionnel masculin : dispositions à l'action, au leadership autoritaire, au combat, à l'endurance physique, autant de dispositions stéréotypiquement masculines en tout point opposées à celles de la praticienne supposée et fantasmée fragile, soumise, empreinte de compassion et disposée à l'écoute(39).

La socialisation professionnelle chirurgicale implique donc la transmission de ces dispositions masculines et c'est selon des modalités particulièrement viriles que s'établissent les rapports sociaux de sexe dans les spécialités chirurgicales. Les socialisations primaires des enquêtées(37) se révèlent généralement imprégnées d'un discours sacerdotal parental qui correspond à la rhétorique professionnelle chirurgicale, certaines d'entre elles (la moitié) se définissant comme « garçon manqué » et quelques cas correspondent d'ailleurs au stéréotype du « garçon manquant »⁶.

L'internat est assimilé à un passage sous des fourches caudines masculinisantes durant lequel les chirurgiennes doivent surinvestir parfois de façon compensatoire les attributs masculins qu'on refuse de leur attribuer spontanément. Ainsi les stéréotypes masculins négatifs se concentrent autour de la question de la maternité et de la féminité, auxquelles, dans l'imaginaire collectif viriliste du bloc opératoire, les chirurgiennes devraient nécessairement renoncer. Si certaines praticiennes font preuve d'une « certaine forme de méconnaissance de leur désavantage qui les affranchit de ce désavantage » et passent outre sans se formaliser, d'autres choisissent de mettre l'accent sur leur verve et leur répartie en répondant à un stéréotype dégradant pour les femmes par un autre stéréotype dégradant pour les hommes et qui « finissent par apprécier qu'elles soient des « femmes à couilles », qualificatif hautement positif dans ce milieu viril »(37) ; d'autres encore préfèrent adopter la voie de la taquinerie ou de l'humour. Après l'internat, certaines – mais pas toutes – parviennent à mettre à distance cet épisode et ces attitudes(37).

Emmanuelle Zolesio n'est pas la seule à s'être intéressée aux spécificités du processus de socialisation des étudiant.e.s en chirurgie puisqu'il a aussi été analysé par Régine Bercot et al.

⁶La thèse du garçon manquant soutient que les jeunes filles qui s'engagent dans des études très connotées au masculin sont porteuses d'un enjeu parental (surtout paternel) en lieu et place d'un frère manquant (dans les cas de fratries uniques ou exclusivement féminines), jouant ainsi le rôle de « fils de substitution » pour leur père.

en 2011 dans l'article *Les transformations récentes de la chirurgie française. Spécialisation, féminisation, segmentation*(27). Du reste celle-ci affirme, de la même façon que Zolesio, que la place des chirurgiens et la reconnaissance dont ils font l'objet se différencient fortement selon le genre, les chirurgiennes étant porteuses d'une forme d'ethos différent, moins héroïsé et moins centré sur la « valeur travail ».

4. L'ethos professionnel médical ou la mythification du modèle sacrificiel sacerdotal et de l'hyperdisponibilité permanente

La socialisation professionnelle médicale et ses mécanismes de reproduction et de pérennisation reposent en grande partie sur l'*ethos* médical qui « en situation professionnelle (...) conduirait tout acteur à agir en tant qu'acteur porté par des significations construites en fonction des valeurs et des normes de l'activité en jeu, à interroger son positionnement dans l'action ou encore à défendre des valeurs en situation professionnelle »(70)

a) La féminisation comme catalyseur d'un ethos médical revisité

Si, dans l'analyse par les SHS du phénomène de féminisation médicale, Emmanuelle Zolesio s'est concentrée sur le monde chirurgical, ce sont Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre qui ont pour la première fois importé dans la recherche française en sciences sociales le concept d'ethos appliqué à une lecture sociologique du monde médical. Cinq articles de notre revue de littérature, tous signés de Nathalie Lapeyre ou Nicky Le Feuvre (ou au moins par une des deux ou les deux), font appel à la notion d'ethos. Chronologiquement on retrouve donc : *Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*(11) (2005), *Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes*(34) (2007), *De l'inflexion des normes temporelles à la redéfinition de « l'ethos professionnel » : L'exemple des femmes dans les professions libérales*

en France(38) (2008), *Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ?*(25) (2010), et *L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ?*(26) (2013)

La nécessité de faire appel à cette notion a été dictée par la volonté des deux chercheuses d'identifier les déterminants des éventuelles spécificités d'exercice des femmes par-delà les deux grilles de lecture traditionnelles du phénomène de féminisation médicale. Ces deux grilles sont l'« universalisme », qui défend l'idée que les femmes sont des « médecins comme les autres » reproduisant l'ethos professionnel médical édicté par les précédentes générations de médecins très majoritairement masculines, et l'« essentialisme », qui va se concentrer sur les spécificités féminines de la pratique médicale et les risques qu'elles incarnent pour l'avenir de la profession, et pour sa valeur sociale externe du fait de la remise en question de l'ethos professionnel sacerdotal de la « disponibilité permanente ». Les auteures affirment ainsi l'existence d'un « processus généralisé de modification du rapport des médecins à l'exercice professionnel » avec des « expériences (...) de plus en plus indifférenciées en fonction du sexe » avec une « distanciation grandissante de la profession à l'égard des rigidités temporelles qui étaient au cœur de l'ancien ethos professionnel ».

L'inflexion de ces normes temporelles est donc impulsée par la féminisation de la profession médicale, permettant ainsi aux femmes médecin de s'éloigner du modèle de « femmes épouses à multifacettes » et d'entreprendre une stratégie de réinvestissement du temps dégagé dans d'autres domaines (temps familial, domestique, conjugal et de loisirs). Ce positionnement « transitionnel », entre le normatif et l'égalitaire, permettrait ainsi une renégociation dans les couples, aussi appelée « substitution partielle négociée », de la prise en charge de certaines activités familiales ou domestiques ou leur sous-traitance, généralement à d'autres femmes moins dotées en capital social (nourrices, femmes de ménage, etc.). « La

transformation du genre que ce positionnement implique, à travers la reconfiguration des différentes temporalités sociales, questionne tout l'environnement social de l'acteur » dont en premier lieu son environnement professionnel.

b) La réaffectation temporelle générée du nouvel ethos

Les deux auteures soulèvent une autre hypothèse, celle que la féminisation s'inscrirait dans un « mouvement de prise de distance par rapport à certains principes de l'ethos professionnel qui affectent autant les hommes que les femmes dans les jeunes générations (...) révélant une malléabilité du métier plus forte que ne le laissaient croire les façons de l'exercer dans les anciennes générations masculines ». Il n'y a pas de dévalorisation du métier comme certains thuriféraires de l'ancien ethos professionnel sacrificiel le prédisaient mais plutôt avec une réaffectation générée du temps non-professionnel dégage : « les femmes le consacrent plutôt à leur famille et aux tâches domestiques, tandis que leurs collègues hommes prennent du temps pour eux, pour leurs loisirs ». Cette hypothèse est renforcée par la publication de Sophie Divay parue en 2006 portant sur les *Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes*(1) et qui conclut en affirmant que la féminisation de la profession médicale a non seulement des conséquences sur la sphère professionnelle mais aussi dans le domaine privé, avec notamment une disparité homme/femme dans l'exploitation du temps personnel.

Cette hypothèse souffre néanmoins du potentiel écueil, soulevé par Lapeyre & Le Feuvre, qu'est l'*asymétrie discursive de genre*. Ainsi selon cette théorie les différences relevées entre les discours des hommes et des femmes en situation d'entretien (les femmes évoquent plus spontanément des aspirations « d'équilibre » des temps professionnels et familiaux, alors que les hommes revendiquent la recherche d'un « équilibre » individuel, par le truchement de loisirs personnels) ne relèveraient que d'un mécanisme d'ajustement des récits aux injonctions

normatives qui continuent de peser sur l'acceptabilité sociale des pratiques (et aspirations) masculines et féminines en matière d'articulation des temps de vie, et ne se retrouveraient pas en pratique.

Dans son article de 2017 portant sur *La féminisation des enseignants-chercheurs en France : entre conformité et transgression du genre*(28), Nicky Le Feuvre affirme qu'au final trois grandes approches théoriques se dégagent pour appréhender la place des femmes dans les sciences : un premier ensemble de travaux qui met l'accent sur ce que les femmes sont (essentialisation et biologisation de la féminité) et un deuxième sur ce que les femmes font (femmes empêchées d'accéder aux rangs supérieurs de carrières académiques du fait de conditions matérielles objectives défavorables et d'injonctions normatives trop fortes avec une assignation prioritaire aux activités domestiques) : ces deux premiers grands ensembles reposent sur l'idée selon laquelle les femmes ne veulent/peuvent pas « jouer le jeu » de la carrière académique au même titre que les hommes. Le troisième ensemble, comprenant moins de travaux, mettrait plutôt l'accent sur les caractéristiques institutionnelles du monde académique et les facteurs organisationnels, permettant ainsi de penser et théoriser les « systèmes de valeur (ethos) et des principes d'action (praxis) qui régissent les individus sexués investis dans la production et la transmission de connaissances scientifiques ». L'auteur de conclure sur l'erreur que représenterait la volonté d'appliquer un seul schéma analytique à cette multitude de situations diverses, surtout à l'aune d'une réalité et d'un climat sociaux changeants, et sur le fait que « la pluralité des logiques à l'œuvre dans les carrières académiques au féminin constitue ainsi un défi central pour les recherches à venir ».

5. La féminisation comme levier de recomposition professionnelle

a) La médecine générale, laboratoire de la féminisation médicale

Dans l'article publié en 2005 *Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ?* (4), l'auteure Anne-Chantal Hardy-Dubernet émet l'hypothèse que la féminisation des études médicales est significative d'une forme « nouvelle » de répartition sexuelle des professions se constituant ainsi en reflet d'une division du travail remaniée dans les catégories sociales supérieures, s'inscrivant ainsi dans les pas de Georg Simmel. Ce sociologue précurseur « portait [dans les années 1980] un regard bien particulier sur les femmes et qui sut, clairement et très tôt, que leur arrivée sur le marché du travail serait à la fois inéluctable et annonciatrice de nouveautés »(4). Historiquement la féminisation de la médecine n'était en effet pas considérée comme problématique mais plutôt une solution aux manques dans certaines spécialités comme la médecine scolaire la médecine du travail ou en PMI, en creux des carrières et des postes masculins sans remise en cause des « règles établies par leurs confrères »(4).

La réforme de l'internat de 1982 marque un tournant dans cette dynamique avec l'injonction contradictoire offerte aux étudiantes : le raccourcissement des études médicales (ne pas faire d'internat) les condamne à s'orienter vers la médecine générale identifiée à l'époque comme un mode d'exercice très requérant et incompatible avec une vie de famille ; la réalisation d'un internat dit de « spécialité » les obligerait à réaliser plusieurs années dans un environnement, l'hôpital public, paradoxalement considéré comme inhospitalier. La poursuite de la féminisation serait donc selon l'auteure le fait d'un « bouleversement d'une identité professionnelle de genre », dans les deux sens. Le métier perdrait « son identité masculine en même temps qu'il se féminise » du fait d'une dévalorisation du « personnage social » du

médecin lié justement à la féminisation de la profession alors qu'elles étaient auparavant cantonnées à des tâches de soutien subalternes (religieuses, infirmières, épouses). Avec la féminisation on assisterait donc à une bascule dans le modèle même de la médecine générale, faisant « apparaître toute la malléabilité d'une profession qui garde une puissance d'autonomie importante », devenant dans les discours une spécialité « soudainement adaptée aux femmes » (...) parée des attributs de la souplesse ».

Cinq années plus tard en 2010 paraît un article qui va questionner justement cette théorique dévalorisation de la médecine générale : *Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ?*(25), de Nathalie Lapeyre et Magali Robelet. Les auteures y concluent que la féminisation s'inscrit dans un « mouvement de prise de distance par rapport à certains principes de l'éthos professionnel qui affectent autant les hommes que les femmes dans les jeunes générations (...) révélant une malléabilité du métier plus forte que ne le laissaient croire les façons de l'exercer dans les anciennes générations masculines » sans dévalorisation du métier mais avec une réaffectation genrée du temps non-professionnel dégagé : « les femmes le consacrent plutôt à leur famille et aux tâches domestiques, tandis que leurs collègues hommes prennent du temps pour eux, pour leurs loisirs »

Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre dans *Féminisation et aspiration à une meilleure « qualité de vie » : dynamique majeure des classes moyennes supérieures*(29) paru en 2011 proposent d'éclairer l'évolution des pratiques sociales des classes moyennes supérieures sous l'angle du genre par un développement en trois axes : un premier qui met en avant l'hétérogénéité interne des classes moyennes (conditions d'emploi, carrières, modes de vie), un deuxième qui se recentre sur la profession médicale et la façon dont les lignes de différenciation sexuée tendent à s'estomper et un troisième qui s'intéresse plus particulièrement aux jeunes générations de médecins (hommes et femmes) et à la façon dont elles se positionnent en termes

de classe et de normes de modes de vie. L'article développe ainsi l'idée selon laquelle certaines femmes ayant à cœur la volonté de maintenir une « souveraineté temporelle » s'orienteraient ainsi plus vers l'exercice libéral de groupe, plus modulable par nature, que vers une carrière hospitalière, plus « managériale », hiérarchisée et chronophage. Certaines spécialités, dont l'avancement hiérarchique dépendrait plus de critères de « présentéisme » et de soutien des « grands patrons », seraient ainsi délaissées. Dans ce paradigme de pensée il semblerait que la médecine générale, dont l'exercice était traditionnellement isolé, constituerait plutôt un repoussoir pour les femmes, or il n'en est rien et la profession de médecin généraliste se féminise depuis 2004 et la création de la spécialité de médecine générale. L'une des pistes évoquées par l'article pour cet attrait nouveau des femmes pour la médecine générale est qu'il s'est opéré un changement de perception vis-à-vis du modèle de la « disponibilité extensive » sous l'effet à la fois de la féminisation de profession, de la propagation du sentiment de manque de considération vis-à-vis des autres professions des classes moyennes supérieures notamment après la réforme des 35h et de la disparition de la figure de « l'épouse inactive », soutien actif de l'activité professionnelle du conjoint.

b) Le plafond de verre en médecine

Si la féminisation médicale a semble-t-il eu un effet positif sur la recomposition professionnelle « horizontale » entre la médecine générale et les autres spécialités médicales qu'en est-il d'une éventuelle recomposition hiérarchique ?

Plusieurs articles de notre revue de la littérature tentent de répondre à cette question au premier rang desquels celui de Charlotte Rosso paru en 2019 et portant sur le *Plafond de verre pour les femmes dans les carrières hospitalo-universitaires en France*(49).

En médecine l'article de Rosso et al. prouve que les femmes, si elles composent 49 % des effectifs médicaux, ne représentent que 15 % des PU-PH, cette sous-représentation étant

plus importante en anesthésie-réanimation et moins dans les disciplines médicotéchniques. Et s'il n'y a pas de différence en matière de production scientifique, de statut marital et de parentalité entre les femmes et les hommes hospitalo-universitaires, en revanche il existe une différence dans le poids des obligations familiales et dans les préjugés ressentis par les femmes lors de la sélection universitaire. Dans cette étude, les femmes, qu'elles soient MCU-PH ou PU-PH, estimaient plus souvent avoir une tendance à la dévalorisation en situation de compétition et manquer de confiance en elles pour accéder à leur poste. Pendant le processus de nomination, les femmes MCU-PH ont ressenti le passage devant le CNU (Conseil National des Universités) comme une épreuve difficile dans 50 % des cas (contre seulement 16 % pour les hommes) et les femmes PU-PH dans 26 % des cas (contre 17 % pour les hommes) ($p = 0,03$ pour l'effet sexe). En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre femmes et hommes dans la difficulté ressentie pour la déclaration d'intention ($p = 0,38$), ni pour la commission hospitalo-universitaire ($p = 0,15$).

Une piste explicative à ce plafond de verre est proposée dans l'article *Les femmes médecins aujourd'hui : l'avenir de la médecine ?*(31) de Véronique Leblond et al. paru en 2014. Dans cet article trois femmes PU-PH et cheffes de service dans un grand hôpital universitaire parisien tentent de répondre « par leur vécu et par leur cursus » à la problématique du plafond de verre. L'hypothèse avancée est l'absence de soutien institutionnel entre 30 et 40 ans, l'âge où « ça se joue » mais aussi « l'âge des maternités tardives » qui impose des choix souvent en défaveur de la carrière hospitalo-universitaire.

Le phénomène d'autolimitation et le sentiment d'illégitimité évoqués par Rosso. et al. ont été retrouvés par Alice Cathelain dans son article paru en 2019 *Impact du genre sur le choix de carrière parmi les internes de gynécologie-obstétrique : comparaison Lille/Paris*(42). Dans une enquête menée auprès de 73 internes en gynécologie-obstétrique à Lille et à Paris aucune

femme n'envisageait une carrière hospitalo-universitaire contre 50% des hommes ($p=0,001$). L'analyse globale retrouvait comme obstacles le manque de mentor, l'absence d'identification à un modèle du même sexe ou encore des femmes qui doutent plus que les hommes en leurs capacités à réaliser ce type de carrière. La comparaison entre les deux villes montrait que la différence entre les femmes et les hommes est plus marquée à Lille où les internes hésitaient plus à s'engager dans des carrières universitaires et décidaient plus tôt dans leur cursus de ne pas valider les prérequis (master, mobilité et publications) nécessaires à ce type de carrière.

Cette discrimination verticale se retrouve aussi dans d'autres domaines. Tout d'abord celui des publications scientifiques françaises comme le montre *Parité de genre dans les publications scientifiques françaises : le plafond de verre*(41) de A.-L. Feral-Pierssens et al. (2020), une analyse quantitative de publications parues dans quatre revues médicales prestigieuses et du nombre de femmes-auteurs et leur rang, et qui retrouve que les femmes étaient majoritaires pour les rangs d'auteurs « autres » que premier et dernier et que les femmes étaient sous-représentées comme auteurs dans les publications scientifiques médicales françaises ; qui plus est, elles n'apparaissent le plus souvent que sur des places d'auteurs considérées comme subalternes. Ensuite dans *Sous-représentation des femmes intervenant dans les congrès de psychiatrie en France*(43) (2020), J. Pierron et al. mettent en valeur une sous-représentation des femmes en congrès par rapport au pourcentage de féminisation de la spécialité. La proportion de femmes est par ailleurs faible dans les symposiums des compagnies pharmaceutiques (7–24 %), les membres des comités d'organisation et scientifiques (13–33 %) et les présidents de séances (19–28 %), même si elle augmente lentement avec le temps.

Synthétiquement, Delphine Dulong dans *La résistible ascension des femmes : revue de littérature sur la féminisation des métiers à dominance masculine*(33) (2021), partant du constat que la féminisation de l'emploi s'accompagne en général d'un phénomène « de plafond de verre

», expose les trois principales explications apportées par les travaux de SHS à ce phénomène. La première est d'ordre sociologique et éclaire le rôle actif des femmes en lien avec leur socialisation. La seconde est d'ordre anthropologique et pointe la persistance de croyances relatives au « féminin » dans les sociétés contemporaines et notamment certaines particularités féminines qui seraient consubstantielles à leurs caractéristiques biologiques. La troisième est d'ordre organisationnel et met au jour le caractère involontairement discriminant de certaines règles professionnelles. L'auteur conclut que « loin d'être exclusives, ces trois explications sont en réalité autant de facteurs qui participent de manière articulée, quasi systémique, au « plafond de verre ». La recherche actuelle montre, en effet, que ce dernier est le produit de mécanismes subtils, souvent informels et peu visibles, qui ne sont pas en soi et séparément discriminants, mais dont les effets cumulatifs tendent à freiner les femmes dans leur progression. »

E. Discussion

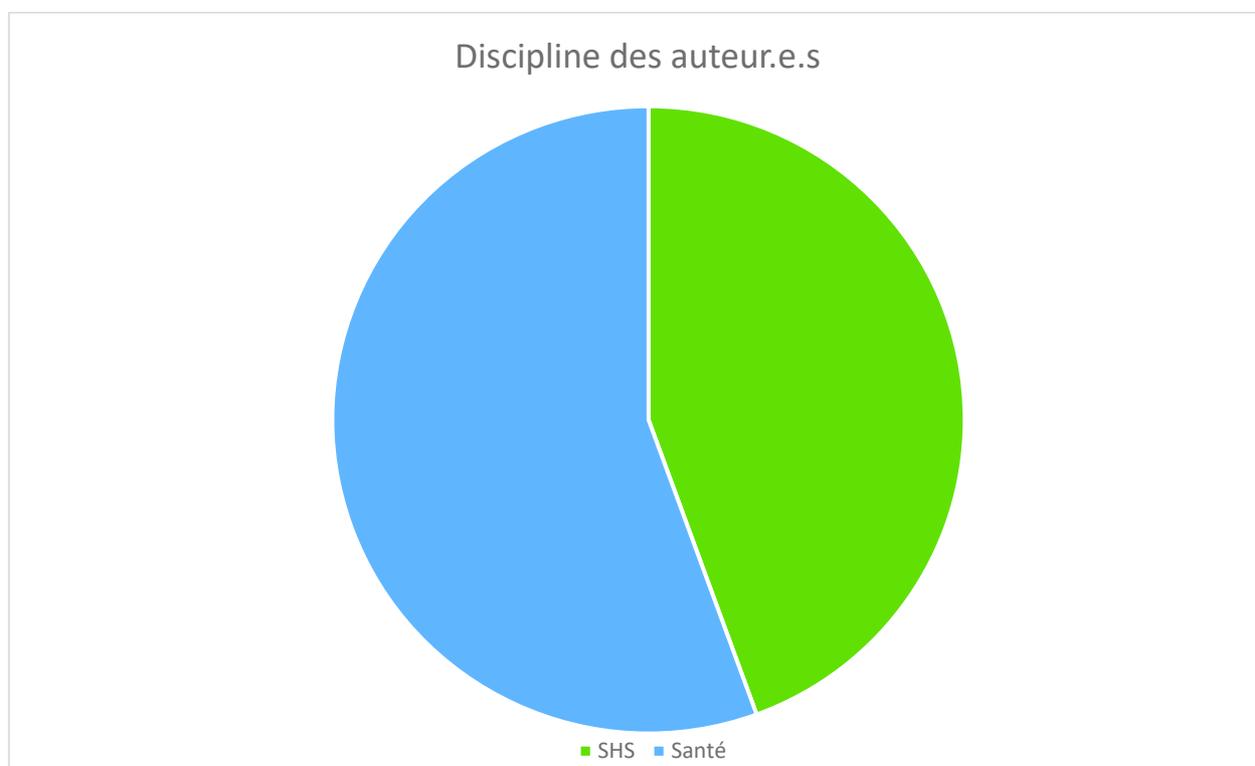
1. Synthèse de la qualité des articles

De prime abord on peut déjà constater une répartition parfaitement égale entre les études qualitatives et quantitatives (9 chacune). De façon assez caricaturale néanmoins on peut aussi remarquer que l'intégralité des études qualitatives ont été menées par des femmes issues des sciences sociales et l'intégralité des études quantitatives ont été menées par des démographes/statisticien.ne.s ou des médecins, matérialisant ainsi à l'extrême la distinction symbolique « sciences dures » = études quantitatives / SHS = études qualitatives.

Parmi les études qualitatives de notre revue de littérature deux noms de chercheuses ressortent fortement parmi les auteurs principaux, ceux de Nathalie Lapeyre (7 occurrences) et Nicky Le Feuvre (6 occurrences), dont les publications explorent un panel très large de thématiques en rapport avec le genre et le travail, en cohérence parfaite avec leurs profils professionnels : Nathalie Lapeyre est sociologue, Professeure des Universités à l'Université de Toulouse Jean-Jaurès, co-directrice du réseau de recherches interdisciplinaire et international MAGE (Marché du Travail et Genre) et du réseau de recherche ARPEGE (Approches pluridisciplinaires du genre, Toulouse) et Nicky Le Feuvre est Professeure de sociologie à l'Institut des Sciences Sociales de l'Université de Lausanne, membre du Laboratoire Capitalisme, Cultures, Sociétés (LACCUS) et du Pôle national de recherche LIVES « Surmonter la vulnérabilité : Perspectives parcours de vie », et mène des recherches comparatives sur la féminisation des professions supérieures (avocat.e.s, médecins, universitaires...) et s'intéresse aux effets sexués du vieillissement au travail.

Afin de retracer plus globalement l'évolution du traitement de la féminisation nous avons souhaité représenter graphiquement certaines données issues de cette revue de la littérature (années de publication, disciplines des auteur.e.s (quel que soit leur position dans la hiérarchie des auteurs), genre des auteur.e.s, thématique de rattachement par année de publication), nous offrant ainsi une recontextualisation historique du cadre analytique et une vision plus globale.

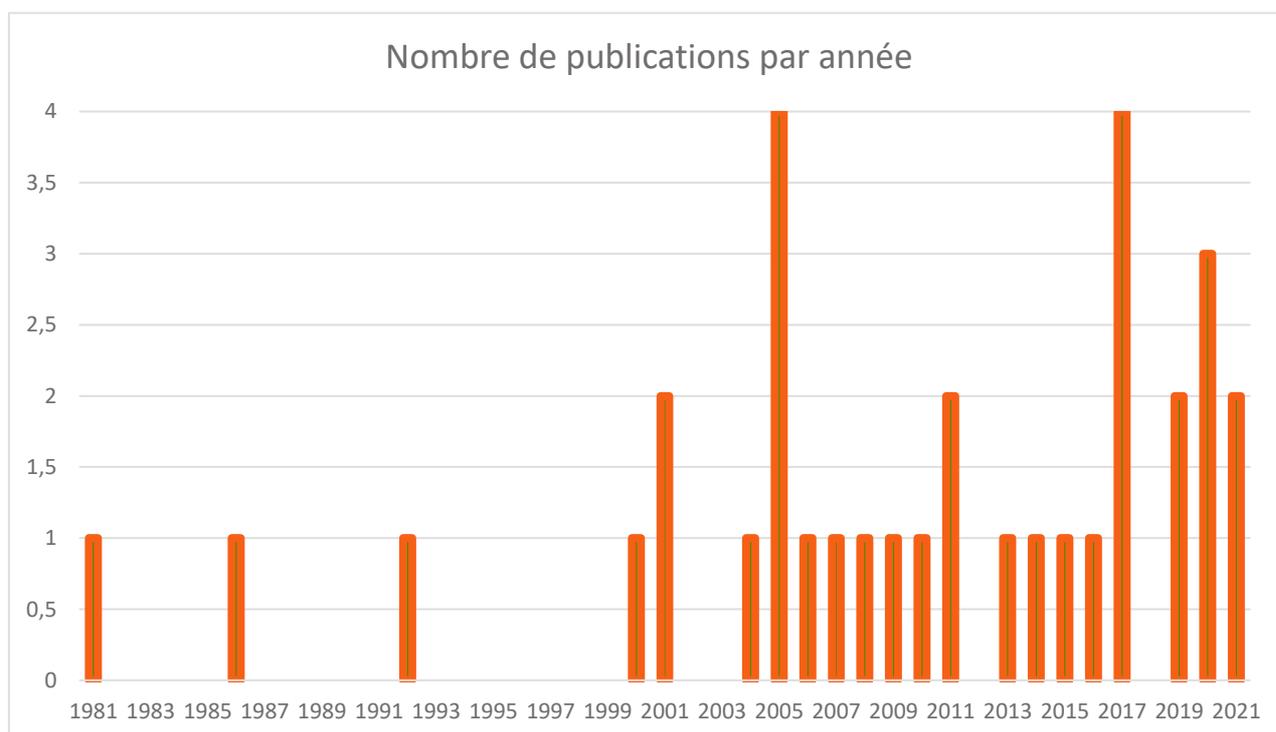
Graphique 1 : Discipline des auteur.e.s des 33 articles sélectionnés (tous rangs confondus)



Ce Graphique 1 montre que quantitativement plus d'auteurs issus du monde médical ou de la santé ont participé à la rédaction d'articles scientifiques que les auteurs issus des sciences sociales mais cette analyse est biaisée : traditionnellement les articles issus du monde médical comportent plus d'auteurs en moyenne que les articles issus des SHS. Si on analyse en nombre d'articles et non pas en nombre d'auteurs alors la conclusion s'inverse : le sujet de la féminisation médicale a été largement plus traité par les chercheurs issus des SHS que par les

chercheurs issus du monde médical, quand bien même depuis quelques années ceux-ci se sont approprié l'exploration de cette thématique. On constate néanmoins là aussi une différence d'approche méthodologique avec une utilisation exclusive de méthodes quantitatives chez les chercheurs issus du monde médical.

Graphique 2 : Nombre de publications par année depuis 1981 (année de publication du premier article inclus)



L'analyse initiale du Graphique 2 et des données sur lesquelles il est basé permet la constatation d'un décalage temporel entre le début du phénomène de féminisation, qui a connu une première accélération au début des années 1980, et la publication d'articles portant sur ledit phénomène, qui s'est semble-t-il accélérée au début des années 2000. Un début de piste explicative nous est offert dans l'article d'Anne-Chantal Hardy-Dubernet de 2005, *Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions* (4)

On y apprend que « l'apparition » des femmes en médecine et plus spécifiquement en médecine générale est intrinsèquement liée à la réforme de l'internat de 1982 qui survient dans une

période, à la fin des années 1970, durant laquelle il existe une « éternelle pléthore médicale ». Cette surabondance professionnelle médicale devient une « question de santé publique car elle s'inscrit dans un contexte de crise économique, de chômage croissant et de déficit de la sécurité sociale » et ce parallèlement à l'arrivée dans l'enseignement supérieur de plus en plus d'étudiants, conséquence tardive du baby-boom post-seconde guerre mondiale. A cette époque le *numerus clausus*, introduit en 1972 pour justement réguler l'afflux d'étudiants arrivant en études de médecine, reste relativement élevé. Ces deux réformes à dix ans d'intervalle permettent ainsi à l'Etat de transformer le nombre de médecins et la spécialisation (l'Etat craignait qu'une surabondance de médecins spécialistes augmente les dépenses de santé et entraîne un déséquilibre géographique de la densité médicale) en variables d'ajustement décidées au niveau national. Dans ce contexte la réforme de 1982 et l'instauration du concours sélectif avec mise en place d'un concours de « spécialités » en sus de la séparation de la médecine générale (qui était accessible sans concours) est vue comme une solution « à la fois quantitative et méritocratique ».

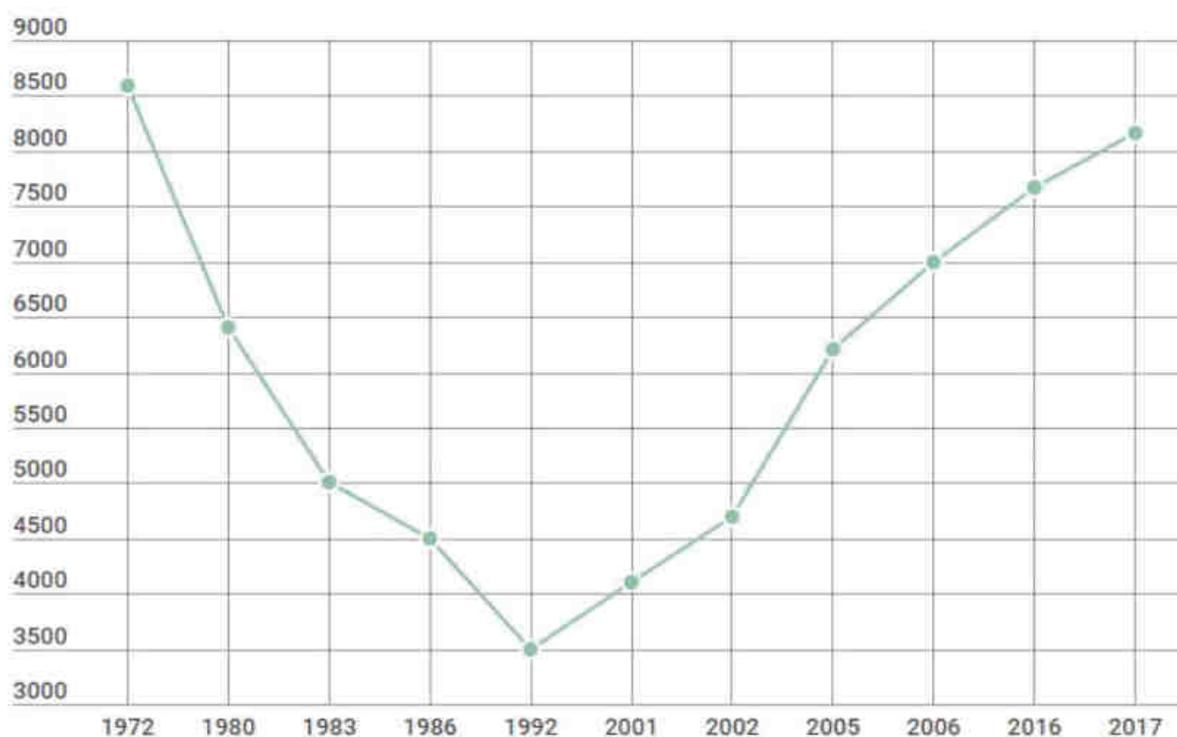
Un des effets inattendu de cette réforme est « l'apparition des femmes » comme une nouvelle donnée de l'exercice de la médecine. En réalité les femmes ne sont pas « apparues » mais elles ont été rendues visibles par la réforme : si « les premières générations d'étudiantes soumises à cette réforme étaient porteuses de représentations nourries chez leurs aînées et bon nombre d'entre elles anticipaient une carrière de spécialiste médicale »(4), les suivantes s'affranchissent de ces préconceptions et privilégient rapidement, majoritairement pour raison familiale, la médecine générale.

L'accélération de la féminisation de la médecine générale suite à la réforme de l'internat fut spectaculaire : en 1978 seulement 38,6% des femmes qui sont entrées en deuxième année de

médecine finissent par choisir la médecine générale quelques années plus tard. En 1980, elles sont **80,6%**.

Or si l'on se penche sur l'évolution du numerus clausus de 1972 (date de sa création) à 2017 on retrouve une évolution en V (Graphique 3).

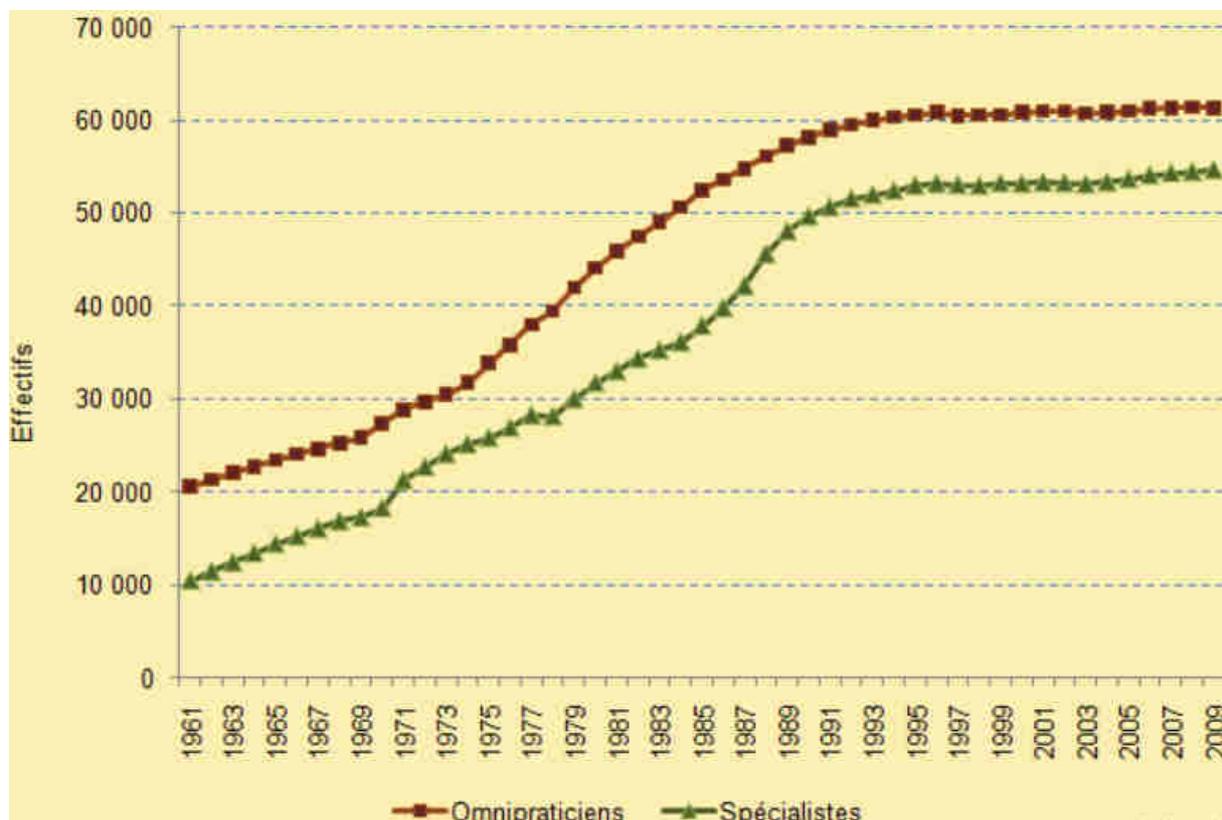
Graphique 3 : Evolution du numerus clausus de 1972 à 2017(71)



Que constate-t-on ? L'évolution en V du numerus clausus atteint son nadir en 1992 avec environ 3500 étudiants seulement autorisés à passer en 2^{ème} année de médecine sur toute la France. Or on sait qu'il existe un décalage temporel d'au moins 6 ans (pour les médecins généralistes) et 9 à 11 ans (pour les spécialistes médicaux-chirurgicaux) entre l'entrée en formation et l'arrivée sur le marché du travail médical, ce qui nous amène aux environs des années 2000.

Que se passe-t-il pour les effectifs de médecins aux environs des années 2000 ? Au mieux ils stagnent, comme le montre le Graphique 4.

**Graphique 4 : Evolution de la démographie des médecins (omnipraticiens/spécialistes)
libéraux en effectifs(72)**

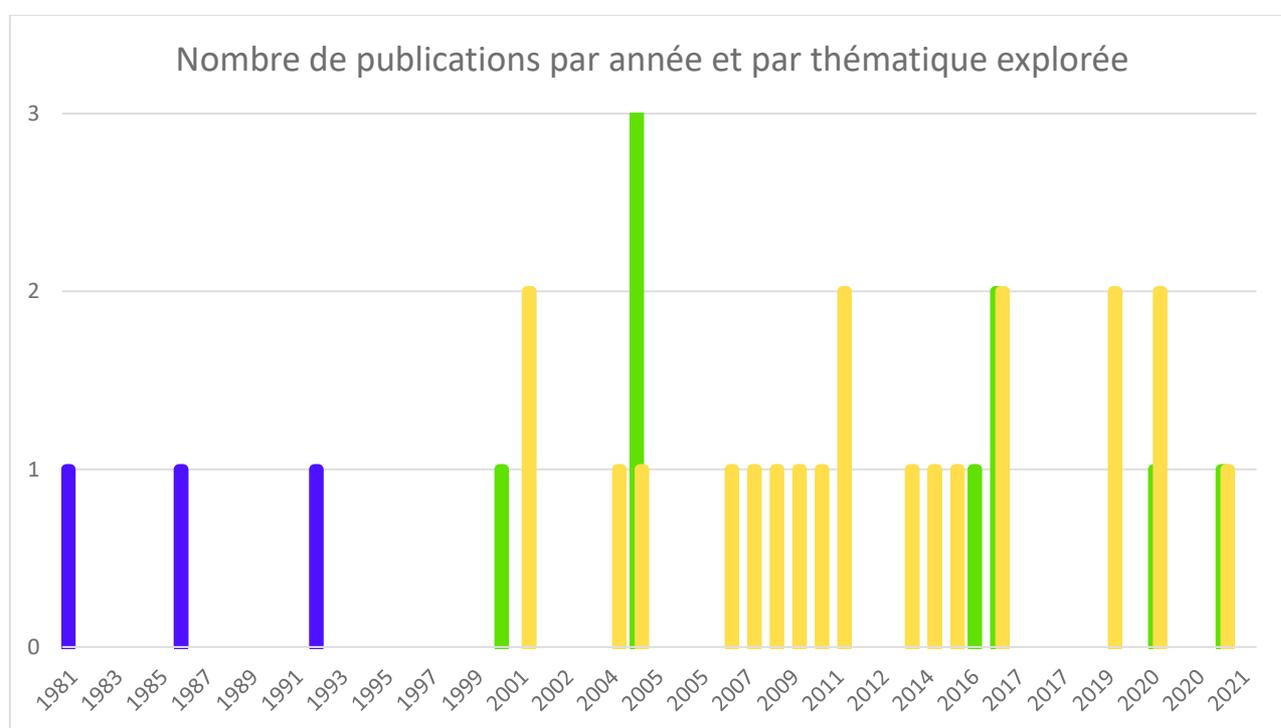


Parallèlement à cette stagnation des effectifs des médecins liée à une diminution drastique du *numerus clausus* au cours de la décennie précédente (entraînant un non-renouvellement générationnel) et à la féminisation de la profession qui, on l'a vu, a des effets sur les dynamiques organisationnelles professionnelles, un troisième paramètre va rentrer en jeu : l'augmentation de la consommation de soins en lien avec le vieillissement de la population et le progrès scientifique. Un rapport de la DREES sorti en 2017(73) révèle l'évolution du nombre de passages annuels aux urgences de 1996 à 2015 : d'un indice base 100 on passe à un indice base 193 soit un quasi doublement en 20 ans.

On peut émettre l'hypothèse que la conjonction de ces paramètres a poussé l'Etat, à travers ses instituts statistiques, à la documentation de la démographie médicale à la fin des années 1990 à des fins anticipatoires, dans un contexte de tension débutante sur l'offre de soins disponible.

Les sciences sociales, s'appuyant sur ces données chiffrées, sont venues secondairement tenter de donner une lecture au phénomène autre que quantitative et surtout étayer les conséquences potentielles du phénomène de féminisation. Du reste il est intéressant de noter l'évolution dans le temps des thématiques explorées par les chercheurs, et ce d'autant plus si on les subdivise en 3 sous-catégories : ceux s'appuyant sur des importations théoriques pures, ceux descriptifs/statistiques et ceux s'attendant à identifier des causes et conséquences au phénomène de féminisation.

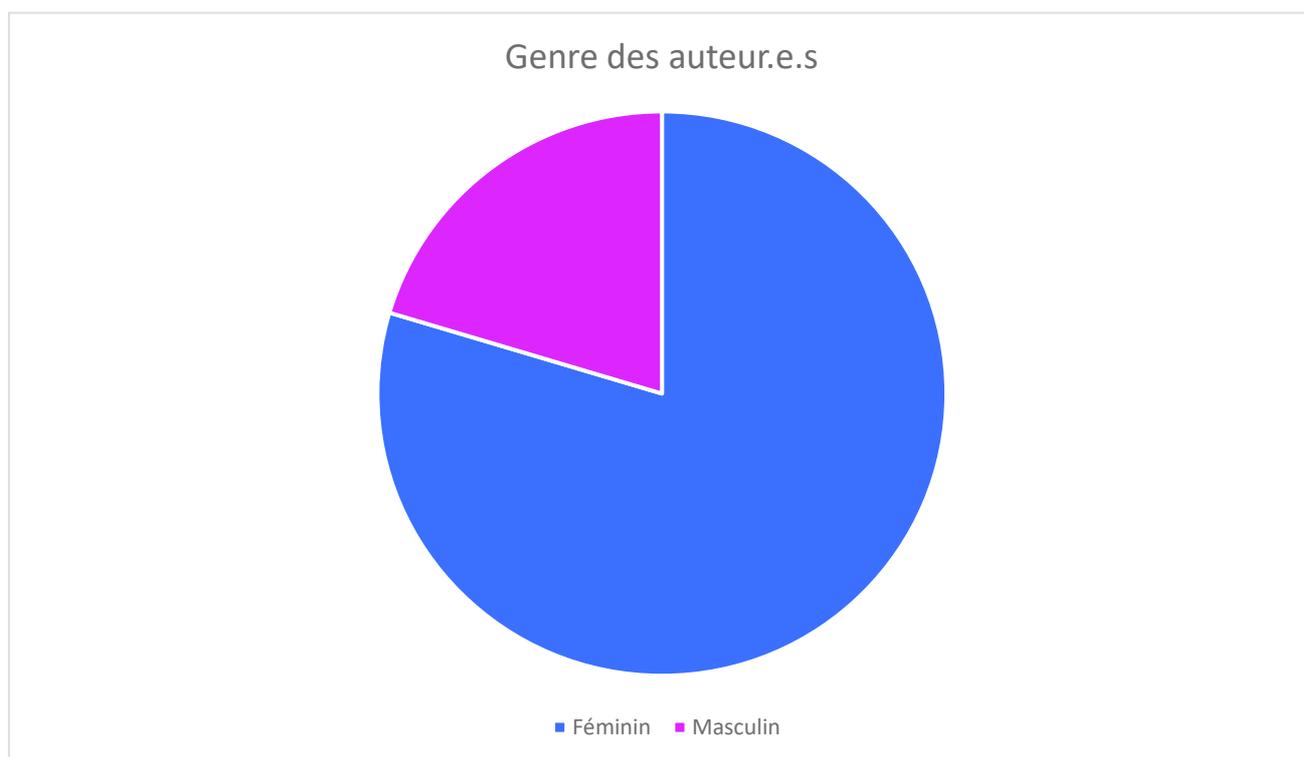
Graphique 5 : Nombre de publications par année et par thématique explorée



Légende : en violet les articles théoriques « purs », en vert les articles descriptifs/statistiques, en ocre les articles plus orientés « SHS » s'attendant à identifier les causes et conséquences du phénomène de féminisation. On voit ici une évolution assez nette de la façon dont les articles ont abordé la problématique avec un gradient temporel importation théorique > descriptif > analyse sociologique, à mettre en perspective avec un autre constat : l'arrivée très tardive des chercheurs issus du monde médical dans le traitement de la thématique de la féminisation, le

premier article de recherche inclus dans cette revue la littérature issue du monde médical étant l'œuvre de Charlotte Rosso et. al publié en... 2019, soit près de 40 ans après l'entrée massive des femmes sur le marché du travail médical et plus de 20 ans après le début du traitement de la question par les sciences sociales. Est-ce à dire que le monde médical et sa formation sont hermétiques aux SHS ? Un article écrit en 2015 par Maxence Gaillard et Nicolas Lechipier, *Relever le défi d'introduire aux sciences humaines et sociales en première année commune des études de santé. Mise en perspective de quelques pratiques pédagogiques*(74), le laisse entendre. Cet article souligne la difficulté de sensibiliser les futurs médecins aux SHS a fortiori dans le contexte anxiogène de la première année où l'encadrement est lacunaire et dans un cadre évaluatif centré sur les QCM.

Graphique 6 : Genre des auteur.e.s des 33 articles sélectionnés (tous rangs confondus)



Ce sixième et dernier graphique, qui présente le genre des auteur.e.s des 33 articles sélectionnés, nous montre un important déséquilibre : 79,63% des auteurs sont en réalité des auteures/aatrices alors que seulement 20,37% sont des hommes. Et si l'on subdivise par discipline de

rattachement, ce chiffre de 20% d'hommes est artificiellement gonflé par l'appropriation tardive de l'exploration de la thématique par les médecins et notamment par les médecins hommes qui se sont greffés en Xème auteur sur les articles de recherche issus du monde médical (aucun en premier auteur). Concernant les articles de sociologie, la répartition est encore plus caricaturale : 100% des articles ont été écrits par des chercheuses.

Notre revue de la littérature semble donc apporter des réponses, si ce n'est exhaustives tout du moins justifiées, aux questions intermédiaires de recherche que nous avons identifiées. Après avoir montré que le phénomène de féminisation de la profession médicale est massif mais inhomogène horizontalement et verticalement, nous avons aussi vu qu'il est annonciateur d'un basculement majeur (qui est déjà en train de s'opérer) de l'ethos médical et que l'organisation de l'offre de soin toutes spécialités et tout mode d'exercice confondus s'en retrouvent profondément modifiés.

Dans *Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France*(36), Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre mettent en avant le fait que le terme de « conciliation » travail-famille relève en lui-même de l'euphémisme et occulte l'aspect réellement conflictuel de ladite « conciliation ». Il est par ailleurs quasi-exclusivement conjugué au féminin, sous-entendant que l'obligation de conciliation repose uniquement sur les femmes. Les auteurs affirment que, malgré la théorique attribution de cette problématique de la conciliation travail-famille aux femmes, la réalité est moins caricaturale et nécessite de penser le « non-genre » afin de définir les « indicateurs empiriques d'une situation où l'entrée des femmes dans ces professions s'accompagnerait d'une véritable remise en question des fondements matériels et symboliques de la subordination des femmes ». Si les récits bibliographiques ont montré que les femmes s'approprient la thématique de la conciliation, parfois comme choix de vie revendiqué de mener de front leurs vies professionnelle et familiale ou au contraire une priorisation du travail néanmoins vécue comme

généralement culpabilisée, certaines (rarement) choisissent une troisième voie « dé-sexuée » avec un détachement volontaire et assumé de l'assignation a priori de la femme à la « conciliation travail-famille » s'inscrivant alors dans un projet féministe de transformation sociale.

Mais les choses ont-elles vraiment changé depuis la parution de cet article il y a 17 ans (2004) ? Les femmes médecins se sont-elles depuis réellement approprié leurs projets professionnels au point de réussir à mettre consciemment à distance leurs conditionnements de genre via l'adoption, conscientisée ou non, de la voie « dé-sexuée » ?

Il semblerait que la réponse à ces questions soit : oui, partiellement. Il y a fort à parier que les paroles de Jean-Martin Charcot, prononcées devant la Polonaise Caroline Schultze lors de sa soutenance de thèse en 1889 (« Voilà les femmes médecins, maintenant : du premier coup elles convoitent les places d'interne dans nos hôpitaux. Elles veulent exercer la médecine dans les grandes villes, et elles se gardent bien d'aller soigner les malades de nos campagnes. Ces prétentions sont exorbitantes, car elles sont contraires à la nature même des choses. Elles sont contraires à l'esthétique... Les femmes médecins pensent à elles beaucoup plus qu'à l'humanité. Elles aspirent à prendre le premier rang, les places lucratives. Cependant, j'en conviens. elles pourraient être utiles comme surveillantes dans nos hôpitaux. Mais elles sont trop ambitieuses... Je conclus : les femmes médecins n'ont pas d'avenir et elles ne seront jamais que l'exception ! »(78)) ne soient probablement pas aussi bien accueillies aujourd'hui qu'à l'époque, même si on en retrouve des succédanés édulcorés dans certains entretiens réalisés dans le cadre d'enquêtes qualitatives retenues dans cette revue de la littérature.

Parallèlement à la féminisation du corps médical le climat social a évolué, avec une part plus importante accordée au féminisme et à la question du genre, a fortiori à la question du genre dans le travail et ses spécificités. On pourrait affirmer qu'il y a plus de place à la critique

qu'à certaines époques, et la popularisation de concepts tels que le plafond de verre ou le « boys' club » (« groupe d'hommes âgés, fortunés et blancs qui détiennent un pouvoir politique » (Delvaux 2017) et dont les femmes sont exclues) ont permis un armement discursif qui a en retour catalysé la critique sociale féministe, créant un cercle vertueux anti-discriminatoire au centre duquel se sont engouffrés des mouvements populaires « organiques » tels que #MeToo ou les Femen qui ont reçu une publicité certaine. En médecine, l'augmentation récente de l'exploitation par les chercheurs des thématiques de la féminisation médicale ou des violences sexistes à l'hôpital semble matérialiser l'appropriation par le milieu hospitalo-universitaire de cette problématique, quand bien même celle-ci est très retardée par rapport aux chercheurs en sciences sociales. La parution de livres comme *Omerta à l'hôpital : le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé* de Valérie Auslender, sorti en 2017, ou *Silence sous la blouse*, de Cécile Andrzejewski, publié en 2019, semble-t-elle aussi relever d'une certaine libération salutaire de la parole des femmes professionnelles de santé.

Mais cela a-t-il vraiment profondément modifié l'ethos volontiers masculinisé de la socialisation médicale ailleurs que dans la façon dont les médecins hommes et femmes réinvestissent leur temps libre nouvellement acquis ? Le développement de la « culture ambulatoire » notamment au cours de l'internat, où semble-t-il les pressions de genre s'exercent moins que dans un environnement institutionnel (l'hôpital), pourrait-il exercer comme une deuxième phase de socialisation médicale extra-hospitalière et comme espace critique de l'habitus professionnel précédemment incorporé ?

La réalisation de ce « panorama » analytique (se voulant) exhaustif de l'état de la recherche en médecine et en sciences humaines sociales sur le phénomène de féminisation du corps médical est par ailleurs doublement justifiée : cette revue de la littérature, en plus de mettre en avant les axes explorés, et donc indirectement les limites actuelles de la recherche, et la réintégrer historiquement, est contextuellement nécessaire.

En effet si l'on considère que le phénomène de féminisation a connu une accélération significative après la réforme du concours de l'internat en 1982 il paraît légitime de se questionner sur les effets conjugués de la double réforme actuelle qui va remodeler profondément les modalités d'accès au cursus médical et à la spécialisation en fin de deuxième cycle, et dont le point commun est la réintroduction d'oraux dans le processus de sélection.

De nombreux articles de sciences sociales se sont penchés sur l'influence du genre dans la réussite scolaire, et certains spécifiquement sur la réussite scolaire aux examens oraux en fonction du genre, et les conclusions sont peu équivoques : dans un article de 2004 de Nicole Mosconi(79) on apprend que « les méta-analyses récentes concluent plutôt que les enseignant-e-s auraient en moyenne 44% des interactions avec les filles et 56% avec les garçons. Ils les interrogent plus souvent et plus longtemps, répondent plus à leurs interventions spontanées, leur donnent des consignes plus complexes, quand ils sont en position scolaire haute, les gratifient de plus d'encouragements et aussi de plus de critiques (Mosconi, 2001). », permettant ainsi aux hommes d'exercer plus régulièrement et plus efficacement leurs capacités oratoires. Cette hypothèse est étayée dans une autre étude écrite en 2016 par Annette Jarlégan qui montre que dès l'école primaire les dynamiques interactionnelles contraignent les filles « à développer des stratégies qui visent à se limiter dans les échanges avec les adultes, à prendre moins de place que les garçons »(80).

Un des effets les plus récents et les plus parlants sur la sélection scolaire à l'aune du genre, non pas dû à l'instauration d'oraux mais à la suppression de ceux-ci, vient de l'École Normale Supérieure (ENS). Le concours Lettres de l'ENS, normalement basé sur des épreuves écrites et orales, n'a pu être constitué que d'un écrit en 2020 en raison de la crise sanitaire, les futurs normaliens en filière littéraire étant victimes de restrictions de déplacement.

Conséquence sur les résultats d'admission ? « Alors que sur les cinq dernières années, le taux moyen de femmes admises au concours littéraires (...) était de 54 %, cette année, le chiffre grimpe à 67 %. Si l'on considère seulement la section A/L qui fournit trois quarts des places littéraires de l'école de la rue d'Ulm, l'écart est encore plus important. On passe de 59 % sur les cinq dernières années à 78 % en 2020 ». Cette « surperformance des femmes comparée aux années précédentes »(81) ne peut s'expliquer par une composition différente du pool de candidats en termes de genre : « la proportion de femmes dans la section Lettres fait montre d'une constance remarquable : 70 %, 71 % et 70 %, respectivement pour les concours 2017, 2018 et 2019 ». Frédéric Worms, philosophe et directeur adjoint de la section Lettres, se refuse à voir une discrimination à l'aune du genre : « Les précédentes années, nous avons rendu les jurys d'oraux paritaires. »

Jeanne Boisselier, docteure en psychologie sociale et du travail, spécialisée sur les discriminations et les stéréotypes dans l'emploi, explique dans le même article à propos de ces oraux : « Ils fonctionnent un peu comme une grille de lecture sous-jacente, pas forcément consciente ni volontaire. (...) L'image qui persiste des femmes est plutôt la possession de qualités interpersonnelles comme la sociabilité, l'altruisme ou l'empathie, ou la capacité de gestion des tâches quotidiennes. (...) La compétence, l'ambition, l'expertise, la rigueur et la persévérance, par exemple, concordent plus avec le stéréotype masculin. (...) Les recherches montrent par ailleurs que quand les personnes ont conscience que le contexte est potentiellement discriminant à leur encontre, elles doivent assumer un stress, ou un enjeu supplémentaire : celui de ne pas confirmer le stéréotype, et de ne pas être victime de discrimination. C'est un stress qui se surajoute, en arrière-plan, au stress de l'examen en lui-même, et que n'ont pas à assumer leurs concurrents. Cela a été théorisé sous le nom d'*effet de la menace du stéréotype* ».

Selon Jean-François Amadiou, sociologue et directeur de l'Observatoire des discriminations, le jury n'est souvent pas conscient des biais s'exerçant lors des épreuves orales(82). Il s'agit alors de sensibiliser ces professeurs à leurs propres préjugés pour ensuite en limiter les effets.

Cela a-t-il été fait pour les réformes récentes du premier et deuxième cycle ? Si l'on en croit les nombreux recours soumis par les candidats à l'entrée en deuxième année et finalement recalés il semblerait légitime d'à tout le moins se poser la question, certains candidats affirmant que « Nous n'avons eu aucune formation avant de passer l'oral, aucun document... On nous a dit de ne pas nous inquiéter, que le jury serait bienveillant (...) Mon sujet portait sur le racisme, on m'a demandé ce que je pensais des pâtisseries qui s'appellent encore « tête de nègre » »(83). Concernant la réforme du deuxième cycle censée introduire les ECOS, une épreuve d'évaluation clinique comptant pour 30% de la note donc du classement final en fin de sixième année, le texte de cadrage précisant les supports de travail et les modalités d'évaluation n'était toujours pas publié début octobre 2021 et les organisations étudiantes manifestaient leur colère et leur désarroi devant ce sentiment d'abandon(84).

2. Limites

Au-delà des biais de sélection et de publication consubstantiels à toute revue de littérature la première et plus importante limite constatée est semble-t-il le faible nombre d'articles de qualité publiés sur le sujet. Les critères d'inclusion que nous avons définis étaient volontairement larges pour inclure le maximum de références possibles et malgré cela nous n'avons réussi à en inclure qu'une grosse trentaine, malgré l'inclusion de certains articles (de qualité) dont le rapport avec la féminisation de la profession médicale n'était que tangenciel.

Sur un plan méthodologique certains des articles sélectionnés ne détaillent pas ou peu les caractéristiques de la population choisie, notamment les études qualitatives et la sélection d'enquêtés, faisant planer la menace d'un biais d'échantillonnage.

L'impossibilité d'utiliser un seul et même algorithme de recherche s'est aussi révélée problématique, imposant la multiplication de combinaisons de mots-clefs présélectionnés pour s'assurer de ne pas laisser passer un article pertinent au travers de notre tamis de recherche, en plus de la qualité fluctuante des moteurs de recherche dont certains relèvent quasiment de l'inexploitable.

Par ailleurs la non-utilisation de grilles de lecture standardisée telle que par exemple la grille COREQ(75), découverte après la rédaction de la partie « Matériel et Méthode », a probablement rendu le jugement de la qualité des articles inhomogène et peu reproductible.

La non-inclusion (volontaire) d'articles de recherche non francophones est très probablement un des plus gros écueils de ce type de travaux. Si cela offre une protection contre le biais culturel, c'est-à-dire le risque de transposition à la situation française d'une grille de lecture « étrangère » potentiellement inadaptée, cela nous prive aussi d'un puissant outil de mise en perspective. Nicky Le Feuvre, notamment, a co-écrit en anglais dans les années 1990 plusieurs articles (76) au croisement des sociologies du travail et du genre. Sa co-autrice était Rosemary Crompton, sociologue et universitaire britannique de référence dans ses domaines de spécialité à savoir le genre et la classe sociale(77).

F. Conclusion

Cette revue de la littérature a mis en avant la nécessité, l'importance et la pertinence de l'utilisation des SHS pour offrir des précisions aux données chiffrées produites notamment par les instituts statistiques. Après inclusion de 33 articles de recherche, il apparaît que les données quantitatives n'apportaient qu'une explication superficielle et insuffisante au phénomène de féminisation médicale. Les recherches qualitatives en SHS, sous l'impulsion exclusive de femmes sociologues et notamment Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre, ont partiellement comblé ces lacunes et ont offert des pistes de réflexion pour mieux définir et expliquer à la fois les causes et les conséquences du phénomène de féminisation médicale, via par exemple la mobilisation de multiples concepts parmi lesquels le « contrat de genre », l'ethos ou le « plafond de verre ».

La féminisation, qui se révèle dans le contexte de la réforme du concours de l'Internat de 1982, va être mise en cause dans le processus de désertification médicale et de difficultés d'accès aux soins, alors que c'est très majoritairement la diminution (volontaire, par l'Etat) du *numerus clausus*, dans un but de régulation de la dépense médicale, qui en est responsable.

Cette féminisation demeure cependant inhomogène. Il existe un solide plafond de verre pour les femmes envisageant une carrière hospitalo-universitaire et certaines spécialités notamment chirurgicales sont particulièrement délaissées, au contraire de la médecine générale qui semblait pourtant initialement peu attractive pour les femmes médecins.

L'organisation du travail médical et la répartition des tâches sont elles aussi fortement genrées, sous l'influence d'une institution, l'hôpital public, qui constitue un lieu fertile pour la propagation d'un ethos professionnel volontiers masculin. La socialisation professionnelle y est aussi polarisée par le genre et joue un rôle fondamental dans les choix de carrière. Une démarche

réflexive des décideurs politiques semble nécessaire pour inverser cette tendance et définitivement entériner la volonté du dépassement de genre au niveau institutionnel.

Cette revue de la littérature nous permet par ailleurs d'envisager plusieurs pistes de recherche.

Il semblerait pertinent d'analyser les effets des deux dernières réformes des études médicales (suppression du *numerus clausus* remplacé par un *numerus apertus*, réforme du Deuxième Cycle avec suppression de ECN) et surtout l'impact de la réintroduction des oraux dans les processus de sélection à la fin de la première et de la sixième année, notamment sur le genre et l'origine sociale des étudiant.e.s recruté.e.s, leur anonymat étant ainsi levé.

Une évaluation de l'influence du développement de la filière ambulatoire dans le processus de socialisation professionnelle pourrait permettre de mesurer en creux l'importance de l'institution hospitalière dans l'incorporation de l'ethos médical. Les lieux de stage étant de plus en plus ambulatoires durant l'internat de médecine générale, cet ethos médical est susceptible d'évoluer plus rapidement pour les étudiants en médecine générale et les jeunes médecins généralistes.

Il semblerait donc intéressant de questionner les internes des générations les plus récentes sur leur rapport au genre et sur la façon dont le potentiel « dépassement de genre » se manifeste dans leurs pratiques, leurs ambitions professionnelles et dans leurs vies privées.

Sur le plan de la démographie médicale et de la régulation territoriale de l'offre sanitaire il apparaîtrait aussi légitime de questionner les éventuels motifs de non-installation, surtout si l'on considère les spécificités genrées de la gestion du temps non-médical et des centres d'intérêt extra-professionnels. Il semblerait que l'Etat et les services chargés de la gestion de l'offre de soins ne puissent faire l'économie d'une analyse genrée de la situation.

Considérant ces informations et les spécificités du corps médical mises en avant dans cette revue de la littérature (forte reproduction sociale et endogamie préexistantes et fortement ancrées, ethos médical virilisé, plafond de verre, faible perméabilité aux sciences sociales) il apparaît plus que jamais **crucial** de poursuivre les recherches en sciences humaines et sociales et de, cette fois-ci, faire en sorte que le milieu médical n'attende pas 37 ans après la réforme pour s'approprier l'exploration de ses éventuelles conséquences sur la féminisation du corps médical et sur la médecine et sa pratique en général.

VU
Strasbourg, le... 12/10/2021
Le président du jury de thèse
Professeur.....

Professeur Carmen M. SCHRODER
P.U. - P.H.
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Tél : 03 88 11 62 18 - Fax : 03 88 11 64 36
N° RPPS : 1000472105 5

VU et approuvé
Strasbourg, le... 12 OCT. 2021
Le Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



ACRONYMES

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, établissement public national sous la tutelle directe des ministres chargé de la Santé et des Affaires sociales

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNIS : Conseil National de l'Information Statistique

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques, direction de l'administration publique centrale française, qui dépend du ministère du Travail

DESL : Département des Études et des Statistiques Locales

DGCL : Direction Générale des Collectivités Locales

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, direction de l'administration publique centrale française produisant des travaux de statistiques et d'études socio-économiques. Elle dépend des ministères dits « sanitaires et sociaux » et du ministère de l'Économie et des Finances.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques, c'est une direction générale du ministère de l'Économie et des Finances. Il a pour mission de collecter, analyser et diffuser des informations sur l'économie et la société française sur l'ensemble de son territoire.

MESRI : Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

MG : selon le contexte Médecine Générale ou Médecins Généralistes

PU-PH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SIGAPS : Système d'Interrogation de Gestion, d'Analyse des Publications Scientifiques initié au CHRU de Lille en 2002, financé par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins, une direction générale du ministère de la Santé) dédié au recensement, à l'évaluation et la valorisation des publications scientifiques d'un établissement ayant des activités de recherche médicale afin notamment de déterminer les dotations financières étatiques

SIES : Systèmes d'Information et des Etudes Statistiques, service statistique ministériel de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

SISE : Système d'Information sur les Suivi des Étudiants, enquête annuelle du ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche qui fournit une photographie de la population étudiante au 15 janvier de chaque année

SNIR : Système National Interrégimes, document édité par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) qui résume l'ensemble des honoraires perçus par un médecin pour une année civile

LEXIQUE

Ethos professionnel : selon Anne Jorro (2013), ensemble de valeurs intériorisées par l'acteur et qui se concrétisent dans l'activité professionnelle. En situation professionnelle, l'éthos professionnel conduirait tout acteur à agir en tant qu'acteur porté par des significations construites en fonction des valeurs et des normes de l'activité en jeu, à interroger son positionnement dans l'action ou encore à défendre des valeurs en situation professionnelle

Genre : selon Thomas Laqueur, désigne la réalité des expériences sociales et culturelles des êtres sexués par opposition au sexe qui, toujours selon Thomas Laqueur, ne désigne que les caractéristiques anatomiques des êtres humains

Habitus : selon Pierre Bourdieu les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des habitus, systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est à dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente de fins et de maîtrise expresse des opérations nécessaires sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles, et, étant tout cela, collectivement orchestrées sans être le produit de l'action organisatrice d'un chef d'orchestre

Panique morale : selon Stanley Cohen (1972), épisode au cours duquel « une condition, un incident, une personne ou un groupe de personnes sont brusquement définis comme une menace pour la société, ses valeurs et ses intérêts (...) Parfois l'objet de la panique est plutôt inédit et parfois il existe depuis longtemps mais surgit soudain en pleine lumière. Parfois la panique passe et n'existe plus que dans le folklore et la mémoire collective ; d'autres fois elle a des conséquences plus durables et peut produire des changements dans les lois, les politiques publiques ou même dans la manière dont la société se conçoit. »

Socialisation professionnelle : selon Robert Merton, processus par lequel les individus sont initiés à leur culture, ce qui comprend l'acquisition des attitudes, des valeurs, de l'habileté technique et des modèles de comportement constituant les rôles sociaux établis dans une structure sociale

ANNEXE

Figure 3 : tableau des articles sélectionnés

N° attribué	Auteur.e.s	Titre	Revue	Discipline(s)
Description			Méthodologie	Année
1	Nathalie Lapeyre & Nicky Le Feuvre	Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé	Revue française des affaires sociales 2005; 59–81	Sociologie
<p>L'article propose d'identifier les déterminants des éventuelles spécificités d'exercice des femmes par delà les deux grilles de lecture traditionnelles que sont l'« universalisme » (qui défend l'idée que les femmes sont des « médecins comme les autres » qui vont reproduire l'ethos professionnel médical édicté par les précédentes générations de médecins très majoritairement masculines) et l'« essentialisme » (qui va se concentrer sur les spécificités féminines de la pratique médicale et les risques qu'elles incarnent pour l'avenir de la profession et pour sa valeur sociale externe du fait de la remise en question de l'ethos professionnel sacerdotal de la « disponibilité permanente »). Les auteurs affirment l'existence d'un « processus généralisé de modification du rapport des médecins à l'exercice professionnel » avec des « expériences (...) de plus en plus indifférenciées en fonction du sexe » avec une « distanciation grandissante de la profession à l'égard des rigidités temporelles qui étaient au cœur de l'ancien ethos professionnel » et conseillent aux pouvoirs publics de « réfléchir davantage [aux] effets de la dynamique du genre sur les aspirations de l'ensemble des médecins – hommes et femmes – quant aux conditions d'exercice de leur profession à l'avenir ».</p>			<p>Etude qualitative (comportant un volet quantitatif avec analyse secondaire de données statistiques) s'appuyant sur une centaine d'entretiens biographiques approfondis, effectués en trois vagues successives au cours des années 1992-2002 auprès de femmes et d'hommes médecins exerçant dans différents secteurs d'activité et présentant divers parcours professionnels et familiaux.</p>	2005
2	Sabine Bessièrè	La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage	Revue française des affaires sociales 2005; 19-33	Sociologie
<p>L'article propose de rassembler et de comparer les données chiffrées (fournies entre autres par la DREES, le CNOM et l'INSEE) sur la féminisation de différentes professions de santé en les répartissant en trois groupes : très fortement et depuis longtemps féminisées (infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, etc.) avec plus de 70% de femmes ; majoritairement féminisées mais en forte évolution à la hausse ou à la baisse (pharmaciens, pédicures-podologues) ;</p>			<p>Article de synthèse quantitative des différentes données de démographie médicale mises à disposition par des sources diverses (répertoire ADELI (ancêtre du RPPS), CNOM, INSEE ou DREES) avec ébauche de</p>	2005

	<p>majoritairement masculins (kinésithérapeutes, médecins, chirurgiens-dentistes, etc.). Plus spécifiquement sur l'analyse de la féminisation de la profession médicale l'auteur aboutit aux conclusions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les femmes devraient devenir majoritaires dans l'exercice médical peu après 2020 (vérifié dans les faits) - l'activité hebdomadaire (en nombre d'heures travaillées) était, ceteris paribus, moins importante pour les femmes que pour les hommes (6h de moins) mais tend à se rapprocher depuis le début des années 1990 - il existe une répartition très inégale selon la spécialité choisie à l'internat (moins de 5% de femmes en chirurgie vasculaire vs 90% en gynécologie médicale) - les femmes privilégient un mode d'exercice salarié, tout du moins plus que les hommes (50% vs 20%) 		<p>pistes explicatives se reposant sur une bibliographie qualitative</p>	
3	Anne-Chantal Hardy-Dubernet	Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ?	Revue française des affaires sociales ; 35–58.	Sociologie
	<p>L'hypothèse soulevée par l'auteure est que la féminisation des études médicales est significative d'une forme « nouvelle » de répartition sexuelle des professions se constituant ainsi en reflet d'une division du travail remaniée dans les catégories sociales supérieures, s'inscrivant ainsi dans les pas de Georg Simmel, un sociologue précurseur « qui portait [dans les années 1980] un regard bien particulier sur les femmes et qui sut, clairement et très tôt, que leur arrivée sur le marché du travail serait à la fois inéluctable et annonciatrice de nouveautés ».</p> <p>L'auteure explique qu'historiquement la féminisation de la médecine n'était pas considérée comme problématique mais plutôt une solution aux manques dans certaines spécialités comme la médecine scolaire la médecine du travail ou en PMI, en creux des carrières et des postes masculins sans remise en cause des « règles établies par leurs confrères ». La réforme de l'internat de 1982 marque un tournant dans cette dynamique avec l'injonction contradictoire offerte aux étudiantes : le raccourcissement des études médicales (ne pas faire d'internat) les condamne à s'orienter vers la médecine générale identifiée comme un mode d'exercice requérant incompatible avec une vie de famille ; la réalisation d'un internat dit de « spécialité » les obligerait à réaliser plusieurs années dans un environnement, l'hôpital public, ironiquement considéré comme inhospitalier. La poursuite de la féminisation serait donc selon l'auteure le fait d'un «</p>		<p>Etude qualitative se basant sur deux enquêtes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une première qui visait à comprendre les effets de la réforme de l'internat de médecine de 1982 sur les choix professionnels des médecins avec un échantillon d'étudiants tiré de manière aléatoire à partir des listes d'inscrits en PCEM2 en 1973, 1975, 1978, 1980, 1984 et 1986 dans 3 facultés (Lariboisière (Paris), Marseille et Nantes) avec récupération et traitement des données sur les parcours de 1080 étudiants ainsi sélectionnés qui ont été complétés par des études de documents et des entretiens auprès d'une cinquantaine de médecins, dont plus de quarante étaient issus de l'échantillon statistique - une deuxième réalisée par la DREES qui visait à 	2005

<p>bouleversement d'une identité professionnelle de genre, dans les deux sens : un métier qui perd son identité masculine en même temps qu'il se féminise » du fait d'une dévalorisation du « personnage social » du médecin lié justement à la féminisation de la profession alors qu'elles étaient auparavant cantonnées à des tâches de soutien subalternes (religieuses, infirmières, épouses), le métier perdant ainsi de sa valeur symbolique. Avec la féminisation on assiste donc à une bascule dans le modèle même de la médecine générale, faisant « apparaître toute la malléabilité d'une profession qui garde une puissance d'autonomie importante », devenant dans les discours une spécialité « soudainement adaptée aux femmes » (...) parée des attributs de la souplesse ». L'auteure conclut en affirmant qu' « on assiste à un nouveau « partage des professions », même s'il est difficile d'affirmer qu'il se figera sous cette forme, ou qu'il représente un stade intermédiaire à une recombinaison des filières élitistes. »</p>	<p>comprendre la construction et l'évolution des représentations des étudiants en médecine quant aux métiers auxquels ils se destinent via une centaine d'entretiens semi-directifs avec des jeunes médecins généralistes issus de 2 facultés (Saint-Antoine (Paris) et Nantes) et installés depuis moins de 5 ans.</p>			
4	Geneviève Paicheler	Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ?	Femmes et hommes dans le champ de la santé, Presses de l'EHESP ; 179-196	Sociologie
<p>Cet article, en se basant sur des données chiffrées (notamment issues du CNOM), cherche à préciser les origines et itinéraires sociaux des femmes médecins ainsi que leurs choix de carrières et de modes d'exercice.</p> <p>Dans sa première partie l'auteur ancre son propos avec des rappels historiques (Madeleine Brès, première femme française docteur en médecine en 1875, ouverture des concours de l'externat et de l'internat aux femmes respectivement en 1881 et 1886) avant de retracer l'évolution du taux de féminisation de la profession médicale depuis avant 1900 (10,41%) jusqu'à après 1930 (22,72%) avec un creux à 7,6% en 1910-1914, loin du taux de féminisation de 1994 (33,5%).</p> <p>Sur les origines et itinéraires sociaux l'article affirme que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les médecins femmes ont plus souvent un père cadre supérieur ou ayant fait des études supérieures que les hommes médecins (piste évoquée : catégorie socio-professionnelle montrant moins d'opposition à l'engagement de filles dans des études longues et un métier réputé peu féminin) - les femmes médecins sont plus souvent filles uniques 			<p>Article de synthèse quantitative (exploitation de données issues du CNOM) et qualitative via l'utilisation de résultats issus d'une enquête qualitative publiée en 1993 par Herzlich et al. reposant sur les données issues de près de 5500 questionnaires complétés par les médecins de l'époque dont 509 femmes après la réalisation d'une série d'entretiens individuels approfondis, enquête dont les buts étaient relativement semblables à ceux de Geneviève Paicheler (à savoir explorer « les origines familiales et sociales et les formations des médecins que le déroulement de leur</p>	2001

ou issues de familles moins nombreuses que les hommes (piste évoquée : constitue un signe de modernité et favorise l'orientation de filles vers des professions supérieures en l'absence de descendance masculine)

- les femmes médecins sont nettement plus célibataires que d'autres femmes du même âge (19,6% vs 6,9% dans la population générale) alors que c'est le constat inverse pour les hommes (1,57% vs 9,5% dans la population générale) (piste évoquée : les femmes médecins ont privilégié leur carrière médicale alors que les hommes sont « sans doute plus convoités par les candidates au mariage »)

- il existe une forte asymétrie hommes/femmes concernant la profession exercée par les conjoint.e.s : 88,69% des femmes ont un.e conjoint.e exerçant une profession supérieure vs seulement 41,96% de hommes médecins

- le taux de natalité des couples avec une femme médecin est significativement inférieur à celui des couples avec un homme médecin (2,15 enfants/famille vs 3,5)

- il existe une forte reproduction sociale dans les carrières médicales mais là aussi elle est asymétrique : un médecin féminin sur deux a au moins un enfant médecin si elle a épousé un médecin, ce qui n'est le cas que de 21 % de leurs consoeurs qui n'ont pas de mari médecin (piste évoquée : l'influence de la profession paternelle sur les choix professionnels des enfants est plus forte même si la femme est médecin)

Concernant les choix de carrières et de pratiques :

- les femmes médecins privilégient l'exercice salarié à l'activité libérale et l'exercice urbain à l'exercice rural (piste évoquée : les femmes auraient plus de mal à se faire accepter auprès d'une clientèle rurale plus traditionaliste)

- il existe une quasi parité sur l'exercice de la médecine spécialisée (48,6% vs 47,9% ; à l'époque la médecine générale n'étant pas considérée comme une spécialité) malgré le fait que 80% des femmes médecins aient déclarés avoir suivi un parcours de spécialisation (piste évoquée : les femmes doivent avoir plus de qualifications que les hommes pour exercer des emplois similaires)

- les femmes médecins font moins de visite à domicile et font moins de gardes de permanence de soins ambulatoire

- elles sont moins représentées au Conseil de l'Ordre et dans les Sociétés savantes

carrière, leur modalité d'installation, leurs pratiques professionnelles, leurs relations avec la clientèle, leurs rémunérations et revenus, leurs responsabilités professionnelles et sociales
»)

<p>L'auteur conclut en affirmant qu'il existe donc deux grands types de déterminants dans le choix d'une femme à s'orienter vers une carrière médicale avec un mode d'exercice singulier : d'un côté l'origine sociale aisée permet l'affranchissement de normes professionnelles genrées et le soutien financier suffisant pour des études longues et coûteuses MAIS « l'identité de genre » et notamment le « marché du mariage » constitue des freins à la poursuite d'une carrière hospitalo-universitaire du fait entre autres d'une gestion du temps plus serrée. Ainsi les femmes auraient « mieux intégré les critères formels — reliés à la réalisation concrète des tâches — que les critères informels — c'est-à-dire l'activité de constitution et d'entretien d'un réseau influent — de l'exercice du métier de médecin »</p>				
5	Nathalie Lapeyre & Magali Robelet	Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ?	Singuliers généralistes, Presses de l'EHESP ; 365-378	Sociologie
<p>L'objectif de l'article est de comparer les processus de féminisation entre différents groupes professionnels identifiés comme appartenant aux « cadres et professions intellectuelles supérieures » dans le but de répondre à deux questions : la féminisation de la médecine générale est-elle assimilable à une dévalorisation du métier ? S'accompagne-t-elle d'une « égalisation » des modes d'exercice entre hommes et femmes ? Les auteures concluent que la féminisation s'inscrit dans un « mouvement de prise de distance par rapport à certains principes de l'éthos professionnel qui affectent autant les hommes que les femmes dans les jeunes générations (...) révélant une malléabilité du métier plus forte que ne le laissaient croire les façons de l'exercer dans les anciennes générations masculines » sans dévalorisation du métier mais avec une réaffectation genrée du temps non-professionnel dégagé : « les femmes le consacrent plutôt à leur famille et aux tâches domestiques, tandis que leurs collègues hommes prennent du temps pour eux, pour leurs loisirs »</p>			<p>Article de synthèse des processus de féminisation dans plusieurs groupes professionnels comparables en termes de niveau d'étude, relevant de la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures » à savoir médecin, avocat, architecte et cadres.</p>	2010

6	Nathalie Lapeyre & Magali Robelet	Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes	Sociologies pratiques, Presses de Sciences Po ; n° 14: 19–30	Sociologie
<p>L'objectif de l'article est de signaler l'incidence des effets de genre et de génération sur l'éthos professionnel des jeunes médecins généralistes en mettant en valeur les différences qui peuvent exister pour chaque genre entre les jeunes générations de médecins et les plus anciennes en matière d'organisation du travail. Remise en cause de présupposés sur une pratique stéréotypée de la médecine générale (dans un cabinet individuel avec un nombre d'heures important, avec des différences de pratique entre hommes et femmes) du fait notamment de mutations sociétales qui mettent maintenant plus en valeur des activités et un épanouissement extra-professionnels. L'article conclut que les mutations des modes d'organisation du travail combinent à la fois des effets de genre et de génération qui remet en cause le modèle du sacerdoce médical et les pratiques des médecins plus âgés, ce qui remet incidemment en cause les schémas organisationnels extra-professionnels et notamment les modes d'organisation genrés des activités domestiques et familiales.</p>		<p>Etude qualitative (comportant une exploitation de données chiffrées (ONDPS 2006)) avec la mobilisation d'entretiens réalisés au cours d'une enquête pour le CNOM en 2005 sur un échantillon de médecins de 30 à 35 ans récemment installés dans les départements du Rhône et de la Haute-Garonne dans différentes situations d'exercice, avec parité H/F. Entretiens biographiques décrivant trajectoires professionnelles et personnelles, exploitation des agendas des médecins. Exploitation d'analyses issues d'autres travaux menés auparavant sur la féminisation de la profession médicale et en particulier de la médecine générale.</p>	2007	

7	Nicky Le Feuvre	La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ?	Femmes et hommes dans le champ de la santé, Presses de l'EHESP ; 197-228	Sociologie
<p>Cet article offre une analyse comparative des trajectoires professionnelles et familiales de femmes médecins exerçant en France et Grand-Bretagne dans le but de proposer une analyse sociologique des processus de féminisation des professions d'élites qui bénéficierait d'un « éclaircissement préalable des fondements théoriques du concept de genre », notion qui peut est définie par « la réalité des expériences sociales et culturelles des êtres sexués ». La première partie de l'article est constitué de rappels sur cette notion de genre dont la conclusion est qu'il « conviendrait de s'intéresser non plus à « l'évidence » de la bicatégorisation sexuelle, mais au système social de différenciation et de hiérarchisation — « le genre » — qui crée les catégories de sexe comme éléments structurants des sociétés humaines ». Ce renversement de la perspective permet donc de rendre inopérantes des préconceptions sur les « qualités féminines » et autres théories essentialistes et universalistes et d'envisager la remise en cause du modèle du « male breadwinner » idéal-typique dit « contrat de genre », celui du <i>pater familias</i> hégémonique et provider unique de la sécurité matérielle du foyer.</p> <p>L'auteur identifie quatre grandes perspectives théoriques concurrentielles sur le phénomène de la féminisation des professions d'élites (dont la médecine fait partie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la féminisation est un avatar de la reproduction sociale des milieux aisés et ne revêt donc que les « habits neufs » de la domination masculine (= patriarcat) > le « contrat de genre » n'est pas remis en cause - la féminisation permet la diffusion de supposées « 		<p>Etude qualitative (série d'entretiens biographiques auprès de femmes médecins françaises et britanniques) avec synthèse théorique sur la notion de genre et sur la bicatégorisation sexuée dans la sociologie du travail. 75 références bibliographiques.</p>	2001	

valeurs féminines » comme l'altruisme, l'empathie, le care, etc. qui permettrait, de l'intérieur, de renverser les systèmes de valeurs masculinistes (individualisme forcené, compétition, ambition personnelle, maximisation de gains, etc.) des professions de haut niveau et de rendre ces dernières plus réceptives aux besoins ou attentes d'une clientèle féminine > le « contrat de genre » n'est pas remis en cause et se voit même renforcé

- la féminisation est vécue comme une « socialisation inversée » au sein de laquelle les femmes embrassent le système de valeurs masculines et doivent devenir « plus viriles que les hommes » > le « contrat de genre » n'est pas remis en cause et se voit même renforcé

- la féminisation est envisagée comme contexte aménitaire au sein duquel il existerait plus de possibilité de dépassement ou de transformation du genre > les femmes s'approprieraient le « contrat de genre » pour s'en affranchir et dépasser la bicatégorisation sexuée permises en cela par l'accès de femmes aux positions de pouvoir et de prestige professionnels, ceci permettant de postuler l'affaiblissement ou du moins le déplacement du lien causal entre le sexe biologique et le devenir social des individus dans un contexte de modernité avancée

C'est ce modèle théorique en quatre axes qui sera employé comme grille de lecture des entretiens biographiques dans le but de « saisir le sens que les femmes médecins attribuent à leur investissement simultané dans une activité médicale et dans une vie personnelle, domestique et familiale. »

Les entretiens relèvent selon l'auteur qu'en réalité les femmes médecins oscillent entre différentes logiques d'action en fonction des interactions et des situations vécues (respect de la norme/transgression, mise à distance réflexive, intégration/individualisme, etc.)

L'auteur conclut en affirmant que le réel enjeu de l'étude sociologique de la féminisation de la profession médicale réside dans l'utilisation est dans la construction d'approches théoriques et méthodologiques nouvelles et qu'à ce titre celui du « dépassement du genre » constitue une piste intéressante.

8	Nathalie Lapeyre & Nicky Le Feuvre	Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France	Nouvelles Questions Feministes	Sociologie
<p>L'article se concentre sur la notion de « conciliation travail-famille » et notamment sur la façon dont elle est mobilisée dans le discours des femmes médecins et avocates en soulevant deux réserves : le terme de conciliation en lui-même relève de l'euphémisme et occulte l'aspect conflictuel de ladite « conciliation », et il est quasi exclusivement conjugué au féminin, sous-entendant que l'obligation de conciliation repose uniquement sur les femmes. Si démographiquement les professions de médecin et d'avocat se sont fortement féminisées de façon parallèles des disparités subsistent : verticales (peu de femmes PU-PH, peu de femmes associées dans les grands cabinets d'affaires, peu de femmes au CNOM ou au Conseil National des Barreaux), horizontales (peu de femmes chirurgiennes ou cardiologues, peu de femmes en droit fiscal/public/pénal/des sociétés) et financières. Le but de l'étude est de comprendre, via des entretiens biographiques, l'influence de la féminisation de ces professions sur une éventuelle remise en question des « fondements matériels et idéels de la domination masculine ».</p> <p>Les auteurs affirment que, malgré la théorique attribution de cette problématique de la conciliation travail-famille aux femmes, la réalité est moins caricaturale et nécessite de penser le « non-genre » afin de définir les « indicateurs empiriques d'une situation où l'entrée des femmes dans ces professions s'accompagnerait d'une véritable remise en question des fondements matériels et symboliques de la subordination des femmes ». Si les récits bibliographiques ont montré que les femmes s'approprient la thématique de la conciliation, parfois comme choix de vie revendiqué de mener de front leurs vies professionnelle et familiale ou au contraire une priorisation du travail néanmoins vécue comme généralement culpabilisée, certaines (rarement) choisissent une troisième voie « dé-sexuée » avec un détachement volontaire et assumé de l'assignation <i>a priori</i> de la femme à la « conciliation travail-famille » s'inscrivant alors dans un projet féministe de transformation sociale.</p>		<p>Etude qualitative avec réalisation de 100 entretiens biographiques (70 femmes et 30 hommes médecins et avocats (35 femmes et 15 hommes dans chaque profession))</p>	<p>2004</p>	

9	Nicky Le Feuvre	La féminisation des enseignants-chercheurs en France : entre conformité et transgression du genre	École des filles, école des femmes ; 207-220	Sociologie
<p>L'article met en avant l'inhomogénéité du processus de féminisation de l'emploi scientifique, une « féminisation irrégulière et inaboutie du monde académique » (peu développée en sciences et techniques, plus marquée en lettres et SHS) avec une attention particulière portée à la compréhension des mécanismes de recrutement, promotion et rétention sexués des enseignants-chercheurs. Trois grandes approches théoriques se dégageraient pour appréhender la place des femmes dans les sciences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un premier ensemble de travaux qui met l'accent sur ce que les femmes <i>sont</i> (essentialisation et biologisation de la <i>féminité</i>) et un deuxième sur ce que les femmes <i>font</i> (femmes empêchées d'accéder aux rangs supérieurs de carrières académiques du fait de conditions matérielles objectives défavorables et d'injonctions normatives trop fortes avec une assignation prioritaire aux activités domestiques) : ces deux premiers grands ensembles se reposent sur l'idée selon laquelle les femmes ne veulent/peuvent pas « jouer le jeu » de la carrière académique au même titre que les hommes - le troisième ensemble, comprenant moins de travaux, met plutôt l'accent sur les caractéristiques institutionnelles du monde académique et les facteurs organisationnels, permettant ainsi de penser et théoriser les « systèmes de valeur (<i>ethos</i>) et des principes d'action (<i>praxis</i>) qui régissent les individus sexués investis dans la production et la transmission de connaissances scientifiques » <p>La deuxième partie de l'article est un panorama quantitatif de la répartition des femmes par discipline et par niveau hiérarchique dans l'enseignement supérieur et la recherche avec une féminisation en augmentation globalement mais inégale (ex : seulement +3,2% de MCF femmes en santé en 1997 et 2013 vs +15,5% en droit-économie-gestion) et retardée dans le temps (les nouvelles femmes professeures sont un peu plus jeunes que leurs homologues masculins en Droit et en Lettres, mais elles sont légèrement plus âgées (+1 an environ) en Sciences)</p>		<p>Article de synthèse mixte sur l'état des connaissances quant à la situation des femmes dans l'enseignement supérieur et dans la recherche en France (avec mobilisation de données quantitatives) et sur les problématiques sociologiques qui permettent d'appréhender le phénomène de féminisation (synthèse de recherches qualitatives).</p>	2017	

<p>L'auteur conclut sur l'erreur que représenterait la volonté d'appliquer un seul schéma analytique à cette multitude de situations diverses, surtout à l'aune d'une réalité et d'un climat sociaux changeants, et sur le fait que « la pluralité des logiques à l'oeuvre dans les carrières académiques au féminin constitue ainsi un défi central pour les recherches à venir ».</p>				
10	Emmanuelle Zolesio	Stéréotypes professionnels de la chirurgienne et formes de gestion du stigmate au cours de la formation	Ecole des filles, école des femmes ; 165-173	Sociologie
<p>Cet article s'intéresse aux stéréotypes genrés intra-professionnels du monde chirurgical auxquels les femmes chirurgiennes sont confrontées via une analyse des lieux et des processus de production ainsi que des moments d'expression desdits stéréotypes et à la façon dont les chirurgiennes y répondent en retour. Les stéréotypes masculins négatifs se concentrent autour de la question de la maternité et de la féminité, auxquelles, dans l'imaginaire collectif viriliste du bloc opératoire, les chirurgiennes devraient nécessairement renoncer. Si certaines praticiennes font preuve d'une « certaine forme de méconnaissance de leur désavantage qui les affranchit de ce désavantage » et passent outre sans se formaliser, d'autres choisissent de mettre l'accent sur leur verve et leur répartie en répondant à</p>			<p>Etude qualitative avec recueil de données entre 2002 et 2007 durant six stages hospitaliers de deux mois dans des CHU principalement ainsi qu'une soixantaine d'entretiens individuels (une quarantaine avec des femmes, une quinzaine avec des hommes) avec des praticien-ne-s de différents statuts, âgé-e-s de 25 à 81 ans.</p>	2017

un stéréotype dégradant pour les femmes par un autre stéréotype dégradant pour les hommes et qui « finissent par apprécier qu'elles soient des « femmes à couilles », qualificatif hautement positif dans ce milieu viril » ; d'autres encore préfèrent adopter la voie de la taquinerie ou de l'humour.				
11	Nathalie Lapeyre	De l'inflexion des normes temporelles à la redéfinition de « l'éthos professionnel » : L'exemple des femmes dans les professions libérales en France	Concilier vie familiale & vie professionnelle en Europe, Presses de l'EHESP ; 215-230	Sociologie
L'article se focalise sur la façon dont les femmes ayant opté pour une profession libérale en France doivent réorganiser leurs normes temporelles (temps familial, domestique, conjugal et de loisirs) pour s'éloigner du modèle de « femmes épouses à multifacettes » et impulser une activité de distanciation vis à vis des schémas temporels normatifs définissant l'« éthos professionnel ». Après des rappels chiffrés (les femmes privilégient un exercice salarié en milieu urbain et travaillent généralement moins et dans des spécialités moins prestigieuses), l'auteur développe l'idée selon laquelle la féminisation de ces professions entraîne une remise en cause du modèle de l'hyperdisponibilité théorique afin de s'aménager des stratégies de redistribution temporelle vers les sphères personnelle et familiale. Un positionnement « transitionnel », entre le normatif et l'égalitaire, permettrait ainsi une renégociation dans les couples, aussi appelée « substitution partielle négociée », de la prise en charge de certaines activités familiales ou domestiques ou leur sous-traitance, généralement à d'autres femmes (nourrices, femmes de ménage, etc.). En conclusion on passe donc d'un éthos professionnel central à un éthos temporel barycentrique et l'auteur de conclure que « la transformation du genre que ce positionnement implique, à travers la reconfiguration des différentes temporalités sociales, questionne tout l'environnement social de l'acteur » dont en premier lieu son environnement professionnel.			Etude qualitative composée d'une centaine d'entretiens biographiques mettant l'accent sur l'expérience au travail la et « conciliation » des différentes sphères de la vie sociale auprès de femmes et d'hommes exerçant dans trois professions libérales (médecin, avocat, architecte)	2008

12	Nicky Le Feuvre & Nathalie Lapeyre	L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ?	Enfances, Familles, Générations ; 72-93	Sociologie
<p>Cet article approfondit la notion de modification de l'ethos professionnel médical via la redéfinition temporelle qui s'opère du fait de la féminisation de la profession en se concentrant sur les jeunes générations de médecins et la façon dont cette transformation temporelle est vécue et verbalisée selon le genre, et notamment si les différences discursives relevées entre les hommes et les femmes en situation d'entretien (les femmes évoquent plus spontanément des aspirations « d'équilibre » des temps professionnels et familiaux, alors que les hommes revendiquent la recherche d'un « équilibre » individuel, par le truchement de loisirs personnels) se retrouvent en pratique ou si elles</p>			<p>Synthèse d'enquêtes qualitatives menées sur la profession médicale en France depuis le début des années 1990 avec mobilisation d'un corpus de plus de 200 entretiens biographiques accumulés au fil de trois vagues d'enquêtes réalisées en 1992-1995, 2001-2003 et 2007-2010 (avec focus sur les données extraites des</p>	2013

<p>relèvent plutôt d'un mécanisme d'ajustement des récits aux injonctions normatives qui continuent de peser sur l'acceptabilité sociale des pratiques (et aspirations) masculines et féminines en matière d'articulation des temps de vie.</p> <p>Le sentiment d'être soumis à un temps de travail important et largement au-dessus de la moyenne est ainsi au coeur de l'éthos de la profession médicale en France. Les médecins sont ainsi convaincus de travailler plus que le reste de la population et se plaignent même d'être soumis à une forme de « servitude temporelle » alors que leurs revenus stagnent et que les tentatives de régulation étatique de leur activité ne cessent d'accroître et ce en parallèle de la féminisation de la profession médicale. Mais certaines recherches sur les jeunes générations de médecins semblent indiquer une érosion du socle identitaire de l'hyperdisponibilité temporelle et une redistribution du temps libre dégagé vers d'autres activités (famille, loisirs) avec néanmoins une différence sexuée notable dans le discours assumé par les enquêtés : chez les hommes le souci de rechercher ou d'atteindre un certain « équilibre travail/famille » paraît nettement moins légitime aux yeux des enquêtés eux-mêmes et les éventuels aménagements du temps de travail qu'ils opèrent sont le plus souvent justifiés par une rhétorique de la « performance professionnelle » alors que les femmes, surtout lorsqu'elles ont des enfants à charge, bénéficient d'une légitimité immédiate en matière d'aménagement du travail pour « raisons familiales » et se voient donc relativement facilement accorder le droit de modifier leurs horaires de travail en fonction de leurs calendriers domestiques (même si cela peut avoir des effets délétères sur leur progression de carrière et/ou sur leurs revenus).</p> <p>Les auteurs recommandent que les prochaines études sociologiques soient donc particulièrement attentives à ces inégalités discursives afin de ne pas produire un effet de « miroir grossissant » à propos des spécificités sexuées en matière d'articulation travail/famille.</p>		<p>deux dernières) et sélection d'enquêtés des deux sexes aux caractéristiques sociodémographiques variables (en termes d'âge, d'ancienneté, de spécialité, de modes d'exercice, de lieu géographique d'implantation, etc.).</p> <p>Perspective comparative internationale, interprofessionnelle et intergénérationnelle.</p> <p>Inclusion de données observationnelles (observation participante ou non participante) relevées au cours de journées de formation continue, conférences, séances de restitution de résultats de recherche, grèves et manifestations.</p>		
13	Francine Dufort	La théorie des interactions symboliques et les enjeux de l'entrée massive des femmes en médecine	Femmes au travail, Recherches féministes ; 57-78	Sociologie Psychologie
Cet article propose d'analyser la venue des femmes en médecine au Canada à partir de la théorie des interactions symboliques et ce dans le but de déterminer les facteurs à la base du processus			Synthèse qualitative théorique avec critique d'enquêtes empiriques	1992

<p>d'acquisition du rôle de médecin et d'obtenir ainsi une meilleure compréhension des enjeux sous-jacents à l'entrée des femmes en médecine. La théorie des interactions symboliques affirme que la participation d'une personne à un groupe social dépend largement de sa compréhension de l'environnement symbolique du groupe et de son habileté à fonctionner avec ce système de symboles. Ainsi le processus de socialisation médicale, notamment à la faculté de médecine, met au contact femmes et système symbolique au sein duquel il existe une répartition de rôle sexuée, et ce dans un contexte social de transition (les études supérieures). L'auteur conclut en affirmant que l'application de cette théorie permettrait pour les pouvoirs publics de mieux saisir les logiques discriminatoires à l'oeuvre qui déterminent les choix d'orientation de carrière des femmes médecins.</p>				
14	Pascale Breuil-Grenier & Daniel Sicart	La situation professionnelle des conjoints de médecins	DREES	Démographie
<p>Etude de la DREES proposant d'étudier la situation professionnelle des conjoints de médecins, facteur étant considéré comme influençant l'éventuel projet professionnel (dans sa dimension géographique) du médecin du couple. Plus précisément l'étude considère deux paramètres, la CSP du/de la conjoint.e et la situation vis-à-vis de l'emploi, et utilise des comparaisons statistiques avec les cadres supérieurs.</p> <p>Les constats suivants sont retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89 % des hommes médecins vs 73 % des femmes médecins vivent en couple - 8 % des généralistes un conjoint aide familial mais cette part varie fortement en fonction du sexe et de l'âge des médecins : pour les généralistes libéraux, elle n'est que de 0,1 % chez les femmes contre 11 % chez les hommes et si cette aide familiale ne concerne que 2 % des MG libéraux de moins de 40 ans, elle atteint 10 % chez les 40-55 ans et 15 % chez les plus de 55 ans - 46 % des médecins actifs ont un conjoint cadre supérieur, qui est dans la moitié des cas lui-même médecin, c'est supérieur de plus de 16 points à la valeur observée pour l'ensemble des cadres supérieurs (29 %), et là aussi il existe une forte disparité entre les sexes : 57 % des femmes médecins vivent avec un cadre supérieur contre 40 % des hommes - il existe de fortes disparités territoriales : les médecins qui ont un conjoint cadre supérieur semblent effectivement résider plus souvent dans des unités urbaines de taille élevée. Les médecins résidant dans 			<p>Etude démographique quantitative : traitement de données issues de l'enquête Emploi annuelle de 1990 à 2002 et de l'enquête Emploi trimestrielle pour les huit trimestres 2003 à 2004.</p>	2005

<p>une commune rurale sont par exemple 37 % à avoir un conjoint cadre supérieur, contre 51 % des médecins résidant dans l'agglomération parisienne (relativement comparable avec l'ensemble des cadres supérieurs)</p> <p>- la situation du conjoint peut également avoir un impact sur son temps de travail : les médecins aidés par leur conjoint travaillent ainsi en moyenne trois heures de plus par semaine que ceux dont le conjoint a un emploi et ceux qui n'ont pas de conjoint travaillent eux-mêmes trois heures de plus que ceux qui sont aidés par leur conjoint</p>				
15	Nicky Le Feuvre & Nathalie Lapeyre	Féminisation et aspiration à une meilleure « qualité de vie » : dynamique majeure des classes moyennes supérieures	Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement ; 224-234	Sociologie
<p>L'article propose d'éclairer l'évolution des pratiques sociales des classes moyennes supérieures sous l'angle du genre par un développement en trois axes : un premier qui met en avant l'hétérogénéité interne des classes moyennes (conditions d'emploi, carrières, modes de vie), un deuxième qui se recentre sur la profession médicale et la façon dont les lignes de différenciation sexuée tendent à s'estomper et un troisième qui s'intéresse plus particulièrement aux jeunes générations de médecins (hommes et femmes) et à la façon dont elles se positionnent en termes de classe et de normes de modes de vie. L'article développe ainsi l'idée selon laquelle certaines femmes ayant à coeur la volonté de maintenir une « souveraineté temporelle » s'orienteraient ainsi plus vers l'exercice libéral de groupe, plus modulable par nature, que vers une carrière hospitalière, plus « managériale », hiérarchisée et chronophage. Certaines spécialités, dont l'avancement hiérarchique dépendrait plus de critères de « présentisme » et de soutien des « grands patrons », seraient ainsi délaissées. Dans ce paradigme de pensée il semblerait que la médecine générale constituerait plutôt un repoussoir pour les femmes, or il n'en est rien et la profession de médecin généraliste se féminise depuis 2004 et la création de la</p>			<p>Article de synthèse mobilisant des données quantitatives et qualitatives issues de précédentes enquêtes</p>	2011

spécialité de médecine générale. L'une des pistes évoquées pour cet attrait nouveau des femmes pour la médecine générale est qu'il s'est opéré un changement de perception vis-à-vis du modèle de la « disponibilité extensive » sous l'effet à la fois de la féminisation de profession, de la propagation du sentiment de manque de considération vis-à-vis des autres professions des classes moyennes supérieures notamment après la réforme des 35h et de la disparition de la figure de « l'épouse inactive », soutien actif de l'activité professionnelle du conjoint.				
16	Sophie Divay	Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes	Non publié, présenté au <i>Colloque international organisé par le CLERSE</i> en 2006 qui avait pour thème <i>Quelle égalité entre les hommes et les femmes ?</i>	Sociologie
L'objectif et d'étudier les représentations des étudiants de médecine de leurs études, ainsi que de leur future profession dans un contexte de féminisation de la profession médicale (« A-t-elle eu des incidences sur le rapport des étudiants à leurs études ? Comment se projettent-ils dans l'avenir en tant que futurs médecins ? S'identifient-ils à leurs prédécesseurs ? Quelle place comptent-ils accorder à leur vie professionnelle et à leur vie privée ? Comment se représentent-ils l'articulation de ces deux sphères ? Enfin, hommes et femmes ont-ils des points de vue semblables ou divergents sur ces différentes dimensions ? »). L'étude conclue en affirmant que la féminisation de la profession médicale a non seulement des conséquences sur la sphère professionnelle mais aussi dans le domaine privé, avec notamment une disparité homme/femme dans l'exploitation du temps personnel.			Etude qualitative se basant sur des entretiens individuels approfondis réalisés auprès de 93 étudiants en médecine et médecins généralistes débutants (52 femmes et 41 hommes) issus de la faculté de Nantes et de Saint Antoine à Paris.	2006
17	Alice Denoyel-Jaumard & Audrey Bochaton	Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ?	Revue francophone sur la santé et les territoires	Géographie Démographie
L'un des objectifs de l'article est de déterminer, via le prisme d'une analyse la répartition géographique genrée des médecins en France, la manière dont les			Article de synthèse sur le lien (théorisé par certains) entre féminisation et	2015

<p>représentations et les discours associés à la féminisation de la médecine perdurent et tendent à simplifier une évolution jugée plus complexe. Synthèse argumentative des partisans de la théorie selon laquelle les déserts médicaux s'expliquent au moins en partie par la féminisation de la médecine (moindre force physique, préférence pour l'exercice en milieu urbain, priorisation du temps extra-professionnel). L'article conclut en citant la conclusion de l'article de Lapeyre et le Feuvre 2005 (cf. supra) et en affirmant que « cette préconisation reste d'actualité ». Sur le volet de l'attractivité territoriale et des inégalités d'accès aux soins les auteures préconisent l'arrêt des incantations étatiques inopérantes à l'installation en zone sous-dotée et la revitalisation territoriale en « [modifiant] favorablement les conditions de vie localement » sous peine de remise en cause de la liberté d'installation.</p>			<p>désertification médicale avec perspective historique sur temporalité longue (remonte jusqu'au XIIIème siècle) et analyse statistique secondaire (DREES 2012)</p>	
18	François-Xavier Schweyer	Histoire et démographie médicale. L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures	Les médecins aujourd'hui en France ; 16-18	Histoire Démographie
<p>Cet article caractérise l'augmentation exponentielle du nombre de médecins et les évolutions des différents modes d'exercice via l'emploi de plusieurs indicateurs et notamment l'augmentation du nombre de docteurs en médecine (10743 en 1876 vs 25930 en 1936) ou l'augmentation de la densité médicale (97,1 médecins pour 100000 habitants en 1958 vs 296,8 en 1997), catalysées en cela par l'extension du salariat après la réforme hospitalière (création des CHU) en 1958 et la généralisation de l'assurance maladie qui a solvabilisé les patients.</p>			<p>Synthèse quantitative sur l'évolution de la démographie médicale en France depuis 1876 avec bornage historique</p>	2000
19	Isabelle Baszanger	Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes	Revue française de sociologie ; 223-245	Sociologie
				1981

L'auteur s'interroge dans cet article sur les mécanismes de socialisation professionnelle à l'oeuvre au cours des études médicales et sur la façon dont les étudiants en médecine deviennent « conformes » au modèle proposé et partagé par la profession : comment les étudiants sont-ils « transformés » en médecins et quelle est la marge de contrôle de la profession sur cette transformation ? Pour cela l'auteur fait appel à la théorie fonctionnaliste (cf. définition de la socialisation de Robert Merton : processus par lequel les individus sont initiés à leur culture, ce qui comprend l'acquisition des attitudes, des valeurs, de l'habileté technique et des modèles de comportement constituant les rôles sociaux établis dans une structure sociale) qui fait l'hypothèse que ce sont les études qui constituent le moment le plus important de la socialisation professionnelle des étudiants, celui où ils acquièrent les valeurs qui sont faites pour réguler leur comportement futur, et au sortir desquelles les nouveaux venus « pensent, agissent et sentent » comme des membres de la profession. A rebours des fonctionnalistes les interactionnistes (Howard Becker) pensent que les étudiants en médecine agissent moins comme des futurs professionnels que des subordonnés conscients de leur position hiérarchiquement inférieure et développent ainsi une sous-culture qui leur garantit une certaine autonomie face à des demandes autoritaires, l'intériorisation des valeurs et de la culture médicale étant donc plus sélective.

Ces deux courants de pensée partagent néanmoins l'idée selon laquelle l'intériorisation des valeurs, qu'elle soit critiquée et distanciée ou non, se fait très majoritairement durant les études. L'auteur décide donc de prendre un exemple particulier en médecine (en 1981), celui de la médecine générale, dont les membres à l'époque ne faisaient pas partie intégrante de l'institution médicale puisqu'ils n'étaient pas considérés comme internes mais comme étudiants-hospitaliers. Le processus de socialisation s'en retrouve perturbé, les futurs médecins généralistes étant considérés comme hiérarchiquement inférieurs et exclus de la « fraternité interne » des médecins hospitaliers. Un autre processus de socialisation prend donc secondairement place en périphérie au sein d'autres « groupes de collègues » généralistes avec sa propre hiérarchie interne de valeurs.

Synthèse théorique avec mobilisation de théories sociologiques « reconnues » appliquées à la socialisation professionnelle médicale en France

20	Claude Zaidman	La notion de féminisation, de la description statistique	Les cahiers du CEDREF (Centre d'enseignement, d'études et de recherches	Sociologie
----	----------------	--	---	------------

		à l'analyse des comportements	pour les études féministe) ; 229-239	
		L'article souhaite préciser la notion de « féminisation » et la subdivise en trois acceptions : - la féminisation comme dynamique d'égalisation, rattrapage présumé d'un retard (historique) que l'on peut considérer comme une « démocratisation » optimiste - la féminisation comme dégradation symbolique d'un secteur ou d'une profession investie en force par les femmes et désertée par les hommes, faisant ainsi invoquer l'idée d'une subversion négative, opérant ainsi la bascule entre profession qui de « féminisée » devient « féminine » et donc dévalorisée - la féminisation comme annonciatrice d'un fin de la discrimination sexuelle sur le marché du travail, catalysant un processus de changement des pratiques professionnelles et des comportements	Synthèse théorique et critique de la description quantitative pure	1986
21	Régine Bercot et al.	Les transformations récentes de la chirurgie française. Spécialisation, féminisation, segmentation	La Documentation française, Revue française des affaires sociales ; 104-122	Sociologie
		La place de la chirurgie dans la division du travail médical évolue en raison des transformations du contexte d'activité dans les structures de soins et des modes d'appropriation, par les différents praticiens, des évolutions technologiques. L'utilisation de nouveaux outils et techniques concourt à redéfinir	Synthèse qualitative avec mobilisation de quelques données statistiques	2011

<p>l'articulation entre spécialités médicales et chirurgicales. La judiciarisation et la hausse des primes d'assurance transforment le contexte d'activité des chirurgiens qui y voient une remise en cause de leur prestige, avalisé par un choix aux ECN passé au second plan, derrière les spécialités médicales. Leur recrutement apparaît problématique, dans la mesure où les politiques publiques n'ont pas su anticiper les besoins. Enfin, l'analyse des processus à l'oeuvre à l'échelle intraprofessionnelle révèle le caractère hétérogène et fragmenté du métier. Si certains traits caractéristiques sont revendiqués et soudent le groupe des chirurgiens (rapport au soin, responsabilité à l'égard du malade, cadre d'apprentissage), celui-ci est loin d'être homogène. La place de ses membres et la reconnaissance dont ils font l'objet se différencient fortement selon le genre, les chirurgiennes étant porteuses d'une forme d'ethos différent, moins héroïsé et moins centré sur la valeur travail, mais aussi en fonction des types de chirurgie et de leurs modes d'intervention spécifiques.</p>				
22	Emmanuelle Zolesio	Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie	Travail, genre et sociétés ; 117-133	Sociologie
<p>Le postulat statistique de base est la persistance de la chirurgie comme bastion « masculin » à rebours de la féminisation des autres composantes du corps médical. En effet, alors que l'on compte (chiffres CNOM 2007) presque une femme médecin pour un homme, il y a seulement une femme chirurgienne pour cinq confrères en exercice. Par ailleurs, chaque fois qu'il existe un doublon de spécialités (version médicale et version chirurgicale) pour une même population de patients, un groupe de pathologies ou une région anatomique, le</p>			<p>Enquête qualitative de terrain menée dans le milieu chirurgical pendant cinq ans avec observations ethnographiques et une quarantaine d'entretiens semi-directifs abordant la trajectoire biographique</p>	2009

pourcentage de femmes est toujours bien plus élevé en médecine. Ainsi recense-t-on 60,1 % de femmes en pédiatrie contre 35 % en chirurgie pédiatrique ; 39,3 % en neurologie contre 10,2 % en neurochirurgie ; 22,7 % en gastro-entérologie contre 10,9 % en chirurgie digestive ; 17,9 % en cardiologie, mais seulement 4 % en chirurgie thoracique et cardiaque. Les chirurgiennes constituent donc une bonne « entrée » pour révéler certaines dimensions de la socialisation professionnelle en chirurgie. L'auteur propose d'éclairer le contenu (qu'est-ce qui est transmis dans le métier, au-delà des compétences opératoires ?) ainsi que les modalités concrètes de perpétuation de cette culture professionnelle (comment cela se transmet en pratique ?) au travers de la trajectoire de chirurgiennes.

L'analyse sera centrée sur la période de l'internat, considérée comme essentielle dans le processus de socialisation professionnelle. Les femmes, du fait d'interdits légaux puis culturels, n'ont pu accéder que tardivement aux spécialités chirurgicales dont l'ethos était déjà cimenté autour d'un idéal-type dispositionnel masculin : dispositions à l'action, au leadership autoritaire, au combat, à l'endurance physique, autant de dispositions stéréotypiquement masculines en tout point opposées à celles de la praticienne supposée et fantasmée fragile, soumise, empreinte de compassion et disposée à l'écoute. La socialisation professionnelle chirurgicale implique donc la transmission de ces dispositions masculines et c'est selon des modalités particulièrement viriles que s'établissent les rapports sociaux de sexe dans les spécialités chirurgicales. Les socialisations primaires des enquêtées se révèlent généralement imprégnées d'un discours sacerdotal parental qui correspond à la rhétorique professionnelle chirurgicale, certaines d'entre elles (la moitié) se définissant comme « garçon manqué » et quelques cas correspondant d'ailleurs au stéréotype du « garçon manquant » (la thèse du garçon manquant soutient que les jeunes filles qui s'engagent dans des études très connotées au masculin sont porteuses d'un enjeu parental (surtout paternel) en lieu et place d'un frère manquant (dans les cas de fratries uniques ou exclusivement féminines), jouant ainsi le rôle de « fils de substitution » pour leur père). L'internat est assimilé à un passage sous des fourches caudines masculinisantes durant lequel les chirurgiennes surinvestissent de façon surcompensatoire les attributs masculins qu'on refuse de leur attribuer spontanément. Après l'internat, certaines mettent à distance cet épisode et ces attitudes.

familiale et professionnelle des praticiennes en prenant en considération l'âge, les statuts professionnels (de l'interne à l'agrégée) ainsi que les tailles d'hôpitaux (liées à la localisation géographique).

23	C. Rosso et al.	Plafond de verre pour les femmes dans les carrières hospitalo-universitaires en France	La Revue de Médecine Interne ; 82-87	Démographie
<p>L'objectif que se fixent les auteurs est de déterminer si la progression au sein des carrières hospitalo-universitaires est plus difficile pour les femmes que pour les hommes et, le cas échéant, la nature et le niveau des freins à cette progression, et ce via une extraction et une analyse des effectifs médicaux temps plein dans un groupe hospitalier parisien, par la plateforme SIGAPS puis une enquête par un questionnaire en ligne. Les auteurs retrouvent que les femmes représentent 49 % des effectifs médicaux et seulement 15 % des PU–PH. Cette sous-représentation des femmes PU–PH est plus importante en anesthésie-réanimation et moins dans les disciplines médicotechniques. Il n'y a pas de différence en matière de production scientifique, de statut marital et de parentalité entre les femmes et les hommes hospitalo-universitaires. En revanche, il existe une différence d'attitudes, mise en évidence par l'échelle de prise de risque EVAR, ainsi que dans le poids des obligations familiales et les préjugés ressentis par les femmes lors de la sélection universitaire. Le plafond de verre existe au sein d'un des plus grands groupe hospitaliers français. Les critères de sélection universitaire devraient évoluer pour limiter le désavantage des femmes lié à un engagement familial plus important et à des attitudes moins centrées sur la compétition et la prise de risque.</p>		<p>Etude mixte avec extraction et analyse des effectifs médicaux temps plein dans un groupe hospitalier parisien par la plateforme SIGAPS puis enquête par un questionnaire en ligne sur les choix de carrière et les freins ressentis chez des hommes et des femmes médecins occupant un poste de titulaire. La population étudiée comporte 181 praticiens hospitaliers et 141 médecins hospitalo-universitaires, dont 49 maîtres de conférence–praticiens hospitaliers et 92 professeurs des universités–praticiens hospitaliers (PU–PH).</p>	2019	
24	D. Dulong	La résistible ascension des femmes : revue de littérature sur la féminisation des métiers à dominance masculine	Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine	Sociologie Anthropologie
<p>Partant du constat bien connu que la féminisation de l'emploi s'accompagne d'un phénomène « de plafond de verre », qui limite la carrière des femmes, l'article expose les trois principales explications apportées par les travaux de SHS. La première est d'ordre sociologique et éclaire le rôle actif des femmes en lien</p>		<p>Revue de la littérature en SHS</p>	2021	

<p>avec leur socialisation. La seconde est d'ordre anthropologique et pointe la persistance de croyances relatives au « féminin » dans les sociétés contemporaines. La troisième est d'ordre organisationnel et met au jour le caractère involontairement discriminant de certaines règles professionnelles. Loin d'être exclusives, ces trois explications sont en réalité autant de facteurs qui participent de manière articulée, quasi systémique, au « plafond de verre ». La recherche actuelle montre, en effet, que ce dernier est le produit de mécanismes subtils, souvent informels et peu visibles, qui ne sont pas en soi et séparément discriminants, mais dont les effets cumulatifs tendent à freiner les femmes dans leur progression.</p>				
25	Véronique Leblond et al.	Les femmes médecins aujourd'hui : l'avenir de la médecine ?	Les Tribunes de la Santé, Presses de Sciences Po ; 43-49	Sociologie
<p>Trois femmes PU-PH et chefs de service dans un grand hôpital universitaire parisien tentent de répondre « par leur vécu et par leur cursus » aux questions suivantes : pourquoi une telle prédominance masculine aux postes de responsabilités ? Les hommes sont-ils meilleurs que les femmes dans l'exercice de la médecine ? La féminisation de la médecine va-t-elle influencer sur certaines spécialités ou certaines pratiques ? Qu'en est-il dans les autres pays ? Pour ce faire elles s'appuient d'abord sur les données du bilan social 2012 de l'AP-HP : parmi les MCU-PH la parité de genre est quasiment respectée (53% d'hommes et 47% de femmes) mais chez les PU-PH la différence est marquée en faveur des hommes qui constituent 86% du corps, contre seulement 14% pour les femmes.</p> <p>L'hypothèse avancée est l'absence de soutien institutionnel entre 30 et 40 ans, l'âge où « ça se joue » mais aussi « l'âge des maternités tardives » qui impose des choix souvent en défaveur de la carrière hospitalo-universitaire.</p>			<p>Article de synthèse mobilisant des données quantitatives et l'expérience personnelle des auteures</p>	2014

26	A.-L. Feral-Pierssens et al.	Parité de genre dans les publications scientifiques françaises : le plafond de verre	L'Encéphale	Sociologie
<p>Analyse de publications parues dans quatre revues médicales prestigieuses et du nombre de femmes-auteurs et leur rang. Le taux de femmes comme auteurs français d'articles originaux est extrêmement variable d'une revue à l'autre (de 24 à 51 %). La différence était encore plus marquée pour les derniers auteurs (de 5 à 37 %). C'est dans les articles de psychiatrie publiés dans L'Encéphale que le taux de femmes était le plus élevé. C'est dans les articles d'anesthésie publiés dans Anesthesia Critical Care and Pain Medicine que le taux de femmes était le plus bas. Dans tous les cas les femmes étaient majoritaires pour les rangs d'auteurs « autres » que premier et dernier. Les femmes sont sous-représentées comme auteurs dans les publications scientifiques médicales françaises. Qui plus est, elles n'apparaissent le plus souvent que sur des places d'auteurs considérées comme subalternes. L'existence d'une forte disparité entre les spécialités peut laisser espérer des avancées dans toutes les disciplines. Des efforts sont indispensables pour intéresser précocement les femmes à la recherche scientifique et promouvoir leur parcours.</p>		<p>Etude quantitative du rang moyen attribué aux femmes-auteurs d'articles médicaux dans quatre revues médicales (La Presse Médicale, L'Encéphale, les Annales Françaises de Médecine d'Urgence et Anesthesia Critical Care and Pain Medicine) avec inclusion d'au moins 40 articles par revue</p>	2020	
27	A. Cathelain et al.	Impact du genre sur le choix de carrière parmi les internes de gynécologie-obstétrique : comparaison Lille/Paris	Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie ; 510-515	Sociologie
<p>L'objectif des auteurs est de décrire les aspirations et les freins éventuels de carrière des internes en gynécologie-obstétrique à Lille, et comparer les réponses à celles formées à Paris. Parmi les 73 internes en formation à Lille au moment de l'enquête 63 ont répondu : aucune femme n'envisageait une carrière</p>		<p>Enquête quantitative transversale déclarative via questionnaire envoyé aux internes de gynécologie-obstétrique de Lille et Paris (63 réponses au total à</p>	2019	

<p>hospitalo-universitaire contre 50% des hommes ($p=0,001$). L'analyse globale retrouve comme obstacles le manque de mentor, l'absence d'identification à un modèle du même sexe ou encore des femmes qui doutent plus que les hommes en leurs capacités à réaliser ce type de carrière. La comparaison entre les deux villes montrait que la différence entre les femmes et les hommes est plus marquée à Lille où les internes hésitaient plus à s'engager dans des carrières universitaires et décidaient plus tôt dans leur cursus de ne pas valider les prérequis (master, mobilité et publications) nécessaires à ce type de carrière. Il serait donc judicieux d'élaborer des stratégies pour inciter les femmes à trouver leur place dans les domaines de recherche et d'enseignement.</p>			<p>Lille) permettant un recueil de caractéristiques sociodémographiques, d'identifier une hiérarchie interne des intérêts (vie de famille, activité professionnelle, reconnaissance sociale, loisirs, etc.) et d'identifier les freins éventuels à l'accès à une carrière universitaire.</p>	
28	J. Pierron et al.	<p>Sous-représentation des femmes intervenant dans les congrès de psychiatrie en France</p>	L'Encéphale ; 340-347	Sociologie
<p>Décrire l'évolution de la représentation des femmes aux congrès de psychiatrie en France et la comparer à l'évolution de la représentation des femmes parmi les psychiatres français. La différence de proportion de femmes entre les psychiatres français et les intervenants aux congrès varie entre 21 % en 2009 et 17 % en 2016, avec une proportion de femmes psychiatres en activité en augmentation (de 46 % à 51 %) et supérieure pour chaque année à celle des femmes intervenant aux congrès (de 25 à 32 %). La proportion de femmes intervenant sur des thèmes de pédopsychiatrie (41–59 %) est supérieure à celles intervenant sur des thèmes de psychiatrie générale (24–33 %) et d'addictologie (10–39 %). La proportion de femmes est faible dans les symposiums des compagnies pharmaceutiques (7–24 %), les membres des comités d'organisation et scientifiques (13–33 %) et les présidents de séances (19–28 %), même si elle augmente lentement avec le temps. Cette sous-représentation des femmes dans les congrès de psychiatrie en France pourrait possiblement être améliorée par l'inscription de la question de la parité à la politique des congrès de psychiatrie, parmi les intervenants comme parmi les comités scientifiques et d'organisation.</p>			<p>Etude quantitative basée sur l'analyse des programmes des congrès de l'Encéphale et du Congrès Français de Psychiatrie de 2009 à 2018 ainsi qu'auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins. La proportion moyenne de femmes aux deux congrès par année a été obtenue en pondérant la moyenne par les différents effectifs des intervenants aux deux congrès.</p>	
				2020

29	Marion Bachelet et al.	Portrait des professionnels de santé	DREES	Démographie
<p>Inventaire "statistique" des données disponibles sur les professionnels de santé à travers une vingtaine de fiches synthétiques : état des lieux du nombre de professionnels et de son évolution passée, des spécificités de l'exercice à l'hôpital et des transformations en cours de l'exercice ambulatoire (exercice en groupe, maison de santé pluri-professionnelles, etc.) ainsi que de la répartition géographique des professionnels de premier recours au premier rang desquels les médecins généralistes. On retrouve aussi un focus sur la formation médicale, les conditions de travail à l'hôpital ou les perspectives démographiques. Pour la majorité de ces fiches il existe une sous-analyse par genre.</p>		<p>Analyse quantitative avec exploitation du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du répertoire Adeli (automatisation des listes) puis recouplement avec les données du CNOM et du Système national interrégimes (SNIR) de la CNAMTS ; exploitation des données issues du SISE (système d'information sur le suivi de l'étudiant) du MESER</p>		2016
30	Marie Anguis et al.	Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ?	DREES	Démographie
<p>Synthèse de projection démographique (sages-femmes, chirurgiens-dentistes, médecins, pharmaciens) à l'horizon 2050 dans contexte de suppression du numerus clausus. Concernant les médecins et compte tenu de l'augmentation de la population, le modèle montre une diminution de la densité médicale en France dans les prochaines années sous hypothèses de comportements et de législation constants. Cette baisse est plus forte si l'on considère la densité médicale standardisée, qui tient compte de la hausse des besoins de soins induite par le vieillissement de la population. La densité médicale standardisée retrouverait son niveau actuel seulement au milieu des années 2030 puis repartirait à la hausse pour être supérieure de 23 % à la densité actuelle en 2050.</p>		<p>Analyse quantitative avec exploitation du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du répertoire Adeli (automatisation des listes) puis recouplement avec les données du CNOM et du Système national interrégimes (SNIR) de la CNAMTS ; exploitation des données issues du SISE (système d'information sur le suivi de l'étudiant) du MESER</p>		2021
31	Marion Bachelet et Marie Anguis	Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée	DREES	Démographie

La féminisation et le renouvellement des générations de la population des médecins libéraux devraient conduire à une baisse de l'offre globale de soins d'une ampleur plus importante que celle des effectifs.

Parallèlement, en raison du vieillissement de la population, les besoins de soins devraient augmenter plus rapidement que le nombre d'habitants. Une fois tous ces paramètres combinés, l'offre médicale devrait croître moins vite que la demande, au cours des dix prochaines années.

Le modèle de projection **quantitative** d'effectifs de médecins de la DREES projette des effectifs de médecins en activité au cours de chaque année de la période de projection, soit de 2016 à 2040, ventilés par spécialité, âge et sexe, mais aussi par région, mode et zone d'exercice.

Les effectifs de médecins actifs au début de la période de projection et leurs caractéristiques sont issus du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) au 1er janvier 2015. Les autres données utilisées par le modèle sont les résultats des épreuves classantes nationales (ECN), produits par le Centre national de gestion, les données du Système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE) de la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle et les données sur la mortalité et les projections de populations régionales de l'INSEE. Le champ retenu est celui des médecins actifs exerçant en France métropolitaine et DROM (Antilles-Guyane, La Réunion et Mayotte), y compris les médecins remplaçants et les médecins en cumul emploi-retraite.

Le modèle projette des effectifs, de façon directement agrégée pour les étudiants jusqu'à la fin

			<p>du deuxième cycle, puis individuellement, par une méthode de « microsimulation », pour les étudiants en troisième cycle et les médecins actifs. Le scénario tendanciel repose sur l'hypothèse d'une politique de régulation médicale inchangée et de comportements constants des médecins, ce qui revient à projeter ce que serait l'évolution des effectifs si rien ne changeait. Des variantes ont été élaborées, correspondant à trois scénarios. Chaque variante ne diffère du scénario tendanciel que par une hypothèse, afin d'isoler l'effet d'un changement de comportement des médecins ou d'une mesure d'ajustement prise par les pouvoirs publics. Les évolutions d'effectifs obtenues n'intègrent pas les contraintes futures liées aux capacités de formation, aux possibilités de financement des postes hospitaliers ou aux évolutions de l'organisation des soins.</p>	
32	Marine Emorine et Karina Mom	La féminisation gagne les métiers les plus qualifiés, à dominance masculine	INSEE Grand Est	Démographie
Les femmes, de plus en plus nombreuses sur le marché du travail, n'investissent pas tous les métiers de la même manière. Si la féminisation progresse dans la plupart d'entre eux, d'autres se masculinisent. Ainsi, le domaine de l'informatique et des télécommunications est en fort développement, mais les femmes y sont de			Exploitation statistique quantitative de données issues des recensements de la population de 1990 et 2014	2017

<p>moins en moins présentes. Certains métiers très féminisés du tertiaire, comme les aides à domicile, les aides ménagères et les assistants maternels, enregistrent aussi une légère baisse de la féminisation. Pour d'autres, la proportion de femmes recule en raison d'une plus forte baisse des effectifs féminins que masculins. Il s'agit surtout des ouvriers non qualifiés et de certains métiers de la gestion et de l'administration des entreprises. À l'opposé, les professions les plus qualifiées, historiquement à dominance masculine, sont celles où la présence des femmes progresse le plus. La féminisation s'accroît également dans d'autres métiers, déjà largement occupés par les femmes. Les infirmiers et les sages-femmes ou les coiffeurs et les esthéticiens font partie des professions dans lesquelles la présence des hommes décline. Pris dans son ensemble, le domaine de la santé et de l'action sociale, déjà très féminisé, le devient encore plus.</p>				
33	Isabelle Kabla-Langlois & Louis Meuric	L'état de l'emploi scientifique en France, 2020	MESRI (Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation)	Démographie
<p>L'objectif de ce rapport est de regrouper les informations statistiques ou juridiques disponibles à ce jour sur l'emploi scientifique. La part des femmes dans les effectifs de la recherche publique progresse, surtout dans les catégories les plus qualifiées.</p> <p>Le phénomène du « plafond de verre » est assez net dans la recherche publique. Dans les EPST (Établissement public à caractère scientifique et technologique), la part des femmes parmi les chercheurs titulaires va en décroissant en fonction de la qualification du corps : 31 % parmi les directeurs de recherche en 2018 contre 41 % parmi les chargés de recherche, 53 % parmi les ingénieurs d'études et jusqu'à 63 % parmi les techniciens. De la même manière, la population des professeurs des universités est plus déséquilibrée entre les hommes et les femmes (26 %) que celle des maîtres de conférences titulaires (et corps assimilés, 45 %). Elle l'est aussi au sein des 8</p>			Exploitation statistique quantitative d'enquêtes R&D qui constituent la principale source sur l'emploi scientifique car elles en couvrent tout le périmètre. Elles sont réalisées au sein du MESRI par le SIES, service statistique ministériel, qui forme, avec l'INSEE et les autres services statistiques ministériels, le service statistique public. Il s'agit des enquêtes auprès des entreprises et des enquêtes auprès des administrations	2020

EPIC (Établissement public à caractère industriel et commercial) et ISBL (Institution sans but lucratif) : seulement 26 % de femmes parmi les ingénieurs et cadres confirmés, contre 37 % parmi les ingénieurs et cadres non confirmés et 48 % parmi les personnels de soutien. Ce déséquilibre n'est pas uniquement le résultat des recrutements passés puisqu'il perdure également dans les recrutements actuels : la part des femmes est de 45 % dans les titularisations de MCF en 2018, soit un peu plus que dans celles des PR (environ 40 %). Certes, ces proportions sont proches de celles des femmes effectivement candidates pour le recrutement dans ces corps, mais on observe des écarts importants entre la part des femmes dans les viviers et celle parmi les lauréats au niveau de l'habilitation à diriger des recherches (préalable à la qualification comme PR) et de la PEDR (prime d'encadrement doctoral et de recherche). Ces constats au sein des universités sont un exemple de la persistance du fameux « plafond de verre ».

Cependant, sur la période 2014-2018, la part des femmes augmente dans quasiment tous les corps de fonctionnaires des EPSCP et des EPST à l'exception des techniciens et des adjoints techniques des EPST, ainsi que dans toutes les catégories de personnels permanents des EPIC. Elle augmente même de façon plus importante dans les catégories les plus qualifiées, professeurs, directeurs de recherche et ingénieurs et cadres confirmés permanents.

Moins bien représentées dans les catégories les plus élevées du secteur public, les chercheuses des organismes (EPST et EPIC) sont aussi plus souvent employées en CDD que les hommes. C'est aussi le cas dans la catégorie des personnels de soutien administratif et de service des EPIC, mais pas de leurs homologues des EPST.

Dans les entreprises, en 2017, la population des chercheurs est composée à 21 % de femmes (contre 32 % pour l'ensemble des cadres du privé, en 2014).

Certes, les jeunes générations s'illustrent par des taux de féminisation un peu plus élevés : 25 % des moins de 30 ans sont des femmes, contre 14 % pour les plus de 50 ans. Cependant, cette situation ne semble pas permettre une augmentation de la part des femmes parmi les chercheurs, celle-ci ayant oscillé autour de 20-21 % depuis 2000.

(universités et autres établissements de l'enseignement supérieur, organismes publics de recherche - EPST et EPIC - et autres établissements publics, services ministériels - y compris la défense -, centres hospitaliers universitaires et centres de lutte contre le cancer, institutions sans but lucratif (associations et fondations)).

BIBLIOGRAPHIE

1. Divay S. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes. 2006;21.
2. Omnès C. Les trois temps de l'emploi féminin : réalités et représentations. *Annee Sociol.* 2003;Vol. 53(2):373-98.
3. Zaidman C. La notion de féminisation. De la description statistique à l'analyse des comportements. *Cah CEDREF Cent D'enseignement D'études Rech Pour Études Féministes.* 1986;(15):229-39.
4. Hardy-Dubernet A-C. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? *Rev Francaise Aff Soc.* 2005;(1):35-58.
5. Niel X. La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002. *DREES;* 2002 mars p. 8.
6. Gérard-Varet J-F. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. CNOM; 2020 janv [cité 24 janv 2021]. (Atlas de la démographie médicale). Report No.: 8. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
7. Être médecin et femme à l'hôpital, un dilemme ? Un constat alarmant [Internet]. Donner des Elles à la Santé; 2020 oct [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: https://hb.hosting.augure.com/Augure_HB/r/ContenuEnLigne/Download?id=2213527A-85B3-4B7A-8771-EDE7DF2C8C42&filename=Dossier%20de%20presse%20Donner%20des%20Elles.pdf
8. Buscatto M, Marry C. « Le plafond de verre dans tous ses éclats ». La féminisation des professions supérieures au xx^e siècle. Introduction. *Sociol Trav.* 19 mai 2009;51(Vol. 51-n° 2):170-82.
9. Bereni L, Marry C. Au travail, femmes et hommes, même destin ? [Internet]. Manuel indocile de sciences sociales. La Découverte; 2019 [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-indocile-de-sciences-sociales--9782348045691-page-742.htm>
10. Paicheler G. Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? [Internet]. Femmes et hommes dans le champ de la santé. Presses de l'EHESP; 2001 [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/femmes-et-hommes-dans-le-champ-de-la-sante--9782859526498-page-179.htm>
11. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc.* 2005;1(1):59.
12. Carton M, Cerruti F-R, Le Guérin H, Mercat X, Monier B, Pouillard J. Féminisation et exercice médical : apports et conséquences. Commission nationale permanente du Conseil de l'ordre des médecins; 2000.
13. Ulmann P, Ferrier O, Saint-Cast F. L'état de féminisation des professions libérales [Internet]. Délégation interministérielle aux professions libérales; 2001 sept [cité 4 oct

- 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000221.pdf>
14. Cacouault-Bitaud M. La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? 2001;
 15. À quoi vont ressembler les oraux d'admission pour les étudiants en PASS et L.AS ? [Internet]. L'Etudiant. 2021 [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/a-quoi-vont-ressembler-les-oraux-d-admission-pour-les-etudiants-en-pass-et-l-as.html>
 16. Vaudevire L. Connaissances en sciences sociales sur les questionnements autour du poids et de la précarité. Strasbourg; 2020.
 17. Besnard P, Durkheim E, Gane M, Turner SP. Les règles de la méthode sociologique. Rev Fr Sociol. juill 1990;31(3):490.
 18. To the Ends of the Earth — Thomas Neville Bonner [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674893047>
 19. Noel-Bourgeois S. Marie-Christine Pouchelle, L'Hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière. Bull Amades Anthropol Médicale Appliquée Au Dév À Santé [Internet]. 1 mars 2006 [cité 16 sept 2021];(65). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/amades/284>
 20. Thouvenin D. Marie-Christine Pouchelle, L'Hôpital ou le théâtre des opérations. Essais d'anthropologie hospitalière : tome 2, Paris, Seli Arslan, 2008, 192 p. Corps. 2016;N° 14(1):171-6.
 21. Pouchelle M-C. Essais d'anthropologie hospitalière, 3. Voyage en pays de chirurgie. Paris: S. Arslan; 2019. 177 p.
 22. Abela C. L'archive ouverte HAL-SHS: Comment ça marche, pourquoi s'en servir? 2009;5.
 23. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. Rev Fr Aff Soc. 2005;1(1):17.
 24. Schweyer F-X, Aita J-P, Cascales J, Charpak Y, Duburcq A, Vigneron E. Histoire et démographie médicale. L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures. Actual Doss En Santé Publique. sept 2000;(32):16.
 25. Lapeyre N, Robelet M. Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? [Internet]. Singuliers généralistes. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-365.htm>
 26. Le Feuvre N, Lapeyre N. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? Enfances Fam Génér. 6 mars 2013;(18):72-93.

27. Bercot R, Horellou-Lafarge C, Mathieu-Fritz A. Les transformations récentes de la chirurgie française. Spécialisation, féminisation, segmentation. *Rev Française Aff Soc.* 16 déc 2011;(2):104-22.
28. Le Feuvre N. La féminisation des enseignants-chercheurs en France : entre conformité et transgression du genre [Internet]. *École des filles, école des femmes.* De Boeck Supérieur; 2017 [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/ecole-des-filles-ecole-des-femmes--9782807305670-page-207.htm>
29. Le Feuvre N, Lapeyre N. Féminisation et aspiration à une meilleure « qualité de vie » : dynamique majeure des classes moyennes supérieures. 2011 [cité 22 sept 2021]; Disponible sur: <https://www.cairn.info/cadres-classes-moyennes-vers-l-eclatement--9782200255909-page-224.htm>
30. Denoyel-Jaumard A, Bochaton A. Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ? *Rev Francoph Sur Santé Territ* [Internet]. 21 déc 2015 [cité 26 juin 2021]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/rfst/442>
31. Leblond V, Hartemann A, Autran B. Les femmes médecins aujourd'hui : l'avenir de la médecine ? *Trib Sante.* 20 oct 2014;n° 44(3):43-9.
32. Baszanger I. Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Rev Fr Sociol.* 1981;22(2):223-45.
33. Dulong D. La résistible ascension des femmes : revue de littérature sur la féminisation des métiers à dominance masculine. *Bull Académie Natl Médecine* [Internet]. 23 juill 2021 [cité 22 sept 2021]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407921002624>
34. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. *Sociol Prat.* 1 sept 2007;n° 14(1):19-30.
35. Le Feuvre N. La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ? [Internet]. Presses de l'EHESP; 2001 [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/femmes-et-hommes-dans-le-champ-de-la-sante--9782859526498-page-197.htm>
36. Lapeyre N, Le Feuvre N. Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France. *Nouv Quest Fem.* 2004;Vol. 23(3):42-58.
37. Zolesio E. Stéréotypes professionnels de la chirurgienne et formes de gestion du stigmate au cours de la formation [Internet]. De Boeck Supérieur; 2017 [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/ecole-des-filles-ecole-des-femmes--9782807305670-page-165.htm>
38. Lapeyre N. De l'inflexion des normes temporelles à la redéfinition de « l'ethos professionnel » [Internet]. Presses de l'EHESP; 2008 [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/concilier-vie-familiale-et-vie-professionnelle--9782859529741-page-215.htm>

39. Zolesio E. Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie. *Trav Genre Soc.* 27 oct 2009;N° 22(2):117-33.
40. Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. DREES; 2005 sept p. 12.
41. Feral-Pierssens A-L, Avondo A, Apard M, Monguillet J, Gonot A, De Stefano C, et al. Parité de genre dans les publications scientifiques françaises : le plafond de verre. *L'Encéphale.* 1 juin 2021;47(3):280-4.
42. Cathelain A, Berlingo L, Le Ray C, Garabedian C. Impact du genre sur le choix de carrière parmi les internes de gynécologie-obstétrique : comparaison Lille/Paris. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 juin 2019;47(6):510-5.
43. Pierron J, Dirani EE, Sanchez S, El-Hage W, Hingray C. Sous-représentation des femmes intervenant dans les congrès de psychiatrie en France. *L'Encéphale.* 1 oct 2020;46(5):340-7.
44. Bachelet M. Portrait des professionnels de santé - 2016 [Internet]. DREES; 2017 [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gfs-2016_mel_301117.pdf
45. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? [Internet]. DREES; 2021 mars [cité 27 mars 2021]. (Les dossiers de la DREES). Report No.: 76. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de#toc-r-sum->
46. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. DREES; 2017 mai [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61776/1/er1011.pdf>
47. Emorine M, Mom K. La féminisation gagne les métiers les plus qualifiés, à dominance masculine [Internet]. INSEE; 2017 déc [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/67013/1/IA_GE_62.pdf
48. Kabla-Langlois I, Meuric L. L'état de l'emploi scientifique en France, 2020 [Internet]. MESRI; 2020 [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/136305/1/SIES_Emploi_2020.pdf
49. Rosso C, Leger A, Steichen O. Plafond de verre pour les femmes dans les carrières hospitalo-universitaires en France. *Rev Médecine Interne.* 1 févr 2019;40(2):82-7.
50. Darriné S, Niel X. Les médecins omnipraticiens au 1er janvier 2000. DREES; 2001 janv.
51. Herault D, Labarthe G. Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002. DREES; 2002 janv p. 8.
52. Darriné S. Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice. DREES; 2002 févr p. 12.

53. Bessière S, Breuil-Genier P, Darriné S. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. DREES; 2004 nov p. 12.
54. Bessière S, Breuil-Genier P, Darriné S. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections. DREES; 2004 nov p. 12.
55. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales [Internet]. DREES; 2009 févr [cité 15 mars 2021] p. 245-53. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987798309000693>
56. Bachelet M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013 [Internet]. DREES; 2014 oct [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/24799/1/er894.pdf>
57. Fauvet L, Jakoubovitch S, Mikol F. Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé [Internet]. DREES; 2015 juill [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61953/1/er927.pdf>
58. Mikol F, Franc M. L'influence des charges de famille sur les revenus d'activité, selon le genre : le cas des médecins libéraux français [Internet]. DREES; 2017 mars [cité 5 déc 2020]. (Les dossiers de la DREES). Report No.: 14. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62934/1/dossiers_14.pdf
59. Pla A. Revenus des médecins libéraux : les facteurs démographiques modèrent la hausse moyenne entre 2005 et 2014 [Internet]. DREES; 2018 sept [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/82097/1/er1080.pdf>
60. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. DREES; 2019 mai [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-05/2019-DREES_tps-travail-liberaux.pdf
61. Le Strat F, Molina V. Droit, communication, médecine, banque-assurance : des métiers qualifiés qui se féminisent [Internet]. INSEE; 2016 mars [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/41075/1/IA_BR_35.pdf
62. Tornero M. Les inégalités professionnelles entre les sexes peinent à se réduire [Internet]. INSEE; 2016 avr [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/42053/1/IA_LRMP_20.pdf
63. Inan C, Vourc'h R. La situation des docteurs sur le marché du travail [Internet]. INSEE; 2017 févr [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/53434/4/SIES_NI_2017_17.03.pdf
64. Grangé C. L'accès des femmes aux postes à responsabilités, plus de femmes cadres mais peu de dirigeantes [Internet]. INSEE; 2018 mars [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/72035/1/IF_RE_124.pdf
65. Faure S. Secteurs féminisés : la parité s'éloigne encore [Internet]. INSEE; 2020 juill [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/131368/1/ce_ina_60.pdf

66. Forment V, Vidalenc J. Les cadres : de plus en plus de femmes [Internet]. INSEE; 2020 sept [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/134866/1/Insee%20Focus%20-%2020205.pdf>
67. Batto V, Manné I. En 35 ans, le nombre de cadres a doublé, le nombre de femmes cadres a quadruplé [Internet]. INSEE; 2020 déc [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/138149/1/ac_ina_126.pdf
68. Dufort F. La théorie des interactions symboliques et les enjeux de l'entrée massive des femmes en médecine. *Femmes Au Trav.* 1992;23.
69. Bourdieu P. Habitus, code et codification. *Actes Rech En Sci Soc.* 1986;64(1):40-4.
70. Jorro A. Éthos professionnel [Internet]. De Boeck Supérieur; 2013 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisi--9782804188429-page-109.htm>
71. Evolution du numerus clausus des médecins en France – Cyberdocteur [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cyberdocteur.net/?p=486>
72. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
73. La médecine d'urgence [Internet]. DREES; 2017 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/28-2.pdf>
74. Gaillard M, Lechopier N. Relever le défi d'introduire aux sciences humaines et sociales en première année commune des études de santé. Mise en perspective de quelques pratiques pédagogiques. *Pédagogie Médicale.* févr 2015;16(1):23-34.
75. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
76. Crompton R, Le Feuvre N. Paid Employment and the Changing System of Gender Relations: A Cross-National Comparison. *Sociology.* août 1996;30(3):427-45.
77. Savage M. Rosemary Crompton obituary. *The Guardian* [Internet]. 29 août 2011 [cité 10 oct 2021]; Disponible sur: <https://www.theguardian.com/education/2011/aug/29/rosemary-crompton-obituary>
78. Nageotte Wilbouchewitch M (1864-19) A du texte. Atlas-manuel de gymnastique orthopédique, traitement des déviations de la taille... / Mme Nageotte-Wilbouchewitch [Internet]. 1903 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56269533>
79. Mosconi N. Effets et limites de la mixité scolaire. *Trav Genre Soc.* 2004;N° 11(1):165-74.

80. Jarlégan A. Genre et dynamique interactionnelle dans la salle de classe : permanences et changements dans les modalités de distribution de la parole. *Français Aujourd'hui*. 13 juill 2016;N° 193(2):77-86.
81. Concours ENS : en l'absence d'oral, forte hausse du taux de femmes admises. Que peut-on en conclure ? [Internet]. *Les Echos Start*. 2020 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://start.lesechos.fr/apprendre/universites-ecoles/en-labsence-doral-forte-hausse-du-taux-de-femmes-admises-au-concours-de-lens-que-peut-on-en-conclure-1237144>
82. Faut-il supprimer les oraux des concours pour éviter la discrimination ? [Internet]. 2020 [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/societe/2848851-20200828-discrimination-faut-supprimer-epreuves-orales-concours>
83. « J'ai perdu 450 places dans le classement » : des étudiants parisiens en grève de la faim pour accéder en deuxième année de médecine [Internet]. *Le Quotidien du Médecin*. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/jai-perdu-450-places-dans-le-classement-des-etudiants-parisiens-en-greve-de-la-faim-pour-acceder-en>
84. ANEMF sur Instagram : [R2C : Le temps des promesses est révolu] Retour de comité de pilotage R2C 📌 A l'issue de cette campagne de communication, nous avons... [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.instagram.com/p/CU0IH41oQ5a/>



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Covaci Prénom : Serge

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 06/10/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.